



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO

“La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los
pacientes del Hospital General Isidro Ayora, de la
ciudad de Loja”

Tesis previa la obtención del
título de Médico General

AUTOR: Andrés Benjamín Celi Cuje

DIRECTORA: Dra. Angélica María Gordillo Íñiguez, Esp.

Loja – Ecuador

2021

Certificación

Loja, 04 de noviembre de 2021

Dra. Angélica María Gordillo Íñiguez, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo previo a la obtención del título de Médico General titulado “LA PSORIASIS Y SUS ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DE LA CIUDAD DE LOJA”, de autoría del Sr. Andrés Benjamín Celi Cuje, ha sido dirigido, asesorado y revisado bajo mi dirección durante su desarrollo. Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa ante el respectivo Tribunal de Grado.



Dra. Angélica María Gordillo Íñiguez. Esp.

Directora de Tesis

Autoría

Yo, Andrés Benjamín Celi Cuje, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresarme a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de esta tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.



Firma:

Autor: Andrés Benjamín Celi Cuje

C.I.: 2300481393

Carta de Autorización

Yo, Andrés Benjamín Celi Cuje autor de la tesis: “LA PSORIASIS Y SUS ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, DE LA CIUDAD DE LOJA”. Cumpliendo el requisito que permite obtener el título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores. Los usuarios, libremente pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 04 días del mes de noviembre de 2021.

Firma:



Autor: Andrés Benjamín Celi Cuje

Cédula: 2300481393

Dirección: Ciudadela Zamora, frente al monumento Cueva Celi

Correo Electrónico: andres.celi@unl.edu.ec

Teléfono: 0992702543

Datos Complementarios:

Directora de Tesis: Dra. Angélica María Gordillo Íñiguez, Esp.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp.

Vocal: Dr. Fredy Eduardo Loyaga Díaz, Esp.

Vocal: Dra. Livia Gladys Pineda, López Mg. Esp.

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a:

A Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza, que ha estado conmigo hasta el presente, brindándome lecciones de vida que han hecho crear en mi sabiduría.

A mis padres Francisco Celi y Sonia Cuje, quienes con su amor y esfuerzo me han permitido poder llegar a cumplir una meta más en mi vida e inculcar el ejemplo del esfuerzo.

A mis hermanos por su cariño, apoyo y acompañarme durante todo este proceso. A mis demás familiares porque con sus consejos y acciones de solidaridad hicieron que siga de pie.

Finalmente quiero brindar una dedicación a aquellas personas quienes sumaron positivamente en diferentes etapas de mi vida hasta el presente, quienes con tan solo una sonrisa me hicieron entender que este es mi camino en aquellos momentos de flaqueza.

Agradecimiento

A Dios inicialmente por hacerme entender que el camino no es fácil y no imposible.

A mis padres Francisco Celi y Sonia Cuje, quienes me enseñaron que el amor hacia el prójimo es la mayor expresión de bienestar hacia uno mismo. Gracias por compartir sus experiencias de juventud, sus errores y aciertos ya que indudablemente me sirven en mi toma de decisiones.

A mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, pese a cualquier adversidad han demostrado estar conmigo y que cuento con ustedes cual sea la situación que se presente.

Finalmente quiero agradecer a todas aquellas personas que hicieron y hacen parte de mi vida hasta el presente, por quererme por quien soy, gracias por que en muchas ocasiones fueron mi refugio, el compartir experiencias y situaciones crearon en mí una fortaleza de carácter, que hicieron que evolucione a una mejor persona, que se considera amoroso por la vida, sensible ante la realidad social y sobre un apasionado por del servir al prójimo.

Índice

CARÁTULA.....	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE.....	VII
1 TÍTULO.....	1
2 RESUMEN	2
SUMARY	3
3 INTRODUCCIÓN.....	4
4 REVISIÓN DE LITERATURA	6
4.1 PSORIASIS.....	6
4.1.1 Definición y etiología.	6
4.1.2 Anatomía patológica.....	8
4.1.3 Tipos.	8
4.1.4 Severidad de la enfermedad y trastornos asociados.	9
4.1.5 Epidemiología.....	9
4.1.6 Incidencia.....	10
4.1.7 Sexo.	10
4.1.8 Factores desencadenantes.	10
4.1.9 Causas.....	11
4.1.10 Factores exógenos.....	11
4.1.11 Clínica.....	12

4.1.12	Piel:.....	12
4.1.13	Otros síntomas que puede incluir..	13
4.1.14	Formas clínicas.....	14
4.1.15	Manifestaciones asociadas.....	15
4.1.16	Diagnóstico.....	15
4.1.17	Pronostico.....	17
4.1.18	Tratamiento.....	17
5	MATERIALES Y MÉTODOS	25
5.1	TIPO DE ESTUDIO	25
5.2	UNIDAD DE ESTUDIO	25
5.3	UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	25
5.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
5.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
5.6	TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO.....	26
5.6.1	Técnica.....	26
5.6.2	Instrumento.....	26
5.6.3	Procedimiento.....	27
5.6.4	Equipos y materiales.....	27
5.6.5	Análisis estadístico	28
5.6.6	Presentación estadística	28
6	RESULTADOS	29
6.1	RESULTADOS PARA EL PRIMER OBJETIVO.	29
6.2	RESULTADOS PARA EL SEGUNDO OBJETIVO.	30
6.3	RESULTADOS PARA EL TERCER OBJETIVO.....	33
7	DISCUSIÓN	35
8	CONCLUSIONES	39
9	RECOMENDACIONES.....	40
10	BIBLIOGRAFÍA	41

11 ANEXOS	46
11.1 ANEXO 1. INFORME DE PERTINENCIA (SOLICITUD).....	46
11.2 ANEXO 2. INFORME DE PERTINENCIA (APROBADO-PERTINENTE)	47
11.3 ANEXO 3. (DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS).....	48
11.4 ANEXO 4. (AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS)	49
11.5 ANEXO 5. (PETICIÓN A HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO)	50
11.6 ANEXO 6. (APROBACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA)	51
11.7 ANEXO 7. (INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS).....	52
11.8 ANEXO 8. (CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DE PROYECTO Y ARTICULO DE TESIS)..	53
11.9 ANEXO 9. (TABULACIÓN DE DATOS)	54

1 Título

La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

2 Resumen

La psoriasis es una enfermedad dermatológica que se caracteriza por una hiperqueratosis crónica, con intervalos de remisión, misma patología hasta el momento no tiene cura. La presente investigación es un estudio de tipo cuantitativo, retrospectivo y correlacional que se realizó con el objetivo de determinar la incidencia, datos epidemiológicos y comorbilidades de los pacientes psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. La recolección de la información se realizó mediante instrumento tipo encuesta cerrada que se ajustó a las necesidades de la investigación, misma información se sustrajo a través de las historias clínicas de cada paciente, entre los resultados más significativos se obtuvo, que la incidencia de pacientes psoriásicos es de 26,53 casos por cada 10 000 pacientes atendidos, que el sexo masculino con el 61% es el más prevalente, así como el rango etario de 40 a 64 años con el 47%, además el 76% de los pacientes presentan una enfermedad psoriásica Nivel 1; las enfermedades que presentaron fueron 118 metabólicas, 30 dermatológicas y 24 de salud mental; ante la relación edad – comorbilidad los grupos etarios de entre 40-64 y 20-39 años presentaron mayor comorbilidades, el 17% obesidad, 14% hipertensión arterial, 11% diabetes, y 9% depresión. Llegando a concluir en el presente estudio, que la psoriasis prevalece en el sexo masculino, se manifiesta más entre la edad comprendida de 40 a 64 años, que en su mayoría la enfermedad es leve al momento de su diagnóstico, y tanto los pacientes adultos mayores y jóvenes poseen comorbilidades metabólicas prevalentemente, pero también enfermedades de salud mental en el último grupo.

Palabras claves: patología, psoriasis, salud mental.

Summary

Psoriasis is a dermatological disease characterized by chronic hyperkeratosis, with intervals of remission, the same pathology so far has no cure. The present research is a quantitative, retrospective and correlational study that was carried out with the objective of determining the incidence, epidemiological data and comorbidities of psoriatic patients at the Isidro Ayora General Hospital in the City of Loja. The information collection was carried out using a closed survey type instrument that was adjusted to the needs of the research, the same information was subtracted through the medical records of each patient, among the most significant results was obtained, that the incidence of psoriatic patients It is 26.53 cases per 10 000 patients attended, that the male sex with 61% is the most prevalent, as well as the age range of 40 to 64 years with 47%, in addition 76% of the patients present a psoriatic disease Level 1; the diseases they presented were 118 metabolic, 30 dermatological and 24 mental health; In view of the age-comorbidity relationship, the age groups between 40-64 and 20-39 years presented greater comorbidities, 17% obesity, 14% arterial hypertension, 11% diabetes, and 9% depression. Concluding in the present study, that psoriasis prevails in males, manifests more between the age of 40 to 64 years, that most of the disease is mild at the time of diagnosis, and both older adult patients and young people have metabolic comorbidities prevalently, but also mental health diseases in the last group.

Keywords: pathology, psoriasis, mental health.

3 Introducción

La psoriasis es una enfermedad dermatológica con una conocida fisiología; pero no se determina aún su etiología, quienes lo padecen presentan predisposición genética a falla inmunológica. Tiene dos picos de incidencia temprana (22,5 años y en niños a los 8 años) y tardía (55 a 60 años), el temprano predice una enfermedad más grave y duradera. “Misma enfermedad afecta al 0,5 % de la población mundial” Castillo (2018). “El 1,5 - 2 % de la población de los países occidentales se ven afectados por psoriasis” Wolff (2010). “En el Ecuador 2 de cada 100 personas padecen psoriasis, solo en Quito se presume que hay alrededor de 10 000 pacientes con esta patología” Castillo (2018) afirma. Ecuador por medio de la Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis Quito, única institución en el país que brinda ayuda sin fines de lucro a las personas con esta patología certifica que un total de 1 551 pacientes con Psoriasis se hicieron atender en sus instalaciones durante el año 2 006, de los cuales 256 eran casos nuevos.

La alteración inmune que presentan los pacientes con patología psoriásica se produce a nivel de la dermis, por la alteración celular, como el de las dendríticas, denominadas Células Presentadoras de Antígenos Profesionales, que mediante reacción antígeno receptor a través de los queratinocitos, hacen que lleven el antígeno hacia ganglios regionales, específicamente Linfocitos T (inmaduros) para que estos presenten variantes de reacción dependiendo de las interleucinas liberadas, constituyendo reacciones proinflamatorias o inflamatorias, con lo que la enfermedad ataca directamente al queratinocito, haciendo que este se aumente en número y a corto plazo, por lo que es fácil comprender que esta patología consiste en una hiperqueratosis, no tumoral que prolifera en respuesta a las interleucinas. Sin embargo tras años de estudio se ha podido crear una vertiente de conocimiento el cual indica que los pacientes psoriásicos, en su mayoría se halla un factor común, que es la Cathelicidina- 37 (C-37) este tiene la capacidad de unirse al ADN alterado, y es reconocido como antígeno, esta C-37 es un péptido antimicrobiano producido normalmente por los queratinocitos, pero al momento de unirse con el ADN este se modifica y bajo presencia de injuria como puede ser lesión de piel, estrés, traumas, adicional a la predisposición de alteración inmune, hacen que se dé la reacción por parte de los Linfocitos T y por consiguiente la hiperqueratosis.

La psoriasis y comorbilidades se relacionan estrechamente con procesos inflamatorios que cruzan y liberan sustancias que modifican el ADN, y bajo una predisposición genética a falla inmune hacen que este reaccione.

Las patologías metabólicas como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, o de salud mental como depresión son denominadas injurias al igual que las traumáticas, ya que estas comparten una característica, que al momento de presentarse liberan extra neuronalmente en la piel un neuropéptido sensitivo denominado la Sustancia P, que también son reconocidos como antígenos y producen la reacción antígeno receptor. Afecta en quienes lo padecen de diferentes maneras, puesto que para quienes las lesiones pueden ser una simple molestia, para otros pueden ser la causa de reclusión social, con lo que los pacientes llegan a experimentar etapas de no aceptación, afectación en salud mental, y de esta manera aumentar la enfermedad.

