

CARACTERIZACION CLINICA Y SOCIODEMOGRAFICA DE PACIENTES CON
PSORIASIS EN EL HOSPITAL DE NEIVA ENTRE ABRIL DE 2013 Y
NOVIEMBRE DE 2014

ANDREA LILIANA GOMEZ ARISTIZABAL
MARGARITA MARIA POLANIA DURAN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2014

CARACTERIZACION CLINICA Y SOCIODEMOGRAFICA DE PACIENTES CON
PSORIASIS EN EL HOSPITAL DE NEIVA ENTRE ABRIL DE 2013 Y
NOVIEMBRE DE 2014

ANDREA LILIANA GOMEZ ARISTIZABAL
MARGARITA MARIA POLANIA DURAN

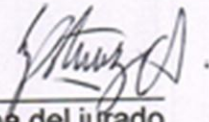
Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico

Asesor
ALVARO ERNESTO DIAZ GAITAN MD
Especialista en Dermatología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2014

Nota de aceptación


Firma del presidente del jurado


Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 15 Diciembre de 2014

DEDICATORIA

A Dios, quien nos dio la fé, fortaleza, salud, sabiduría y esperanza para culminar este proyecto de vida.

A nuestros padres por su apoyo en todo momento, por sus valores, sus consejos y sobre todo por su amor.

A nuestros hermanos por su motivación y compañía en cada momento.

A todas y cada una de las personas que de alguna u otra manera, han contribuido para que lográramos esta meta que nos propusimos en la vida y que nos ha permitido crecer intelectualmente como persona y ser humano.

A la Universidad Surcolombiana y en especial a la Facultad de Medicina por ser siempre esa casa de puertas abiertas que creyó en nosotros y que puso a nuestra disposición toda su infraestructura física y humana.

Andrea Liliana

Margarita María

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A los Drs. Gilberto Astaiza y Hernán Mauricio Sendoya por brindar la asesoría y conocimientos como aporte para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al personal de la oficina de epidemiología del Hospital Universitario de Neiva que colaboró en la recolección de la información.

A los docentes de la Universidad Surcolombiana por dedicar parte de su tiempo en impartir su conocimiento.

A nuestras familias por darnos la oportunidad y apoyo constante en la consecución de esta meta.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	14
1. ANTECEDENTES	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. JUSTIFICACION	21
4. OBJETIVOS	22
4.1 OBJETIVO GENERAL	22
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
5. MARCO TEORICO	23
5.1 PATOGENESIS DE LA PSORIASIS	23
5.1.1 Factores genéticos	23
5.1.2 Factores ambientales	23
5.1.3 Factores inmunológicos	24
5.1.4 Angiogénesis y estrés oxidativo: mecanismos comunes de la psoriasis y la arterioesclerosis	26
5.1.5 Enfermedades que se pueden desarrollar con la psoriasis	28
5.2 DIAGNOSTICO	30
5.2.1 Presentación clínica de la Psoriasis	30
5.2.2 Herramientas clinimétricas	30
5.2.2.1 PASI	31
5.2.2.2 DLQI – Modificado	33
5.2.2.3 BSA	35
5.2.3 Definición de la gravedad de la enfermedad	35
5.2.4 Estudios complementarios	36
5.2.5 Características de la atención	36
5.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	37

	Pág.
5.4 TRATAMIENTO	37
5.4.1 Fases de tratamiento	37
5.4.2 Objetivos del tratamiento	38
5.4.3 Tratamiento tópico de la psoriasis	39
5.4.3.1 Esteroides tópicos.	39
5.4.3.2 Terapia combinada con esteroides	41
5.4.4 Fototerapia y fotoquimioterapia en psoriasis	43
5.4.5 Tratamiento sistémico de la psoriasis	46
5.4.6 Tratamiento biológico	46
6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	49
7. DISEÑO METODOLOGICO	52
7.1 TIPO DE ESTUDIO	52
7.2 UBICACION DEL ESTUDIO	52
7.3 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO	52
7.4 CRITERIOS	52
7.5 TECNICA	53
7.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	53
7.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	53
7.8 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS	53
7.9 CONSIDERACIONES ETICAS	54
8. ANALISIS DE RESULTADOS	55
8.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	55
8.2 CARACTERISTICAS CLINICAS	57
9. DISCUSION	61
10. CONCLUSIONES	64
11. RECOMENDACIONES	65

	Pág.
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla1. Severidad según sexo en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre el 12 de abril de 2013 y el 30 de noviembre del 2014 en el HUHMP	58
---	----

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución por edad de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP	55
Gráfica 2. Distribución por sexo de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP	56
Gráfica 3. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 según la afiliación a la EPS	56
Gráfica 4. Distribución del lugar de procedencia por departamento de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014	57
Gráfica 5. Distribución según el tipo de lesión en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP	57
Grafica 6. Grado de impacto sobre la calidad de vida evaluado con el DLQI-modificado en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP	58
Grafica 7. Ubicación de la lesiones en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP	59
Grafica 8. Antecedentes en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP	60
Grafica 9. Comorbilidades en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP	60

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cronograma	75
Anexo B. Presupuesto	76
Anexo C. Instrumento para la recolección de los datos	78
Anexo D. Instructivo para llenar el instrumento de recolección de datos	79
Anexo E. Listado de tablas de análisis de datos	81
Anexo F. Acuerdo de confidencialidad para investigadores	87
Anexo G. Acta de aprobación del comité de ética bioética e investigación del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva	89

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar clínica y sociodemográficamente los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo. Se recopiló información a partir de la historia clínica, la población estuvo constituida por pacientes con Psoriasis que consultaron al servicio de dermatología entre abril de 2013 y noviembre de 2014, a los que se habían aplicado escalas de medición de psoriasis como PASI, BSA y DLQI-modificado.

Resultados: se incluyó en el estudio un total de 41 pacientes, con edad promedio de 47,63 años, el sexo masculino fue el más afectado. Perteneciendo la mayoría al régimen subsidiado y procedentes del departamento del Huila. La forma clínica más frecuente fue la Psoriasis vulgar; puntaje BSA promedio 21,65%, PASI promedio de 12,9% el DLQI-modificado predominante arrojó gran impacto en la calidad de vida, la forma de severidad más frecuente fue moderada-grave en 80,49%. La localización de las lesiones más frecuente fue cuero cabelludo en 70,73%. Los tratamientos más prescritos son monoterapia con betametasona en 19,51%. El 92,68% no refería antecedentes. El 80,48% de los pacientes manifestó no tener comorbilidades.

Conclusiones: Es importante considerar cada paciente de manera individual, basarse en escalas clinimétricas como PASI, BSA, DLQI, para evaluar el impacto y severidad de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes, y orientar el tratamiento, se debe descartar la asociación presente entre la Psoriasis y síndrome metabólico para estrategias de prevención y tamizaje. Es importante recolectar nuestras propias estadísticas.

Palabras claves: Caracterización clínica, Sociodemográfica, Psoriasis, Impacto, Severidad, PASI, DLQI, BSA.

ABSTRACT

Objective: Clinical and sociodemographically characterization in the psoriasis patients in the Dermatology department, University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

Materials and Methods: An observational, cross-sectional descriptive study and retrospective. Information from the medical record, the population consisted of patients with psoriasis who visited the dermatology service between April 2013 and November 2014, which had been applied measurement scales psoriasis and PASI, BSA and DLQI -modified.

Results: The study included a total of 41 patients with a mean age of 47.63 years; male gender was the most affected. Most belonging to the subsidized regime and from the department of Huila. The most frequent clinical presentation was Psoriasis Vulgaris; Average score BSA 21.65%, PASI average of 12.9% DLQI-modified predominant throw huge impact on quality of life, the most common form of severity was moderate to severe in 80.49%. The most common location of lesions was 70.73% scalp. The most prescribed treatments are monotherapy betamethasone in 19.51%. The 92.68% reported no history. The 80.48% of patients expressed no comorbidities.

Conclusions: It is important to consider each patient individually, based on clinimetric scales as PASI, BSA, DLQI, to assess the impact and severity of psoriasis on quality of life of patients and guide treatment, discard the association present between Psoriasis and metabolic syndrome prevention strategies and screening. It is important to collect our own statistics.

Keywords: Clinical characterization, Sociodemographic, Psoriasis, Impact Severity, PASI, DLQI, BSA.

INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune, caracterizada por la proliferación exagerada de queratinocitos como respuesta a la activación del sistema inmunitario por medio de los linfocitos T en regiones cutáneas focales, cuya manifestación clínica es la aparición de placas eritematosas, bien delimitadas y descamativas. Genera un gran impacto psicológico y social lo que disminuye la calidad de vida de los pacientes y que afecta la morbilidad y mortalidad de los mismos.

La herramienta clinimétrica más ampliamente usada y aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) es el Psoriasis Area and Severity Index (PASI), que valora la severidad de la enfermedad de acuerdo al grado de eritema, descamación, infiltración y extensión, en cuatro áreas, que son: cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores. Esta herramienta se usa para definir la gravedad, para hacer control y seguimiento de los pacientes. Al definir la psoriasis de moderada a grave se tiene en cuenta que tenga un PASI superior a 10, compromiso del Body Surface Area (BSA) mayor de 10 (se utiliza la “regla del 9%” en quemaduras), y el Dermatology Life Quality Index (DLQI) mayor de 10 o todos¹.

En mayo de 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a todos los sus miembros, para sensibilizar a la población y así realizar esfuerzos para dar a conocer esta enfermedad y poder luchar contra el estigma que sufren las personas que padecen esta patología.

Actualmente, la psoriasis es considerada un modelo de investigación inmunológica y se ha relacionado con enfermedades sistémicas, inflamatorias, neoplásicas y metabólicas. Aunque se está trabajando para que todos los equipos de salud estén preparados para poder atender las enfermedades crónicas, es importante sensibilizar a toda la población para promover la detección temprana de la psoriasis y así puedan acceder a tiempo a los tratamientos, los cuales en la mayoría de los casos generan grandes cambios y mejoras en su calidad de vida.

¹ GONZÁLEZ, César, *et al.* Guías basadas en la evidencia Para el manejo de la Psoriasis en Colombia. En ASOCOLDERMA y COLPSOR (2012); p 1-274. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.solapso.org/archivos/guia.pdf>>.

1. ANTECEDENTES

La psoriasis constituye una enfermedad crónica autoinmune que se ha convertido en un modelo de investigación inmunológica y que se ha visto relacionado con enfermedades sistémicas, inflamatorias y metabólicas.

El aumento de riesgo cardiovascular en la psoriasis se ha atribuido en parte al aumento de la prevalencia del síndrome metabólico el cual ha sido poco investigado, el estudio² realizado en Valencia, España en el 2012, donde a 91 pacientes con psoriasis y a 101 voluntarios sanos, se les determinó el perfil reológico (fibrinógeno, viscosidad de la sangre y la agregación de eritrocitos), junto con los parámetros lipídicos e inflamatorios dio como resultado que los paciente con psoriasis presentaban un mayor índice de masa corporal (IMC), cintura, triglicéridos, insulina, proteína C-reactiva, neutrófilos, menor colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL) y una prevalencia de síndrome metabólico superior; cuando los sujetos con síndrome metabólico fueron excluidos del estudio, los pacientes con psoriasis todavía mostraron un peor perfil inflamatorio, lipídico y reológico en las variables antes mencionadas en comparación con los controles sin síndrome metabólico. El análisis reveló que la obesidad abdominal y el fibrinógeno > 384 mg/dl fueron predictores independientes de la psoriasis; además, los pacientes con tratamientos biológicos, mostraron una menor inflamación y un mejor perfil reológico que los que no recibían el tratamiento biológico.

En india en 2012, se realizó un estudio³ de casos y controles de base hospitalaria en 118 pacientes adultos con psoriasis vulgar y 120 controles emparejados por edad, sexo e IMC. El síndrome metabólico fue significativamente más frecuente en los pacientes con psoriasis que en los controles (44.1 % vs 30 %). Los pacientes con psoriasis también tenían una mayor prevalencia de hipertrigliceridemia (33.9 % vs 20.8 %), la obesidad abdominal (34.7 % vs 32.5 %) y la elevación de azúcar en la sangre. No hubo diferencias en la HDL y la presencia de hipertensión arterial (HTA) entre los pacientes con psoriasis y los controles normales, ni correlación entre la gravedad y la duración de la psoriasis con síndrome metabólico, por lo anterior los autores del estudio sugerían que todos los pacientes deben ser

²VAYÁ, A, *et al.* Clin Hemorheol Microcirc. Psoriasis and hemorheology. Influence of the metabolic syndrome. En: Clin Hemorheol Microcirc (2012). [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23089885>>.

³MADANAGOBALANE, Shraddha y ANANDAN, Sankarasubramanian. Prevalence of metabolic syndrome in south Indian patients with psoriasis vulgaris and the relation between disease severity and metabolic syndrome: A Hospital-Based Case-Control Study. En: Indian J Dermatol (2012); p 57:353–357. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482796/>>.

evaluados por el síndrome metabólico, con independencia de la gravedad de la enfermedad.

Otro estudio⁴ llevado a cabo en Kiel, Alemania, en 2006, que buscaba determinar la asociación de la psoriasis con trastornos vasculares y metabólicos crónicos; investigó un total de 581 pacientes adultos hospitalizados por psoriasis en placas en comparación con 1044 controles hospitalarios. Encontró un patrón distinto de trastornos crónicos que se asociaron significativamente con la psoriasis, incluyendo la diabetes mellitus (DM) tipo II, HTA, hiperlipidemia, y la enfermedad cardíaca coronaria. La presencia combinada de estas condiciones, junto con la obesidad, y síndrome metabólico, era claramente más prevalente en pacientes con psoriasis. Además, los pacientes con psoriasis fueron significativamente más propensos a ser fumadores y de tener un consumo regular o intenso de alcohol.

Por todo lo anterior se hace evidente la necesidad de profundizar en el estudio clínico y manejo de la enfermedad. Diferentes estudios se basan en la comparación de los tratamientos y como éstos llegan a afectar el curso de la enfermedad de la psoriasis, en uno de ellos realizado en la Universidad de Amsterdam⁵ en el 2003, se realizó una comparación aleatoria de metotrexato con ciclosporina en monoterapia para la psoriasis en placas crónica, evaluando los efectos secundarios, la eficacia clínica, la hora y la duración de la remisión y la calidad de vida. Se encontró que el metotrexato y la ciclosporina fueron igualmente efectivos y en ambos grupos, las puntuaciones para la psoriasis índice de área y gravedad comenzaron a disminuir una vez que se inició el tratamiento, por lo que diferencias entre los tratamientos en cuanto a los efectos secundarios, efectos adversos a largo plazo, facilidad de administración (una vez al día frente a dos veces al día el tratamiento), y los costos pueden ser utilizados para guiar las decisiones de tratamiento en cada caso.

El estudio⁶ realizado en México en 2010, determinaron la repercusión que tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes. En el servicio de dermatología de un hospital de tercer nivel, se aplicó el DLQI a pacientes con psoriasis antes de

⁴SOMMER, DM, *et al.* Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. En: Arch Dermatol Res (2006); p 298321-8. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17021763>>.

⁵HEYDENDAEL, Vera, *et al.* Methotrexate versus Cyclosporine in Moderate-to-Severe Chronic Plaque Psoriasis. En: N Engl J Med (2003); p 349:658-665. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917302>>.

⁶CORTÉS, Carolina, *et al.* Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. En: Dermatología Rev Mex (2010); p 54(3):125-132. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=86&IDARTICULO=27960&IDPUBLICACION=2991>>.

que recibieran tratamiento y 10 meses después de iniciado. Se incluyeron 59 pacientes con psoriasis, los cuales se dividieron en tres grupos según el PASI (1 a 4.9, 5 a 9.9 y mayor de 10) y el tiempo de evolución (0 a 4 años, 5 a 9 y más de 10 años). Los sujetos con PASI y tiempo de evolución mayores (64%) tuvieron mala calidad de vida, al contrario de los pacientes con PASI y tiempo de evolución menores (25%). Los individuos que recibieron tratamiento sistémico (75%) mostraron más apego, a diferencia de los que recibieron tratamiento tópico (64%); en general, los pacientes tratados refirieron mayor calidad de vida. Llegaron a la conclusión que mientras más daño cutáneo provoque la enfermedad y más tiempo se prolongue, la calidad de vida se verá más afectada.

Otro estudio⁷ sobre Psoriasis que fue publicado en Perú en 2012, encontró que de los pacientes con la enfermedad el 75.5% correspondieron al sexo masculino y 9,1% tenían antecedente familiar de psoriasis, 77.3% presentaban dislipidemia, 20.0% HTA y 17.3% DM. La forma clínica más importante fue la vulgar constituyendo el 91.8% de los casos y 9.1% de los pacientes tenían artritis psoriásica. De acuerdo al DLQI, la psoriasis tenía un efecto moderado sobre la calidad de vida (30.0%) y de acuerdo al PASI, la enfermedad era predominantemente leve. Los pacientes habían recibido tratamiento con corticoides tópicos previo a su control en el Hospital, retinoides y metotrexato; disminuyeron los casos tratados con corticoides tópicos/metotrexato y aumentaron los casos con terapia biológica.

En Antioquia (Colombia) se hizo un estudio⁸ en 2011, de los pacientes con diagnóstico de psoriasis tratados con fototerapia en el Centro Dermatológico CES, Sabaneta (Antioquia), que ingresaron entre el 1º de enero de 2006 y el 30 de septiembre de 2009. Se recopiló información de 93 pacientes a partir de la historia clínica, una encuesta y la aplicación de las escalas de medición de Glogau, DLQI y PASI. De los 93 pacientes, 43% eran mujeres y 57% hombres, con edad media de 45 años. El promedio de evolución de la enfermedad fue de 14 años y 43% tenía enfermedades asociadas. Todos habían recibido tratamiento tópico y 54.8% había recibido tratamientos sistémicos. El promedio de acumulado de julios para el tratamiento con fototerapia fue de 393 J/cm² y el de milijulios fue de 45.320 mJ/cm². Además, el valor promedio del PASI fue de 7, y en 41.9% de los pacientes no hubo afectación de la calidad de vida. El 57.1% tenía fotoenvejecimiento de

⁷PONCE, Mayra y MENDOZA, Rossana. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. En: Dermatol PERU. Vol 22 (2012); p 144-150. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v22_n3/pdf/a02v22n3.pdf>.