En la Ciudad de Loja no se ha desarrollado un estudio el cual se enfoque en los pacientes psoriásicos, además de sus enfermedades concomitantes. Es de suma importancia llegar a la ciudadanía y a quienes padecen de la enfermedad, con el fin de aportar conocimiento para mejorar su calidad de vida. Por tal razón mediante la problemática se llegó a establecer la pregunta; ¿Cuál es la incidencia, datos epidemiológicos, grado de severidad, y comorbilidades en los pacientes psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja?, por lo que se decidió realizar el presente proyecto de investigación para desarrollar cifras reales que rodean a esta patología, los beneficiarios serán los pacientes con diagnóstico de psoriasis.

La presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar la incidencia, datos epidemiológicos, y comorbilidades de los pacientes psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Y, objetivos específicos: Determinar la incidencia, prevalencia según sexo, edad y grado de severidad, de los pacientes psoriásicos en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo enero 2015 – diciembre 2019; Establecer las comorbilidades que presentan los pacientes diagnosticados con psoriasis del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo enero 2015 – diciembre 2019; Indicar la relación entre el grupo etario y comorbilidades, que presentan los pacientes psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo enero 2015 – diciembre 2019.

4 Revisión de literatura

4.1 Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad crónica con expresión clínica predominantemente cutánea, mediada por mecanismos inmunológicos y de herencia poligénica, todavía se desconoce su etiopatogenia sin embargo se sabe que es una enfermedad que su mayoría es hereditaria, aunque su metodología de secuencia se desconoce. La lesión cutánea característica es una placa eritematosa de diferentes tamaños, cubierta por descamación blanquecina. (F. Arango, M. Franco, A. Hoyos, 2017). Actualmente la psoriasis no se considera una enfermedad exclusivamente cutánea, sino una enfermedad en la que se pueden afectar otros órganos como las articulaciones en un 20-30% de los pacientes. Además, en pacientes con psoriasis extensa hay un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y se asocia con otras enfermedades que comparten mecanismos fisiopatogénicos. Puede aparecer a cualquier edad entre la infancia y la tercera edad, pero hay 2 picos en los que el diagnóstico de la enfermedad es más frecuente, entre los 20 y 30 años y entre 50 y 60 años. Aproximadamente el 75% de los pacientes se diagnostican antes de los 40 años. Se presenta por igual a hombres y mujeres y su curso es impredecible.

4.1.1 Definición y etiología. La SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA (2018) define a la psoriasis como: “una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de base genética mediada inmunológicamente. Por otro lado, la OMS (2014) plantea la siguiente definición al referirse a la psoriasis como “Una enfermedad crónica, no contagiosa, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no hay cura”.

Puede ser desencadenada y/o agravada por múltiples factores”. La etiología de la psoriasis es, hoy por hoy desconocida aun, sin embargo, probablemente se atribuye a factores múltiples, se ha aceptado la coexistencia de factores genéticos predisponentes a alteración inmune que también se han considerado como hereditarios y los factores externos denominados las injurias que en si cumplen con un papel de desencadenantes de lesión psoriásica. En cuanto a la predisposición genética se basa en una marcada agregación familiar, los denominados estudios

de concordancia en gemelos, y también la asociación a determinados haplotipos HLA (HLA-CW6, HLA-DR7, HLA-B17: atribuidos a inicio precoz y mayor gravedad; HLA-B27: forma pustulosa). (L. Peramiqel, J. Dalmau, L. Pimentel, L. Puig , 2017)

La psoriasis es un proceso que esta mediado por los linfocitos T. Se cree que estas las células presentadoras de antígeno, como en el caso de las células de Langerhans, macrófagos y células dendríticas, detectan un antígeno de que poseen los pacientes con alteración inmune, mismo que aún no está identificado a totalidad, estas células se activan, maduran y se dirigen por los vasos linfáticos aferentes a los ganglios de drenaje regional, donde un linfocito T naive (virgen o no sensibilizado) interactúa con estas y reconoce al antígeno unido al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) con lo que se activa para transformarse en un linfocito efector. Estos linfocitos T (la mayoría que son de memoria) entran en la circulación y atraviesan el endotelio para migrar a la piel, donde se reencuentran con el antígeno y la célula presentadora de antígeno, lo que predispone a la reactivación de los linfocitos y la secreción de citocinas que van a manifestarse en forma de lesiones en la piel.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de lesiones rojizas preferentemente en codos, rodillas y cuero cabelludo, y que tiene la posibilidad de afectar a uñas y articulaciones. No es una enfermedad contagiosa ni hereditaria, y, aunque existe predisposición genética en las personas que la padecen, suelen estar involucrados además otros factores desencadenantes. Se origina debido a una disfunción en el sistema inmune y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Se manifiesta en brotes con periodos de mejoría y de remisión o empeoramiento, pero la enfermedad se desarrolla de una manera particular en cada paciente.

Es una enfermedad frecuente de la piel que acelera el ciclo de vida de las células cutáneas, hace que las células se acumulen rápidamente en la superficie de la piel. Las células cutáneas excedentes forman escamas y eritema en la zona lesionada que causan prurito en ocasiones muy intenso hasta dolor (Rodríguez, 2010). La psoriasis es una enfermedad crónica que suele aparecer sin causa aparente y desaparece con el desarrollo del individuo.

No existe a ciencia cierta una cura para la psoriasis, pero los síntomas se pueden controlar mediante fármacos acorde a las necesidades de cada paciente. Diferentes estudios han identificado que acompañar un tratamiento relacionado a un estilo de vida saludable más el farmacológico tiene mucho más efecto, tener hábitos como actividad física diaria, llevar un alimentación saludable y equilibrada, abandonar el consumo de tabaco, entre otros han sido muy eficaz.

4.1.1.1 Genética. El riesgo para los familiares de primer grado de un caso de psoriasis aislado es baja de 10%, pero si los dos progenitores tienen psoriasis, los hijos poseen el riesgo de un 50% de padecerla, los factores genéticos influyen en el patrón de psoriasis, también entorno a la gravedad y la edad de aparición. Los posibles factores desencadenantes o exacerbantes de un brote de psoriasis, se debe mencionar a los procesos infecciosos sobre todo los que son secundarios a estreptococos, también a tarumás, ciertos fármacos como son las sales de litio, bloqueadores beta, antimaláricos, antiinflamatorios no esteroideos, trastornos de metabolismo entre estas las enfermedades metabólicas como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, estrés emocional, cambios climáticos, entre otros, hacen que en combinación con los herencia genética de alteración inmune, parezca la enfermedad psoriásica.

4.1.2 Anatomía patológica. La biopsia cutánea muestra una epidermis con mayor grosor a causa de hiperqueratosis paraqueratósica, adelgazamiento de la epidermis supra papilar y acantosis de la porción inter papilar junto a colecciones intraepidérmicas de neutrófilos los mismo que forman las denominadas pústulas espongiformes de Kogoj y además de microabscesos de Munro, en cuanto la dermis existe una importante papilomatosis, elongación y edema de la dermis papilar, con presencia de capilares dilatados y un infiltrado inflamatorio mononuclear de característica a la disposición perivascular.

4.1.3 Tipos. Se distinguen algunos tipos según las manifestaciones cada una con características diferentes y que representan grados de intensidad variantes entre ellos, las mismas que son:

- Psoriasis en placas

- Psoriasis pustulosa (palmo plantar, VON ZUMBUSCH)
- Psoriasis eritrodermia

Valdés (2012) menciona para la Revista Médica Cubana de Hematología: El tipo clínico más frecuente, que afecta al 80-90 % de los pacientes, es la psoriasis vulgar o psoriasis tipo placa. Los sitios más frecuentemente afectados por las placas son el cuero cabelludo, las superficies extensoras de los codos, las rodillas, la región sacra y la región perianal. En niños es frecuente la distribución de las lesiones en las regiones facial, genital y anal.

4.1.4 Severidad de la enfermedad y trastornos asociados. De acuerdo con la severidad de las manifestaciones cutáneas, la psoriasis se clasifica en leve, moderada y severa. Para clasificarla se emplea comúnmente el índice de severidad PASI (del inglés psoriasis are and severity index), que se basa en el grado de calificación del eritema e infiltración, así como la presencia de escamas y extensión de la afectación de las 4 áreas corporales.

Además de la severidad, es importante tener en cuenta el grado de actividad de la enfermedad, se consideran signos de enfermedad altamente activa, a la aparición de lesiones nuevas en intervalos cortos, la expansión de las lesiones existentes, o las recurrencias múltiples después del tratamiento. La psoriasis produce afectación en el estado de salud mental por el impacto de la imagen corporal por la presencia de lesiones, esta afecta a la calidad de vida de quien la padece y puede producir secuelas psicológicas que requieren tratamiento profesional e incluso farmacológico. Los pacientes con psoriasis suelen presentar trastornos emocionales debidos a su enfermedad, comparables con los existentes en enfermos de cáncer, diabetes y enfermedades cardíacas.

4.1.5 Epidemiología. La edad de comienzo de acuerdo con Fitzpatrick (2008) que indica que puede clasificarse en:

4.1.5.1 Psoriasis Tipo I. Comienzo antes de los 40 años, prevalencia de afección familiar y fuerte asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA. Presenta mayor predisposición a artritis psoriásica.

4.1.5.2 Psoriasis Tipo II. Comienzo posterior a los 40 años, casos aislados, menor prevalencia familiar y menor correlación con antígenos de histocompatibilidad.

Generalmente se denomina temprana cuando la incidencia pico se produce a los 22.5 años (en los niños, a los 8 años en promedio) y tardía cuando se presenta a los 55 años. El tipo temprano predice una enfermedad más duradera, mientras que la tardía una con mayor gravedad. Esto da a entender que la enfermedad puede aparecer en diversas etapas de la vida, planteando la posibilidad de que existan factores desencadenantes o factores que ocasionen la enfermedad pero que aún siguen sin conocerse.

4.1.6 Incidencia. La Sociedad Argentina de Dermatología (2018) menciona: La prevalencia de la psoriasis en la población caucásica es entre el 2% y el 3%. En los estados Unidos, entre 3 y 5 millones de personas padecen esta enfermedad, En la mayoría de los casos, se trata de una psoriasis localizada. Aun así, 300 000 individuos presentan psoriasis generalizada.

4.1.7 Sexo. Según Fitzpatrick (2008) es igual la incidencia en hombres y mujeres, varias son las razones que se atribuyen a este en primer lugar al aporte de conocimiento epidemiológico de la naturalidad de la enfermedad.

4.1.8 Factores desencadenantes. Los factores desencadenantes también denominadas injurias son condiciones que hacen que la patología psoriásica se manifiesta en quienes lo padecen de una manera repentina o a su vez también pueden agravar

4.1.8.1 Traumatismo Físico. (fenómeno de Koebner) uno de los factores principales en la aparición de lesiones: la fricción y las rascaduras estimulan el proceso proliferativo psoriásico.

4.1.8.2 Infecciones. La infección estreptocócica aguda provoca a psoriasis en gotas.

4.1.8.3 Estrés. Factor predisponente de brotes de psoriasis a que se atribuye que alcanza el 40% en los adultos y una cifra superior en los niños.

4.1.8.4 Fármacos. Glucocorticoides sistémicos, litio por vía oral, antipalúdicos, interferón y anti adrenérgicos B, que pueden exacerbar la psoriasis y provocas una erupción medicamentosa psoriasiforme.

4.1.8.5 Alcoholismo. Constituye un supuesto factor desencadenante.

4.1.9 Causas. Aunque se desconoce el origen concreto de la enfermedad, sí se sabe que es una enfermedad genética. De hecho, se ha localizado el gen cuya alteración influye en la aparición de la patología.

También se sabe que es una enfermedad hereditaria, si uno de los dos padres es psoriásico, uno de cada ocho hijos puede sufrirla; si son los dos progenitores los afectados, la probabilidad asciende a uno de cada cuatro, sin embargo, si el progenitor es portador de enfermedad psoriásica no es equivalente a que los hijos van a serlo, en ciertas ocasiones se ha observado que puede la siguiente generación heredar la alteración genética, pero no se desarrolle la enfermedad, porque también intervienen factores exógenos en su aparición. Ramírez (2017).

4.1.10 Factores exógenos. Factores externos que pueden afectar a la patología psoriásica.

- Infecciones crónicas, traumas
- Estrés nervioso
- Obesidad
- Consumo de alcohol
- Enfermedades como la artritis reumatoide

4.1.11 Clínica. La psoriasis cutánea se caracteriza por la aparición de unas placas rojizas con descamación blanca que varía en grosor, estas pueden aparecer en cualquier área del cuerpo, aunque se presenta zonas de pliegue con predilección.

Las localizaciones más frecuentes son los codos, rodillas y región inguinal. A veces, existen algunas variantes de psoriasis en las que algunas localizaciones predominan sobre las otras: en estos casos hablamos de psoriasis en pliegues o invertida, psoriasis ungueal, psoriasis palmo-plantar o psoriasis del cuero cabelludo. Existe una forma de la psoriasis denominada “en gotas” o psoriasis guttata, que se caracteriza por la aparición de pequeñas pápulas principalmente por el tronco y también por extremidades, habitualmente en gente joven. Ocasionalmente, la psoriasis puede presentar pústulas sobre las placas, estas pústulas se secan y desaparecen, y vuelven a salir en brotes siguientes. Excepcionalmente, la psoriasis puede afectar más del 90% de la superficie corporal y acompañarse de malestar general, fiebre y dolor localizado que se vuelven crónicos, esta se trata de una psoriasis eritrodérmica y es una forma grave que obliga a menudo a un ingreso hospitalario para realizar tratamiento específico. La psoriasis puede aparecer en forma repentina o lenta, muchas veces desaparece y luego se reactiva.

4.1.12 Piel. Es uno de los órganos más afectados por esta patología, los signos y síntomas que presentan pueden producir prurito con el consiguiente rascado de las escamas dando lugar a pequeños puntos sangrantes a esto se denomina el signo de Auspitz, siendo en su mayoría lesiones pruriginosas, cualquier tipo de trauma o irritación de la piel puede dar lugar a la formación de lesiones, este tipo de respuesta isomórfica, que también se puede denominar como el fenómeno de Koebner que es frecuente en aquellos pacientes que padecen de psoriasis activa, sin embargo en una visión general la piel de los pacientes con psoriasis atraviesan los siguientes signos y síntomas:

- Prurito
- Sequedad, presencia de descamación plateada (escamas)
- Coloración rojiza
- Relieves y engrosamiento de bordes de las lesiones

Existen varias formas clínicas características con la que se puede manifestar la patología psoriásica, el método de raspado de lesión demuestra: signo de la mancha de cera, esta se refiere a la gran cantidad de escamas que se van a desprender al rascar una lesión similar a las del raspado a una vela. Fenómeno de la membrana epidérmica, este consisten en que si una lesión recibe rascado continuo este desprende una película transparente de epidermis, llamada membrana de Duncan-Dulckley. Signos de Auspitz o también denominado signo del roció sangrante, es el daño que sufren los neovasos de papilas dérmicas al desprender la epidermis adelgazada lesionada que esta subyacente a las papilas.

4.1.13 Otros síntomas que puede incluir. Son diversos y varios los síntomas que pueden abarcar.

En la siguiente se presente una larga seria de los posibles síntomas.

- Dolor o malestar articular o en los tendones, casi el 10% de los pacientes con psoriasis desarrollan procesos artríticos que pueden ser antes, durante o simultáneos al desarrollo de las lesiones dérmicas psoriásicas, la oligoartritis, espondilitis, sacroileitis, afectación interfalángica distal características y formas seronegativas que son muy semejantes a la artritis reumatoide, la afectación articular no guarda relación con la intensidad de la clínica cutánea.
- Cambios en las uñas, por ejemplo: uñas gruesas, uñas de color entre amarillo y marrón, hoyuelos en la uña y uñas que se despegan de la piel por debajo
- Caspa abundante en el cuero cabelludo
- Características histológicas. Desde el punto de vista histológico, la psoriasis se caracteriza por la presencia de hiperplasia de la epidermis, que es la acumulación de células inflamatorias en la dermis, particularmente neutrófilos y linfocitos T, además de la dilatación y proliferación de los vasos sanguíneos de la dermis. El aumento de la vascularización de la dermis se debe a factores angiogénicos, como el factor de crecimiento del endotelio vascular (FCEV), cuyos niveles se encuentran elevados en las placas psoriásicas. La interacción con el FCEV es modulada por el Factor de Necrosis Tumoral (FNT) que es una citocina proinflamatoria, que juega un papel clave en la aparición de lesiones dérmicas en la psoriasis.

- Otras alteraciones histológicas que se observan son el adelgazamiento de la epidermis.

4.1.14 Formas clínicas. Se distinguen diversas formas clínicas. Psoriasis estacionaria crónica: esta también denominada la vulgar, es la forma clínica mas frecuente y se caracteriza por la presencia de placas eritematosas que van a estar muy bien delimitadas, son de diferentes tamaños, presentan una escama gris plateada que se puede eliminar con facilidad fricción, las lesiones se van a encontrar distribuidas simétricamente y van a estar afectando a las superficies de extensión de codos, rodillas y tronco, como también al cuero cabelludo., estas lesiones suelen caracterizarse por se persistentes durante meses o años y con brotes sucesivos pueden llegar a extenderse a otras áreas de la superficie corporal.

Psoriasis eruptiva: también denominada la guttata es muy frecuente en niños y los adultos jóvenes, esta suele iniciarse de forma brusca, por lo general tras una infección estreptocócica de las vías respiratorias altas. Es una erupción en forma de pequeñas pápulas eritrodescamativas, de 2-10 mm, que van a estar distribuidas predominantemente en tronco y raíz de las extremidades, esta puede afectar a la cara y al cuero cabelludo, pero respeta palmas y plantas, el brote suele persistir durante 2-3 meses y se da la remisión de forma espontánea, es una forma de un buen pronóstico, aunque a veces puede haber recurrencias.

La eritrodermia psoriásica, es la forma generaliza y considerada la más grave de la enfermedad psoriásica, es poco común y consiste en una dermatitis exfoliativa que afecta a toda la superficie corporal, incluidas cara, manos, pies, uñas, tronco y extremidades, suele ir acompañada de mal estado general y alteraciones electrolíticas.

La psoriasis pustulosa con menor frecuencia se observa esta y pueden ser tanto generalizadas como localizadas. Existe una variante a esta y es la denominada Von Zumbusch, esta suele aparecer en personas que presentan otras formas clínicas, se trata de un cuadro corto agudo, que se caracteriza por la aparición de placas intensamente eritematosas que confluyen con mucha cantidad de pústulas de diámetro pequeño, estériles en su superficie debido a un desencadenante externo, este cuadro clínico puede acompañarse de fiebres altas, hipocalcemia, leucocitosis, eritrosedimentación elevada y mal estado general. La otra variante es la denominada localizada

que esta a su vez se presenta en formas diferentes: la psoriasis pustulosa palmo plantar y acrodermatitis continua de Hallopeau, ambas formas sin afectación sistémica acompañante.

Psoriasis invertida o flexural, es este tipo su forma clínica predomina por la afectación de las áreas flexurales, siendo estas caracterizadas por ser las lesiones menos queratósica a excepción de una forma particular conocida como psoriasis del área del pañal que se da en neonatos.

Psoriasis del cuero cabelludo, también denominado el pitting ungueal o punteado ungueal con depresiones mínimas que afecta a una o varias uñas es la lesión más frecuente, otros cambios que se han descrito, incluyen: estriación longitudinal, hiperqueratosis subungueal, onicolisis y leuconiquia.

4.1.15 Manifestaciones asociadas. Alrededor de un 10% de las psoriasis cutáneas tienen afectación articular (artritis psoriásica). Pueden existir artritis que puede aparecer antes de la psoriasis cutánea o incluso que nunca se acompañará de lesiones en la piel. Se caracteriza por dolor o inflamación de una o más articulaciones, principalmente muñecas, rodillas, tobillos y/o pequeñas articulaciones distales de los dedos de las manos y de los pies. También puede aparecer un engrosamiento de todo el dedo de la mano o del pie “dedo en salchicha”.

Recientemente se ha descrito un aumento de frecuencia de obesidad, diabetes del adulto, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, consumo de alcohol y tabaquismo, así como un aumento de la mortalidad cardiovascular en los pacientes con psoriasis cutánea extensa.

4.1.16 Diagnóstico. La enfermedad psoriásica comparte una serie de signos propios.

Es fundamentalmente clínico por lo que la exploración física y datos de relevancia hallados en las historias clínicas de cada paciente, es por lo general suficiente para que el profesional de salud pueda diagnosticar la psoriasis o encaminar su diagnóstico, ya que es una enfermedad que a través de sus signos y síntomas da la pauta de inicio de la misma. El diagnóstico en lactantes y niños puede crear confusión para filiar el diagnóstico y tarda años en poder determinar la presencia de la patología, a causa de existir otros tipos de diagnósticos diferenciales con los que comparten gran similitud signos y síntomas, en este grupo de edad los pequeños pueden

presentar dermatitis seborreica, eccema atópico y eccema numular, la presencia de lesiones psoriásicas en área del pañal o de pliegues inguinales de intertrigos seborreicos o los denominados dermatitis de pañal, además de lesiones candidiásicas o microbianos, en infantes de mayor edad el diagnóstico diferencial incluye una pitiriasis del Gilbert y micosis, esta última suele descartar a través de estudios micológicos, la presencia de lesiones palmo-plantar habrá que diferenciarlo con el eccema de contacto y queratodermica.

En cuanto al diagnóstico diferencial, este va a variar especialmente en función de la forma clínica con la que se expresa (tabla 1)

Tabla 1

Diagnostico Diferencial

Psoriasis vulgar	Eccema numular Linfoma cutáneo de células T Pitiriasis rubra pilaris Dermatofitosis
Psoriasis guttata	Pitiriasis rosada de Gilbert Secundarismo leutico Ptiriasis liquenoide crónico Líquen plano
Eritrodermia psoriásica	Linfoma cutáneo de células T Eccema atópico Pitiriasis rubra pilaris
Psoriasis pustulosa generalizada	Toxicodermia Dermatosis pustulosa subcutánea Impétigo
Psoriasis pustulosa localizada	Pénfigo foliáceo Eccema sobre infectado Micosis
Psoriasis invertidas	Eccema dishidrótico Eccema de contacto Queratodermias Dermatitis seborreica Intertrigo candidiasico Dermatofitosis Eritrasma
Psoriasis del cuero cabelludo	Pénfigo benigno crónico familiar Dermatitis seborreica Lupus eritematoso discoide crónico

4.1.16.1 Biopsia de piel. En raras ocasiones, el profesional de salud solicitara una pequeña muestra de piel (biopsia) para corroborar la no existencia de otros agentes etiológicos de origen transmisible infeccioso, con el objetivo de filiar el diagnóstico presuntivo. La biopsia obtenida en pacientes positivo a este diagnóstico de psoriasis se muestra una epidermis con mayor grosor acompañada de acantosis y papilomatosis, elongaciones, edema de la dermis papilar además de una disminución del grosor de la epidermis por encima de las papilas, se caracteriza muchísimo las colecciones intradérmicas de neutrófilos que estas van a constituir las pústulas espongiiformes de Kogoj y los denominados microabscesos de Munro, por lo contrario en la dermis se observa un infiltrado inflamatorio mononuclear.

4.1.17 Pronóstico. Este depende de la extensión y de la gravedad de la afectación cutánea, habitualmente es más grave cuanto menor es la edad de inicio de la enfermedad, los brotes agudos suelen desaparecer, pero es extraña la remisión completa de la enfermedad psoriásica, los diferentes tratamientos no aseguran una curación de la enfermedad, pero en la mayoría de los casos consiguen el control de los brotes.

4.1.18 Tratamiento. La psoriasis es una enfermedad la cual no tiene una cura definitiva, por lo que el manejo está basado en la sintomatología que presenta cada paciente, quienes padecen esta patología desarrollan una adaptación a la misma, casi obligatoria. No existe un tratamiento fijo debiéndose aplicar un tratamiento por lo consiguiente individualizado, dentro de los tratamientos tópicos incluyen corticoides tópicos, antralina, calcipotriol, tacalcitol, tazaroteno.

4.1.18.1 Tratamientos tópicos. Estos son los más utilizados ante esta patología.

Suelen ser cremas, geles, pomadas, espumas o lociones que contienen diferentes principios activos entre el principal constituyen los corticoides con distintos grados de potencia (clobetasol o betametasona), análogos de la vitamina D (calcitriol o tacalcitol), retinoides tópicos o compuestos con sustancias como el alquitrán. Los corticoides tópicos constituyen en si no de los tratamientos más comúnmente utilizados, estos se prescriben principalmente en las manifestación clínica epidérmica en placas, la selección del corticoide se determinara por la

intensidad, localización y cronicidad de las lesiones que presente el paciente, se usa generalmente corticoides de una acción o potencia media a baja, en algunos pacientes pueden requerir ocasionalmente corticoides de acción alta, este utilizado con precaución y sobre placas muy gruesas. Este tratamiento con corticoides tópicos no está exento de efectos secundarios como la atrofia local, estrías, telangiectasias, púrpura, supresión adrenal, retraso del crecimiento, sin embargo, hoy por hoy los fármacos de esta línea han dado mejores resultados y una disminución de efectos secundarios.