⁸VÉLEZ, Natalia, *et al.* Caracterización de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fototerapia. En: Rev Asoc Col Dermatol. Vol 19(2) (2011); p 100-106. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://revistasocolderma.org/files/caracterizacion%20de%20los%20pacientes%20con%20psoriasis.pdf>>.

grado III. El 38.7% de los pacientes presentaba compromiso ungular y 23,6% refirió dolor articular.

Un estudio⁹ realizado en Bogotá (Colombia) en 2009, incluyó a 86 pacientes con Psoriasis (61.6% hombres y 38.4% mujeres) con edad promedio de 54 años; el 63.3% eran casados y el 14%, solteros. La raza mestiza fue predominante. Según su estado socioeconómico el 50% pertenecía al estrato tres. La mayoría de pacientes iniciaron su enfermedad después de los 50 años en promedio y al examen físico presentaban una psoriasis vulgar (89%), seguida de la gutata (7%); el compromiso ungual fue de 26.7% y se observó principalmente los pits y la onicólisis. La media del PASI fue de 7.8, valor que clasifica la severidad de la enfermedad en tipo leve. En cuanto a tratamiento el 100% habían recibido tratamiento tópico mientras el 54% habían utilizado algún tipo de tratamiento sistémico; con respecto a esto los corticoides tópicos y la fototerapia eran los más utilizados.

En conclusión, los pacientes con psoriasis parecen estar en mayor riesgo de presentar enfermedades metabólicas y enfermedades cardiovasculares, además de esto la psoriasis afecta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen, y actualmente se cuenta con tratamientos que pueden modificar el curso de la enfermedad. Pese a que existen algunas estadísticas propias que coinciden lo reportado en la literatura científica mundial, estas son pocas y se hace necesario comenzar a recolectar nuestras propias estadísticas.

⁹GONZÁLEZ, César, *et al.* Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. En: Rev Asoc Col Dermatol. Vol 17(1) (2009); p 11-17. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://revistasocolderma.org/files/Articulo%20original%20-%20caracterizacion%20epidemiologica%20de%20la%20psoriasis.pdf>>.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por la proliferación exagerada de queratinocitos como respuesta a la activación del sistema inmunitario; con una amplia variabilidad clínica y evolutiva. De distribución mundial, con una prevalencia global que varía entre 0.6 y 6.5 %, con un promedio de 2 a 3 %, siendo mayor en los países nórdicos y menor en los ecuatoriales¹⁰. Y con gran impacto psicológico y social lo que disminuye la calidad de vida de los pacientes y afecta la morbilidad y mortalidad de los mismos.

El estudio se llevara a cabo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), el cual es un centro hospitalario público, situado en la ciudad de Neiva, Huila (Colombia), que presta los servicios de consulta médica especializada, urgencias, cirugía, hospitalización, unidad de cuidado crítico, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, unidad de salud mental, unidad de trasplantes, unidad de cancerología, programas especiales, concesiones, servicios adicionales, servicio de epidemiología¹¹.

En Colombia existen pocas referencias epidemiológicas que permitan determinar el impacto de la enfermedad en nuestro medio; sin embargo, los datos del Hospital Simón Bolívar y del Hospital Militar Central en Bogotá durante el 2004 muestran que, aproximadamente, el 3% de las consultas especializadas de los departamentos de dermatología correspondieron a psoriasis, lo que podría sugerir un comportamiento similar al de los países anglosajones en cuanto a la frecuencia de la enfermedad¹².

En el Hospital de Neiva se presentan casos de psoriasis sin embargo no se han realizado estudios epidemiológicos pero se conoce que el diagnóstico temprano permite controlar y prevenir las complicaciones que la enfermedad pueda generar.

¹⁰ECHEVERRI, María Adelaida, *et al.* Papel de las células Th17 en la inmunopatogénesis de la psoriasis. En: Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol. 17. Suplemento 1 (2009); p S3-S9. [Consultado 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/jornadas3/p-s/papel_de_las_celulas_th17_en_la_inmunopatogenesis_de_la_psoriasis.pdf>.

¹¹<<http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co/dotnetnuke/Default.aspx>>.

¹²CHALELA JG, *et al.* Guías de manejo de la psoriasis. Consenso colombiano. Bogotá: Editorial Nomos. En: ASOCOLDERMA (2008); p. 11. [Consultado 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.solapso.org/archivos/conscol.pdf>>.

Es necesario investigar a nivel local para obtener una valiosa información, que nos permita conocer:

¿Cuál es la caracterización sociodemográfica, la incidencia, severidad, tratamiento y su relación con las comorbilidades en los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre abril de 2013 y noviembre de 2014?

3. JUSTIFICACION

La psoriasis determina una significativa reducción de la calidad de vida y tiene repercusiones en el ámbito físico, emocional, laboral, social, sexual y económico de los pacientes¹³. Actualmente, la psoriasis se considera un modelo de investigación inmunológica y se ha relacionado con enfermedades sistémicas, inflamatorias, neoplásicas y metabólicas¹⁴.

Los datos epidemiológicos del comportamiento de la enfermedad en Colombia son escasos, aunque se tienen reportes de las tres principales ciudades del país (Bogotá, Sabaneta (Antioquia) y Cali). Se requieren estudios epidemiológicos más grandes, y estos datos reflejan los esfuerzos iniciales por documentar el comportamiento de esta enfermedad en nuestro país.

Hemos decidido contribuir a estos estudios llevando a cabo este proyecto en el HUHMP de Neiva, para proporcionar información significativa acerca del impacto de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes, valorar la severidad, compromiso de la superficie corporal, su asociación con algunas comorbilidades como HTA, DM, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico y conocer los tratamientos más utilizados, ya que podrá ayudar para una mejor práctica médica frente a esta patología en nuestra región.

¹³PUIG, L, *et al.* Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, 2013. I. Consideraciones de eficacia y selección del tratamiento. En: *Actas Dermosifiliogr.* Vol. 104 Núm.08 (2013); p 694-709. [Consultado 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: < <http://www.actasdermo.org/es/directrices-espanolas-basadas-evidencia-el/articulo/90229705/?pubmed=true>>.

¹⁴GONZÁLEZ, César, *et al.* Guías basadas en la evidencia Para el manejo de la Psoriasis en Colombia. Op. Cit., p. 21.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar clínica y sociodemográficamente los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del HUHMP entre abril de 2013 y noviembre de 2014.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Caracterizar de forma sociodemográfica los pacientes del estudio.

Establecer el tipo de Psoriasis más frecuente.

Valorar la severidad de la psoriasis a través del PASI, el BSA y el impacto de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes a través del DLQI modificado.

Especificar las áreas afectadas con mayor frecuencia en los pacientes con psoriasis.

Registrar la presencia de antecedentes y otras patologías en los pacientes que se han visto relacionadas directa o indirectamente con la psoriasis.

Identificar los esquemas tratamientos más utilizados en el servicio de dermatología de acuerdo a la severidad de la psoriasis.

5. MARCO TEORICO

5.1 PATOGENESIS DE LA PSORIASIS

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por la proliferación exagerada de queratinocitos como respuesta a la activación del sistema inmunitario por medio de linfocitos T en regiones cutáneas focales¹⁵.

5.1.1 Factores genéticos. Los estudios en gemelos monocigóticos muestran una concordancia de 35-70 %, comparada con el 12-20 % en gemelos dicigóticos, lo cual corresponde a una probabilidad de heredarla de 80-90 %¹⁶. La psoriasis se ha relacionado con los alelos HLA B13, HLA B57 y el HLA Cw6¹⁷. Se han descrito, al menos, 10 regiones de susceptibilidad (PSORS 1-10)¹⁸; entre estas, PSORS-1, ubicada en el cromosoma 6 (6p21), es la que se asocia con mayor frecuencia a la psoriasis y podría explicar el 35 % de las bases genéticas de la enfermedad¹⁹²⁰.

5.1.2 Factores ambientales. Existen factores extrínsecos que actúan como desencadenantes en pacientes con susceptibilidad genética, entre ellos²¹²²²³: Las

¹⁵ LEBWOLHL, M. Psoriasis. En: Lancet. (2003); Vol 361; p 1197-204. NESTLE, F, *et al.* Psoriasis. En: N Engl J Med. Vol 361 (2009); p 496-509. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686053>>.

¹⁶ RAHMAN, P y ELDER JT. Genetics of psoriasis and psoriatic arthritis: A report from the GRAPPA 2010 annual meeting. En: J Rheumatol. Vol 39 (2012); p 431-3. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298274>>.

¹⁷ HOHLER, T y MARKER-HERMANN, E. Psoriatic arthritis: Clinical aspects, genetic and role of T cells. En: Curr Opin Rheumatol. Vol 13 (2001); p 273-9. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11555727>>.

¹⁸ NESTLE, FO, *et al.* Psoriasis. Op. Cit., p 498.

¹⁹ SMITH, CH y BARKER, JN. Psoriasis and its management. En: BMJ. Vol 333 (2006); p 380-4. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550454/>>.

²⁰ TSANKOV, N, *et al.* Drug-induced psoriasis. Recognition and management. En: Am J Clin Dermatol. Vol 1 (2000); p 159-65. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702297>>.

²¹ LOWES, MA, *et al.* Pathogenesis and therapy of psoriasis. En: Nature. Vol 445 (2007); p 866-73. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17314973>>.

²² KORMEILI, T, *et al.* Psoriasis: Immunopathogenesis and evolving immunomodulators and systemic therapies; U.S. experiences. En: Br J Dermatol. Vol 151 (2004); p 3-15. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15270867>>.

infecciones bacterianas (*Streptococcus* spp.) y virales (influenza, HIV), el trauma externo (fenómeno de Koebner), el estrés desencadena la enfermedad por su acción sobre las hormonas, el sistema nervioso autónomo y el inmunitario, el consumo de alcohol y de cigarrillos, medicamentos como el litio, las sales de oro, los betabloqueadores, los antipalúdicos, los antagonistas adrenérgicos, el interferón, la digoxina, el gem-fibrozil y la clonidina, los corticosteroides, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), entre otros. Los medicamentos son los responsables de la inducción de psoriasis en más del 83 % de los casos y también de las recaídas²⁴.

5.1.3 Factores inmunológicos. Desde 1970 se describió que la activación del sistema inmunitario participa en la patogénesis de la psoriasis. Entre las evidencias más importantes se destacan el incremento de las células dendríticas y la aparición de numerosos clones de linfocitos T en la piel afectada, la acción de las citocinas proinflamatorias y la eficacia terapéutica de los medicamentos inmunomoduladores.

Eje IL-12/IL-23: La IL-12 es un heterodímero formado por las subunidades p35 y p40; es liberada por células presentadoras de antígeno y dirige la respuesta a Th1; la IL-23 es un miembro de la superfamilia de la IL-12, está compuesta por las subunidades p19 y p40, induce hiperplasia epidérmica y aumento del infiltrado inflamatorio Th17. Hallazgos previos señalaban que la psoriasis era una enfermedad mediada principalmente por citocinas Th1 al observar altos niveles de IFN- γ en piel y el incremento de la expresión de la subunidad p40, la cual se interpretó erróneamente como la presencia de IL-12; actualmente, es bien reconocido que la subunidad p40 es compartida por IL-12 e IL-23, y al complementar los estudios de las subunidades p35 (IL-12) y p19 (IL-23), se identificó que en la piel con psoriasis es más abundante la IL-23²⁵.

Citocinas Th17 en psoriasis: Las células Th17 son productoras de IL-17A, IL-17F, IL-21, IL-22 e IL-26. Promueven la inmunidad innata al inducir la producción de péptidos antimicrobianos, defensinas, proteínas de fase aguda, quimiocinas e hiperplasia de queratinocitos y miofibroblastos. También participan en la inducción de citocinas proinflamatorias, como IFN- γ , e inmunorreguladoras, como IL-10. Por

²³ TSANKOV, N, *et al.* Drug-induced psoriasis. Recognition and management. Op. Cit., p 159-65.

²⁴ MILAVEC-PURETIC, V, *et al.* Drug induced psoriasis. En: Acta Dermatovenereol Croat. Vol 19 (2011); p 39-42. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en <<http://hrcak.srce.hr/file/131920>>.

²⁵ LOWES, MA, *et al.* Pathogenesis and therapy of psoriasis. Op. Cit., p 867.

otro lado, las citocinas Th17 incrementan la expresión del receptor de quimiocinas CCR6, importante en dirigir las células T a la piel.

Papel de las células NK en la inmunopatogénesis de la psoriasis: Las células NK tienen gran capacidad para destruir las células infectadas por virus y las células neoplásicas, y producen citocinas, como IFN- γ , TNF- α y TGF- β . Su fenotipo es CD56+CD3-.

El papel de las células NK en la psoriasis ha sido poco estudiado, sin embargo, hay información del aumento de estas células en la enfermedad. Se ha descrito que de 5 a 8 % del infiltrado inflamatorio en la piel con psoriasis es de células NK.

En psoriasis se describe que la mayoría de las células NK en piel son CD56bright, lo que representa que son más inmaduras, menos citotóxicas y más eficientes en la secreción de citocinas.

Las células NK en psoriasis son CD69+ (marcador de activación) y producen grandes cantidades de IFN- γ *in vitro* en respuesta a la estimulación con IL-2. El sobrenadante de estas células NK estimuladas, induce activación de los queratinocitos, regulación positiva de MCH de clase I, ICAM-1 y HLA-DR. Los queratinocitos también secretan quimiocinas de células NK (CXCL10, CCL5, CCL20) generando un circuito de reclutamiento de células NK a la piel. La mayor expresión de los receptores para estas quimiocinas fueron identificados en las células NK de piel con psoriasis (CXCR3 y CCR5, receptores para CXCL10 y CCL5) y expresión moderada de CCR6 (receptor CCL20)²⁶.

Otras células del sistema inmunitario innato: El papel del sistema inmunitario innato en la psoriasis es cada vez más importante. Los neutrófilos se encuentran en la capa córnea de la piel con psoriasis. Debido a que estas células son efímeras (vida media aproximada de 3 días), se ha sugerido que su presencia sostenida se debe a un reclutamiento continuo.

Las células dendríticas están aumentadas en las lesiones psoriásicas y contribuyen a la activación de las células T; se pueden encontrar células dendríticas plasmocitoides que no se encuentran en la piel normal, estas células son potentes productores de IFN α , una citocina clave para desencadenar el

²⁶ DUNPHY, S y GARDINER, CM. NK cells and psoriasis. En: J Biomed Biotechnol. Vol 2011 (2011); p 1-10. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.hindawi.com/journals/bmri/2011/248317/>>.

desarrollo de la lesión; y las células dendríticas mieloides tienen la capacidad de secretar TNF- α , y también se han observado en la piel con psoriasis sintetasas inducibles de óxido nítrico (iNOS).

Las células NKT (células T asesinas naturales) son un subtipo de linfocitos que expresan simultáneamente el receptor de células T y moléculas de las células NK (CD56, CD16, CD161 y CD94). Son activadas tras el reconocimiento de los antígenos glucolípidicos presentados en el contexto de la molécula CD1d, una molécula de tipo MHC de clase I. De forma interesante, los queratinocitos expresan CD1d y su expresión está aumentada en la piel con psoriasis.

5.1.4 Angiogénesis y estrés oxidativo. Son mecanismos comunes de la psoriasis y la arterioesclerosis.

Angiogénesis: La lesión local o la hipoxia disparan la liberación de factores proangiogénicos, como IL-8, HIF-1 α , ETS-1 y VEGF. Estos factores favorecen el incremento de la permeabilidad capilar y la trans migración de leucocitos a los sitios de inflamación por aumento de la expresión de las moléculas de adhesión; en ambas enfermedades se presentan eventos como la inflamación y la activación de diferentes tipos celulares como las células T, los macrófagos, los neutrófilos y las células endoteliales, asociados a una red de citocinas y mecanismos efectores similares.

Los pacientes con psoriasis presentan mayor riesgo cardiovascular asociado a la mayor frecuencia de HTA, DM, obesidad y síndrome metabólico; además de lo anterior, se ha sugerido que la psoriasis es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular debido al estado inflamatorio persistente. Esto es importante dado que el tratamiento sistémico podría estar relacionado con la disminución de las enfermedades cardiovasculares concomitantes²⁷.

Las alteraciones relacionadas con la angiogénesis y el estrés oxidativo en la psoriasis no han sido completamente explorados; sin embargo, clásicamente, se ha descrito el cambio en la morfología con la presencia de capilares tortuosos en las placas de psoriasis, hallazgos que pueden estar presentes en las etapas tempranas, antes de la hiperplasia epidérmica o aun preceder a la lesión clínica.

²⁷ ARMSTRONG, AW, *et al.* Angiogenesis and oxidative stress: Common mechanisms linking psoriasis with atherosclerosis. En: J Dermatol Sci. Vol 63 (2011); p 1-9. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21600738>>.

Por microscopia electrónica se han detectado pérdida de los pericitos y de las células musculares perivasculares, con aumento de las uniones *gap* entre las células endoteliales. Entre los eventos que desencadenan la angiogénesis se reconoce a la hipoxia como uno de los más importantes; en psoriasis, el aumento en la demanda de oxígeno debida a la inflamación y a la hiperplasia epidérmica, inducen la liberación de mediadores proangiogénicos por los queratinocitos. La IL-8, el VEGF, el factor de crecimiento básico de fibroblastos (bFGF), el factor inducible por hipoxia (HIF-1), el TNF- α , el TGF- α , las angiopoyetinas, el factor angiogénico estimulante de células endoteliales (ESAF) y la IL-17, actúan en conjunto para la inducción de la angiogénesis. El TNF- α es de especial interés puesto que incrementa la producción de las especies reactivas de oxígeno, citocinas proinflamatorias como IL-8 y otros factores proangiogénicos. Es posible que los inhibidores de TNF- α disminuyan la activación endotelial y la angiogénesis, disminuyendo el riesgo cardiovascular.