Las cremas de antralina van a cumplir una función como agente reducir disminuyendo la renovación celular, esta principalmente está indicada en psoriasis de tipo placas y guttata, se suele utilizar una concentración de entre 0,1 a 2% con una pauta de contacto corto de esta misma de alrededor de 30 a 60 minutos máximo, sin embargo en la actualidad su uso ha disminuido por la irritación que este puede provocar y alterar el estado de las prendas de vestir, este suele ser óptimo en niños y puede ser combinado con corticoides tópicos.

El calcipotriol dérmico, es un análogo de la vitamina D3, este induce la diferenciación de los queratinocitos y además inhibe la proliferación de los mismos, este es un tratamiento útil y seguro para la psoriasis en placas con una extensión inferior al 30% de la superficie cutánea, como efecto secundario este puede producir irritación local, no se han descrito más efectos que se consideren graves, la dosis máxima recomendada es de 50gr/semana/m², no se debe aplicar en zona del rostro ni área genital o de pliegues.

El talcacito se caracteriza por tener un mecanismo similar al calcipotriol pero menos irritante por lo que puede utilizarse en cara y pliegues. El tazaroteno es un retinoide aun considerado joven para la psoriasis en placas que sea moderado a leve, la utilización de este mismo en pediatría no está demostrada.

4.1.18.2 Fototerapia. La luz ultravioleta tanto se puede utilizar en el tratamiento de psoriasis, pero crónica, los baños con de terapia con UVB dan buenos resultados en la psoriasis en placas, la foto quimioterapia que consiste en psoralenos en combinación con UVA no es un tratamiento de elección en los niños. La exposición de los pacientes a radiaciones Ultravioleta A (UVA) o Ultravioleta B (UVB) tienen un efecto antiinflamatorio y mejoran el estado de la piel, la fototerapia se realiza en cabinas específicas instaladas en algunos hospitales y siempre bajo la supervisión de personal sanitario.

4.1.18.3 Antibióticos. Esta clase de medicamentos están indicados en los casos de psoriasis guttata pero que estén asociados a infección estreptocócica.

4.1.18.4 Retinoides. Como el Acitretin, poseen una gran eficacia sin embargo el uso de este medicamento es restringido en la edad pediátrica por la acción potencial del efecto de limitación de crecimiento que se ha descubierto de en este fármaco, los niños requieren una monitorización analítica y radiológica ósea.

Los retinoides serán utilizaos en la psoriasis de tipo pustulosa generalizada y que esta sea aguda y grave.

4.1.18.5 Fármacos inmunomoduladores. Este grupo de fármacos como el metrotexato y la ciclosporina, se recurre a su utilización en cuadros graves, y su indicación es de excepcional empleo en niños.

4.1.18.6 Fármacos biológicos. Las terapias biológicas son un tipo de tratamiento para el que se usan sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades, entre ellas la psoriasis, son creados mediante técnicas de biología molecular, y que se parecen a las proteínas humanas.

Concretamente estos se aparecen a las inmunoglobulinas o anticuerpos, estos bloquean diferentes moléculas que intervienen en la inflamación que es la principal característica de la enfermedad psoriásica, estos pueden ser los inhibidores de la molécula inflamatoria del TNF-a (adalimumab, infliximab), entre los más utilizados para el tratamiento de psoriasis están el

fliximab, etanercept, efalizumab y adalimumab. En el campo de la psoriasis llevan más de 10 años y han ofrecido unos buenos datos de eficacia y seguridad, con lo que los pacientes han ganado mucho en calidad de vida al ver que sus lesiones mejoran e incluso desaparecen. Su indicación en adultos está aprobada, pero en niños se reservaría hasta el momento para casos exclusivamente graves y excepcionales, y que no respondan a los tratamientos anteriores, entre los efectos secundarios más destacables serían las infecciones y el desarrollo de neoplasias (linfomas). Aunque los fármacos pertenecen todos a un mismo grupo, se diferencian en su mecanismo de acción, vía de administración, eficacia, seguridad y tolerancia (Alfonzo-Valdez, 2012)

Enfermedades concomitantes en la psoriasis. La comorbilidad es un término que se atribuye a Alva R. Feinstein; fue publicado en el Journal of Chronic Diseases en 1970, este la definió como alguna entidad clínica adicional, que ha existido o puede ocurrir durante el curso de una enfermedad índice de estudio. En el 2003 Manitoba Center for Health Policy define a la comorbilidad como las entidades medicas que aumentan el riesgo de muerte del paciente, además del padecimiento que ya posee. Sin embargo, en la actualidad es más adecuado determinar la comorbilidad como la asociación no causal de distintos padecimientos o una entidad psicológica que requiere monitoreo clínico en una enfermedad bien definida en estos pacientes la psoriasis.

Los tipos de comorbilidad se pueden clasificar de diferentes maneras, con relación a su tiempo, origen y causa ya sea orgánica o psicológica. En cuanto a su temporalidad se clasifican en transversales y longitudinales, la primera es la coexistencia de la menos un padecimiento al momento del diagnóstico, y la segunda es la existencia de varias enfermedades a lo largo de un periodo de seguimiento. Psiquiatría recurre a la clasificación de comorbilidad homotípica y heterotípica, la primera se refiere a la coexistencia de trastornos del mismo grupo diagnóstico y la segunda se refiere a la coexistencia entre trastornos de distintos grupos diagnósticos, con lo que se aceptan la clasificación de comorbilidad orgánica y psicológica.

La psoriasis es un tipo de enfermedad como se comentó de tipo inflamatoria crónica y recurrente con una gran variabilidad clínica y evolutiva, misma causa se ha podido relacionar

con la predisposición poligénica y con factores desencadenes que predisponen a la misma, estos son factores tanto internos como externos, entre los cuales se señala como infecciones bacterianas, el estrés, los traumatismos, los fármacos, entre otros. la psoriasis ha evolucionado conceptualmente a lo largo del tiempo a medida de los descubrimientos que cada vez son más en torno a esta enfermedad, se sabe que los pacientes con la enfermedad psoriásica presentan más riesgo de desarrollar o cursar simultáneamente con enfermedades como el síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial, entre otros padecimientos. Las personas que viven con psoriasis se ven más afectadas por ciertas enfermedades que las personas que no la padecen, una gran presentan enfermedades psicológicas como depresión y ansiedad que forman un círculo vicioso reagudizando las demás enfermedades preexistentes incluyendo la clínica de la psoriasis.

4.1.18.7 Patrones comunes de inflamación entre la psoriasis y comorbilidades. El término que se utiliza para describir la psoriasis es enfermedad inflamatoria mediada inmunológicamente, que cuentan con mecanismo inflamatorios comunes que incluyen una regulación inadecuada de citocinas, el sistema inmune ha sido fuertemente implicado en la patogénesis de la psoriasis, por lo que se le considera una enfermedad inflamatoria mediada por los linfocitos T.

También se ha estudiado la relación entre la elevación de la proteína C reactiva (PCR) y el desarrollo de Síndrome Metabólico (SM), en cuanto a la fisiopatología de la inflamación vascular, existe básicamente una disfunción endotelial importante, así como marcadores de inflamación e inmunológicos característicos, pues en la pared arterial ocurre un proceso inflamatorio que va a inducir cambios estructurales y moleculares específicos, dentro de los principales se encuentra la producción óxido nítrico sintasa endotelial, que inhibe la activación y agregación plaquetaria; a llegada de LDL en forma oxidada aumenta la adhesividad celular y facilita el paso de células inflamatorias en el endotelio, esta reacción produce daño endotelial con la formación de pequeños espacios inter endoteliales y una cascada de efectos inmunológicos por la acción del endotelio activado. La consecuencia final es la transformación del monocito en una célula espumosa, y ante esta la respuesta del organismo es generar

elevación sérica de marcadores inflamatorios inespecíficos como la IL-1, IL-2 e IL-6, debido a que cualquier otro proceso inflamatorio eleva estas citocinas, así como marcadores inflamatorios más específicos como la PCR, constituye la evidencia del mecanismo inflamatorio mediado inmunológicamente, que además se correlaciona con otros marcadores como ICAM-1, fibrinógeno y activador tisular del plasminógeno, estos además de la predisposición de alteración inmune hacen que cree el patrón antígeno receptor, y las variantes de respuesta se darán dependiendo de las interleucinas liberadas y que hacen acción en los linfocitos T principalmente.

4.1.18.8 Síndrome metabólico. Se ha observado un aumento de enfermedad cardiovascular en pacientes con psoriasis, nuevamente la inflamación ha sido implicada en la etiología de la aterosclerosis, síndromes coronarios agudos e insuficiencia cardíaca, el papel de los factores de riesgo cardiovasculares son de alta relevancia en la psoriasis, ya que los pacientes presentan una mayor prevalencia de dislipidemia y obesidad, así como hipertensión arterial sistémica, en comparación con aquellos enfermos con otras patologías dermatológicas. La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles de azúcar (glucosa) en sangre elevados. El aumento de glucemia es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas. La insulina es una hormona que fabrica el páncreas y que permite que las células utilicen la glucosa de la sangre como fuente de energía.

La inflamación es el principal factor que vincula la psoriasis con los demás componentes del síndrome metabólico y existen en estos múltiples teorías que son de gran utilidad para poder explicar esta situación, así es como la presencia crónica de mediadores inflamatorios sistémicos altera el metabolismo del tejido graso, produciendo mediante este una inhibición de la secreción de insulina, con lo que conduce a un estado de hiperglicemia, resistencia a la insulina y finalmente el riesgo de padecer DM. La obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un exceso de peso a causa de un aumento de los depósitos de energía en diferentes zonas del cuerpo, que se van almacenar en forma de masa grasa corporal o tejido adiposo, el defecto que se da en la simbiosis y armonía de la ingesta asociada a una desregulación del estado energético del organismo, ya este sea por enfermedad inflamatoria

asociada, enfermedad genética o provocada por el exceso o alteraciones de la toma de alimentos, conduciría a un estado de obesidad. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso.

Durante los últimos años se ha establecido un vínculo firme entre psoriasis y obesidad, que ha coincidido con ambas patologías como procesos inflamatorios crónicos y con importantes repercusiones en la salud de quien lo padece, en gran medida a través del incremento del riesgo cardiovascular y de los elementos del síndrome metabólico. Aunque existe todavía mucha discusión al respecto, las evidencias indican hacia una relación bidireccional.

De este modo, diversos estudios epidemiológicos han permitido determinar que la obesidad es un factor de riesgo independiente, que conlleva a un alto riesgo de presentar psoriasis y que además este confiere un mal pronóstico de esta dermatosis a un largo plazo, mientras que, según otros estudios determinarían que la obesidad podría ser una consecuencia de la psoriasis más que un factor de riesgo para esta. También se ha descubierto que la hipertensión arterial es más frecuente en la patología psoriásica, posiblemente a causa de todos los factores de riesgo comentados con anterioridad,

En forma concluyente, el aumento del riesgo cardiovascular en psoriasis puede ser consecuencia de; mayor prevalencia de tabaquismo y dislipidemia, perfil lipídico elevado (triglicéridos elevados, HDLc disminuido, LDLc elevado), disfunción endotelial, el uso de terapias inductoras de dislipidemia (por ejemplo, los corticoesteroides),

4.1.18.9 Salud mental. La psoriasis se asocia a diferentes enfermedades mentales y en especial a la ansiedad y la depresión, estos guardan una estrecha relación por la causa de al momento sentir afectación en salud mental se libera la sustancia P que tiene la capacidad de unirse ante el ADN modificado y este ser reconocido por la células presentadoras de antígeno profesional hacia los ganglios regionales, con la consiguiente respuesta de los linfocitos T, que liberaran interleucinas y estos crean las variantes inflamatorias, con la alteración de los queratinocitos que no solo aumentan su producción si no que hacen que estos sean defectuosos ya que presentan aceleración mitótica, adelantando el proceso de llegada del queratinocito del estrato basal a corneo en tan solo 4 días, y siendo normalmente la duración de 30 días.

Los pacientes con psoriasis presentan ansiedad en una media del 43% aproximadamente en todos los casos por lo que constituye una cifra alarmante, la comorbilidad con la depresión se estima que puede llegar a prevalencias de entre e 12 - 30% y según varios estudios llega hasta el 62%, estos mismos índices son más altos a los de la población general o con otras enfermedades de la piel y la prevalencia se incrementa en los casos de psoriasis más severa, así mismo de una forma inversa la depresión que padecen los pacientes con psoriasis es más grave que en la población general y se asocia con mayor frecuencia a ansiedad e ideación suicida.