Un evento desencadenante como la hipoxia, la lesión epidérmica o la presencia de fosfolípidos oxidados estimula a los queratinocitos de la capa basal para producir factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), el cual se une a su receptor en los queratinocitos e induce la hiperproliferación y mayor producción de VEGF; el VEGF también estimula los vasos de la dermis y la inducción de nuevos vasos de paredes más delgadas, con mayor permeabilidad y mayor expresión de moléculas de adhesión; todo esto facilita la infiltración de las células inflamatorias a la piel; los queratinocitos suprabasales producen IL-8, la cual estimula la producción de VEGF. La IL-8 también estimula la quimiotaxis de neutrófilos y linfocitos. La hiperplasia de queratinocitos, el infiltrado inflamatorio, los vasos de paredes delgadas y la formación de capilares permeables son cambios asociados al fenotipo de psoriasis.

El gen del VEGF es altamente polimorfo y se ha descrito que los pacientes con el genotipo CC en +405 producen más VEGF que los controles sanos y es más prevalente en psoriasis de tipo I; sin embargo, estos hallazgos difieren entre las poblaciones estudiadas, por lo que se sugiere que el VEGF puede predisponer diferencialmente a la psoriasis, pero se requieren más estudios sobre el tema.

Estrés oxidativo: La psoriasis y la arterioesclerosis también tienen en común fuentes de la generación de especies reactivas del oxígeno, las cuales están implicadas en la activación de diferentes vías de señalización comunes a ambas enfermedades.

Las terapias farmacológicas y genéticas dirigidas a los factores clave en estas vías podrían ser innovadoras y, potencialmente mitigar los efectos cardiovasculares de la enfermedad psoriásica.

5.1.5 Enfermedades que se pueden desarrollar con la psoriasis. Aunque los trastornos sistémicos, tales como la obesidad, la DM, y enfermedades del corazón pueden estar relacionados con los hábitos alimentarios y el estado nutricional, la resistencia relativa a las infecciones cutáneas junto con disminución de la respuesta inmunitaria sugiere una selección determinada genéticamente²⁸.

La psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria, mediada por mecanismos inmunes que puede predisponer a los pacientes a otras condiciones inflamatorias, por ejemplo, las personas con psoriasis tienen un mayor riesgo de resistencia a la insulina, la obesidad, la dislipidemia y los componentes de la HTA que caracterizan al síndrome metabólico. El síndrome metabólico es un motor importante de los resultados cardiovasculares adversos. Las citoquinas proinflamatorias, tales como TNF- α , y otros factores que se producen en exceso en pacientes con psoriasis probablemente contribuyen al mayor riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico²⁹.

El mayor riesgo de padecer de DM mellitus tipo 2 entre los pacientes con psoriasis se encuentra en pacientes que sufren de la enfermedad, no familiar, de inicio tardío y en pacientes que sufren de artritis psoriásica³⁰.

Se reconoce cada vez más el papel de la inflamación crónica que causa trastornos metabólicos y vasculares. Se planteó la hipótesis de que las citoquinas proinflamatorias contribuyen a la aterogénesis, la resistencia periférica a la insulina, y el desarrollo de la HTA y la DM de tipo II. La psoriasis como una enfermedad de la piel inflamatoria crónica se caracteriza por una variedad de inmunológica y cambios inflamatorios y puede predisponer de manera similar para esos trastornos.

²⁸ HENSELER, T y CHRISTOPHERS, E. Disease concomitance in psoriasis. En: Journal of the American Academy of Dermatology. Vol. 32, no. 6 (1995); p. 982–986. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7751469>>.

²⁹ GOTTLIEB, A, *et al.* Psoriasis and the metabolic syndrome. En: Journal of Drugs in Dermatology. Vol. 7, no. 6 (2008); p. 563–572. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18561588>>.

³⁰ ARMESTO, S, *et al.* Psoriasis and type 2 diabetes risk among psoriatic patients in a Spanish population. En: Australasian Journal of Dermatology. Vol. 53, no. 2 (2012); p 128–130. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571562>>.

Los pacientes con psoriasis muestran una mayor prevalencia de la enfermedad del hígado graso no alcohólico y el síndrome metabólico que la población general.

La artritis psoriásica es una artropatía inflamatoria crónica que se caracteriza por la presencia combinada de la psoriasis y la artritis. Afecta a 5-8% de los pacientes con psoriasis, y 0,05 a 0,24% de la población caucásica general³¹. Muchos pacientes desarrollan daño progresivo de la articulación y la discapacidad, con un impacto significativo sobre el estado funcional del paciente y la calidad de vida, y una esperanza de vida reducida en relación con causas cardiovasculares y respiratorias³².

Se informó que la psoriasis se asocia con factores de riesgo cardiovascular. La artritis psoriásica también parece estar asociado con un aumento de la mortalidad y morbilidad cardiovascular. Varios factores como el tabaquismo, la dislipemia, la HTA, el aumento de nivel de fibrinógeno, hipercoagulabilidad, y la disminución de la actividad física podrían explicar el riesgo cardiovascular mayor en pacientes con artritis psoriásica. Sub-tratamiento de la morbilidad cardiovascular también puede contribuir al mayor riesgo cardiovascular³³.

Estudios previos han informado de un aumento de la prevalencia de la DM en los pacientes con psoriasis. La DM se ha encontrado en otras enfermedades inflamatorias sistémicas tales como lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide. Se encontró que los pacientes con artritis psoriásica que tienen mayor nivel de glucosa en ayunas de los pacientes con artritis reumatoide (30% versus 16%³⁴). Una asociación similar entre artritis psoriásica y la DM también se observó³⁵.

³¹ CHRISTOPHERS, E. Psoriasis—epidemiology and clinical spectrum. En: *Clinical and Experimental Dermatology*. Vol. 26, no. 4 (2001); p 314–320. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11422182>>.

³² KIMHI, O, *et al.* Prevalence and risk factors of atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. En: *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. Vol. 36, no. 4(2007); p 203–209. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17067658>>.

³³ PETERS, M. J, *et al.* Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. En: *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. Vol. 34, no. 3 (2004); p 585–592. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15609262>>.

³⁴ MOK, C, *et al.* Prevalence of atherosclerotic risk factors and the metabolic syndrome in patients with chronic inflammatory arthritis. En: *Arthritis Care and Research*. Vol. 63, no. 2 (2011); p 195–202. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20890981>>.

³⁵ JOHNSON, H, *et al.* Cardiovascular and metabolic risks in psoriasis and psoriatic arthritis: pragmatic clinical management based on available evidence. En: *Annals of the Rheumatic Diseases*. Vol. 71, no. 4 (2012); p 480–483. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22294632>>.

5.2 DIAGNOSTICO

5.2.1 Presentación clínica de la Psoriasis. Pueden combinarse en un mismo paciente distintas formas de presentación de la psoriasis.

-Psoriasis vulgar (psoriasis en placas): Se caracteriza por la presencia de placas eritrodérmicas múltiples, más o menos simétricas de diámetro variable, preferentemente en codos, rodillas, región lumbosacra, cuero cabelludo y, en menor medida, palmas y plantas.

-Psoriasis en gotas (psoriasis guttata): Se presenta, sobre todo, en niños y adolescentes, como pequeñas pápulas eritematoescamosas que predominan en tronco y extremidades. Con frecuencia está desencadenada por una infección bacteriana, habitualmente una faringitis estreptocócica.

-Psoriasis invertida: A diferencia de la presentación habitual, afecta a los pliegues de flexión (axilas, ingle, pliegue inframamario), por lo que puede confundirse con intertrigos candidiásicos.

-Psoriasis eritrodérmica: Enrojecimiento inflamatorio y descamación generalizada de la piel, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general del paciente.

-Psoriasis ungueal: La uña presenta un piqueteado típico, que le da un aspecto de dedal. Puede ocasionar onicolisis.

-Psoriasis pustulosa: Forma poco común de psoriasis caracterizada por la aparición de pústulas estériles de evolución aguda, subaguda o crónica. Puede tener manifestaciones sistémicas asociadas. Puede ser generalizada o localizada ésta última más frecuente de localización palmoplantar.

5.2.2 Herramientas clinimétricas. Las características clínicas particulares y diversas de la psoriasis, han generado la descripción de muchas escalas

clínicas en búsqueda de las mejores herramientas que puedan estar acordes con las necesidades actuales para la evaluación de la enfermedad³⁶.

La definición de la herramienta clínica ideal para extrapolar y darle un uso real en nuestra población y en nuestro sistema de salud, generó una amplia discusión dentro del comité que elaboró las “guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia”, y se llegó a la conclusión que el PASI debe ser la escala que debemos usar.

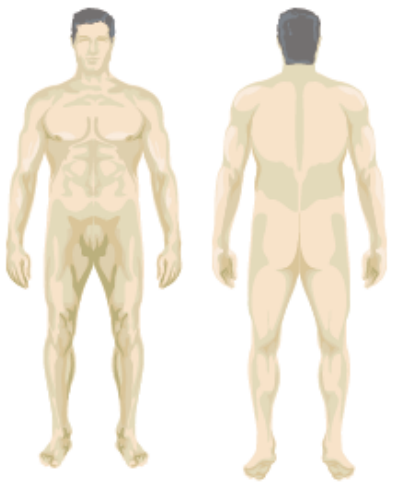
Por otro lado, el conocimiento y la aplicación complementaria de otras escalas, como el DLQI y el BSA, pueden mejorar la evaluación clínica y favorecer el enfoque diagnóstico y terapéutico de nuestros pacientes.

5.2.2.1 PASI. Mide el índice del área y la gravedad de la psoriasis, esta herramienta fue descrita por Fredrikson y Pettersson en 1978, el PASI valora al paciente en cuatro áreas físicas, cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores; y genera un índice según la fórmula matemática previamente definida que evalúa las lesiones del paciente en cuatro aspectos básicos:

Los tres primeros evalúan el grado de eritema, descamación e infiltración y la cuantificación va de 0 a 4, siendo 1 el más leve y 4 el más acentuado. El cuarto aspecto evalúa la extensión, y se asigna un porcentaje según área comprometida de superficie corporal en cada una de las cuatro áreas evaluadas, así: 1 (<10%), 2 (10 a 29 %), 3 (30 a 49 %), 4 (50 a 69 %), 5 (70 a 89 %) y 6 (90 a 100).

La fórmula matemática suma los valores adjudicados en cada área, y se multiplican por el valor obtenido de la extensión, este resultado se multiplica por el factor de multiplicación definido por área, entonces para cabeza es 0.1, extremidades superiores 0.2, tronco 0.3, extremidades inferiores 0.4, luego estos resultados se suman y el valor se encuentra en un rango de 0 – 72, y ese es el resultado PASI. Un PASI superior de 10 define la psoriasis como moderada a grave.

³⁶SPULS, P, *et al.* How good are clinical severity and outcome measures for psoriasis? Quantitative evaluation in a systematic review. En: J Invest Dermatol. Vol 130 (2010); p 933-43. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20043014>>.

Nombre	Fecha / /	HC
CABEZA Eritema ☐ + Descamación ☐ + Induración ☐ x Extensión ☐ x 0,1 1: ≤10%; 2: 10% a 29%; 3: 30% a 49%; 4: 50% a 69%; 5: 70% a 89%; 6: 90% a 100% +		TOTAL 
EXTREMIDADES SUPERIORES Eritema ☐ + Descamación ☐ + Induración ☐ x Extensión ☐ x 0,2 1: ≤10%; 2: 10% a 29%; 3: 30% a 49%; 4: 50% a 69%; 5: 70% a 89%; 6: 90% a 100% +		
TRONCO Eritema ☐ + Descamación ☐ + Induración ☐ x Extensión ☐ x 0,3 1: ≤10%; 2: 10% a 29%; 3: 30% a 49%; 4: 50% a 69%; 5: 70% a 89%; 6: 90% a 100% +		
EXTREMIDADES INFERIORES Eritema ☐ + Descamación ☐ + Induración ☐ x Extensión ☐ x 0,4 1: ≤10%; 2: 10% a 29%; 3: 30% a 49%; 4: 50% a 69%; 5: 70% a 89%; 6: 90% a 100% =		

Modificado de: Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis - oral therapy with a new retinoid. Dermatologica. 1978;157:228-44.

Las siguientes figuras muestran una aproximación visual a los parámetros descritos en el PASI.

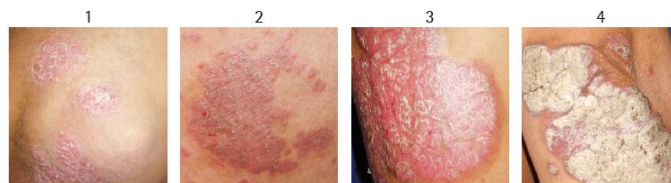
Eritema



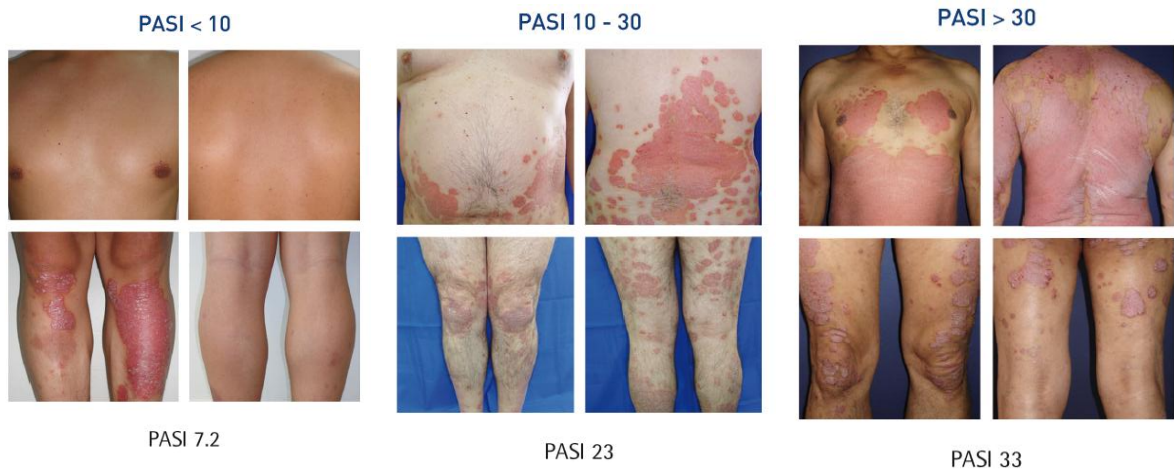
Descamación



Induración



Los siguientes gráficos ilustran algunos ejemplos de los valores del PASI.



5.2.2.2 DLQI – Modificado. Esta escala permite valorar el impacto de la psoriasis en la calidad de vida desde el momento en el que el paciente presentó la enfermedad (esfera personal, social y laboral) y llegan a la consulta dermatológica, el cuestionario consta de 10 preguntas y se puede responder a cada pregunta: todo el tiempo, a menudo, a veces, casi nunca, nunca.

Cuestionario de impacto:

1. ¿Con qué frecuencia le molesta el picor de la piel?
2. ¿Con qué frecuencia le molesta el dolor o la irritación de la piel?
3. ¿Con qué frecuencia le preocupa el aspecto de su piel?
4. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado/a por la enfermedad de su piel?
5. ¿Con qué frecuencia se siente disgustado/a con la enfermedad de su piel?
6. ¿Afecta la enfermedad de su piel a su relación con los demás?

7. ¿Limita la enfermedad de su piel el tipo de ropa que lleva?
8. ¿Con que frecuencia a su elección de actividades sociales o de ocio?
9. ¿Le causa problemas la enfermedad de su piel en el trabajo o con los estudios?
10. ¿Le causa problemas la enfermedad de su piel en sus relaciones?

Se interpreta de la siguiente manera:

- Gran impacto:

Si se responde “todo el tiempo” al menos una vez.

Si se responde “a menudo” al menos tres veces.

- Impacto moderado:

Si se responde “a menudo” <3 veces, pero >0.

Si se responde “todo el tiempo” al menos una vez.

Si se responde “a menudo” al menos tres veces.

- Impacto moderado:

Si se responde “a menudo” <3 meses pero >0.

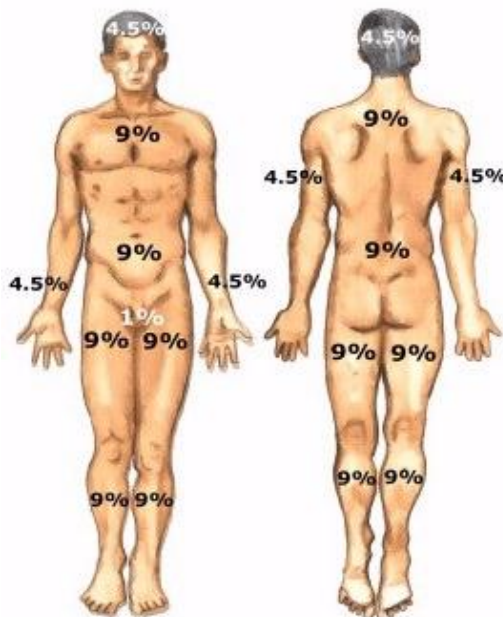
Si se responde “a veces” al menos 5 veces.

- Poco o ningún impacto:

Si se responde “a veces” menos de 5 veces.

Si todas las respuestas son “casi nunca” o “nunca”.

5.2.2.3 BSA. Es el área de superficie corporal y se calcula al medir el área comprometida de acuerdo con el porcentaje afectado de cada parte del cuerpo, se usa el mismo método de la regla de los nueve de pacientes quemados.



5.2.3 Definición de la gravedad de la enfermedad. La gravedad de la psoriasis en placa se puede definir de dos formas:

1. Se puede definir una psoriasis como leve, si se tiene los índices BSA, PASI y DLQI iguales o menores de 10.

Se puede definir una psoriasis como moderada a grave en tres situaciones:

1. Si los índices BSA, PASI y DLQI son mayores de 10.

2. Si el paciente con psoriasis tiene índices BSA y PASI iguales o menores de 10, pero DLQI mayor de 10.

3. Si el paciente tiene el índice BSA o el PASI mayor de 10 y el DLQI menor o igual a 10, debe considerarse como una enfermedad moderada a grave, pero sin impacto en la calidad de vida.

5.2.4 Estudios complementarios. En el estudio de todo paciente con psoriasis se recomiendan los siguientes:

a. Estudio de laboratorio: Glucemia, perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL y LDL), ácido úrico, proteína C reactiva (PCR).

b. Biopsia de piel: puede no ser indispensable para el diagnóstico de psoriasis, sin embargo, puede ser de utilidad para la confirmación del diagnóstico y la posibilidad de futuras reclamaciones respecto a la pertinencia de la valoración multidisciplinaria, estudios adicionales o en el caso de ser necesario el uso de tratamiento sistémico.

c. Valoración multidisciplinaria: se sugiere que todo paciente con psoriasis reciba una consulta por nutrición, psicología y psiquiatría y, en algunos casos, por fisioterapia como parte del manejo integral de la enfermedad.

d. La solicitud de otros exámenes de laboratorio clínico, estudios radiológicos e interconsulta deben definirse según el caso.

5.2.5 Características de la atención. Por su grado de complejidad, la cronicidad y su asociación a un fenómeno inflamatorio sistémico, el consenso de los autores de las “guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia” recomienda que para la adecuada evaluación de los pacientes con psoriasis y en función de mejorar su evolución y pronóstico, una vez se haya establecido el diagnóstico de la enfermedad, se asigne una cita doble la primera vez de consulta que permita la aplicación de las escalas de clinimetría y el inicio de una aproximación clara y completa a la situación del paciente. Además una vez se inicie el seguimiento, control y tratamiento por el especialista, los pacientes con psoriasis deben seguir siendo evaluados en citas sucesivas de control, siempre por un dermatólogo, independientemente de la gravedad de la enfermedad y del grado de mejoría que haya alcanzado con el tratamiento médico instaurado.

5.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial clínico se debe realizar con el eccema, la pitiriasis rubra pilaris, la dermatitis seborreica, la pitiriasis liquenoide y rosada, las candidosis, tiñas corporis o inguinal, formas secundarias de sífilis y la micosis fungoide.

Microscópicamente, uno de los diagnósticos diferenciales más frecuentes es con el eccema, especialmente en las formas palmoplantares. La ausencia de espongiosis franca, así como la presencia de fenómenos de exudación cíclica papilar son claves para establecer el diagnóstico de psoriasis.

Estos mismos criterios son básicos para diferenciar la psoriasis de la micosis fungoide, donde además se observan linfocitos atípicos epidermotropos.

En los casos de psoriasis pustulosa, los diagnósticos diferenciales más importantes se deben establecer con la candidosis, pénfigo IgA y con la pustulosis exantemática medicamentosa.

5.4 TRATAMIENTO

El objetivo básico del tratamiento de la psoriasis consiste en rápido control inicial de la enfermedad, disminución del porcentaje comprometido de superficie corporal, disminución del aumento y tamaño de las placas, generar y mantener una remisión prolongada, minimizar los efectos adversos y mejorar la calidad de vida del paciente.

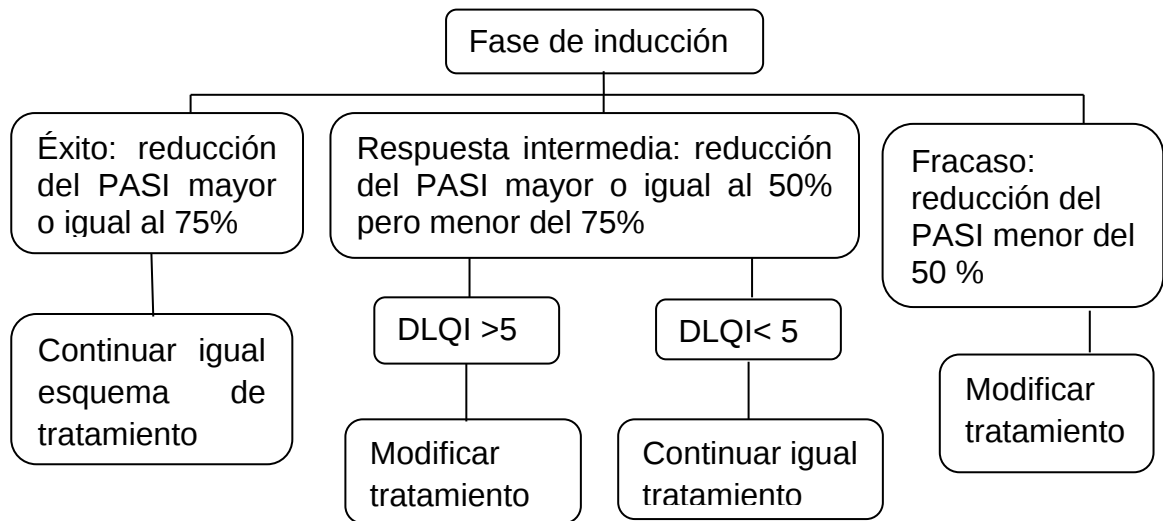
5.4.1 Fases de tratamiento. En cuanto a las fases de tratamiento para la terapia sistémica, se definen de la siguiente manera:

Fase de inducción: periodo que cubre desde el inicio del tratamiento hasta la semana 16 y puede extenderse hasta la semana 24 según la decisión del dermatólogo. En este período se debe evaluar al paciente cada 2 a 4 semanas.

Fase de mantenimiento: periodo después de la inducción en el que cada cierto tiempo se debe evaluar el éxito del tratamiento (cada 8 a 12 semanas).

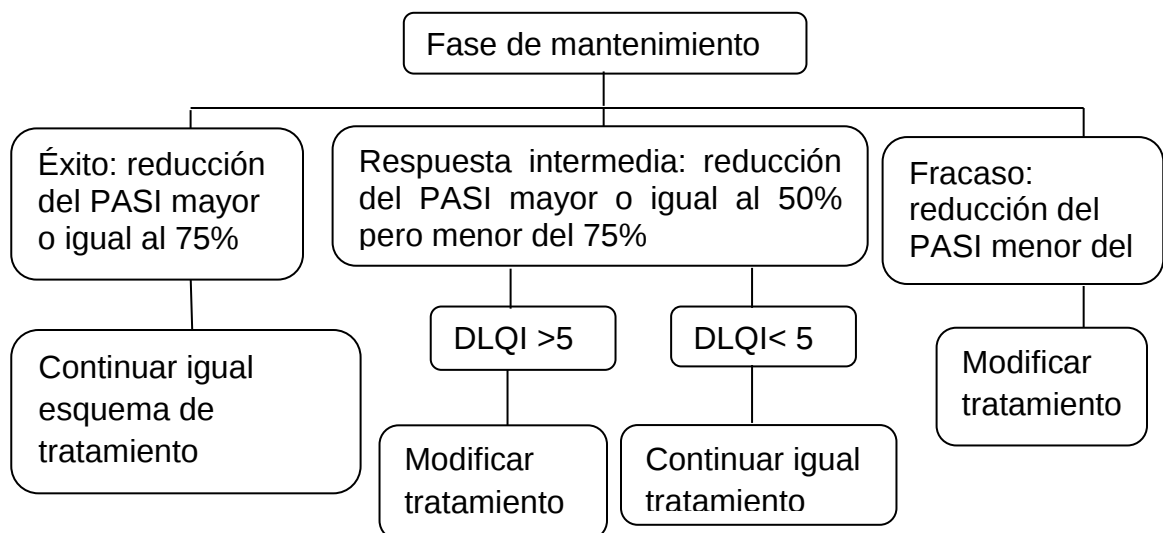
5.4.2 Objetivos del tratamiento. Los objetivos del tratamiento en la fase de inducción son (algoritmo 1):

Algoritmo 1. Tratamiento en fase de inducción.



Los objetivos del tratamiento en la fase de mantenimiento son (algoritmo 2):

Algoritmo 2. Tratamiento en fase de mantenimiento.



5.4.3 Tratamiento tópico de la psoriasis. La terapia tópica constituye la primera línea de tratamiento en la psoriasis leve. Aproximadamente, 70 % de los pacientes con psoriasis tienen una enfermedad leve a moderada y la mayoría pueden ser tratados con medicamentos tópicos, los cuales proveen generalmente alta eficacia y seguridad. La terapia tópica también se puede usar como coadyuvante en otro tipo de terapias, como la fototerapia o la terapia sistémica. No se recomienda su uso como monoterapia en pacientes con compromiso grave.³⁷

Entre las ventajas del tratamiento tópico se tiene que son seguros bajo la supervisión médica y de fácil aplicación. Las desventajas están marcadas por el bajo grado de adherencia en el tratamiento y el alto grado de disconformidad.

5.4.3.1 Esteroides tópicos. Los esteroides tópicos son la base del tratamiento de la mayoría de los pacientes con psoriasis, particularmente en aquellos con enfermedad leve a moderada. Existen disponibles muchas formulaciones, lo cual permite un uso versátil de ellos.

Son antiinflamatorios, antiproliferativos, inmunosupresores y vasoconstrictores, estos efectos son mediados por la unión del medicamento al receptor intracelular de esteroides, que regula la transcripción de numerosos genes, particularmente aquellos que codifican citocinas proinflamatorias. La potencia del esteroide se mide por la capacidad de producir vasoconstricción³⁸.

Clasificación de los esteroides según su potencia y eficacia, se usa la prueba de vasoconstricción, o blanqueo cutáneo de McKerzie-Stoughton, que los divide en cuatro clases, según su potencia:

- ✓ Clase I - muy potentes: Propionato de clobetasol al 0,05 %; propionato de halobetasol al 0,05 %; dipropionato de betametasona al 0,05 %; diacetato de diflorasona al 0,05 %; valerato de diflucortolona al 0,3 %; hacinónido al 0,1 %.

³⁷ MENTER, A, *et al.* Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. American Academy of Dermatology. En: J Am Acad Dermatol. Vol 60 (2009); p 643-59. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<https://www.aad.org/File%20Library/Global%20navigation/Education%20and%20quality%20care/Guidelines-psoriasis-sec-3.pdf>>.

³⁸ CORNELL, RC y STOUGHTON, RB. Correlation of the vasoconstriction assay and clinical activity in psoriasis. En: Arch Dermatol. Vol 121 (1985); p 63-7. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3881088>>.

- ✓ Clase II - potentes: Amcinónido al 0,1 %; dipropionato de beclometasona al 0,025 %; benzoato de betametasona al 0,025 %; dipropionato de betametasona al 0,05 %; desoximetadona al 0,25 %; diacetato de diflorasona al 0,05 %; diacetato de diflorasona al 0,1 %; budesonida al 0,025 %; desonida al 0,05 %; deoximetasona al 0,25 %; valerato de diflucortolona al 0,1 %; acetónido de fluciclorolona al 0,2 %; acetónido de fluocinolona al 0,2 %; fluocinonida al 0,05 %; halcinonida al 0,1 %; 17- valerato de betametasona al 0,1 %; diacetato de diflorasona al 0,05 %; diacetato de diflorasona al 0,1 %; propionato de fluticasona al 0,05 %; acetónido de triamcinolona al 0,1 %; furoato de mometasona al 0,1 %; acetato de fluprednilideno al 0,1 %; aceponato de metilprednisolona al 0,1 %; prednicarbato al 0,25 %

- ✓ Clase III: moderada potencia: Dipropionato de aclometasona al 0,05 %; dipropionato de beclometasona al 0,025 %; salicílato de beclometasona al 0,025 %; benzoato de betametasona al 0,025 %; dipropionato de betametasona al 0,05 %; valerato de betametasona al 0,05 %; valerato de betametasona al 0,1 %; butirato de clobetasona al 0,05 %; desoximetasona al 0,05 %; acetónido de fluciclorolona al 0,025 %; pivalato de flumetasona al 0,025 %; acetónido de fluocinolona al al 0,01 %; acetónido de fluocinolona al 0,025 %; fluocortolona al 0,2 %; flupametasona al 0,3 %; flurandrenolona al 0,05 %; halometasona al 0,05 %; aceponato de hidrocortisona al 0,1 %; butirato de hidrocortisona al 0,1 %; valerato de hidrocortisona al 0,2 %; acetónido de triamcinolona al 0,04%

- ✓ Clase IV: baja potencia: Dexametasona al 0,1-0,2 %; acetato de Hidrocortisona al 1-2,5 %; acetato de metilprednisolona al 0,25 %; butilo de fluocartín al 0,75 %

Es decir:

- Baja potencia: Estos se recomienda usarlos en cara, intertrigo-pliegues, piel delgada y niños.

- Potentes y muy potentes: Otras áreas en pacientes adultos.

- Muy potentes: Placas crónicas y gruesas.

La taquifilaxia consiste en la pérdida de acción o efectividad del medicamento debido al uso continuo de este. Sigue sin establecerse si en realidad hay una disminución en la efectividad del medicamento o si hay menor cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Para evitar la taquifilaxia, se recomienda como terapia de mantenimiento uso de esteroides tópicos solo 2 días a la semana después de la fase inicial de 2 semanas.

Los efectos secundarios pueden ser cutáneos o sistémicos; son más visibles en sitios sensibles al uso de esteroides, como la cara y el intertrigo.

Cutáneos: Atrofia, telangiectasias, estrías, acné, folliculitis, hipopigmentación, hipertrichosis y púrpura. También pueden exacerbar dermatosis coexistentes como rosácea, dermatitis perioral, dermatitis de contacto y tiña corporis. Se ha descrito rebote de la enfermedad, principalmente con la suspensión abrupta del tratamiento.

Sistémicos: Son poco frecuentes y se dan por la absorción del medicamento a través de la piel. Esto ocurre, principalmente, con el uso de esteroides de alta potencia aplicados en grandes superficies durante mucho tiempo o en oclusión. Se han descrito síndrome de Cushing, osteonecrosis de la cabeza del fémur, cataratas, glaucoma y supresión del eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales³⁹; en niños se ha descrito retardo del crecimiento.

5.4.3.2 Terapia combinada con esteroides. Esteroides y ácido salicílico: el ácido salicílico promueve la descamación de los corneocitos de las placas de psoriasis y aumenta la absorción del esteroide en la piel. No hay un buen conocimiento sobre el aumento de la toxicidad del esteroide, por lo que se recomienda su uso solo con esteroides de mediana potencia.

Esteroides y análogos de la vitamina D: es una combinación segura, efectiva y disminuye la irritación por el uso del medicamento solo. Hay un estudio del uso de calcipotriol en la mañana y halobetasol en la noche que reduce la posibilidad de efectos secundarios frente a la monoterapia. Hay, también, un estudio en el que usaron halobetasol cada 12 horas los fines de semanas y calcipotriol cada 12 horas en la semana y esto fue superior al uso de la monoterapia de estos dos

³⁹KATZ, HI, *et al.* Superpotent topical steroid treatment of psoriasis vulgaris— clinical efficacy and adrenal function. En: J Am Acad Dermatol. Vol 16 (1987); p 804-11. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3553247>>.

agentes. La combinación de calcipotriol y betametasona en un mismo producto está disponible en Colombia en ungüento y en gel.

Esteroides y tazaroteno: el potencial irritativo del tazaroteno favorece la acción de los esteroides tópicos. Probablemente, existe un efecto sinérgico entre ambos medicamentos, con aumento del tiempo de remisión de la enfermedad y disminución de la atrofia cutánea secundaria al uso de los esteroides tópicos. El tazaroteno aumenta el grosor epidérmico y junto con el esteroide tópico, disminuye la atrofia cutánea secundaria hasta en 37 %.

Análogos de la vitamina D: Los análogos sintéticos de la vitamina D actúan uniéndose a los receptores nucleares de la vitamina D en los queratinocitos disminuyendo su proliferación y llevando a su diferenciación terminal. Poseen mínima absorción sistémica la cual es directamente proporcional a la extensión del área por tratar. Su principal efecto secundario es la irritación que se presenta, principalmente, en las áreas sensibles y en los pliegues.

Los efectos secundarios que se presentaron, pueden verse en la lesión o en la piel alrededor de la lesión y afectan al 35 % de los pacientes; entre estos se destaca el eritema, el edema, el prurito, la resequedad, la sensación de ardor y la fotosensibilidad. También se han visto efectos secundarios sistémicos como la hipercalcemia y la supresión de la paratohormona, los cuales se reducen con la aplicación máxima de 100 g de calcipotriol por semana.

Los análogos de la vitamina D tienen la indicación de ser usado 2 veces al día en la áreas afectadas, aplicar máximo 100g a la semana, su uso combinado con esteroides disminuye la posibilidad de presentación de efectos secundarios, además no se debe usar antes de la fototerapia por el riesgo de fotosensibilidad.

Retinoides tópicos: Los retinoides tópicos están disponibles para el tratamiento de la psoriasis desde 1997. El más usado es el tazaroteno, el cual se une a los subtipos α y β del receptor RAR normalizando la diferenciación y proliferación de los queratinocitos y reduciendo la expresión de marcadores inflamatorios.

Los principales efectos secundarios que se han observado son: eritema, sensación de quemadura y prurito; el grado de intolerancia depende de cada paciente y se relaciona con el vehículo utilizado.⁴⁰

5.4.4 Fototerapia y fotoquimioterapia en psoriasis. Según la combinación que se utilice, están:

Fotoquimioterapia, psoraleno más radiación ultravioleta A (PUVA): Los psoralenos penetran rápidamente a las células y se intercalan con los ácidos nucleicos. La radiación ultravioleta A hace que se unan a las bases de pirimidina formando enlaces cruzados con las cadenas de ADN. Todos estos cambios generan una inestabilidad genómica que impide la replicación de los queratinocitos⁴¹. La PUVA también afecta en forma directa la membrana celular e inhibe el factor de crecimiento epidérmico, con lo cual disminuye el estado de hiperproliferación que se presenta en la enfermedad⁴²; además, induce la muerte de los queratinocitos y de los linfocitos T activados en la piel, al generar reacciones fotoquímicas dependientes del oxígeno que dañan su membrana celular⁴³. A este último mecanismo se le atribuye la prolongada remisión que presentan los pacientes con psoriasis.