La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que presenta afectación física y mentalmente en el modo de sentir y de pensar, mismo que se exterioriza. La depresión puede provocar deseos de eludir a la sociedad. Puede además causar ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades, esta no es simplemente una angustia, es también una tristeza o melancolía permanente. Se relaciona a sentimientos de inutilidad, sin esperanza. La depresión puede comenzar a cualquier edad, pero suele empezar en la juventud o en adultos jóvenes, este puede desencadenarse por varios motivos se ha relacionado estrechamente con la apariencia de imagen en los últimos tiempos, es por tal motivo que al ser asociada ante enfermedades que degeneren o afecten el aspecto físico del paciente, curiosamente estos desarrollan alteraciones que afectan el estado de salud mental.

5 Materiales y métodos

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo, retrospectivo y correlacional.

5.2 Unidad de estudio

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, el mismo que es un Hospital Regional de Segundo Nivel de Atención, que está ubicado en la Avenida Iberoamericana y JJ Samaniego y presta servicios las 24 horas, los 365 días del año.

5.3 Universo y muestra

La población estuvo conformada por los pacientes que fueron atendidos en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, durante el periodo enero 2015 a diciembre 2019, mismo que fue de 74 235 pacientes atendidos.

La muestra se constituyó por los pacientes con diagnóstico de psoriasis y fue de 197 pacientes.

5.4 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de psoriasis, que fueron atendidos en el servicio de dermatología del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo enero 2015 - diciembre 2019.
- Historias clínicas de pacientes menores y mayores de edad.
- Historias clínicas de pacientes masculinos y femeninos.
- Historias clínicas con o sin comorbilidades homotípicas o heterotípicas y que hayan sido diagnosticadas con anterioridad o posterior al de psoriasis.

5.5 Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes psoriásicos que hayan sido diagnosticados fuera del tiempo no contemplado en el estudio.
- Pacientes que no consten en el RDACAA con diagnóstico de psoriasis

- Pacientes que no cuenten con apertura de historia clínica

5.6 Técnica, instrumentos y procedimiento

5.6.1 Técnica

Para la recolección de la información se recurrió al empleo del instrumento que fue adaptado por el investigador, con el objetivo de determinar características de incidencia, epidemiológicas y clínicas, basados en la Historia clínica de cada paciente que se encuentran en el departamento de estadística del Hospital General Isidro Ayora, la información que se halló en el documento legal de cada paciente está desarrollada por especialistas en Dermatología de dicha unidad asistencial.

Para poder identificar a los pacientes atendidos en el HGIAL y también a los diagnosticados de psoriasis durante el tiempo de estudio, se realizó una solicitud dirigida a la autoridad del departamento de estadística, con la finalidad que brinde el sistema RDACAA, mismo que es un instrumento de recolección de información que permite el levantamiento de datos del paciente de forma ágil, oportuna y eficiente, este proporciona información general de cada paciente y se utiliza mediante operativo Microsoft Excel.

Después de una respuesta favorable, se procedió a identificar la totalidad de pacientes atendidos en el HGIAL, también se empleó técnica de filtración diagnóstica, e identificó los pacientes con psoriasis; se captó el número de cédula o historia clínica de cada uno con el que han sido registrados, para estructurar una lista final, con la que posteriormente se procedió a la búsqueda de cada una de las historias clínicas en físico para la extracción de información.

5.6.2 Instrumento

Se utilizó el formulario de recolección de datos (anexo 7), la misma que contó con aportes específicos, con lo que se pudo detallar información del paciente, como año de diagnóstico de psoriasis, sexo, edad, así como las comorbilidades que presentan, también se pudo encontrar el nivel de lesión psoriásica del paciente que fue evaluada con el índice de gravedad del área de

psoriasis (PASI) al momento de su diagnóstico, este es utilizado para expresar la Nivel de la enfermedad, combina la gravedad (eritema, induración y descamación) y el porcentaje del área afectada.

5.6.3 Procedimiento

La realización de la presente investigación empezó luego de la correspondiente aprobación del proyecto de investigación por parte de la principal autoridad de la carrera de medicina, posteriormente se solicitó la pertinencia del proyecto de investigación y la asignación de director(a) de tesis. Luego de la asignación de directora de tesis, se procedió a efectuar los trámites necesarios dirigidos a director del Hospital General Isidro Ayora para obtener autorización de recolección de la información acerca de la patología psoriásica del servicio de dermatología, mediante el acceso a las historias clínicas de cada uno de los pacientes.

Una vez obtenida la autorización por parte de la autoridad del Hospital General Isidro Ayora, para la presente investigación, se procedió a solicitar información necesaria, posterior se aplicó el formulario de recolección de datos, mediante este se obtuvo información valiosa que se requirió para el cumplimiento de los objetivos.

Posterior a la obtención de todos los datos necesarios se procedió al análisis de la información, enfocada en incidencia de pacientes psoriásicos, prevalencia de datos epidemiológicos como el sexo, el grupo etario, así como el tipo de Nivel de diagnóstico de psoriasis al momento de su diagnóstico, también las comorbilidades que presentan estos pacientes ya sean halladas con anterioridad como antecedentes o posterior al diagnóstico de su patología psoriásica, finalmente, indicar la relación existente entre rangos de edad y sus comorbilidades en general.

5.6.4 Equipos y materiales

- Equipos: computadora, impresora.
- Materiales: hojas de papel bond, hojas cuadriculadas, libreta de notas, esfero, marcadores, lápiz, borrador.

5.6.5 Análisis estadístico

Los datos que se obtuvieron fueron tabulados a través del programa de servicio informático Microsoft Excel 2010, a través del ingreso de la información recogida con el instrumento de recolección de datos, mediante este proceso se logró tabular la información levantada para poder seguir el esquema de los objetivos, y cumplir con los resultados adecuadamente.

5.6.6 Presentación estadística

Los datos obtenidos son presentados en tablas de presentación general y relación para cumplir con los requerimientos de los objetivos.

6 Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo. - Determinar la incidencia, prevalencia según sexo, edad y grado de severidad, de los pacientes psoriásicos en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo enero 2015 – diciembre 2019.

Tabla 1

Incidencia de Pacientes Diagnosticados con Psoriasis en el Departamento de Dermatología del Hospital General Isidro Ayora. 2015 - 2019.

Años	Pacientes atendidos en el HGIAL Nro.	Casos de Psoriasis Nro.	Incidencia por /10 000 pacientes. Nro.
2015 a 2019	74 235	197	26,53

Fuente: Hospital General Isidro Ayora. Año 2019

Elaboración: Andrés Benjamín Celi C.

Análisis: durante los años comprendidos entre 2 015 a 2 019 el número de pacientes atendidos en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja es de 74 235 y los casos de psoriasis fueron de 197 pacientes. La incidencia de personas con diagnóstico de psoriasis en el HGIA es de 26,53 casos por cada 10 000 pacientes.

Tabla 2

Prevalencia de Edad de los Pacientes Psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora. 2015 – 2019.

Grupo etario	Nro. De Casos	%
0-9	6	3
10-14	6	3
15-19	9	5
20-39	49	25
40-64	93	47
>65	34	17
Total	197	100

Fuente: Hospital General Isidro Ayora. Año 2019

Elaboración: Andrés Benjamín Celi C.

Análisis: de los 197 pacientes con psoriasis al momento de ser diagnosticados con esta patología se evidencia que el 47 % (n=93) tienen la edad comprendida entre 40-64 años, el 25

% (n=49) entre los 20-39 años, y el 17 % (n=34) más de 65 años. Los adultos mayores presentan mayor prevalencia.

Tabla 3

Prevalencia en Sexo de los Pacientes Psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora. 2015 – 2019.

Sexo	Nro. De Casos	%
Masculino	120	61
Femenino	77	39
Total	197	100

Fuente: Hospital General Isidro Ayora. Año 2019

Elaboración: Andrés Benjamín Celi C.

Análisis: El 61 % (n=120) de los pacientes corresponden al sexo Masculino mientras que el 39 % (n=77) son del sexo Femenino, siendo más prevalente en los hombres.

Tabla 4

Prevalencia del Diagnóstico Según Calculadora del Índice de Gravedad del Área de Psoriasis (PASI) de los Pacientes Psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora. 2015 – 2019.

PASI	Nro. De Casos	%
Nivel 1	149	76
Nivel 2	36	18
Nivel 3	12	16
Total	197	100

Fuente: Hospital General Isidro Ayora. Año 2019

Elaboración: Andrés Benjamín Celi C.

Análisis: de los 197 pacientes con psoriasis al momento de ser diagnosticados con esta patología se evidencia que con un 76 % (n=149) presentan enfermedad psoriásica Nivel 1, el 18 % (n=36) Nivel 2 y el 16 % (n=12) restante a un Nivel 3. Por lo que en general estos pacientes tienden a mantener una enfermedad con gravedad leve.

6.2 Resultados para el segundo objetivo. – Establecer las comorbilidades que presentan los pacientes diagnosticados con psoriasis del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo enero 2015 – diciembre 2019.

Tabla 5

Comorbilidades de los Pacientes Psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora. 2015 – 2019.

Enfermedades	Nro. De Casos	%
Metabólico	118	57
Dermatológico	30	15
Enfermedad mental	24	12
Gastrointestinal	16	8
Reumatológico	7	3
Renal	7	3
Cardiovascular	2	1
Neumología	1	0
Autoinmunitario	1	0
Total	206	100

Fuente: Hospital General Isidro Ayora. Año 2019

Elaboración: Andrés Benjamín Celi C.

ANÁLISIS: de los 197 pacientes diagnosticados con psoriasis, presentan 118 enfermedades metabólicas, 30 dermatológicas, y 24 enfermedades de salud mental.

Tabla 6

Comorbilidades de los Pacientes Psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora. 2015 - 2019.

Comorbilidad	Nro. De Casos	%
Obesidad	35	17
Hipertensión arterial	28	14
Diabetes	22	11
Depresión	19	9
Dislipidemia	14	7
Dermatitis atópica	14	7
Esteatosis hepática	12	6
Dermatitis de contacto	10	5
Hipertrigliceridemia	9	4
Onicomycosis	6	3
Hipotiroidismo	6	3
Insuficiencia renal crónica	4	2
Hipertiroidismo	3	1
Ansiedad	2	1
Psicosis	2	1
Artritis reumatoide	2	1
Eritema nodoso	2	1
Gastritis	2	1
Anemia	1	0
Asma	1	0
Insuficiencia cardiaca	1	0
Arritmias	1	0
Trastorno de personalidad	1	0
Vitíligo	1	0
Artritis psoriásica	1	0
Artrosis primaria	1	0
Bursitis	1	0
Cirrosis hepática	1	0
Enfermedad inflamatoria intestinal	1	0
Insuficiencia renal aguda	1	0
Litiasis renal	1	0
Melanocitosis	1	0
Total	206	100

Fuente: Hospital General Isidro Ayora. Año 2019

Elaboración: Andrés Benjamín Celi C.

Análisis: La tabla agrupa todas las comorbilidades que hayan presentado los 197 pacientes con diagnóstico de psoriasis ya sean estas diagnosticadas con anterioridad o posteriores al diagnóstico de psoriasis, los valores que captan la atención son, que 35 pacientes poseen obesidad, 28 hipertensión arterial, 22 diabetes y 19 presentan depresión.

6.3 Resultados para el tercer objetivo. – Indicar la relación entre el grupo etario y comorbilidades, que presentan los pacientes psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo enero 2015 – diciembre 2019.

Tabla 7

Relación entre Grupos Etarios y sus Enfermedades Concomitantes de los Pacientes Psoriásicos del Hospital General Isidro Ayora. 2015 a 2019.