Los psoralenos más usados son el metoxaleno y el trioxsalén. El metoxaleno es el único psoraleno disponible en Colombia y se puede administrar en forma tópica y por vía oral. Por vía oral, la dosis recomendada es de 0,4 a 0,6 mg/kg, 2 horas antes de la sesión de fotoquimioterapia. Luego, el paciente ingresa a la cámara de fototerapia, la cual contiene una fuente de luz emitida en el rango de luz ultravioleta A (350 nm). La dosis de inicio se determina según el fototipo del paciente. El tratamiento, por lo general, se aplica dos a tres veces por semana en días no consecutivos.

⁴⁰ PHILLIPS, TJ. An update on the safety and efficacy of topical retinoids. En: *Cutis*. Vol 75(Suppl.2) (2005); p 14-24. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15773539>>

⁴¹ MCEVOY, MT y STERN, RS. Psoralens and related compounds in the treatment of psoriasis. En: *Pharmacol Ther*. Vol 34 (1987); p 75-97. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3310045>>.

⁴² STERN, RS. Psoralen and ultraviolet A light therapy for psoriasis. En: *N Engl J Med*. Vol 357 (2007); p 682-90. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMct072317>>.

⁴³ COVEN, TR, et al. PUVA induced lymphocyte apoptosis mechanism of action in psoriasis. En: *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. Vol 15 (1999); p 22-7. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9990665>>.

Con el uso oral del metoxaleno se pueden presentar efectos secundarios como son: náuseas, vómito, cefalea, mareo transitorio, elevación de las enzimas hepáticas, insomnio y fatiga⁴⁴. Los síntomas gastrointestinales pueden mejorar al dividir la dosis del metoxaleno cada 15 minutos o tomándolo con alimentos. Los efectos agudos de la cámara son: eritema, prurito, xerosis y quemadura con ampollas.

Los efectos crónicos del PUVA son: lentigos, leucodermia punctata y envejecimiento precoz; también se aumenta el riesgo de cataratas, por lo cual el paciente debe utilizar lentes con filtro UV durante las 24 horas que dura el medicamento en su organismo⁴⁵. El aumento de la incidencia de los cánceres de piel diferentes de melanoma, principalmente el carcinoma escamocelular, se observa cuando se tienen dosis acumulativas de UVA que superan las 200 sesiones o más de 2.000 J/cm². También se ha observado que existe mayor riesgo de desarrollar carcinoma escamocelular en los genitales masculinos, por lo que se recomienda la protección de esta área durante cada sesión de PUVA. El riesgo de melanoma se aumenta cuando los pacientes tienen más de 250 sesiones⁴⁶.

La fototerapia con PUVA está contraindicada en pacientes con lupus eritematoso sistémico, porfiria o xeroderma pigmentoso. Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de melanoma o de múltiples cáncer de piel diferentes al melanoma. No se recomienda su uso en el embarazo o la lactancia, en pacientes con enfermedad hepática o que hayan recibido previamente ciclosporina.

Fototerapia de radiación ultravioleta B (UVB): Este tipo de terapia fue introducido en 1920 con el uso de la radiación ultravioleta B de banda ancha, la cual se

⁴⁴ MELSKI, JW, *et al.* Oral methoxsalen photochemotherapy for the treatment of psoriasis: A cooperative clinical trial. En: J Invest Dermatol. Vol 68 (1977); p 328-35. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/864273>>.

⁴⁵ GASPARRO, F. The role of PUVA in the treatment of psoriasis: Photobiology issues related to skin cancer incidence. En: Am J Clin Dermatol. Vol 1 (2000); p 337-48. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702610>>.

⁴⁶ STERN, RS. Lange R and Members of the Photochemotherapy Follow-up Study. Malignant melanoma in patients treated for psoriasis with psoralen and ultraviolet A radiation (PUVA). En: N Eng J Med. Vol 336 (1997); p 1041-5. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091799>>.

considera una de las formas más seguras de tratamiento⁴⁷. El rango de UVB más efectivo es el denominado de banda estrecha entre los 310 a 313 nm⁴⁸. Por lo general, con 15 a 20 sesiones el paciente alcanza una mejoría del 50 %⁴⁹.

Entre las ventajas que presenta esta forma de tratamiento está la ausencia de reacción a los medicamentos de tipo fototóxica o fotoalérgica que se presenta con la UVB de banda ancha o con la PUVA⁵⁰, la baja incidencia de cáncer cutáneo comparado con la fotoquimioterapia⁵¹ y la posibilidad de usarse en combinación con otras terapias sistémicas, como el metotrexato y el acitretín, que permiten, en forma sinérgica, disminuir la dosis acumulativa de UVB⁵² y la dosis de estos medicamentos.

Entre los efectos secundarios se describen el eritema, la xerosis, el prurito, la formación de ampollas y el aumento en la incidencia de herpes simple.

La fototerapia con radiación ultravioleta B está contraindicada en pacientes con lupus eritematoso sistémico o xeroderma pigmentoso. Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de melanoma o de múltiples cáncer de piel diferentes al melanoma y que hayan recibido previamente ciclosporina. En los pacientes con lupus eritematoso sistémico y psoriasis se les puede ofrecer tratamiento con radiación ultravioleta A1.

⁴⁷ LEBWOHL, M, *et al.* Psoriasis treatment: Traditional therapy. En: Ann Rheum Dis. Vol 64 (Suppl.II) (2005); p 83-6. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766882/>>.

⁴⁸ HONINGMANN, H. Phototherapy for psoriasis. En: Clin Exp Dermatol. Vol 26 (2001); p 343-50. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11422187>>.

⁴⁹ DAWES, RS, *et al.* Narrowband ultraviolet B phototherapy for chronic plaque psoriasis: three times or five times weekly treatment?. En: Br J Dermatol. Vol 138 (1998); p 833-9. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2133.1998.02221.x/abstract;jsessionid=B5ECAB5402BAECB51497E27D1AB97E0B.f02t04>>.

⁵⁰ FERGUSON J. What is the role of narrowband UVB in the treatment of psoriasis?. En: Photodermatol Photoimmunol Photomed. Vol 18 (2002); p 42-3. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0781.2002.180107.x/abstract>>.

⁵¹ WEISCHER, M, *et al.* No evidence for increased skin cancer with broadband and narrowband UVB phototherapy: A first retrospective study. En: Acta Derm Venereol. Vol 84 (2004); p 370-4. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15370703>>.

⁵² ASAWANONDA, P y NATEETONGRUNGSAK, Y. Methotrexate plus narrowband UVB phototherapy versus narrowband UVB phototherapy alone in the treatment of plaque type psoriasis. A randomized placebo controlled study. En: J Am Acad Dermatol. Vol 54 (2006); p 1013-8. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713455>>.

5.4.5 Tratamiento sistémico de la psoriasis. Los tratamientos sistémicos se utilizan en pacientes que presentan mayor compromiso o gravedad de la psoriasis, pueden ser extremadamente efectivos aunque pueden tener efectos secundarios potencialmente significativos. La decisión de escoger uno u otro tratamiento es compleja y requiere conocimiento, experiencia y buen juicio. La terapia sistémica sola o combinada en psoriasis debe considerarse en pacientes con alguna de las siguientes características⁵³:

- Compromiso del área de superficie corporal mayor del 5 % o PASI superior a 10.
- Mala respuesta a la terapia tópica.
- Pacientes con restricciones psicológicas o físicas, con detrimento de la calidad de vida.
- Compromiso de manos y pies
- Artritis psoriásica.
- Psoriasis pustulosa.
- Psoriasis eritrodérmica.
- Enfermedad asociada (hepática, renal o síndrome metabólico).

En el tratamiento sistémico se debe tener en cuenta cambiar o suspender los medicamentos que se hayan relacionado con la exacerbación de la psoriasis, a saber: AINE, betabloqueadores, antipalúdicos, litio o corticoides sistémicos.

⁵³ NAST, A, *et al.* German evidence-based guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris (short version). En: Arch Dermatol Res. Vol 299 (2007); p 111-38. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1910890/>>.

Metotrexato: Es un antimetabolito del ácido fólico, inhibidor competitivo de la enzima dihidrofólico-reductasa que cataliza la reducción del ácido dihidrofólico en tetrahidrofólico. La FDA aprobó por primera vez, en 1972, la indicación de metotrexato para el tratamiento de la psoriasis⁵⁴.

El metotrexato posee una triple acción: antiinflamatoria, antiproliferativa e inmunosupresora. Interfiere en la vía metabólica del ácido fólico, inhibiendo competitivamente la enzima dihidrofolato reductasa y, por ende, su activación a ácido folínico. Esta inhibición impide la síntesis del ácido desoxitimidílico, indispensable para la síntesis de ADN.⁵⁵

Se ha visto que tomar ácido fólico parece reducir la náusea y los vómitos que son los posibles efectos secundarios del tratamiento con el metotrexato.

5.4.6 Tratamiento biológico. Según los tipos de agentes biológicos, en la psoriasis, actualmente se usan los siguientes dos tipos de moléculas:

1 Anticuerpos monoclonales: Pueden ser quiméricos, “humanizados” o humanos; los dos primeros son derivados de anticuerpos de ratón. Todos los anticuerpos monoclonales tienen un sufijo de su nombre genérico y todos los de este tipo tienen una terminación en “-mab”. Los anticuerpos clonales quiméricos (75 % humano y 25 % de ratón) terminan en “ximab”, como el infliximab, los “humanizados” (menos de 3 % de ratón), en “-zumab”, como el siplizumab, y los humanos, en “-umab”, como el adalimumab.

2 Proteínas de fusión: Son moléculas que combinan porciones de diferentes proteínas que conforman moléculas semejantes a anticuerpos. Son compuestos de productos humanos y tienen poca capacidad inmunógena. Estas proteínas tienen como sufijo la terminación “-cept”, como etanercept.

Antagonistas del factor de necrosis tumoral: El factor de necrosis tumoral α (TNF α) es una citocina proinflamatoria derivada de la activación de monocitos y

⁵⁴ CARRETERO, G, *et al.* Grupo de Psoriasis de la AEDV. En: Actas Dermosifilogr. Vol 101 (2010); p 600-13. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://aedv.es/profesionales/aedv/grupos-trabajo/psoriasis>>.

⁵⁵ PATHIRANA, D, *et al.* European S3 guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. En: J Eur Acad Dermatol Venereol. Vol 23 (2009); p 23(Suppl.2):11. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19712190>>.

macrófagos, que tiene múltiples efectos en las respuestas inflamatorias e inmunitarias, e induce la síntesis de IL-1, IL-6 y del factor estimulador de colonias de granulocitos-macrófagos. En la piel, es producido principalmente por queratinocitos, mastocitos y células de Langerhans. Se encuentra aumentado en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica y se ha podido demostrar que tiene un gran impacto en su patogénesis, ya que induce maduración de células de Langerhans y estimula su migración al ganglio linfático, donde se activan las células T. Además, ayuda en la síntesis de moléculas de adhesión en células endoteliales y queratinocitos, y tiene efecto directo en la proliferación y maduración de los queratinocitos⁵⁶.

Inhibidores de IL-12/23: El ustekinumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une, específicamente y con gran afinidad, a la subunidad p40 de las interleucinas-12 y 23, previniendo la interacción de dichas citocinas con el receptor IL-12R β 1 de la superficie celular, y modificando así los efectos inmunológicos e inflamatorios mediados por estas citocinas⁵⁷⁵⁸.

⁵⁶ KRUEGER, J. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. En: J Am Acad Dermatol. Vol 46 (2002); p 1-23. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11756941>>.

⁵⁷ GONZÁLEZ, César, *et al.* Ustekinumab, eficacia y seguridad. En: Revista Colombiana de Dermatología. Vol 17(Supl.1) (2010); p 15-20. [Consultado 15 de Febrero de 2013].

⁵⁸ TSAI, TF, *et al.* Efficacy and Safety of Ustekinumab for the Treatment of Moderate-to-Severe Psoriasis: A Phase III, Randomized, Placebo-Controlled Trial in Taiwanese and Korean Patients (PEARL). En: Journal of Dermatological Science. Vol 63(3) (2011); p154-163. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/dermaweb156.htm>>.

6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Categoría-indicador	Nivel de medición	Indicador
Género	Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Femenino/ Masculino	Cualitativa Nominal	Porcentaje
Edad	Referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Años, por rangos: 0-10 años; 11-19 años; 20-40 años; 41-69 años; 70-85 años.	Cualitativa nominal	Promedio, porcentaje por grupo de edad, mediana, moda, desviación estándar.
Procedencia	El principio de donde nace o deriva la persona.	Ciudades o pueblos de Colombia	Cualitativa Nominal	Porcentaje
Diagnostico	Es este caso son las distintas formas clínicas que adopta la Psoriasis.	Psoriasis vulgar, guttata, inversa, eritrodermica, ungueal, pustulosa, eritrodermica.	Cualitativa Nominal	Porcentaje
PASI	Mide el índice del área y la gravedad de la psoriasis. Valora al paciente en cuatro áreas físicas, cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores; y genera un índice según la fórmula matemática previamente definida.	Puntajes que varían entre 2,3 y 32	Cuantitativa ordinal	Promedio, porcentaje, mediana
DLQI	- Esta escala permite	Ningún impacto,	Cualitativa	Porcentaje

Modificado	valorar el impacto de la psoriasis en la calidad de vida de aquellos pacientes que llegan a la consulta dermatológica, este instrumento consta de 10 preguntas que evalúan el impacto de la enfermedad desde el momento en que el paciente presento la enfermedad en la esfera personal, social y laboral.	impacto leve, impacto moderado, gran impacto	ordinal	
BSA	Es el área de superficie corporal y se calcula al medir el área comprometida de acuerdo con el porcentaje afectado de cada parte del cuerpo, se usa el mismo método de la regla de los nueve de pacientes quemados.	Puntajes que varían entre 3 y 73	Cuantitativa ordinal	Promedio, porcentaje, mediana
Ubicación de las lesiones	Es el lugar del cuerpo donde están situadas las lesiones de la Psoriasis.	Cuero cabelludo, cara, cuello, dorso, tórax, abdomen, brazo, antebrazo, codos, muslos, glúteos, rodillas, piernas, tobillos, uñas.	Cualitativa Nominal	Porcentaje
Antecedente	Circunstancias previas acerca de las enfermedades del paciente y de	Familiares con Psoriasis, ninguna conocida	Cualitativa Nominal	Porcentaje

	sus familiares.			
Comorbilidad	Presencia de más de una patología en la misma persona y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales. El término «comórbido» indica una condición médica que existe simultáneamente pero con independencia de otra en un mismo paciente, siendo empleado como valoración del estado de salud y riesgo de muerte	DM, hipercolesterol, HTA o ninguna conocida	Cualitativa Nominal	Porcentaje
Tratamiento	Es el conjunto de medicamentos cuya finalidad es la curación o alivio de los síntomas de la enfermedad.	Ácido fólico, acitretin, adalimumab, betametasona, clobetasol, clorfeniramina maleato, etanercept, infliximab, lexines plus, loratadina, metotrexare, sebotar.	Cualitativa Nominal	Porcentaje

HIPOTESIS:

La psoriasis es una enfermedad dermatológica, que además compromete el sistema inmunológico y está relacionada con el desarrollo o prevalencia de enfermedades metabólicas, DM, entre otras. Además el uso de herramientas como el PASI, DLQI y BSA representa un pilar importante de la evaluación del paciente con psoriasis.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio observacional de tipo descriptivo ya que en nuestro estudio no se manipula ninguna variable, de corte transversal por que las variables de la población se analizan. El estudio es de carácter retrospectivo con relación al momento de registrar la información.

7.2 UBICACION DEL ESTUDIO

El servicio de consulta médica especializada de dermatología del HUHMP en la ciudad de Neiva, está ubicado en el sótano. Este hospital es una empresa social del Estado de tercer nivel líder en la región Surcolombiana en la prestación de servicios de salud, formación del Talento Humano e investigación en salud.

7.3 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

Se tomará como población todos los pacientes con diagnóstico de Psoriasis atendidos en el HUHMP durante el periodo del 12 de abril de 2013 y el 30 de noviembre del 2014. La muestra se obtiene de la población. Las historias clínicas de cada uno de los pacientes serán las fuentes de información para la recolección de los datos correspondientes a cada una de las variables, siendo así la historia clínica nuestra unidad de muestreo.

7.4 CRITERIOS

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes de cualquier edad con diagnóstico de Psoriasis.

Los pacientes con la información de la historia clínica completa para completar los datos necesarios para la realización del estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes con la historia clínica incompleta, donde falten los datos necesarios para la realización del estudio.

7.5 TECNICA

La técnica del estudio es la revisión documental: esta se realiza mediante la búsqueda las historias clínicas en el archivo del hospital de Neiva.

7.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para hacer una efectiva recolección de datos se diseña un instrumento que contiene todas las variables y sus respectivas unidades de medición, divididas por rangos (en el caso de las cuantitativas), y en los formatos adecuados para cada una de las cualitativas (procedencia, duales en caso del sexo, etc), también con rangos establecidos. Los dos investigadores se entrenaron para el diligenciamiento del mismo aplicando el formato a cada historia clínica que cumplía con los criterios de inclusión. La información fue recopilada al final de cada mes con una intensidad de 3 horas, para un total de 60 horas dedicadas a la recolección de la información el cual se inició a partir del 30 de Mayo del 2013 hasta el 1 de Diciembre del 2014, durante los días de trabajo hábiles de la semana.

7.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información será recolectada por medio de un instrumento que fue elaborado en el programa epi info 7.0, con las siguientes variables: sexo, edad, PASI, DLQI-modificado, BSA, gravedad de la psoriasis, ubicación de las lesiones, tratamiento, comorbilidades y antecedentes. (Anexo C).

7.8 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

Mediante el software Epiinfo 7.0. se realizó un análisis univariado en donde para las variables cualitativas se calculó frecuencia y para las cuantitativas las medidas de tendencia central y las de dispersión.

7.9 CONSIDERACIONES ETICAS

Para el desarrollo del presente trabajo se tuvo en cuenta todas las reglamentaciones establecidas en la Resolución N° 008430 de 1993 emanada por el Ministerio de la Protección Social, en la cual se determinan las normas científicas y administrativas para la investigación en salud, obteniéndose la información precisada, a partir de las historias clínicas del departamento de archivo de la institución con salvaguarda del secreto profesional y protección de los sujetos de los cuales no se revelarán nombres ni número de historias clínicas que pudieran permitir el reconocimiento de dichos pacientes⁵⁹.

Las hojas de instrumento de recolección de datos, quedarán bajo custodia exclusiva del investigador, bajo absoluta confidencialidad y reserva del secreto profesional. Igualmente se tendrán en cuenta los principios básicos que guían la conducta investigativa biomédica.

Las autoridades y directivas de la institución tendrán conocimiento del objetivo y el uso de la información del estudio. Previa autorización del comité de ética de esta institución, el cual aprobó en todas las instancias la realización del presente estudio. En todo momento, se brindará disposición de aclarar tanto a las directivas de la institución los objetivos de éste y el uso confidencial de la información.

⁵⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 4 octubre de 1993. [Citado en 6 marzo 2013]. Disponible en internet:< (www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/) >

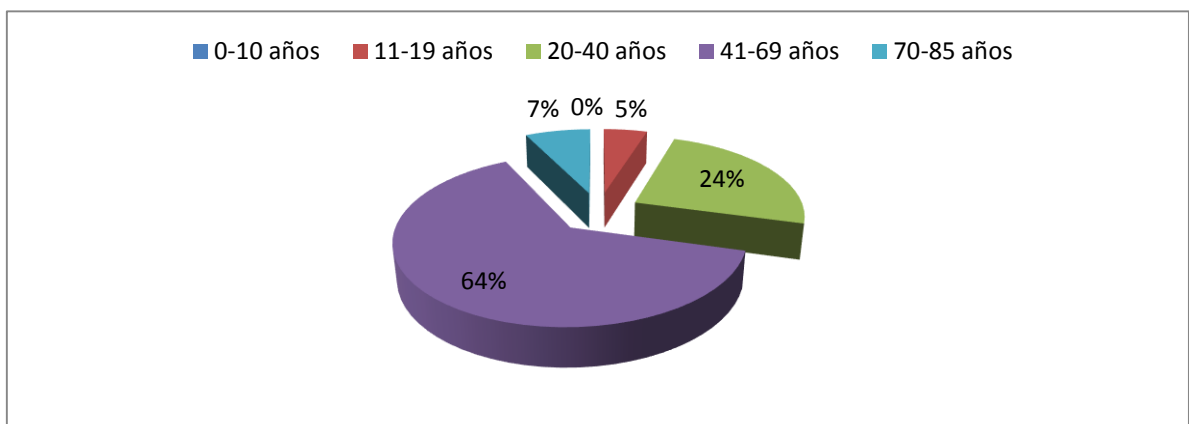
8. ANALISIS DE RESULTADOS

En este estudio se obtuvo un total de 41 historias clínicas del archivo general de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis que fueron objeto del estudio. A los datos obtenidos se les calculó sus respectivas medidas estadísticas según la escala de medición a la que pertenecían y los resultados que se consideraron importantes para el desarrollo de los objetivos del trabajo y/o fueron estadísticamente significativos se resumen a continuación.

8.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

De los 41 pacientes con diagnóstico de Psoriasis, el promedio de edad fue de 47,63 años $DS= 3,96$, la mínima edad encontrada fue de 11 años y la máxima de 82 años. Se presentó una moda de 49 y una mediana de 48 (Gráfica 1). De acuerdo al ciclo vital individual de Erikson de medicina familiar el grupo de edad que se encontró un mayor número de pacientes con diagnóstico de Psoriasis con un 63,41% ($n=26$) entre el grupo de 41 y 61 años de edad.

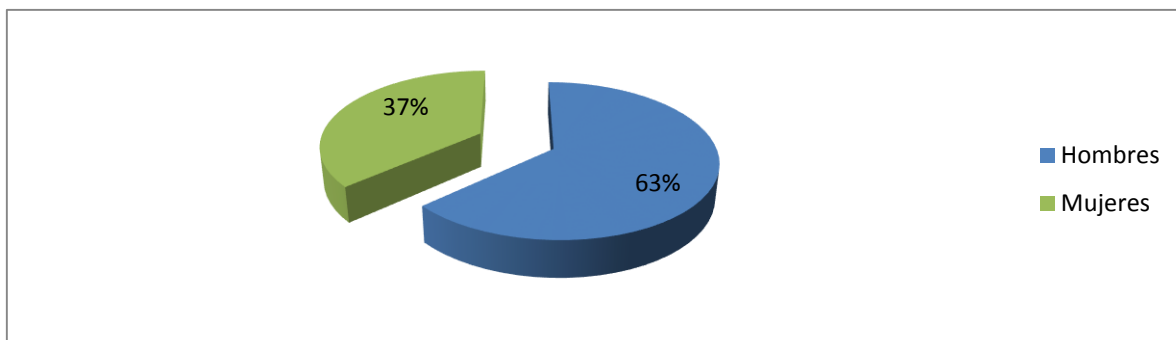
Gráfica 1. Distribución por edad de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP



Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

De la totalidad de los pacientes, 26 fueron hombres y 15 mujeres (Gráfica 2).

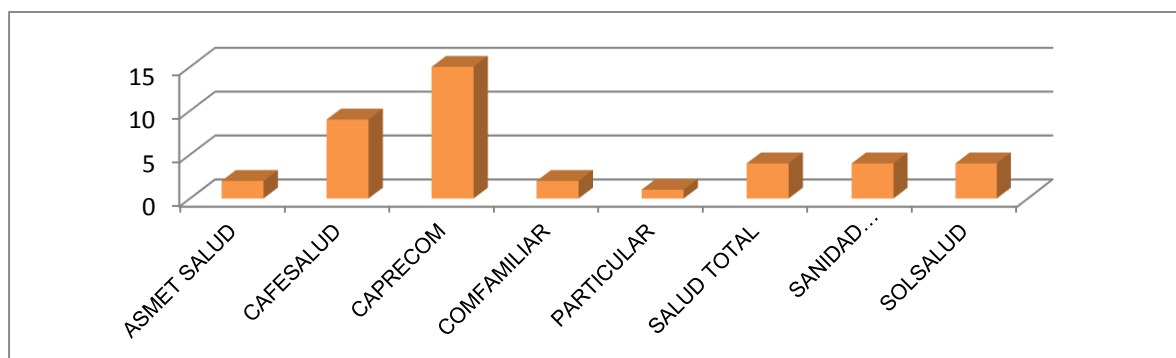
Gráfica 2. Distribución por sexo de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP



Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

De acuerdo a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se observó que la mayoría pertenecen al régimen subsidiado con un 78,04% (n=32), régimen contributivo y régimen especial cada uno con un 9,76% (n=4) y un paciente realizo consulta particular (ver anexo E, tabla 3). Esta distribución representa el tipo de contratación que el hospital mantiene con las diferentes empresas prestadoras de salud (EPS) (Gráfica 3).

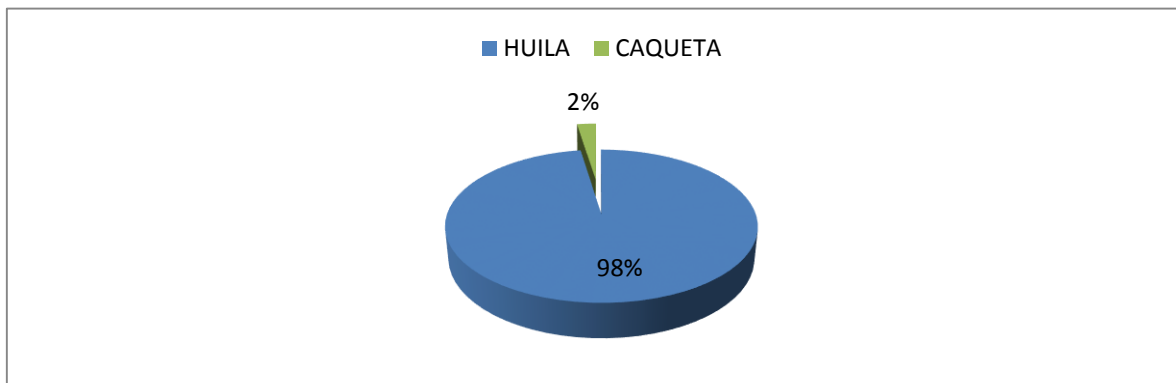
Gráfica 3. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 según la afiliación a la EPS.



Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

El 97,56% (n=40) de la población estudiada procedía del departamento del Huila (Gráfica 4), y del total de la población incluida en el departamento del Huila el 60.98% (n=25) eran de la ciudad de Neiva (ver anexo E, tabla 5).

Gráfica 4. Distribución del lugar de procedencia por departamento de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014.

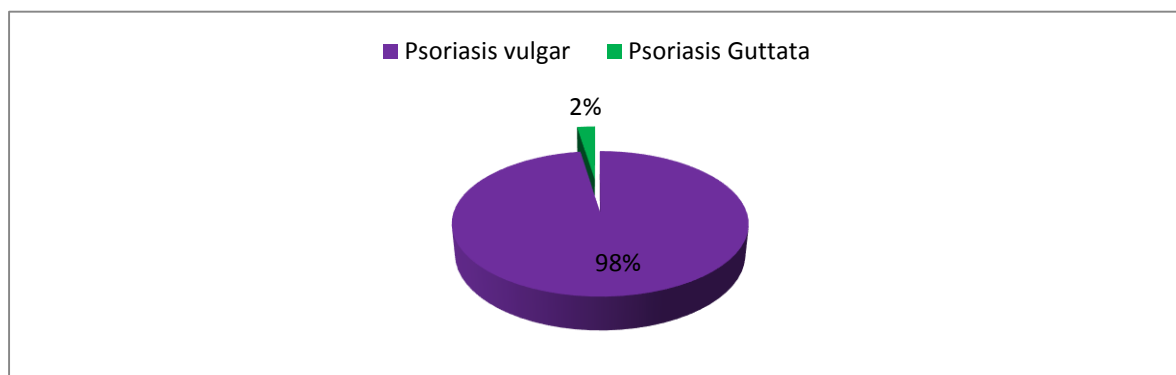


Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

8.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

En cuanto a la clasificación de la Psoriasis según el tipo de lesión en la población estudiada, se encontró que la forma clínica más frecuente fue la Psoriasis vulgar seguido de la psoriasis gutatta extensa en solo un paciente (Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución según el tipo de lesión en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP.

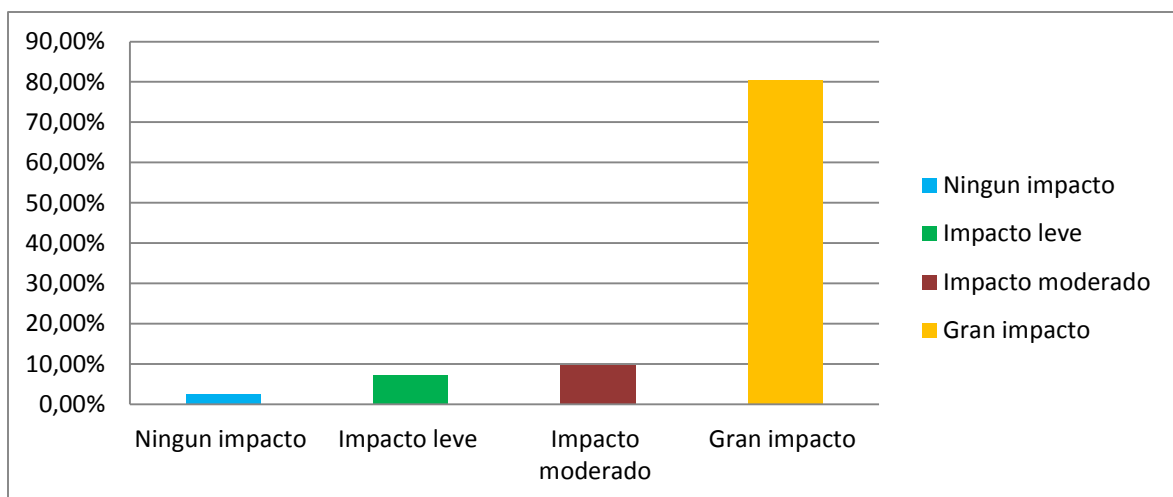


Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Según la extensión de la superficie corporal afectada, el puntaje promedio del BSA fue 21,65 (mediana de 16) con puntajes que variaron entre 3 y 73. Y el puntaje

promedio del PASI fue 12,9 (mediana de 11,4) con puntajes que variaron entre 2,3 y 32 (ver anexo E, tabla 7). La calidad de vida se midió por el DLQI-modificado y se encontró que el 80,49% (n=33) de los pacientes obtuvieron un gran impacto (Grafica 6).

Grafica 6. Grado de impacto sobre la calidad de vida evaluado con el DLQI-modificado en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP.



Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Teniendo en cuenta el puntaje del PASI, BSA y DLQI-modificado, la severidad moderada-grave se presentó en el 80,49% (n=33), seguida de una severidad leve en un 19,51% (n=8) (ver anexo E, tabla 9). Lo que se observó igualmente al compararlo con el sexo de los pacientes. (Tabla 1)

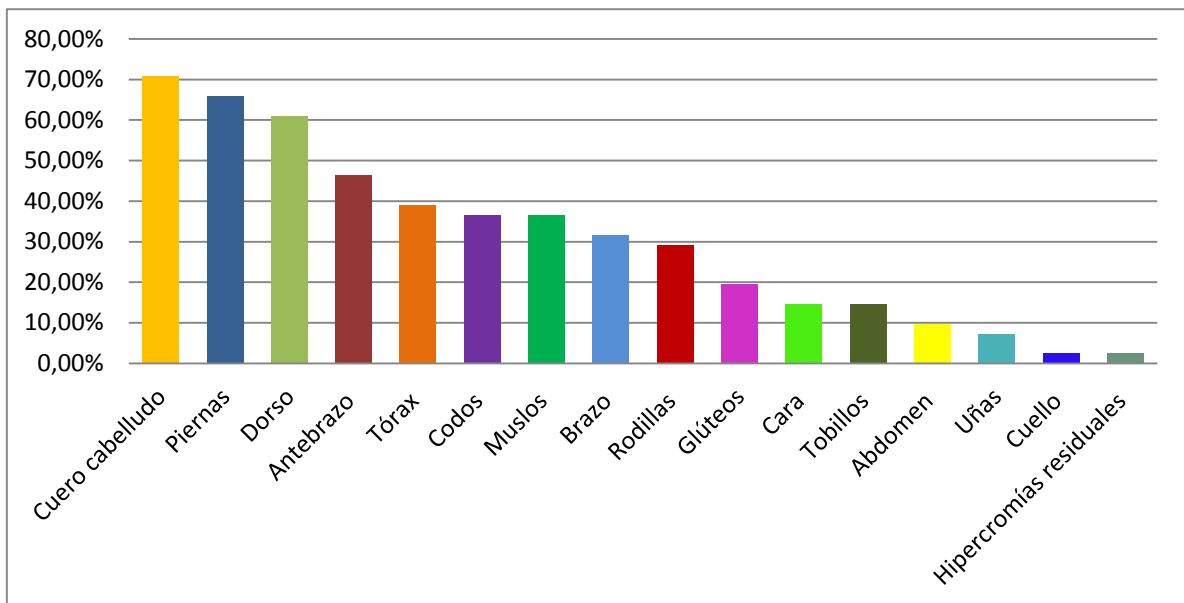
Tabla1. Severidad según sexo en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre el 12 de abril de 2013 y el 30 de noviembre del 2014 en el HUHMP

Sexo	Severidad			
	Moderada-Grave		Leve	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	21	80.77%	5	19,23%
Mujer	12	80%	3	20%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Las localizaciones en donde se presentan con mayor frecuencia las lesiones son el cuero cabelludo en un 70,73% (n=29) de los pacientes (Grafica 7). Se debe resaltar que la mayoría de los pacientes tenía más de una ubicación de las lesiones.

Grafica 7. Ubicación de la lesiones en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP.

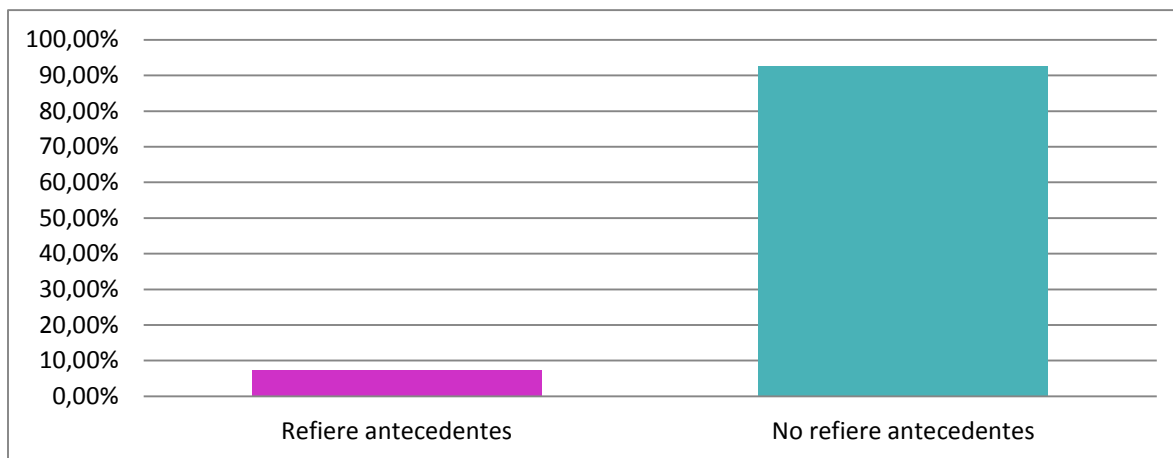


Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Los tratamientos que con mayor frecuencia son prescritos para psoriasis en el servicio de dermatología del Hospital es la monoterapia con betametasona en un 19,51% (n=8), seguido de la combinación de ácido fólico, betametasona y metotrexate con un 17,07% (n=7) y de infliximab en un 7,32% (n=3). Sin embargo estos medicamentos se ven también en otras asociaciones para el tratamiento de la psoriasis (Ver anexo E, tabla 11).