Enfermedades Concomitantes	Grupo Etario												Total	
	(0-9)		(10-14)		(15-19)		(20-39)		(40-64)		(>65)		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Obesidad	1	0	3	1	1	0	10	5	16	8	4	2	35	17
Hipertensión arterial	1	0	-	-	1	0	9	4	10	5	7	3	28	14
Diabetes	1	0	-	-	1	0	2	1	11	5	7	3	22	11
Depresión	1	0	-	-	2	1	8	4	6	3	2	1	19	9
Dislipidemia	-	-	2	1	1	0	2	1	7	3	2	1	14	7
Dermatitis atópica	-	-	-	-	-	-	5	2	7	3	2	1	14	7
Esteatosis hepática	-	-	-	-	1	0	1	0	7	3	3	1	12	6
Dermatitis de contacto	-	-	-	-	1	0	1	0	8	4	-	-	10	5
Hipertrigliceridemia	1	0	-	-	1	0	2	1	3	1	2	1	9	4
Onicomycosis	-	-	-	-	-	-	1	0	5	2	-	-	6	3
Hipotiroidismo	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	2	1	6	3
Insuficiencia renal crónica	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	1	4	2
hipertiroidismo	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	1	0	3	1
Ansiedad	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	2	1
Psicosis	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	2	1
Artritis reumatoide	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	2	1
Eritema nodoso	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	1	0	2	1
Gastritis	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	2	1
Anemia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	1	0
Asma	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	-	-	1	0
Insuficiencia cardiaca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	1	0
Arritmias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	1	0
Trastorno de personalidad	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	1	0
Vitfligo	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	-	-	1	0
Artritis psoriásica	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	1	0
Artrosis primaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	1	0
Bursitis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	1	0
Cirrosis hepática	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	1	0
Ef. inflamatoria Intestinal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	1	0
Insuficiencia renal aguda	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	1	0
Litiasis renal	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	1	0
Melanocitosis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	1	0
Total	5	2	5	2	11	5	47	23	99	48	39	19	206	100

Fuente: Hospital General Isidro Ayora. Año 2019

Elaboración: Andrés Benjamín Celi C.

Análisis: La presente tabla indica la correlación de los pacientes psoriásicos en cuanto su edad y sus comorbilidades, indica que la edad comprendida entre los 40 - 64 años de edad presenta mayor número de enfermedades concomitantes con un 48 % (n=99), del cual pertenece en gran

proporción al grupo de enfermedades metabólicas como la obesidad y diabetes, seguido, el grupo etario de entre los 20 - 39 años se posiciona con un 23 % (n=47) y que también está conformada en su mayoría por patologías metabólicas, pero este grupo también presenta prevalencia en enfermedades de salud mental correspondiente a depresión.

7 Discusión

En el presente estudio la incidencia de pacientes con diagnóstico de psoriasis durante el periodo enero 2015 a diciembre 2019 en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, es de 26,53 casos por cada 10 000 pacientes atendidos. Un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el Hospital General de Pemex de Veracruz, durante el periodo julio 2006 a septiembre 2014, (Caroline Chanussot, Roberto Arenas, 2015) indica que 114 individuos fueron diagnosticados clínicamente con psoriasis, con lo que guardan cercana relación; otro estudio realizado en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Dr. Luis Vernaza durante el periodo 2000 a 2010 indica que, (Pasquel, 2014) la incidencia anual promedio es de 422 pacientes con diagnóstico de psoriasis; con lo que se puede evidenciar la diferencia en cuanto incidencia de pacientes que son diagnosticados con psoriasis con en el presente estudio, por lo que no hay concordancia entre los estudios, siendo las cifras inferiores en la presente investigación realizada.

Si realizamos una comparación en cuanto a la prevalencia por grupo etario con el mismo estudio realizado en la Ciudad de Guayaquil los resultados son otros. La investigación realizada en el Hospital Dr. Luis Vernaza da como resultado que el grupo más afectado fue el de 50 a 59 años de edad ($n=1228$. 25.3 %) y que la edad media de la muestra fue de 50,64, con lo que estas cifras arrojadas son similares a las obtenidas en el presente estudio, que indican que la edad media más prevalente es de 46,47 y el grupo más afectado el de 40 a 64 años de edad ($n=93$, 47 %), con lo que guardan concordancia entre los dos estudios, en cuanto a la característica fisiológica que obedece al grupo etario, pero si realizamos el comparativo con el estudio realizado en la Ciudad Lleida – España (J. Fernández, X. Gómez, M. Buti, A. Betriu, V. Sanmartín, M. Ortega, M. Martínez, J. Casanova, 2019). este tiene como resultado que la mayor prevalencia lo tiene el grupo etario de entre los 61-70 años de edad con lo que presenta no semejante al presente estudio. Para lo que corresponde a la prevalencia por sexo, de los pacientes psoriásicos, equivale a un resultado que pertenece al 61 % ($n=120$) para el masculino y un 39 % ($n=77$) para el sexo femenino, en contraste con el estudio realizado durante el periodo 2000 a 2010 en el Hospital Dr. Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, manifiesta que tanto hombres como mujeres fueron afectados de manera similar en un 49.78 % para sexo femenino,

como un 50.22 % para sexo masculino. Otro estudio descriptivo de corte trasversal, en el que se realiza una recolección de información de carácter retrospectiva en la Universidad de Antioquia, Medellín Colombia, (Ángela Ortega, Nicaela Restrepo, Yina Stefany, Franky Úsuga, Luis Correa, Nancy Marín, Oscar Quirós, Margarita Velásquez, 2018) indica que el 61.7 % fueron mujeres y el resto correspondió a hombres; estos datos divergen de los obtenidos en el presente estudio, ya que durante el tiempo estudiado las cifras obtenidas dejan en prueba que, en cuanto se trata a incidencia por sexo de la enfermedad psoriásica en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja es más prevalente en hombres que en mujeres, sin embargo, en el estudio de la Ciudad de Lleida – España indica que la enfermedad psoriásica es de prevalencia del sexo masculino es de 1,88 % vs. 1,56 % para el de mujeres, con lo que si guarda relación con el presente estudio.

En cuanto a la prevalencia del nivel del Diagnóstico según la calculadora del índice de gravedad del área psoriásica (PASI) en los 197 pacientes diagnosticados con psoriasis de la presente investigación, da una cifra como resultado del 76% (n=149) para el Nivel 1, que corresponde a un tipo de psoriasis Leve, el cual posee una mayor incidencia frente al Nivel 2 moderada que posee el 18% (n=36) y Nivel 3 grave con 16% (n=12), esta cifra tiene concordancia ante un estudio trasversal realizado en 72 pacientes con psoriasis, mayores de 18 años en el año 2017 en la ciudad de Perú, y que fueron sometidos a evaluación por la escala PASI, (Liliana Garcia, Alvaro Montiel, Eduardo Vázquez, Adriana May, Itzel Gutiérrez, Jorge Loría, 2017) dando como resultado que un 70.8% correspondieron a una psoriasis leve es decir, el estudio realizado a los 398 701 habitantes de Lleida en el año 2019, indicó que el 75,2 % tuvieron un diagnóstico de psoriasis leve al momento de su diagnóstico, por lo que ambos estudios guardan relación con el presente.

Las enfermedades concomitantes más prevalentes en los 197 pacientes psoriásicos del presente estudio son las metabólicas, dermatológicas y salud mental, de las mismas las patologías que se presentan prevalentemente son la obesidad con un 17%, seguida de hipertensión arterial con 14%, diabetes 11%, depresión 9%, entre otras más. Un estudio descriptivo realizado en 114 pacientes psoriásicos, atendidos en el Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba en el año 2019, (Natacha López, María

Tablada, Ana Jacas, Adelina Baltazar, Luis Gonzáles, 2019) posiciona a la hipertensión arterial en primer lugar con un 46,5% (n=53) como enfermedad concomitante, seguido por la depresión con 28,9% (n=33), la diabetes con 14% (n=16), entre otras. El estudio analítico de corte transversal en 82 pacientes psoriásicos del servicio de Dermatología del Hospital Carlos Andrade Marín, de la Ciudad de Quito realizado en el año 2015, (Paola Veintimilla, María Guamán, Ruth Guamán, Fanny Peralta, Cristobal Espinoza, Alicia Morocho, María Ordoñez, Martha Supliguincha, Roberto Añez, 2015) evidencia que la depresión muestra una alta prevalencia con un 24.4%. Con lo consiguiente se puede evidenciar que los resultados guardan concordancia con los obtenidos en el presente estudio, sin embargo, se evidencian más enfermedades concomitantes, que inclusive pertenecen a otros sistemas morfofuncionales, pero que se presentan en menor proporción, sin embargo, los más prevalentes en este estudio son los mismos que debutan en los otros estudios. Un estudio realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzales con una muestra de 114 pacientes el cual evaluó la coexistencia de las enfermedades de diabetes mellitus y psoriasis en un mismo paciente siendo este positivo en el 28,2% (n=58) por lo que presenta también similitud.

En cuanto a los valores obtenidos en la relación entre el grupo etario de los pacientes psoriásicos y las enfermedades concomitantes que presentan el presente estudio indica que tanto pacientes jóvenes como adultos mayores presentan enfermedades metabólicas presidiendo la obesidad, pero adicional al grupo etario de entre 20 – 39 años, también presenta prevalencia en enfermedades de salud mental en el que preside la depresión. Un estudio realizado por la Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology en la Ciudad de Tel Aviv - Israel, en el año 2010, siendo un estudio transversal de base poblacional que se incluyó 16 851 pacientes diagnosticados con psoriasis con el objetivo de hallar la relación con la comorbilidad de diabetes mellitus en estos mismos pacientes dando como resultado que la proporción fue significativa en los pacientes mayores de 35 años de edad (A. Cohen, J. Dreiherr, Y. Shapiro, L. Vidavsky, D. Vardy, B. Davidovici, J. Meyerovitch, 2010), con lo que guarda relación con el presente estudio, la información es limitada. La psoriasis es una patología que afecta a la calidad de vida, deteriorándola a causa de las relaciones sociales, y por lo tanto conlleva a la afectación del bienestar psicológico, ya que es una patología que afecta a la estética de quien la padece, con lo que se ve gravemente su perfil emocional afectado, (Matías

Valcarcel, Camila Barrera, Pablo Moreira, 2016) los pacientes psoriásicos más jóvenes, son los que se ven más afectados con la depresión.

8 Conclusiones

Se determina que la incidencia de pacientes con el diagnóstico de Psoriasis en el área de dermatología del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, durante el periodo de estudio comprendido entre enero 2015 a diciembre 2019 es de 26,53 casos por cada 10 000 pacientes atendidos, el sexo masculino es el más prevalente, así como el grupo etario comprendido entre los 40-64 años, y que de la totalidad de la muestra, los pacientes presentan al momento de su diagnóstico una enfermedad psoriásica Leve.

Se concluye, que de los 197 pacientes diagnosticados con psoriasis, las comorbilidades que se presentan prevalentemente son metabólicas, dermatológicas y de salud mental, mismas enfermedades que captan mayor atención por sus cifras de prevalencia en, la obesidad, hipertensión arterial, diabetes y depresión.

El presente estudio relacionó edad – comorbilidad, con lo que indica que de los 197 pacientes psoriásicos, la edad comprendida entre los 40-64 años, presentan mayor número de comorbilidades con un 48 %, del cual pertenece en gran proporción al grupo metabólico con obesidad y diabetes, el grupo etario conformado entre 20 - 39 años, están en segundo lugar de prevalencia con 23 %, y al igual que el anterior también está conformada en su mayoría por las mismas comorbilidades metabólicas, pero este grupo también presenta adicional prevalencia en enfermedades de salud mental correspondiente a depresión.

9 Recomendaciones

Incentivar a los estudiantes de la carrera de medicina a continuar con investigaciones pertinentes en torno a pacientes psoriásicos para obtener resultados de mayor extensión, que abarque la provincia de Loja.

Se motiva a los profesionales de salud que mantiene atención directa con pacientes psoriásicos, brinden una atención oportuna e integral, para mantener un buen estado de salud general, optando por derivación a diferentes especialidades en función del requerimiento de cada paciente.

Sobre la base de los resultados del presente estudio se estimula a los directivos correspondientes del Hospital General Isidro Ayora, a realizar charlas informativas en torno a la enfermedad psoriásica y sus comorbilidades, además de la importancia de su prevención.