La gran mayoría de los pacientes no refería ningún antecedente representando éstos un 92,68% (n=38) (Grafica 8), entre los antecedentes que se presentaron fueron: Inyecciones de cortisona, Padre y hermanos con psoriasis y TBC latente, cada uno de ellos con un 2,44% (n=1) (ver anexo E, tabla 12).

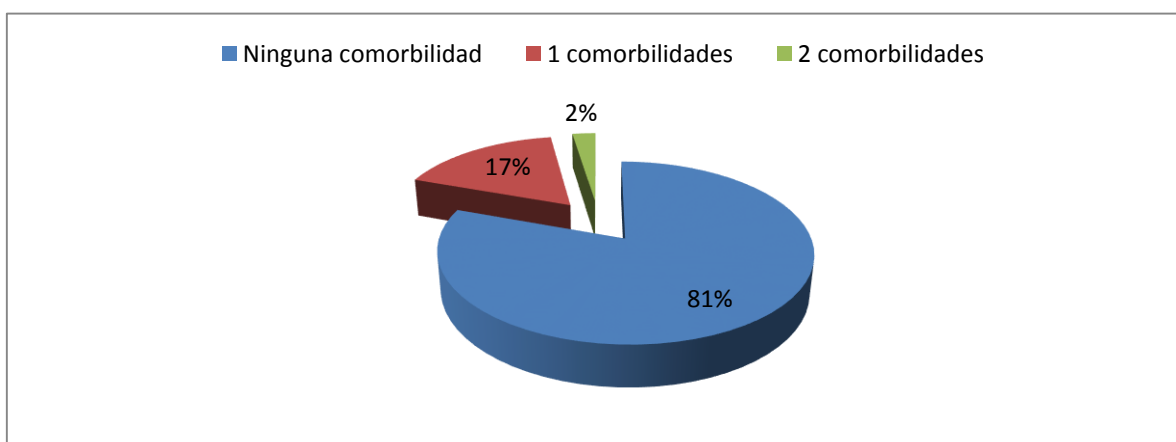
Grafica 8. Antecedentes en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP.



Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

El 80,48% (n=33) de los pacientes refirieron no tener comorbilidades (grafica 9); el resto de los pacientes tenían enfermedades asociadas entre ellas fueron: DM tipo 2 con un 7,32% (n=3), Hipercolesterolemia e HTA cada una con 4,88% (n=2) y un paciente presento tanto DM tipo II e HTA (ver anexo E, tabla 13).

Grafica 9. Comorbilidades en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP.



Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

9. DISCUSION

La psoriasis es una enfermedad crónica, eritematoescamosa, que desde el punto de vista clínico puede concebirse como un espectro de diferentes manifestaciones cutáneas, caracterizada por presentar un patrón de recaída y remisión de evolución prolongada, mostrando una gran variabilidad entre distintos enfermos, y por tener un alto impacto psicológico y social. Esto se observó en los pacientes que fueron atendidos en la institución donde se realizó nuestro estudio.

En la población estudiada el sexo masculino fue el más afectado, datos que se correlacionan con los obtenidos en un estudio realizado en el hospital militar central de Bogotá⁶⁰, donde *González*, tuvo como resultado una distribución de 61,6% de hombres en su muestra y 38,4% de mujeres.

Según *Velez N*, en un estudio realizado en el centro dermatológico CES de Sabaneta (Antioquia)⁶¹ la edad media de los pacientes fue de 45 años, similar al obtenido en nuestro estudio que fue de 48 años de edad.

La psoriasis vulgar fue la forma de presentación clínica más frecuente, seguida de la guttata. Estos resultados son similares a los publicados por César G. y colaboradores⁶². Aunque estos datos fueron parcialmente consistentes con los obtenidos por *Ponce*⁶³ en un estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú con 101 pacientes de los cuales el 91,8% tuvo como forma clínica la psoriasis vulgar, seguida de la psoriasis invertida.

Los resultados arrojados por los índices clinimétricos apuntan a que la mayoría de la población que consulta al servicio de dermatología presenta un compromiso moderado-grave de acuerdo a la evaluación del PASI y el BSA lo que no coincide con lo encontrado por *Ponce*, donde el 51% de la población presentaba un

⁶⁰ GONZÁLEZ, Cesar, *et al.* Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. Op. Cit., p. 13

⁶¹ VÉLEZ, Natalia, *et al.* Caracterización de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fototerapia. Op. Cit., p. 102

⁶² GONZÁLEZ, Cesar, *et al.* Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. Op. Cit., p. 15

⁶³ PONCE, Mayra y MENDOZA, Rossana. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. Op. Cit., p. 146

compromiso leve en la evaluación del PASI, sin embargo no siempre un PASI O BSA que reporta un compromiso leve se correlaciona con un impacto leve en la calidad de vida del paciente. Esto quizás puede deberse a la consulta tardía por parte de los pacientes y a la amplitud de tiempo en la cita de consulta especializada en la región.

La evaluación de la calidad de vida realizada mediante el DLQI evidencia que aunque el compromiso moderado-severo se presentó en el 77,78% de los pacientes, el 77,7% de la población total se clasificó dentro del grupo de gran impacto a la calidad de vida, lo que puede estar directamente relacionado con la localización de las lesiones, aunque no se presentaron casos en nuestro estudio, la psoriasis palmo plantar es un ejemplo de una presentación clínica de baja extensión corporal pero de alto impacto en la calidad de vida por la dificultad que tienen los pacientes para la realización de las actividades cotidianas y las actividades laborales. Según los datos obtenidos las lesiones psoriásicas se localizaron predominantemente y con frecuencia descendente en el cuero cabelludo, piernas, dorso y antebrazo. Mientras que en Cali, en un estudio transversal se revisaron las historias clínicas de 99 pacientes de la Clínica de Psoriasis del Hospital Universitario del Valle entre junio de 2008 y mayo de 2009 encontrándose que la localización más frecuente de las lesiones fue en el tronco y las extremidades⁶⁴.

Un punto importante es la existencia de comorbilidades en los pacientes estudiados, pero el 80,48% no tenían ninguna comorbilidad conocida, aunque se presentaron DM tipo 2 (7,32%), hipercolesterolemia e HTA cada una con 4,88% en la población estudiada. Estos resultados son diferentes a los encontrados por *Ponce*, donde el 77,3% de la población estudiada tenía dislipidemias, 20% HTA y el 17,3% tenían DM. Cabe resaltar que no se aplicaron estudios de tamizaje en síndrome metabólico y que al aplicarlos los resultados podrían haber aportado datos similares a los de la literatura mundial.

Los tratamientos que con mayor frecuencia son prescritos para psoriasis en el servicio de dermatología del Hospital son los esteroides tópicos, estos resultados son similares a los encontrados por *Ponce*⁶⁵, además en nuestra población estudiada específicamente fue la betametasona la más frecuente; algunos pacientes presentaban mala respuesta al tratamiento tópico formulándose además medicamentos sistémicos ya que su DLQI era alto aunque su PASI disminuyera.

⁶⁴ GONZÁLEZ, César, *et al.* Guías basadas en la evidencia Para el manejo de la Psoriasis en Colombia. Op. Cit., p. 24

⁶⁵ PONCE, Mayra y MENDOZA, Rossana. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. Op. Cit., p. 147-148

Los datos obtenidos por *González*⁶⁶ concluyeron que en cuanto a tratamiento el 100% habían recibido tratamiento tópico mientras el 54% habían utilizado algún tipo de tratamiento sistémico; con respecto a esto los corticoides tópicos y la fototerapia eran los más utilizados.

⁶⁶ GONZÁLEZ, Cesar, *et al.* Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. Op. Cit., p. 13-14

10. CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos obtenidos la edad promedio fue de 48 años y el sexo más afectado fue el masculino.

El uso de herramientas como el PASI, BSA y DLQI representa un pilar importante de la evaluación del paciente con psoriasis, puesto que permite al médico una valoración más exacta de la gravedad e impacto de la patología en su paciente; ya que en nuestro estudio estas escalas representaron una severidad moderada-grave en ambos sexos.

Es importante considerar cada paciente de manera individual, puesto que puede presentarse un PASI bajo, con un gran impacto en la calidad de vida para el desarrollo de sus relaciones personales, por esta razón, se han propuesto combinaciones con otras escalas de clinimetría, además de tener en cuenta la localización de las lesiones dado que es determinante para decidir las conductas terapéuticas.

La forma clínica más importante fue la psoriasis vulgar relacionándolo con la bibliografía como la forma más común de psoriasis. Las localizaciones en donde se presentan con mayor frecuencia las lesiones fueron en cuero cabelludo, piernas y dorso. Se debe resaltar que la mayoría de los pacientes tenía ubicación múltiple de las lesiones.

La terapéutica más frecuente entre los pacientes es la basada en esteroides tópicos por la comodidad en la aplicación, por su disponibilidad y por su baja toxicidad sistémica, con aparente buena respuesta al tratamiento; aunque de acuerdo a la severidad y el impacto en la calidad de vida de los pacientes, las terapias farmacológicas en general pueden virar hacia el uso de medicamentos biológicos que dentro de nuestros pacientes han tenido una buena respuesta, pudiéndose observar las diferencias en el tratamiento para cada paciente.

En la población estudiada los pacientes con comorbilidad de DM tipo II e HTA correspondieron a aquellos de psoriasis con severidad moderada a grave, correlacionándose con los resultados de estudios realizados a nivel mundial; además sería importante reformular los protocolos de atención de forma que incluyan necesariamente una estrategia de prevención cardiovascular.

11.RECOMENDACIONES

Se propone que a futuro se realicen estudios analíticos a partir de los resultados obtenidos en este estudio.

Se recomienda que futuros estudios establezcan la relación entre las variables de antecedentes y comorbilidad en los pacientes con Psoriasis.

Sería importante poder realizar un protocolo de manejo para la psoriasis en el HUHMP que incluyan necesariamente una estrategia de prevención cardiovascular, inicialmente basada en recomendaciones generales de hábitos de vida saludables como la realización de actividad física regular, una dieta saludable con bajo contenido de lípidos y azúcares, reducción de peso manteniendo un IMC normal, se podría recomendar control de glicemia y de la presión arterial, junto con la realización de perfil lipídico.

BIBLIOGRAFIA

ARMESTO, S, *et al.* Psoriasis and type 2 diabetes risk among psoriatic patients in a Spanish population. En: Australasian Journal of Dermatology. Vol. 53, no. 2 (2012); p 128–130. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571562>>.

ARMSTRONG, AW, *et al.* Angiogenesis and oxidative stress: Common mechanisms linking psoriasis with atherosclerosis. En: J Dermatol Sci. Vol 63 (2011); p 1-9. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21600738>>.

ASAWANONDA, P y NATEETONGRUNGSAK, Y. Methotrexate plus narrowband UVB phototherapy versus narrowband UVB phototherapy alone in the treatment of plaque type psoriasis. A randomized placebo controlled study. En: J Am Acad Dermatol. Vol 54 (2006); p 1013-8. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713455>>.

CARRETERO, G, *et al.* Grupo de Psoriasis de la AEDV. En: Actas Dermosifilogr. Vol 101 (2010); p 600-13. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://aedv.es/profesionales/aedv/grupos-trabajo/psoriasis>>.

CHALELA JG, *et al.* Guías de manejo de la psoriasis. Consenso colombiano. Bogotá: Editorial Nomos. En: ASOCOLDERMA (2008); p. 11. [Consultado 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.solapso.org/archivos/conscol.pdf>>.

CHRISTOPHERS, E. Psoriasis—epidemiology and clinical spectrum. En: Clinical and Experimental Dermatology. Vol. 26, no. 4 (2001); p 314–320. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11422182>>.

CORNELL, RC y STOUGHTON, RB. Correlation of the vasoconstriction assay and clinical activity in psoriasis. En: Arch Dermatol. Vol 121 (1985); p 63-7. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3881088>>.

CORTES, Carolina, *et al.* Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. En: Dermatología Rev Mex (2010); p 54(3):125-132. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=86&IDARTICULO=27960&IDPUBLICACION=2991>>.

COVEN, TR, *et al.* PUVA induced lymphocyte apoptosis mechanism of action in psoriasis. En: Photodermatol Photoimmunol Photomed. Vol 15 (1999); p 22-7. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9990665>>.

DAWES, RS, *et al.* Narrowband ultraviolet B phototherapy for chronic plaque psoriasis: three times or five times weekly treatment?. En: Br J Dermatol. Vol 138 (1998); p 833-9. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2133.1998.02221.x/abstract;jsessionid=B5ECAB5402BAECB51497E27D1AB97E0B.f02t04>>.

DUNPHY, S y GARDINER, CM. NK cells and psoriasis. En: J Biomed Biotechnol. Vol 2011 (2011); p 1-10. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.hindawi.com/journals/bmri/2011/248317/>>.

ECHEVERRI, María Adelaida, *et al.* Papel de las células Th17 en la inmunopatogénesis de la psoriasis. En: Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol. 17. Suplemento 1 (2009); p S3-S9. [Consultado 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/jornadas3/p-s/papel_de_las_celulas_th17_en_la_inmunopatogenesis_de_la_psoriasis.pdf>.

FERGUSON J. What is the role of narrowband UVB in the treatment of psoriasis?. En: Photodermatol Photoimmunol Photomed. Vol 18 (2002); p 42-3. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0781.2002.180107.x/abstract>>.

GASPARRO, F. The role of PUVA in the treatment of psoriasis: Photobiology issues related to skin cancer incidence. En: Am J Clin Dermatol. Vol 1 (2000); p 337-48. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702610>>.

GONZALEZ, Cesar, *et al.* Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. En: Rev Asoc Col Dermatol. Vol 17(1) (2009); p 11-17. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://revistasocolderma.org/files/Articulo%20original%20-%20caracterizacion%20epidemiologica%20de%20la%20psoriasis.pdf>>.

GONZALEZ, César, *et al.* Guías basadas en la evidencia Para el manejo de la Psoriasis en Colombia. En ASOCOLDERMA y COLPSOR (2012); p 1-274. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.solapso.org/archivos/guia.pdf>>.

GONZALEZ, César, *et al.* Ustekinumab, eficacia y seguridad. En: Revista Colombiana de Dermatología. Vol 17(Suppl.1) (2010); p 15-20. [Consultado 15 de Febrero de 2013].

GOTTLIEB, A, *et al.* Psoriasis and the metabolic syndrome. En: Journal of Drugs in Dermatology. Vol. 7, no. 6 (2008); p. 563–572. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18561588>>.

HARRINGTON, LE, *et al.* Interleukin 17-producing CD4+ effector T cells develop via a lineage distinct from the T helper type 1 and 2 lineage. En: Nat Immunol. Vol 6 (2005); p 1123-2. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16200070>>.

HENSELER, T y CHRISTOPHERS, E. Disease concomitance in psoriasis. En: Journal of the American Academy of Dermatology. Vol. 32, no. 6 (1995); p. 982–986. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7751469>>.

HEYDENDAEL, Vera, *et al.* Methotrexate versus Cyclosporine in Moderate-to-Severe Chronic Plaque Psoriasis. En: N Engl J Med (2003); p 349:658-665. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917302>>.

HOHLER, T y MARKER-HERMANN, E. Psoriatic arthritis: Clinical aspects, genetic and role of T cells. En: Curr Opin Rheumatol. Vol 13 (2001); p 273-9. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11555727>>.

HONINGMANN, H. Phototherapy for psoriasis. En: Clin Exp Dermatol. Vol 26 (2001); p 343-50. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11422187>>.

JOHNSSON, H, *et al.* Cardiovascular and metabolic risks in psoriasis and psoriatic arthritis: pragmatic clinical management based on available evidence. En: Annals of the Rheumatic Diseases. Vol. 71, no. 4 (2012); p 480–483. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22294632>>.

KATZ, HI, *et al.* Superpotent topical steroid treatment of psoriasis vulgaris– clinical efficacy and adrenal function. En: J Am Acad Dermatol. Vol 16 (1987); p 804-11. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3553247>>.

KIMHI, O, *et al.* Prevalence and risk factors of atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. En: Seminars in Arthritis and Rheumatism. Vol. 36, no. 4(2007); p 203–209. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17067658>>.

KORMEILI, T, *et al.* Psoriasis: Immunopathogenesis and evolving immunomodulators and systemic therapies; U.S. experiences. En: Br J Dermatol. Vol 151 (2004); p 3-15. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15270867>>.

KRUEGER, J. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. En: J Am Acad Dermatol. Vol 46 (2002); p 1-23. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11756941>>.

LANGLEY, Rg y ELLIS, Cn. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. En: J Am Acad Dermatol (2004); p 51:563-9. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15389191>>.

LEBWOHL, M, *et al.* Psoriasis treatment: Traditional therapy. En: Ann Rheum Dis. Vol 64 (Suppl.II) (2005); p 83-6. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766882/>>.

LEBWOLHL, M. Psoriasis. En: Lancet. (2003); Vol 361; p 1197-204. NESTLE, F, *et al.* Psoriasis. En: N Engl J Med. Vol 361 (2009); p 496-509. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686053>>.

LOWES, MA, *et al.* Pathogenesis and therapy of psoriasis. En: Nature. Vol 445 (2007); p 866-73. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17314973>>.

MADANAGOBALANE, Shraddha y ANANDAN, Sankarasubramanian. Prevalence of metabolic syndrome in south Indian patients with psoriasis vulgaris and the relation between disease severity and metabolic syndrome: A Hospital-Based Case-Control Study. En: Indian J Dermatol (2012); p 57:353–357. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482796/>>.

MCEVOY, MT y STERN, RS. Psoralens and related compounds in the treatment of psoriasis. En: Pharmacol Ther. Vol 34 (1987); p 75-97. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3310045>>.

MELSKI, JW, *et al.* Oral methoxsalen photochemotherapy for the treatment of psoriasis: A cooperative clinical trial. En: J Invest Dermatol. Vol 68 (1977); p 328-35. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/864273>>.

MENTER. A, *et al.* Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. American Academy of Dermatology. En: J Am Acad Dermatol. Vol 60 (2009); p 643-59. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<https://www.aad.org/File%20Library/Global%20navigation/Education%20and%20quality%20care/Guidelines-psoriasis-sec-3.pdf>>.

MENTER, A, *et al.* Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 5: Guidelines of care for the treatment of psoriasis with

phototherapy and photochemotherapy. En: J Am Acad Dermatol. Vol 62 (2010); p 114-35. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <[http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(09\)01058-5/pdf](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(09)01058-5/pdf)>.