10 Bibliografía

- Acevedo, A., Baccarini, E., Bourren, P., Crespo, M., Díaz, P., Esteley, P., . . . Lavieri, A. (2018). CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS GUÍA DE TRATAMIENTO 2018. Retrieved November 07, 2018, from http://www.sad.org.ar/wpcontent/uploads/2016/04/ConsensoPsoriasis2018FINAL14112018.pdf?fbclid=IwAR1rNsJJ9zPiv0usPpcqooWMYCCQQt52tjZ_TNE6W1AjoSiQaEYWxoz75Vk
- Alfonso-Valdés, María Elena. (2012). Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 28(4), 357-373. Recuperado en 12 de marzo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892012000400005&lng=es&tlng=es.
- Almodóvar, R., Zarco, P., Otón, T. and Carmona, L. (2017). Efecto de la pérdida de peso en la actividad en artritis psoriásica. 1st ed. España: El Sevier- España.
- Antuña, S., García, E., González, A., Secades, R., Errasti, J. and Curto, J. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. 1st ed. [ebook] España: Psicothema, pp.1-4. RECUPERADO DE: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=509> [Accessed 8 nov. 2018].
- Barreda-Zaleta L, Pérez-Rojas DO, Espinoza-Hernández CJ, et al. Psoriasis y diabetes mellitus en la consulta dermatológica. *Gac Med Mex*. 2017;153(4):524-525.
- Brufau, B., Corbalán, J., Brufau, C., Ramirez, A. and Limiñana, R. (2010). Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. 1st ed. [ebook] Murcia, España: anales de psicología, pp.2_6. Available at: <https://www.redalyc.org/html/167/16713079018/> [Accessed 8 nov. 2018].
- Calizaya Chambi, Silvia E. (2009). PSORIASIS. *Revista Científica Ciencia Médica*, 12(2), 47. Recuperado en 12 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18177433200900020016&lng=es&tlng=es.

- Carrascosa, J., Rocamora, V., Fernández, R., Jiménez, R., Moreno, J., Coll, N. and Fonseca, E. (2014). *Obesidad y psoriasis: naturaleza inflamatoria de la obesidad, relación entre psoriasis y obesidad e implicaciones terapéuticas*. 1st ed. Italia: El Sevier.
- Castellanos, H., Echeverri, M., García, L., Londoño, A., Moreno, L., Rueda, R., Tavera, M., Torres, M. and Vargas, M. (2008). *GUÍAS DE MANEJO DE PSORIASIS CONSENSO COLOMBIANO*. 1st ed. [e-book] Colombia: Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, ASOCOLDERMA, pp.80-82. Available at: <http://www.solapso.org/archivos/conscol.pdf> [Accessed 8 nov. 2018].
- Espinoza-Hernandez CJ, Lacy-Niebla RM, Soto-López M, Kesch-Tronik NS, Vega-Memije ME. “Prevalencia del síndrome metabólico (SM) en pacientes con psoriasis”. *Gac Med Mex* 2014; 150: 311-316
- Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006;212(2):123-7.
- Farías N, Magdalena M, Concha M, & de la Cruz F C. (2012). Remisión de la psoriasis luego de bypass gástrico. *Revista chilena de cirugía*, 64(2), 189-193. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000200014>
- Farías, M., Serrano, V. and de la Cruz, C. (2011). *Psoriasis y obesidad: revisión y recomendaciones prácticas*. 1st ed. [e-book] Actas Dermo-Sifiliográficas. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731011001712> [Accessed 8 nov. 2018].
- Farré, J. (19 de septiembre de 2016). Los cinco factores dietéticos que tienen influencia en la psoriasis. [Como disminuir los síntomas de la psoriasis]. Recuperado de <http://www.leo-pharma.es/Pacientes/Psoriasis/Nutrici%C3%B3n.aspx>
- Freire, M., Rodríguez, J., Möller, I., Valcárcel, A., Tornero, C., Díaz, G., Armendárizg, Y. and Paredesh, S. (2010). *Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología*. 1st ed. [e-book] España: Elsevier España, pp.2-6. Available at: <http://www.reumatologiaclinica.org/es-prevalencia-sintomas-ansiedad-depresion-pacientes-articulo-S1699258X10001026> [Access Ed 8 nov. 2018].

- Gaviria C, Seidel Á, Velásquez MM. Epidemiología de la psoriasis. In: González Ardila C, Londoño García Á, Castro Gómez L, editor. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia 2012. p. 23-24.
- Grimalt, F. (2002). DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. 1st ed. [e-book] España: Grupo Aula Medica, pp.254-255. RECUPERADO De: <http://www.grupoaulamedica.com> [Accessed 8 nov. 2018].
- Reolid Martínez, R. E., Azaña Defez, J. M., & Flores Copete, M. (2016). Psoriasis folicular, esa gran desconocida. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(3), 246–249.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008, March 04). El impacto psicosocial y laboral de la enfermedad crónica de la piel. [PDF]. San Francisco, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1529-8019.2008.00170.x>.
- J, H. and Koo, J. (2019). Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20415825> [Accessed 8 Mar. 2019].
- J.M. Carrascosa, V. Rocamora, R.M. Fernández-Torres, R. Jiménez-Puya, J.C. Moreno, N. Coll-Puigserver, E. Fonseca, Obesidad y psoriasis: naturaleza inflamatoria de la obesidad, relación entre psoriasis y obesidad e implicaciones terapéuticas, *Actas Dermo-Sifiliográficas*, Volumen 105, Issue 1, 2014, Pages 31-44, ISSN 0001-7310, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.08.003>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731012004577>).
- Kim BY, Choi JW, Kim BR, Youn SW. Histopathological findings are associated with the clinical types of psoriasis but not with the corresponding lesional psoriasis severity index. *Ann Dermatol* 2015;27(1):26-31.
- Kimyai, A., Usman, A. (2001). El papel del estrés psicológico en la enfermedad de la piel [PDF]. Recuperado en 07 de noviembre de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11443487>
- Lonnberg, A. S. and L. Skov (2017). "Co-morbidity in psoriasis: mechanisms and implications for treatment." *Expert review of clinical immunology* 13(1): 27-34.
- Los alimentos que ayudan a controlar la psoriasis. (2005, September 13). Retrieved November 07, 2018, from http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enfermedad/20

05/09/01/144957.php?fbclid=IwAR3h5KFR3pv5Zc6H5cKNYF-r28ciF89uRpbVDy90WRGHv4KzxcWr4Vawkqs

- M. Farías., M. Concha., C. de la Cruz. (2012) Remisión de la psoriasis luego de bypass gástrico. 1st ed. [ebook]. Available at: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-40262012000200014&script=sci_arttext [Accessed 8 nov. 2018].
- Medina, D. (2016). Estudio epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (CDFLLA) del año 2011 a 2013. 1st ed. [e-book] Colombia. Available at: <http://bdigital.unal.edu.co/51182/1/1032361277.2016.pdf> [Accessed 8 nov. 2018].
- Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, et al. European consensus statement on phenotypes of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31(11):1792-1799.
- Ortega, Á., Restrepo, N., Rosero, Y. S., Úsuga, F., Correa, L. A., Marín, N. D., Quirós, O. & Velásquez, M., (2018). Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatol Rev. Mex* 2018 mayo-junio; 62(3):193-205.
- Palacios-Barahona U, Jiménez S, Orozco JJ. Características clínicas, recursos utilizados y costos de la psoriasis en pacientes de una IPS de referencia del Valle de Aburrá, 2014. *Rev. Asco Colomba Dermatol* 2016;24(4):253-63.
- Pascoe, V. L. and A. B. Kimball (2015). "Seasonal variation of acne and psoriasis: A 3-year study using the Physician Global Assessment severity scale." *Journal of the American Academy of Dermatology* 73(3): 523-525
- Pérez, R. (2013). Aspectos psicológicos para el manejo de la psoriasis. [online] Revfinlay. Available at: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/207/1134> [Accessed 8 nov. 2018].
- Psoriasis media kit. National Psoriasis Foundation website. <https://www.psoriasis.org/sites/default/files/for-media/MediaKit.pdf>. Accessed April 8, 2016.
- Psoriasis, A. (2014). Análisis del impacto físico, emocional y sociosanitario de la psoriasis. [e-book] pp.10-14. Available at: <https://svadcf.es/documentos/noticias/general/pdf/8943.pdf> [Accessed 8 nov. 2018].

Puerto, L., & Tejero, P. (2013). Alimentación y nutrición: Repercusión en la salud y belleza de la piel [PDF]. España: Nutrición clínica y dietética hospitalaria.

Sanclemente G, Mahecha M, Guzmán C. Enfermedades de la piel más frecuentes en la consulta externa dermatológica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y del Hospital Infantil. Acta Médica Colombiana 2001;26(5):240-244

11 Anexos

11.1 Anexo1. Informe de pertinencia (SOLICITUD)



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro. 0380 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Angelica Gordillo
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 12 de Agosto de 2019

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Por medio del presente me permito enviar a usted el proyecto de investigación: "La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, de la ciudad de Loja", autoría del Sr. Andres Benjamin Celi Cuje, estudiante de la Carrera de Medicina, a fin de que se sirva emitir la respectiva pertinencia, en cuanto a su coherencia y organización, debiendo recordar que la emisión será remitida la Dirección de la Carrera hasta en ocho días laborables.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

11.2 Anexo 2. Informe de pertinencia (APROBADO-PERTINENTE)**UNL**Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana**MEMORÁNDUM Nro.0401 CCM-FSH-UNL****PARA:** Sr. Andres Benjamin Celi Cuje
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**DE:** Dr. Claudio Torres
GESTOR ACADÉMICO (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA**FECHA:** 22 de Agosto de 2019**ASUNTO:** INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, de la ciudad de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Angélica Gordillo, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Dr. Claudio Torres
GESTOR ACADÉMICO (E) DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NOT

11.3 Anexo 3. (Designación de director de tesis)



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0406 CCM-FSH-UN

PARA: Dra. Angélica Gordillo
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 29 de Agosto 2019

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: **"La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, de la ciudad de Loja"**, autoría del **Sr. Andres Benjamin Celi Cuje**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

11.4 Anexo 4. (Autorización de modificación de Tema de proyecto de tesis)



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0527 CCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Andres Benjamin Celi Cuje
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejia Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 25 de Octubre 2019

ASUNTO: AUTORIZAR MODIFICACIÓN DEL TEMA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, de la ciudad de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la **Dra. Angélica Gordillo**, Docente de la Carrera y en calidad de Director de tesis, con fecha 23 de Octubre y recibida con fecha 25 de Octubre de 2019, donde propone el cambio de tema por el siguiente: "**La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja**". Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, se procede a **autorizar la modificación del TEMA**, por lo tanto, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Md. Mgs. Sandra Mejia Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaría Abogada.

NOT

11.5 Anexo 5. (Petición a Hospital General Isidro Ayora, para el desarrollo del proyecto)



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0529 CCM-FSH-UNL

PARA: Ing. Byron Guerrero
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL ISIDRO AYORA
DE LOJA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 25 de Octubre 2019

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para el Sr. **Andres Benjamin Celi Cuje**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, se le autorice el ingreso a las Historias Clínicas de los pacientes diagnosticados con Psoriasis información que le servirá para cumplir con el trabajo de investigación: "**La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja**", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Angélica Gordillo**, Catedrática de esta Institución, el estudiante guardara la respectiva confidencialidad y ética.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Md. MGS. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo
NOT



11.6 Anexo 6. (Aprobación para la recolección de datos en el Hospital General Isidro Ayora)

MINISTERIO DE SALUD



HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Proceso de Gestión de Docencia e Investigación

Oficio 045 - DDI- HIAL – MSP

Loja, 20 de Noviembre del 2019

Sr.
Andrés Benjamín Celi Cuje
ESTUDIANTE DE MEDICINA HUMANA UNL
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado *"La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja"*, cuyo desarrollo estaría tutorizado por Dra. Angelica María Gordillo; lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE a realizar, por lo que autorizo el desarrollo del mismo en esta casa de salud, y para lo cual se comunicará a los servicios involucrados: Dermatología y Medicina Interna, así como al Departamento de Estadística y Admisiones para que se le presten las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente,

HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"

Dra. Diana Parrales M.
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN
Responsable de Docencia e Investigación del HIAL

11.7 Anexo 7. (Instrumento de recolección de datos)



1859
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en pacientes del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

El presente formulario está dirigido a recopilar datos acerca de resultados de la enfermedad psoriásica, como el PASI y enfermedades concomitantes diagnosticadas, en las Historias Clínicas del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

4.4.5 quiste renal

#HC: _____

Fecha: _____

Año de información: _____

1. EDAD:

- 1.1) 0 – 9 años
- 1.2) 10 – 14 años
- 1.3) 15 - 19 años
- 1.4) 20 – 39 años
- 1.5) 40 – 64 años
- 1.6) > 65 años

2. SEXO

- 2.1) M
- 2.2) F

3. PASI

- 3.1) Psoriasis Leve: 1-3
- 3.2) Psoriasis Moderada: 4-9
- 3.3) Psoriasis Severa: mayor de 10.

4. ENFERMEDADES CONCOMITANTES

4.1 METABÓLICO

- 4.1.1 diabetes
- 4.1.2 HTA
- 4.1.3 hipertrigliceridemia
- 4.1.4 hipotiroidismo
- 4.1.5 hipertiroidismo
- 4.1.6 obesidad
- 4.1.7 dislipidemia
- 4.1.8 síndrome metabólico
- 4.1.9 anemia

4.2 NEUMOLOGÍA

- 4.2.1 asma
- 4.2.2 EPOC
- 4.2.3 rinitis
- 4.2.4 hipertensión pulmonar
- 4.2.5 cáncer pulmonar

4.3 CARDIOVASCULAR

- 4.3.1 aneurisma de aorta
- 4.3.2 insuficiencia cardiaca
- 4.3.3 infarto de miocardio
- 4.3.4 arritmias
- 4.3.5 calcificación arteria coronaria

4.4 RENAL

- 4.4.1 cáncer de riñón
- 4.4.2 insuficiencia renal aguda
- 4.4.3 insuficiencia renal crónica
- 4.4.4 litiasis renal

4.5 ENFERMEDAD MENTAL

- 4.5.1 depresión
- 4.5.2 ansiedad
- 4.5.3 esquizofrenia
- 4.5.4 psicosis
- 4.5.5 neurosis
- 4.5.6 trastorno de personalidad
- 4.5.7 bipolaridad

4.6 AUTOINMUNITARIO

- 4.6.1 vitiligo
- 4.6.2 artritis reumatoidea
- 4.6.3 enfermedad de Addison
- 4.6.4 esclerosis múltiple
- 4.6.5 miastenia graves
- 4.6.6 síndrome de Guillain – Barre
- 4.6.7 espondiloartrosis
- 4.6.8 síndrome de Sjögren
- 4.6.9 artritis psoriásica

4.7 REUMATOLÓGICO

- 4.7.1 artritis reumatoide
- 4.7.2 artritis idiopática juvenil
- 4.7.3 lupus
- 4.7.4 esclerodermia
- 4.7.5 vasculitis necrosante
- 4.7.6 espondilitis anquilosante
- 4.7.7 síndrome de Reiter
- 4.7.8 artritis psoriásica
- 4.7.9 artrosis primaria
- 4.7.10 artrosis secundaria
- 4.7.11 eritema nodoso
- 4.7.12 bursitis

4.8 GASTROINTESTINAL

- 4.8.1 hígado graso
- 4.8.2 cirrosis hepática
- 4.8.3 enfermedad inflamatoria intestinal
- 4.8.4 enfermedad de Crohn
- 4.8.5 colitis ulcerosa
- 4.8.6 gastritis
- 4.8.7 hepatopatía
- 4.8.8 esteatosis hepática

4.9 OFTALMOLÓGICO

- 4.9.1 uveítis
- 4.9.2 epiescleritis
- 4.9.3 blefaritis
- 4.9.4 xerofalmia

4.10 DERMATOLÓGICO

- 4.10.1 melanocitos
- 4.10.2 dermatitis atópica
- 4.10.3 dermatitis de contacto
- 4.10.4 celulitis
- 4.10.5 onicomiosis

11.8 Anexo 8. (Certificación de traducción de proyecto y artículo de Tesis)

**Formar**
CENTRO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL

wei - LOJA N° 001223

Yo, Freddy P. Castillo H., profesor de WEI ENGLISH INSTITUTE;

Certifico:

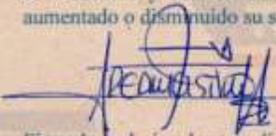
Que tengo el conocimiento y dominio de los idiomas español e inglés y que las traducciones de los siguientes:

RESUMEN DE TESIS DEL TEMA:

“La psoriasis y sus enfermedades concomitantes en los pacientes del Hospital General Isidro Ayora, de la ciudad de Loja.”

para: **CELI CUJE ANDRES BENJAMIN**

es verdadero y correcto a mi mejor saber y entender, sin haber cambiado, aumentado o disminuido su sentido en ninguna línea o párrafo del mismo.



Firmado en Loja a los tres días del mes de mayo de 2021

**FORMAR CÍA. LTDA.**
LOJA - ECUADOR

**wei**
ENGLISH INSTITUTE
DIRECCIÓN ACADÉMICA

Formar
CENTRO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL

Segundo Cueva Celi 03 - 04 y Clodoveo Carrión / 07 - 2573489 - 2579934 - 0991037032

11.9 Anexo 9. (Tabulación de datos)

N°	IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	PASI
1	216814	1.6	2.2	3.2
2	159594	1.5	2.1	3.2
3	2062	1.5	2.1	3.2
4	124595	1.5	2.1	3.1
5	67575	1.5	2.2	3.1
6	211251	1.6	2.1	3.2
7	66449	1.6	2.2	3.3
8	14948	1.6	2.2	3.2
9	162	1.5	2.2	3.1
10	121573	1.5	2.1	3.1
11	303778	1.4	2.1	3.1
12	269164	1.4	2.2	3.1
13	280850	1.5	2.1	3.1
14	320201	1.5	2.1	3.1
15	330100	1.6	2.1	3.2
16	331816	1.5	2.1	3.1
17	291547	1.6	2.1	3.3
18	333638	1.6	2.2	3.1
19	263449	1.5	2.1	3.1
20	332057	1.6	2.1	3.1
21	336671	1.5	2.1	3.2
22	336965	1.5	2.1	3.1
23	339652	1.5	2.1	3.1
24	336058	1.5	2.1	3.1
25	335189	1.5	2.1	3.1
26	250950	1.4	2.2	3.1
27	186302	1.4	2.2	3.1
28	164479	1.5	2.2	3.2
29	210020	1.5	2.1	3.2
30	164024	1.5	2.2	3.2
31	180093	1.5	2.2	3.2
32	5627	1.5	2.1	3.2
33	113350	1.6	2.1	3.1
34	207025	1.6	2.1	3.2
35	14139	1.5	2.2	3.1
36	17048	1.5	2.2	3.2

37	48988	1.6	2.1	3.1
38	241238	1.5	2.1	3.1
39	342149	1.1	2.2	3.1
40	340149	1.4	2.1	3.2
41	343401	1.5	2.1	3.2
42	340631	1.6	2.1	3.2
43	349148	1.5	2.2	3.1
44	346738	1.5	2.1	3.2
45	347566	1.5	2.1	3.1
46	333956	1.6	2.2	3.1
47	304681	1.5	2.1	3.2
48	270054	1.4	2.2	3.2
49	327655	1.5	2.1	3.1
50	337539	1.5	2.1	3.2
51	338171	1.5	2.2	3.1
52	372699	1.6	2.1	3.1
53	377968	1.4	2.1	3.1
54	319276	1.2	2.1	3.1
55	364437	1.5	2.1	3.2
56	375228	1.6	2.1	3.1
57	371415	1.6	2.1	3.2
58	358016	1.4	2.2	3.1
59	350507	1.5	2.2	3.2
60	373208	1.5	2.1	3.1
61	374220	1.2	2.2	3.1
62	376520	1.4	2.1	3.1
63	370904	1.4	2.2	3.1
64	372691	1.5	2.1	3.2
65	357232	1.5	2.2	3.1
66	353652	1.5	2.1	3.1
67	299544	1.5	2.1	3.1
68	254231	1.3	2.2	3.1
69	356032	1.5	2.2	3.1
70	310934	1.6	2.1	3.2
71	355602	1.5	2.1	3.1
72	285104	1.5	2.1	3.1
73	285315	1.4	2.2	3.1
74	292516	1.5	2.1	3.2
75	346714	1.5	2.2	3.1
76	275126	1.5	2.2	3.1
77	352927	1.5	2.1	3.2
78	349148	1.5	2.2	3.1

79	356375	1.3	2.1	3.1
80	303594	1.5	2.2	3.1
81	353278	1.4	2.1	3.1
82	66449	1.6	2.2	3.1
83	286969	1.6	2.1	3.1
84	260000	1.6	2.1	3.1
85	273115	1.6	2.1	3.1
86	271320	1.6	2.1	3.2
87	101910253	1.5	2.1	3.2
88	332113	1.5	2.2	3.1
89	8653	1.4	2.2	3.3
90	198437	1.5	2.1	3.3
91	104064	1.4	2.2	3.3
92	177406	1.4	2.2	3.3
93	139203	1.4	2.1	3.2
94	255900	1.1	2.1	3.1
95	339308	1.3	2.1	3.1
96	227494	1.4	2.2	3.1
97	275623	1.5	2.1	3.1
98	150331	1.5	2.2	3.1
99	349516	1.5	2.1	3.1
100	15889	1.4	2.2	3.3
101	27006	1.4	2.1	3.1
102	274516	1.5	2.2	3.1
103	1101974424	1.4	2.2	3.2
104	346270	1.5	2.2	3.1
105	88019	1.5	2.1	3.1
106	314180	1.5	2.1	3.1
107	336381	1.5	2.1	3.1
108	1104163389	1.4	2.1	3.1
109	346738	1.4	2.1	3.1
110	341291	1.2	2.1	3.1
111	14948	1.6	2.2	3.1
112	27745	1.6	2.2	3.1
113	55349	1.5	2.1	3.1
114	113350	1.5	2.1	3.1
115	199938	1.5	2.1	3.1
116	216814	1.6	2.2	3.1
117	275623	1.5	2.1	3.1
118	303594	1.5	2.2	3.1
119	303778	1.4	2.1	3.1
120	304659	1.4	2.2	3.1

121	330100	1.6	2.1	3.1
122	337539	1.5	2.2	3.1
123	339308	1.3	2.1	3.1
124	40792	1.5	2.2	3.1
125	64386	1.6	2.1	3.3
126	346807	1.5	2.1	3.3
127	365742	1.4	2.1	3.1
128	361976	1.4	2.1	3.1
129	361634	1.4	2.1	3.1
130	357941	1.1	2.1	3.1
131	301881	1.6	2.1	3.1
132	367154	1.6	2.1	3.1
133	121472	1.6	2.1	3.1
134	36562	1.5	2.2	3.1
135	294148	1.5	2.1	3.1
136	106007	1.5	2.2	3.1
137	334177	1.5	2.1	3.3
138	127172	1.5	2.1	3.1
139	364019	1.5	2.1	3.1
140	864	1.5	2.2	3.1
141	185218	1.5	2.2	3.1
142	361960	1.5	2.1	3.1
143	163104	1.5	2.1	3.1
144	363074	1.5	2.1	3.1
145	263811	1.5	2.1	3.1
146	362921	1.4	2.1	3.1
147	227490	1.4	2.1	3.1
148	365425	1.4	2.1	3.1
149	1105327108	1.2	2.1	3.1
150	364020	1.2	2.2	3.1
151	363453	1.3	2.2	3.1
152	279657	1.4	2.2	3.1
153	287819	1.1	2.2	3.1
154	213054	1.3	2.2	3.1
155	312131	1.4	2.2	3.1
156	361052	1.1	2.1	3.1
157	124271	1.4	2.1	3.1
158	362607	1.4	2.1	3.3
159	330767	1.4	2.1	3.1
160	368923	1.4	2.1	3.1
161	366542	1.3	2.2	3.1
162	237758	1.4	2.2	3.1

163	367159	1.2	2.2	3.1
164	84851	1.5	2.1	3.1
165	295236	1.5	2.1	3.1
166	236567	1.3	2.2	3.1
167	290855	1.1	2.1	3.1
168	18029614	1.4	2.1	3.1
169	75581	1.6	2.2	3.1
170	52558	1.5	2.2	3.1
171	21849	1.6	2.2	3.1
172	27083	1.5	2.1	3.1
173	25442	1.5	2.1	3.1
174	177631	1.4	2.1	3.1
175	49745	1.4	2.1	3.1
176	196831	1.4	2.2	3.2
177	210756	1.4	2.1	3.3
178	225965	1.4	2.1	3.1
179	220838	1.3	2.2	3.2
180	32014	1.4	2.1	3.1
181	106508	1.5	2.2	3.1
182	157242	1.5	2.2	3.1
183	48907	1.5	2.1	3.1
184	199938	1.5	2.2	3.1
185	225472	1.2	2.2	3.1
186	173930	1.4	2.1	3.1
187	240470	1.5	2.2	3.1
188	106019	1.4	2.1	3.2
189	115152	1.4	2.1	3.1
190	374895	1.4	2.1	3.1
191	23505	1.5	2.2	3.1
192	358243	1.6	2.1	3.1
193	348508	1.6	2.2	3.1
194	331282	1.5	2.1	3.1
195	354553	1.4	2.2	3.1
196	356174	1.5	2.1	3.1
197	375913	1.5	2.2	3.2