MILAVEC-PURETIC, V, *et al.* Drug induced psoriasis. En: Acta Dermatovenereol Croat. Vol 19 (2011); p 39-42. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en <<http://hrcak.srce.hr/file/131920>>.

MOK, C, *et al.* Prevalence of atherosclerotic risk factors and the metabolic syndrome in patients with chronic inflammatory arthritis. En: Arthritis Care and Research. Vol. 63, no. 2 (2011); p 195–202. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20890981>>.

NAST, A, *et al.* German evidence-based guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris (short version). En: Arch Dermatol Res. Vol 299 (2007); p 111-38. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1910890/>>.

OZAWA, M, *et al.* 312-nanometer ultraviolet B light (narrow-band UVB) induces apoptosis of T cells within psoriatic lesions. En: J Exp Med. Vol 189 (1999); p 711-8. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989986>>.

PARK, H, *et al.* A distinct lineage of CD4 T cells regulates tissue inflammation by producing interleukin 17. En: Nat Immunol. Vol 6 (2005); p 1133-41. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16200068>>.

PATHIRANA, D, *et al.* European S3 guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. En: J Eur Acad Dermatol Venereol. Vol 23 (2009); p 23(Suppl.2):11. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19712190>>.

PETERS, M. J, *et al.* Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. En: Seminars in Arthritis and Rheumatism. Vol. 34, no. 3 (2004); p 585–592. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15609262>>.

PHILLIPS, TJ. An update on the safety and efficacy of topical retinoids. En: Cutis. Vol 75(Suppl.2) (2005); p 14-24. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15773539>>.

PONCE, Mayra y MENDOZA, Rossana. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. En: Dermatol PERU. Vol 22 (2012); p 144-150. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v22_n3/pdf/a02v22n3.pdf>.

PUIG, L, *et al.* Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, 2013. I. Consideraciones de eficacia y selección del tratamiento. En: Actas Dermosifiliogr. Vol. 104 Núm.08 (2013); p 694-709. [Consultado 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.actasdermo.org/es/directrices-espanolas-basadas-evidencia-el/articulo/90229705/?pubmed=true>>.

RAHMAN, P y ELDER JT. Genetics of psoriasis and psoriatic arthritis: A report from the GRAPPA 2010 annual meeting. En: J Rheumatol. Vol 39 (2012); p 431-3. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298274>>.

SIKAR AKTURK, A, *et al.* Nitric Oxide and malondialdehyde levels in plasma and tissue of psoriasis patients. En: JEADV. Vol 26 (2011); p 833-37. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21749467>>.

SMITH, CH y BARKER, JN. Psoriasis and its management. En: BMJ. Vol 333 (2006); p 380-4. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550454/>>.

SOMMER, DM, *et al.* Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. En: Arch Dermatol Res (2006); p 298321-8. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17021763>>.

SPULS, P, *et al.* How good are clinical severity and outcome measures for psoriasis? Quantitative evaluation in a systematic review. En: J Invest Dermatol.

Vol 130 (2010); p 933-43. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20043014>>.

STERN, RS. Psoralen and ultraviolet A light therapy for psoriasis. En: N Engl J Med. Vol 357 (2007); p 682-90. [Consultado 12 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMct072317>>.

STERN, RS. Lange R and Members of the Photochemotherapy Follow-up Study. Malignant melanoma in patients treated for psoriasis with psoralen and ultraviolet A radiation (PUVA). En: N Eng J Med. Vol 336 (1997); p 1041-5. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091799>>.

TSAl, TF, *et al.* Efficacy and Safety of Ustekinumab for the Treatment of Moderate-to-Severe Psoriasis: A Phase III, Randomized, Placebo-Controlled Trial in Taiwanese and Korean Patients (PEARL). En: Journal of Dermatological Science. Vol 63(3) (2011); p154-163. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/dermaweb156.htm>>.

TSANKOV, N, *et al.* Drug-induced psoriasis. Recognition and management. En: Am J Clin Dermatol. Vol 1 (2000); p 159-65. [Consultado 10 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702297>>.

VAYA, A, *et al.* Clin Hemorheol Microcirc. Psoriasis and hemorheology. Influence of the metabolic syndrome. En: Clin Hemorheol Microcirc (2012). [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23089885>>.

VELEZ, Natalia, *et al.* Caracterización de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fototerapia. En: Rev Asoc Col Dermatol. Vol 19(2) (2011); p 100-106. [Consultado el 9 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://revistasocolderma.org/files/caracterizacion%20de%20los%20pacientes%20con%20psoriais.pdf>>.

WEISCHER, M, *et al.* No evidence for increased skin cancer with broadband and narrowband UVB phototherapy: A first restrospective study. En: Acta Derm Venereol. Vol 84 (2004); p 370-4. [Consultado 15 de Febrero de 2013]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15370703>>.

ANEXOS

Anexo A. Cronograma

Actividad	Fecha de cumplimiento
Fase exploratoria	11/02/13- Cumplido
Redacción del anteproyecto	18/03/13- Cumplido
Presentación del anteproyecto	25/03/13- Cumplido
Validación del instrumento	28/03/13-Cumplido
Aprobación por comité de ética	09/ 04/13-Cumplido
Obtención de la información	30/11/14- Cumplido
Procesamiento y análisis estadístico	01/12/14- Cumplido
Discusión de resultados	02/12/14- Cumplido
Redacción del informe final	05/12/14- Cumplido
Presentación del trabajo	15/12/14-Pendiente

Anexo B. Presupuesto

Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en pesos)

Rubros	Total
Personal	\$ 12.836.716
Equipos de uso propio	\$ 460.000,00
Salidas de campo	\$ 720.000,00
TOTAL	\$ 14.016.716

Descripción de los gastos de personal (en pesos)

Investigador/ experto / auxiliar	Formación académica	Función dentro del proyecto	Dedicación	Recursos
Margarita María Polanía Duran Andrea Liliana Gómez Aristizabal	ESTUDIANTES PREGRADO MEDICINA	AUTORES	12 horas semanales por 48 semanas	1.927.636
Álvaro Díaz Gaitán	MEDICO ESP. DERMATOLOGIA	ASESOR PRINCIPAL	6 horas semanales por 48 semanas	8.181.810
Hernán Mauricio Sendoya	MEDICO ESP. EPIDEMIOLOGIA	ASESOR	2 horas semanales por 48 semanas	2'727.270
TOTAL				12.836.716

Descripción y cuantificación de los equipos de uso propios (en pesos)

Equipo	Valor
PORTATIL SAMSUNG	\$ 400.000,00
IMPRESORA DESKJET 3920 SERIE HP	\$ 60.000,00
TOTAL	\$ 460.000,00

Gastos salidas de campo (en pesos)

Item	Costo unitario	Numero	Total
DESPLAZAMIENTO AL HUHMP	15.000 por visita	3 VECES A LA SEMANA	720.000,00
TOTAL			720.000,00

Anexo C. Instrumento para la recolección de datos



Ficha No=

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERMANDO MONCALEANO PERDOMO E.S.E

CARACTERIZACION CLINICA Y SOCIODEMOGRAFICA DE PACIENTES CON PSORIASIS EN EL HOSPITAL DE NEIVA ENTRE ABRIL DE 2013 Y NOVIEMBRE DE 2014

Caracterizar clínica y sociodemográficamente los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre abril de 2013 y noviembre de 2014.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Nombre= _____ 2. Cedula= _____ 3. Historia clínica= _____
4. Edad: _____
5. Fecha de ingreso= _____
6. Procedencia= _____
7. Sexo= Masculino _____ Femenino _____
8. Seguridad Social= _____

DATOS CLINICOS

9. Diagnóstico= _____ 10. Puntaje BSA= _____ 11. Puntaje PASI= _____
12. Severidad= Leve _____ Moderada-grave= _____
13. Impacto= Gran impacto _____ Impacto moderado= _____ Impacto leve= _____ Ningún impacto= _____
14. Localización= cuero cabelludo _____ cara _____ dorso _____ tórax _____ brazo _____ antebrazo _____ codos _____ muslos _____ glúteos _____ rodillas _____ piernas _____ tobillos _____ otros: cuáles? _____
15. Comorbilidades= _____
16. Antecedentes= _____
17. Tratamiento= _____

Anexo D. Instructivo para diligenciar el instrumento de recolección de datos

1. En este ítem escriba el nombre y apellidos del pacientes
2. En este ítem escriba la cedula del paciente
3. En este ítem escriba el número de la historia clínica del paciente
4. En este ítem escriba la edad del paciente en años
5. En este ítem escriba la fecha de ingreso del paciente al servicio de dermatología
6. En este ítem escriba el municipio de procedencia del paciente
7. En este ítem seleccione la opción: Masculino o femenino, como corresponda
8. En este ítem escriba el nombre de la EPS a la que pertenece el paciente
9. En este ítem escriba el tipo de psoriasis diagnosticado en el paciente
10. En este ítem escriba el puntaje del BSA del paciente
11. En este ítem escriba el puntaje del PASI del paciente
12. En este ítem seleccione la opción: leve o moderada-grave, como corresponda
13. En este ítem seleccione la opción: gran impacto, impacto moderado, impacto leve, ningún impacto, como corresponda

14. En este ítem seleccione la opción: cuero cabelludo, cara, dorso, tórax, brazo, antebrazo, codos, muslos, glúteos, rodillas, piernas, tobillos, otros: cuáles?, como corresponda

15. En este ítem escriba las comorbilidades del paciente

16. En este ítem escriba los antecedentes del paciente

17. En este ítem escriba el tratamiento prescrito para el paciente

Anexo E. Tablas de análisis y resultados

Tabla 1. Distribución por edad de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
0-10 años	0	0%
11-19 años	2	4,87%
20-40 años	10	24,39%
41-69 años	26	63,41%
70-85 años	3	7,31%
TOTAL	41	100%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 2. Distribución por sexo de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	26	63,41%
Femenino	15	36,59 %
TOTAL	41	100%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 según la afiliación al SGSSS. n=41.

Afiliación al SGSSS	Frecuencia	Porcentaje
Régimen subsidiado	32	78,04%
Régimen contributivo	4	9,76%
Régimen especial	4	9,76%
Consulta particular	1	2,44%
TOTAL	41	100%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 según la afiliación la EPS. n=41.

EPS	Frecuencia	Porcentaje
CAPRECOM	15	36,59%
CAFESALUD	9	21,95%
SALUD TOTAL	4	9,76%
SANIDAD MILITAR	4	9,76%
SOLSALUD	4	9,76%
ASMET SALUD	2	4,88%
COMFAMILIAR	2	4,88%
PARTICULAR	1	2,44%
Total	41	100,00%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 4. Lugar de procedencia por departamento de los pacientes con Psoriasis. n=41.

Procedencia por departamento	Frecuencia	Porcentaje
Huila	40	97,56%
Caquetá	1	2,44%
TOTAL	41	100%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 5. Lugar de procedencia por municipio de los pacientes con Psoriasis. n=41.

Procedencia por municipio	Frecuencia	Porcentaje
Neiva	25	60.98%
Acevedo	2	4,88%
Algeciras	2	4,88%
Tarqui	2	4,88%
Florencia	1	2,44%
Guadalupe	1	2,44%
Iquira	1	2,44%
Isnos	1	2,44%
La plata	1	2,44%
Palermo	1	2,44%

Pitalito	1	2,44%
Rivera	1	2,44%
Santa maría	1	2,44%
Suaza	1	2,44%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 6. Clasificación según el tipo de lesión en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Clasificación de la Psoriasis	Frecuencia	Porcentaje
Psoriasis vulgar	40	97,56
Psoriasis Guttata	1	2,44

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 7. Puntajes del BSA y PASI en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Puntaje	Mediana	Media
BSA	16	21,65
PASI	11,4	12,9

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 8. Grado de impacto sobre la calidad de vida evaluado con el DLQI-modificado en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Grado de impacto	Frecuencia	Porcentaje
Ningún impacto	1	2,44%
Impacto leve	3	7,32%
Impacto moderado	4	9,76%
Gran impacto	33	80,49%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 9. Severidad según el PASI, BSA y DLQI-modificado en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Severidad	Frecuencia	Porcentaje
Moderada-grave	33	80,49%
Leve	8	19,51%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 10. Ubicación de la lesiones en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

UBICACIÓN DE LAS LESIONES	Frecuencia	Porcentaje
Cuero cabelludo	29	70,73%
Piernas	27	65,85%
Dorso	25	60,98%
Antebrazo	19	46,34%
Tórax	16	39,02%
Codos	15	36,59%
Muslos	15	36,59%
Brazo	13	31,71%
Rodillas	12	29,27%
Glúteos	8	19,51%
Cara	6	14,63%
Tobillos	6	14,63%
Abdomen	4	9,76%
Uñas	3	7,32%
Cuello	1	2,44%
Hipercromías residuales	1	2,44%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 11. Tratamiento prescrito a los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Betametasona	8	19,51%
Ácido fólico, Betametasona, Metrotexate	7	17,07%
Infliximab	3	7,32%
Ácido fólico, Clobetasol, Metrotexate	2	4,88%

Betametasona, Clobetasol	2	4,88%
Ácido fólico, Betametasona, Infliximab, Metrotexate	1	2,44%
Ácido fólico, Betametasona, Clobetasol, lexinex plus, Metrotexate	1	2,44%
Ácido fólico, Infliximab, Loratadina, Metrotexate	1	2,44%
Ácido fólico, Infliximab, Metrotexate	1	2,44%
Ácido fólico, Loratadina, Metrotexate	1	2,44%
Acitretin	1	2,44%
Adalimumab	1	2,44%
Betametasona, Loratadina, Betametasona	1	2,44%
Betametasona, Infliximab	1	2,44%
Betametasona, Mometasona	1	2,44%
Betametasona, Clobetasol, ketoconazol	1	2,44%
Clobetasol	1	2,44%
Clobetasol, Metrotexate	1	2,44%
Clorfeniramina maleato, Loratadina	1	2,44%
Betametasona, etanercept	1	2,44%
Betametasona, lexinex plus, Loratadina	1	2,44%
Betametasona, sebotar	1	2,44%
Loratadina	1	2,44%
Ninguno	1	2,44%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 12. Antecedentes farmacológicos, médicos y familiares en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Antecedentes	Frecuencia	Porcentaje
No refiere	38	92,68%
Inyecciones de cortisona	1	2,44%
Padre y hermanos con psoriasis	1	2,44%
TBC latente	1	2,44%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Tabla 13. Comorbilidades en los pacientes con diagnóstico de Psoriasis entre abril de 2013 y noviembre del 2014 en el HUHMP. n=41.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna conocida	33	80,48
Diabetes mellitus II	3(7,32)	1,54% 19,92%
Hipercolesterolemia	2(4,88)	0,60% 16,53%
Hipertensión arterial	2(4,88)	0,60% 16,53%
Diabetes mellitus II e Hipertensión arterial	1(2,44)	0,06% 12,86%

Fuente de la base de datos del archivo general de historias clínicas del HUHMP de Neiva.

Anexo F. Acuerdo de confidencialidad para investigadores



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES.

Yo, Andrea Liliana Gómez Aristizabal, Identificada con cédula de ciudadanía N° 1075267445 de Neiva y Margarita María Polanía Durán, Identificada con cédula de ciudadanía N° 1075240770 de Neiva. Como investigadores principales del proyecto: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE PACIENTES CON PSORIASIS EN EL HOSPITAL DE NEIVA ENTRE ABRIL DE 2013 Y NOVIEMBRE DE 2014, que se realizará en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Corazón para servir

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 – 871 7469 Neiva - Huila
www.hospitaluniversitarioneiva.com E-mail: hun@hospitaluniversitarioneiva.com

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 30 días, del mes de octubre del año 2014

ANDREA LILIANA GOMEZ ARISTIZABAL
NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

MARGARITA MARIA POLANIA DURAN
NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

Andrea Liliana Gómez A.
FIRMA
C.C 1075267445
TELÉFONO 3204239442
E-MAIL anlgo05@hotmail.com

Margarita María Polanía D.
FIRMA
C.C 1075240770
TELÉFONO 3115932254
E-MAIL margarethpola@gmail.com

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

ALVARO ERNESTO DÍAZ GAITÁN
NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

Alvaro Ernesto Díaz Gaitán
FIRMA
C.C. 7701729
TELÉFONO 3016780578
E-MAIL alvaro010576@hotmail.com

Corazón para servir

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 – 871 7469 Neiva - Huila
www.hospitaluniversitarioneiva.com E-mail: hun@hospitaluniversitarioneiva.com

Anexo G. Acta de aprobación del comité de ética bioética e investigación del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva



COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N° : 003-005

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: Abril 09 del 2013

Nombre completo del Proyecto: "Valoración de la Severidad de la Soriasis y su Tratamiento en los Pacientes del Servicio de Dermatología del H.U.H.M.P "

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Estudiante de la Universidad Surcolombiana Programa de Medicina. Andrea Liliana Gómez Aristizabal, Margarita Maria Polania Duran, Maria Camila Erazo Díaz, Johan Enrique Osso Bolaños.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 1198 del 29 de Diciembre de 2011 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008 y al Decreto 1757 de 1994, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. ☒ (X) Resumen del proyecto
 - b. ☐ () Protocolo de Investigación
 - c. ☐ () Formato de Consentimiento Informado.
 - d. ☐ () Protocolo de Evento Adverso.
 - e. ☒ (X) Formato de recolección de datos
 - f. ☐ () Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. ☐ () Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)

¡ Servimos con calidez humana !

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co Email: hospitalneiva@yahoo.com
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación con riesgo mínimo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité considera adecuada la forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.
5. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
6. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse si la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El Investigador se comprometen con utilizar el consentimiento informado que debe tener el sello de aprobación del comité de ética bioética e investigación.
 - g. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
 - h. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es mas de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - i. El Investigador se comprometen con hacer entrega al Hospital Universitario de Neiva de un artículo publicado en una revista indexada de la investigación realizada.


Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.

¡ Servimos con calidez humana !
PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96
www.hospitaluniversitarionelva.com.co Email: hospitainelva@yahoo.com
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila