



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PACIENTES CON
PSORIASIS Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

Manuel Antonio Martínez Gómez

Director:

Gloria Sanclemente Mesa

**Trabajo de Investigación para obtener el título de:
Especialistas en Dermatología**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE MEDICINA

MEDELLÍN

2020

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta principalmente piel, anexos cutáneos y articulaciones. Recientes hallazgos han demostrado igualmente el aumento del riesgo cardiovascular y su asociación con otras enfermedades mentales, metabólicas, autoinmunes e inflamatorias. En el país se cuenta con escasa información sobre las características clínicas e igualmente el impacto de la calidad de vida por la enfermedad, por lo que este estudio pretende caracterizar la enfermedad de manera mas completa y exhaustiva.

Objetivos: determinar características clínicas, sociodemográficas y económicas; así como el impacto en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en la ciudad de Medellín, Colombia.

Métodos: estudio descriptivo, que incluyó pacientes con diagnóstico de psoriasis de cualquier severidad en instituciones de salud y programas educativos de la sociedad de pacientes FUNDAPSO en Medellín, Antioquia, entre el 2018 y el 2020. Se utilizó una encuesta estructurada en la que se recolectaron datos sociodemográficos, económicos, clínicos y de calidad de vida, usando escalas como PASI, PGA, NAPSÍ y SKINDEX-29. Se realizó un análisis univariado de las variables para conocer sus frecuencias y para el análisis de las variables de tipo cualitativo ordinales y nominales se utilizaron frecuencias absolutas, relativas, y proporciones. En las variables continuas se usaron las medidas de resumen apropiadas y sus medidas de tendencia central.

Resultados: se encuestaron un total de 125 pacientes. La media de la edad fue de 46 años. El 53% fueron mujeres y el 47% fueron hombres. El 53% había estudiado hasta el nivel secundario o menor y el 18% tenían formación profesional. El 74% pertenecía a los niveles socioeconómicos bajos 1, 2 y 3. Un 30% no tenían ingresos económicos. El 38% de las personas dependían económicamente de otra persona para sobrevivir. El 18% tenía consumo habitual de licor; 13% eran fumadores; 10% eran consumidores de otras sustancias psicoactivas y 30% presentaban algún trastorno del sueño. El tipo clínico más común encontrado fue el de placas (93%) y el compromiso ungular se presentó en un 35%. La media del puntaje PASI, PGA, el NAPSÍ fue de 6.4, 2.3 y 20.6, respectivamente. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad en un 24%, seguido de hipertensión arterial en un 16% y dislipidemia en un 9%. El 30% tenía algún antecedente psiquiátrico. El 13% sufrían de artritis psoriásica. La fototerapia fue usada en el 56% de los pacientes, la terapia sistémica más usada fue el metotrexato en un 45% y el 18% fue tratado con terapia biológica. La calidad de vida medida con el Skindex-29 se afectó en todos sus dominios destacándose entre ellos el dominio de síntomas y de emociones de la escala.

Conclusiones: se realizó una caracterización, clínica, demográfica, de calidad de vida y de algunos indicadores económicos relacionados con el presupuesto familiar invertido en todos los aspectos relacionados con la enfermedad. Igualmente permitió un análisis integrado desde múltiples variables recolectadas en diferentes instituciones de referencia en la ciudad, destacando datos como el bajo nivel educativo de la población, los bajos ingresos económicos, las fallas en el sistema de salud, la alta frecuencia de comorbilidades asociadas, enfermedades mentales y adicciones, e igualmente el impacto de la psoriasis en la calidad de vida, incluso en casos leves-moderados, a través de herramientas como el Skindex-29 y el EQ5D-3L. Igualmente este estudio sirve de base para la realización futura de estudios que desde su diseño observacional analítico permitan evaluar relaciones de causalidad.

Palabras clave: psoriasis, epidemiología, Skindex-29, EQ5D-3L, calidad de vida, Medellín, Colombia

Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con psoriasis y su impacto en la calidad de vida en instituciones prestadoras de servicios de salud en la ciudad de Medellín

Manuel Antonio Martínez Gómez¹, Gloria Sanclemente Mesa²

¹Residente de Dermatología, Grupo de Investigación Dermatológica (GRID), Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

²Dermatóloga, Coordinadora Grupo de investigación Dermatológica (GRID), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Maestra en Epidemiología Clínica, Maestra en Biología Molecular y Patogénesis de Virus; Doctora en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública.

Resumen

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta principalmente piel, anexos cutáneos y articulaciones. Recientes hallazgos han demostrado igualmente el aumento del riesgo cardiovascular y su asociación con otras enfermedades mentales, metabólicas, autoinmunes e inflamatorias. En el país se cuenta con escasa información sobre las características clínicas e igualmente el impacto de la calidad de vida por la enfermedad, por lo que este estudio pretende caracterizar la enfermedad de manera mas completa y exhaustiva.

Objetivos: Determinar características clínicas, sociodemográficas y económicas; así como el impacto en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en la ciudad de Medellín, Colombia.

Métodos: estudio descriptivo, que incluyó pacientes con diagnóstico de psoriasis de cualquier severidad en instituciones de salud y programas educativos de la sociedad de pacientes FUNDAPSO en Medellín, Antioquia, entre el 2018 y el 2020. Se utilizó una encuesta estructurada en la que se recolectaron datos sociodemográficos, económicos, clínicos y de calidad de vida, usando escalas como PASI, PGA, NAPSI y SKINDEX-29. Se realizó un análisis univariado de las variables para conocer sus frecuencias y para el análisis de las variables de tipo cualitativo ordinales y nominales se utilizaron frecuencias absolutas, relativas, y proporciones. En las variables continuas se usaron las medidas de resumen apropiadas y sus medidas de tendencia central.

Resultados: se encuestaron un total de 125 pacientes. La media de la edad fue de 46 años. El 53% fueron mujeres y el 47% fueron hombres. El 53% había estudiado hasta el nivel secundario o menor y el 18% tenían formación profesional. El 74% pertenecía a los niveles socioeconómicos bajos 1, 2 y 3. Un 30% no tenían ingresos económicos. El 38% de las personas dependían económicamente de otra persona para sobrevivir. El 18% tenía consumo habitual de licor; 13% eran fumadores; 10% eran consumidores de otras sustancias psicoactivas y 30% presentaban algún trastorno del sueño. El tipo clínico más común encontrado fue el de placas (93%) y el compromiso ungueal se presentó en un 35%. La media del puntaje PASI, PGA, el NAPSI fue de 6.4, 2.3 y 20.6, respectivamente. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad en un 24%, seguido de hipertensión arterial en un 16% y dislipidemia en un 9%. El 30% tenía algún antecedente psiquiátrico. El 13% sufrían de artritis

psoriásica. La fototerapia fue usada en el 56% de los pacientes, la terapia sistémica más usada fue el metotrexato en un 45% y el 18% fue tratado con terapia biológica. La calidad de vida medida con el Skindex-29 se afectó en todos sus dominios destacándose entre ellos el dominio de síntomas y de emociones de la escala.

Conclusiones: se realizó una caracterización, clínica, demográfica, de calidad de vida y de algunos indicadores económicos relacionados con el presupuesto familiar invertido en todos los aspectos relacionados con la enfermedad. Igualmente permitió un análisis integrado desde múltiples variables recolectadas en diferentes instituciones de referencia en la ciudad, destacando datos como el bajo nivel educativo de la población, los bajos ingresos económicos, las fallas en el sistema de salud, la alta frecuencia de comorbilidades asociadas, enfermedades mentales y adicciones, e igualmente el impacto de la psoriasis en la calidad de vida, incluso en casos leves-moderados, a través de herramientas como el Skindex-29 y el EQ5D-3L. Igualmente este estudio sirve de base para la realización futura de estudios que desde su diseño observacional analítico permitan evaluar relaciones de causalidad.

Palabras clave: *psoriasis, epidemiología, Skindex-29, EQ5D-3L, calidad de vida, Medellín, Colombia*

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta principalmente piel, anexos cutáneos y articulaciones. Recientes hallazgos han demostrado igualmente el aumento del riesgo cardiovascular y su asociación con otras enfermedades mentales, metabólicas, autoinmunes e inflamatorias. Por lo tanto, la psoriasis se considera una enfermedad que genera un alto impacto en la salud de la población.(1)

La incidencia y prevalencia varía alrededor del mundo, entre 60,4 a 140 casos por cada 100,000 habitantes y 0,5% a 11.4%, respectivamente(2,3); en Latinoamérica sólo se cuenta con datos de países como Argentina con una incidencia de 6.26 casos por 100,000 habitantes, y Cuba con una prevalencia del 6%(4). En sentido estricto, en Colombia hasta la fecha no contamos con estudios de incidencia y prevalencia. Según lo sugerido por expertos, en Latinoamérica, la prevalencia de la psoriasis correspondería al 2.14% y la de la artritis psoriásica del 15.25%(5), aunque otros autores consideran que los valores reales pueden ser similares a los de Estados Unidos y Europa(2,3).

Clínicamente se reconocen diferentes fenotipos de la enfermedad: psoriasis vulgar, psoriasis en gotas, psoriasis eritrodérmica, psoriasis inversa y psoriasis pustular, que pueden o no cursar con afectación ungueal o articular (6). Por otra parte, la severidad de la enfermedad ha sido evaluada mediante diferentes escalas clínicas, entre las cuales las más utilizadas son el PASI (Psoriasis Area and Severity Index), el PGA (Physician Global Assessment) y el BSA (Body Surface Area) (7); lo que ha permitido un mejor abordaje clínico y terapéutico de los pacientes.

Grandes avances en el entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad han dilucidado defectos en el sistema inmune que favorecen el inicio y la perpetuación del proceso inflamatorio. Los últimos 20 años han sido cruciales en términos de investigación para el desarrollo de nuevos medicamentos

enfocados en modular éstas alteraciones del sistema inmune, y por primera vez en la historia, lograr obtener remisiones clínicas cercanas al 100% en un gran número de los pacientes.(8)

En dermatología la primera escala específica usada fue el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (del inglés: Dermatology life quality index) DLQI elaborada por el Dr. Finlay en 1994, siendo la más usada en la actualidad. Se han descrito múltiples falencias de validez de contenido y de constructo en enfermedades dermatológicas que suelen cursar sin síntomas, un efecto piso sustancial y una falta de sensibilidad al cambio, sumado a su poca capacidad de evaluar la salud mental y emocional(9)(10,11). El Skindex-29, es un instrumento desarrollado en Estados Unidos por Chren, y ya se encuentra validado en Colombia (12,13). Tiene fortalezas similares al DLQI y supera las falencias descritas en éste, sumado a que evalúa un periodo de tiempo más amplio de 4 semanas El EQ5D-3L, es un instrumento genérico de medición de calidad de vida, usado en sanos y en enfermos, evalúa cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y malestar). Tiene algunos problemas como el efecto techo, y una capacidad discriminativa y sensibilidad inferior a herramientas específicas de la dermatología, por lo que debe usarse siempre acompañada por otra escala (SKINDEX-29 o DLQI)(14).

Colombia no es ajena a estos nuevos avances en el ejercicio de la medicina, por lo tanto, es crucial tener un conocimiento claro y amplio de la enfermedad en nuestra población. Adicionalmente se debe tener en cuenta que las bases de cualquier intervención de interés en salud pública debe estar soportada por el perfil epidemiológico de la población intervenida. Hay alrededor de 9 estudios primarios de psoriasis en Colombia, que en su mayoría no contemplan dentro de sus objetivos primarios la caracterización de los participantes, usándolo más como un dato agregado para otros análisis como: costos del sistema, síndrome metabólico, respuesta a fototerapia, etc. Bajo estas circunstancias las variables recolectadas son limitadas a las necesidades de sus respectivos objetivos. Igualmente pocos de ellos integran la calidad de vida a las evaluaciones clínicas en el mismo tiempo, lo que no permite hacer inferencias en correlación a estos aspectos. Sumado a esto, todos fueron realizados en un mismo centro hospitalario, en un mismo tipo de servicio dermatológico, lo que limita la inferencia de los datos obtenidos a la población general, y al ser algunos de ellos retrospectivos, presentan falencias en la recolección de los datos (15–24). Ante dichos vacíos de conocimientos locales, nos planteamos realizar un estudio descriptivo en la ciudad de Medellín con el objetivo de determinar características clínicas, sociodemográficas y económicas; así como el impacto en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis que consultaron a instituciones prestadoras de servicios de salud en Medellín o a consultorios particulares, o que asistieron a las diferentes jornadas educativas que se realizaron en alianza con la Fundación de Pacientes, FUNDAPSO.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, en el que se evaluaron pacientes con diagnóstico de psoriasis de cualquier severidad que fueron captados en los servicios de consulta externa, fototerapia, hospitalización y procedimientos de las instituciones IPS Universitaria, Hospital San Vicente Fundación, Clínica Medicáncer, Universidad CES, y en programas educativos organizados con la Fundación de Pacientes FUNDAPSO en Medellín, Antioquia, entre 2018 y el 2020. Para que los pacientes cumplieran los criterios de inclusión del estudio, éstos debían ser colombianos, tener más de 7 años; tener diagnóstico clínico de psoriasis realizado por un dermatólogo; aceptar participar en

el estudio, diligenciar el formato de consentimiento informado autorizando el acceso a sus registros clínicos y sus datos personales, y en el caso de niños entre 7-18 años, los que otorgasen el asentimiento informado. Se excluyeron los pacientes con algún déficit mental o físico que impidiera su participación en el estudio. El Skindex-29 se aplicó a todos los pacientes por encima de los 16 años y el EQ5D solo a los pacientes adultos, que son las edades en las cuales se han validado estas escalas. El tamaño calculado de la muestra para tener un mínimo adecuado de valor estadístico con un poder mayor al 80% fue de al menos 100 pacientes, sin considerar un límite superior, y el muestreo fue a conveniencia.

Procedimiento

Se aplicó una encuesta estructurada que incluía las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil y aseguramiento. La psoriasis se clasificó clínicamente como vulgar (en placas que afectan cuero cabelludo, tronco, extremidades, palmas y plantas) pustular, eritroérmica, invertida y en gotas. Se consideró la presencia de artritis psoriásica como la afirmación del paciente de padecerla y haber sido valorado por reumatología. A todos los pacientes se les revisaron las 10 uñas de la manos, y el diagnóstico de psoriasis ungueal se estableció con el hallazgo de al menos uno de las siguientes características: oquedades u hoyuelos, leuconiquia, distrofia, puntos rojos en la lúnula, onicolísis, hemorragias en astilla, hiperqueratosis o manchas en aceite. Igualmente se registraron las comorbilidades médicas y mentales, hábitos como fumar o tomar licor, la presencia de antecedentes familiares de cualquier grado y los tratamientos usados durante el curso de la enfermedad, todos estos datos obtenidos a través de la entrevista clínica y la aplicación de la encuesta. Se registraron indicadores económicos como: ingresos mensuales, estrato socioeconómico, dependencia económica (entendida como el paciente que requiere de otra persona para sobrevivir) y gastos personales o familiares mensuales invertidos en el tratamiento de la psoriasis (tanto en la compra de medicamentos, como copagos, cuotas moderadoras y transporte). La determinación del fototipo se realizó a través de la clasificación descrita por Thomas Fitzpatrick de I a VI(25). Se usaron escalas clínicas de gravedad como PASI, NAPSÍ, BSA (superficie corporal afectada), PGA (escala de 0-6) y escalas para evaluar calidad de vida como son Skindex-29 y el EQ5D-3L. El parámetro antropométrico de circunferencia abdominal fue tomado con una cinta métrica de manera horizontal en el punto medio entre el reborde costal y el reborde superior de la cresta ilíaca, con el paciente de pie y con los brazos a los lados. Los puntos de corte para estas medidas fueron tomadas de la Guía colombiana de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos del 2016(26). Cada paciente fue evaluado por un dermatólogo en el tercer año de entrenamiento.

Análisis

Inicialmente se realizó un análisis univariado de las variables para conocer sus frecuencias. Para el análisis de las variables de tipo cualitativo ordinales y nominales se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, y proporciones. En las variables continuas se usaron las medidas de resumen apropiadas y sus medidas de tendencia central. Igualmente se usaron gráficos de barras y circulares para representar algunos datos obtenidos. Los análisis económicos se hicieron sobre el salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) del año 2020 que corresponde a \$ 980.665 pesos colombianos. El skindex-29 se calculó adaptando valores de los sugeridos por Prinsen y col. siendo leve (≥ 20), moderado (≥ 30) y severo (≥ 40) en los 3 dominios y en la valoración global. El EQ5D-3L tiene 5 dimensiones evaluadas, cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). Los niveles de gravedad se codifican con un 1, si la opción de respuesta es “no (tengo) problemas”; con un 2, si la opción de respuesta es “algunos

o moderados problemas”; y con un 3, si la opción de respuesta es “muchos problemas”. La combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones, se tomó como relevante la combinación “11111” considerada como ausencia de alguna alteración en los participantes. Se utilizó el programa SPSS versión 27 para el almacenamiento y análisis de los datos.

Consideraciones éticas

Se considera un estudio de riesgo mínimo para las personas vinculadas a la investigación. El estudio recibió la aprobación de los comités de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, de la IPS Universitaria, del Hospital Universitario San Vicente Fundación y de la Clínica Medicáncer. Se obtuvo un consentimiento informado escrito de cada participante, en donde autorizaba el uso de información clínica y la consulta de registros médicos. Se aseguró la confidencialidad de la información y sólo los investigadores tuvieron acceso a la misma. Los resultados se reportaron de forma tal que no permitía identificar a los pacientes. Todos los procedimientos fueron realizados de acuerdo con la declaración de Helsinki revisada en el año 2013 y de la normatividad científica, técnica y administrativa para la investigación en salud, del Ministerio de Salud de Colombia resolución No. 8430 del 4 de octubre de 1993. No hubo ningún conflicto de interés económico, personal o que hubiese involucrado a terceros en la realización esta investigación.

RESULTADOS

Se recolectaron 125 pacientes con diagnóstico de psoriasis (53% mujeres y 47% hombres), con una edad promedio de 46 años (rango 7-89 años). Solo 3 participantes tuvieron una edad menor de 18 años, ubicándose estos los 7 y 15 años. Al evaluar la calidad de la información, se encontraron datos faltantes en las encuestas que no fue posible recuperarlos pero estos datos al ser pocos, no incidieron en los resultados finales. Un 40% de los participantes eran casados, seguido por los solteros en un 35%. Aunque la mayoría de pacientes provenían de Medellín, mediante las jornadas educativas y al ser las instituciones centros de referencia, también se recolectaron pacientes de otros municipios del área metropolitana y de otras regiones de Antioquia (Tabla 1).

La formación académica era en su mayoría hasta el nivel secundario o menor (53%), solo el 18% había realizado estudios universitarios, y una cifra menor (6%) había realizado estudios de posgrado. El fototipo predominante fue el III con un 59%, seguido por el IV en un 27%. **(Ver tabla1)**

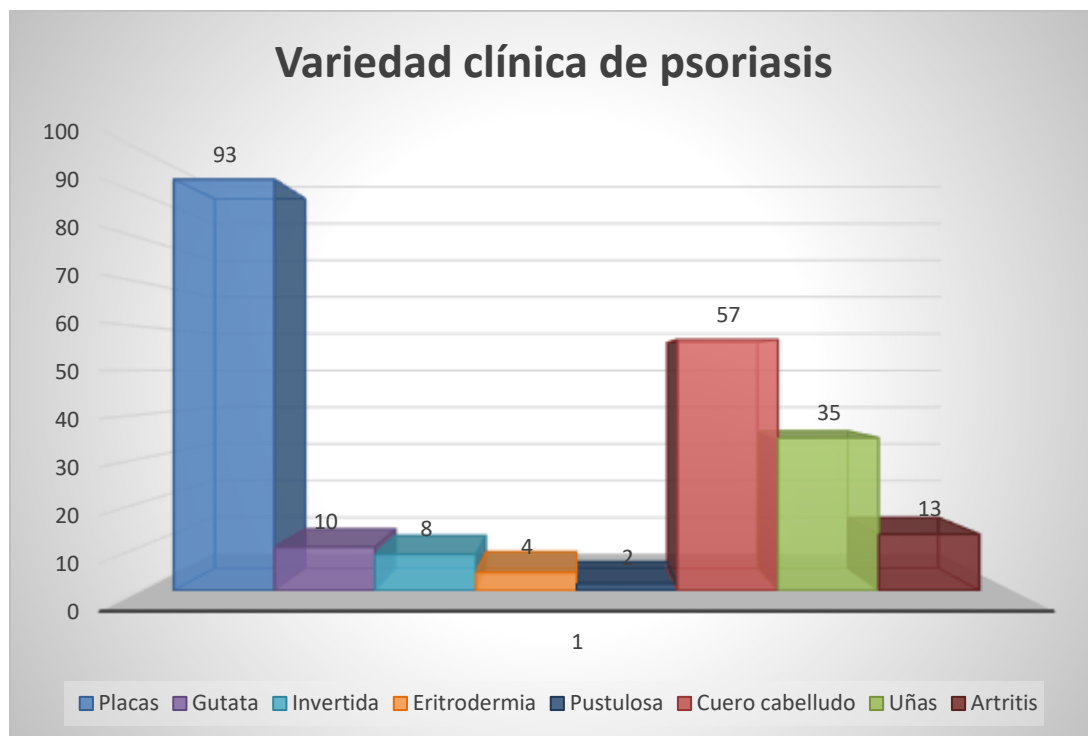
Tabla.1. Características Clínicas y Demográficas de los pacientes		
Población	(N=125)	Porcentaje (100%)
Sexo		
Femenino	66	53
Masculino	59	47
Estado civil		
Casado	50	40
Soltero	44	35
Unión libre	17	14

Divorciado	9	7
Viudo	5	4
Escolaridad		
Ninguno	2	2
Primaria	23	18
Secundaria	41	33
Técnico	29	23
Profesional	22	18
Posgrado	8	6
Aseguramiento		
Contributivo	86	69
Subsidiado	28	22
SISBEN	4	3
Ninguno	4	3
Particular	2	2
Régimen especial	1	1
Fototipos		
I	1	1
II	7	6
III	74	59
IV	34	27
V	9	7
VI	0	0
Comorbilidades		
Obesidad	30	24
Hipertensión	20	16
Diabetes	11	9
Dislipidemia	11	9
Enfermedad tiroidea	11	9
Hígado graso	10	8
SAHOS	5	4
Asma	4	3
Arritmia cardíaca	3	2
Insuficiencia cardíaca crónica	2	2
EPOC	2	2
Enfermedad vascular periférica	2	2
Coagulopatía	1	1
Enfermedad ácido péptica	1	1
Accidente cerebrovascular	1	1
Antecedentes psiquiátricos		
Depresión	13	10
Ansiedad	11	9
Trastorno de atención	7	6
Ansiedad y depresión	3	2
Trastorno de pánico	3	2
Subtotal	37	30
Trastornos del sueño		
Si	38	30
No	87	70

Historia familiar de psoriasis		
Si	45	36
No	80	64
Amigdalectomía		
Si	13	10
No	112	90

La variante clínica más común fue la vulgar o en placas (93%), seguida por la forma gutata (10%) e invertida (8%) y en menor medida la variante eritrodérmica y pustulosa con un 4% y 2%, respectivamente. El cuero cabelludo estuvo comprometido en más de la mitad de los pacientes (57%). La psoriasis ungueal estuvo presente en un 35%, y el hallazgo de matriz más frecuente fueron los hoyuelos u oquedades (62%), y en el lecho ungueal, la onicolísis (55%). Otras características encontradas en menor frecuencia fueron: la leuconiquia (38%), la hiperqueratosis subungular (31%), la distrofia ungueal (19%) y las manchas en aceite (17%). El 13% tenía artritis psoriásica, encontrándose como compromiso más común la de tipo oligoarticular asimétrica y algunos (25%) presentaron compromiso del esqueleto axial. (ver gráfico 1)

Gráfico.1. Variedad clínica de la psoriasis (expresada en porcentajes)



La comorbilidad más frecuentemente fue la obesidad (24%), seguida por hipertensión arterial (16%), diabetes mellitus (9%), dislipidemia (9%), enfermedad tiroidea (9%) e hígado graso (8%), otras comorbilidades no tuvieron frecuencias tan altas. Con relación a la salud mental, el 30% tuvo algún antecedente diagnosticado por psiquiatra, siendo el más frecuente la depresión (10%), seguido por ansiedad (9%) y trastorno de atención e hiperactividad (7%). El 30% de los encuestados manifestó tener algún trastorno relacionado con el sueño ya sea en la fase de conciliación o mantenimiento. El 10% tenía antecedente de amigdalectomía y el 36% tenían algún familiar desde primer hasta tercer grado de consanguinidad afectado por la enfermedad.

La terapia tópica más usada fueron los esteroides (98%), seguido por la combinación de esteroides y ácido salicílico (57%), análogos de vitamina D con o sin esteroides (54%) y finalmente el alquitrán de hulla en un 31%. La fototerapia fue usada en el 56% de los pacientes, siendo más común la longitud de onda UVB-BE. En cuanto a la terapia sistémica convencional el metrotexato fue el más comúnmente administrado en el 45% de los pacientes, el uso de otro tipo de terapia convencional no fue tan frecuente. El uso de terapia biológica estuvo presente en el 18% de los casos, donde el ustekinumab, el adalimumab y el etanercept, fueron los medicamentos más usados. (ver tabla.2. y gráfico.2.)

Tabla.2. Tratamiento tópico		
Población	(N=121)	Porcentaje (100%)
Esteroides	118	98
Esteroides+ A. salicílico	57	47
A. de Vitamina D	54	45
Alquitrán de hulla	37	31
Tazaroteno	7	6
Ninguno	3	2
Sin dato	4*	3

*Número de participantes a quienes no se les diligenció este dato.

Gráfico.2. Fototerapia y terapia sistémica



Las medidas antropométricas mostraron una talla y peso promedio de 1.64 metros y 72 Kg, respectivamente. El índice de masa corporal en hombres tuvo una media de 26.6 y en mujeres de 27.3, ubicándolos en valores compatibles con sobrepeso. En hombres el perímetro abdominal y el índice cintura/cadera fue de 91.6 y 0.93 respectivamente, y en las mujeres el perímetro abdominal y el índice cintura/cadera fue de 91.2 y 0.86 respectivamente; ambos valores, para ambos géneros en rangos sugestivos de obesidad abdominal. En cuanto al hábito de fumar el 13% eran fumadores activos, con una media de cigarrillos/día de 7,9. Los pacientes que afirmaron consumir licor principalmente ingerían cerveza y whisky, en menor medida aguardiente y ron, con una media de copas por día de 8.6. El consumo de otras sustancias psicoactivas fue del 10% de los participantes. (ver tabla.3.)

Tabla.3. Características Antropométricas			
Edad (N=125)			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
89 años	7 años	46 años	45 años
Peso (N=125)			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
112 kg	25 kg	72 kg	73 kg
Estatura (N=125)			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
1,84 m	1,24 m	1,64 m	1,65 m

Perímetro abdominal (N=120)		Sin datos (5*)	
Hombres			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
120	59	91.6	92
Mujeres			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
200	50	91.2	92
Índice Cintura/Cadera (N=113)		Sin datos (12*)	
Hombres			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
2	0.66	0.93	0.9
Mujeres			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
1.72	0.59	0.86	0.86
IMC (N=120)		Sin datos (5*)	
Hombres			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
37.5	19	26.6	26.4
Mujeres			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
46	16	27,3	27.4

*Número de participantes a quienes no se les diligenció este dato.

Dentro de los indicadores económicos, se observó que el 74% pertenecían a los estratos socioeconómicos más pobres 1,2 y 3. El 30% no tenía ingresos económicos, el 38% de los pacientes dependían económicamente de alguien más para poder sobrevivir y 3 personas vivían de la mendicidad (Acción de mendigar; pedir limosna de puerta en puerta. Tomado de Diccionario de la Real Academia Española). Dentro de los pacientes independientes con ingresos, la mayoría (39%) tenían un millón de pesos colombianos (1,019 SMMLV) o menos para sobrevivir cada mes, siendo sólo el 7%, las personas que ganaban más de 5 millones de pesos colombianos al mes (5,098 SMMLV). En cuanto a la inversión mensual en terapias para la enfermedad, el 98,4% de las personas tenían que disponer del dinero de sus ingresos para todo lo relacionado con la enfermedad (copagos, desplazamientos, emolientes u otros tópicos), la mayoría (48%) no gastaba más de 100 mil pesos colombianos en la terapia(10% de un SMMLV), y el 78% no más de 200 mil pesos colombianos al mes(20% de un SMMLV). El 69% pertenecían al régimen contributivo, ya fueran cotizantes o beneficiarios y un 22% al régimen subsidiado. El 3% no tenía ningún tipo de seguridad social en salud.

Tabla.4. Indicadores económicos		
Población	(N=125)	Porcentaje (100%)
Estrato socioeconómico		
1	9	7
2	44	35
3	40	32
4	18	14
5	3	2
6	11	9
Dependencia económica		
Si	48	38
No	77	62
Ingresos mensuales en pacientes dependientes		
0	37	77
\$ 0 - 500.000	6	13
\$ 500.000 - 1.000.000	3	6
\$ 1.000.000 - 2.000.000	2	4
Subtotal	48	100
Ingresos mensuales en pacientes no dependientes		
0	3	4
\$ 0 - 500.000	4	5
\$ 500.000 - 1.000.000	23	30
\$ 1.000.000 - 2.000.000	21	27
\$ 2.000.000 - 5.000.000	21	27
\$ 5.000.000 - 10.000.000	3	4
> \$ 10.000.000	2	3
Subtotal	77	100
Inversión mensual en la enfermedad		
0	2	2
\$ 1 - 100.000	60	48
\$ 100.000 - 200.000	37	30
\$ 200.000 - 500.000	22	18
\$ 500.000 - 1000.000	4	3

Las escalas de gravedad mostraron una media del PASI de 6.3, un BSA de 9.3% y un PGA de 2.3 que habla de un compromiso leve-moderado de la psoriasis. En cuanto al compromiso ungueal, dentro de los pacientes que mostraron algún cambio relacionado con psoriasis ungueal, la media del NAPSÍ fue de 21, siendo una cuarta parte del valor máximo del compromiso más grave por la psoriasis.

Con relación a la calidad de vida el Skindex-29 mostró una afectación moderada global de la calidad de vida de los pacientes, igualmente en los dominios de síntomas y emociones, siendo leve solo en el dominio funcional.

Con relación al EQ5D la combinación 11111, que representa el porcentaje de personas que no tenía ningún tipo de alteración en las 5 dimensiones evaluadas fue del 43.2%. Cuando se analiza por dimensiones, la movilidad, el autocuidado y el desarrollo de las actividades diarias se vieron poco

afectadas, sin embargo, las dimensiones relacionadas con dolor/malestar y ansiedad/depresión, mostraron una alteración del nivel 2 de un 32% y un 35% de los participantes respectivamente. La media del puntaje de la variable cuantitativa del EQ5D en la cual cada paciente valoraba su estado de salud del día de la evaluación con relación a la psoriasis tuvo una media de 70%, con un mínimo 10%. (ver tablas 5,6 y 7)

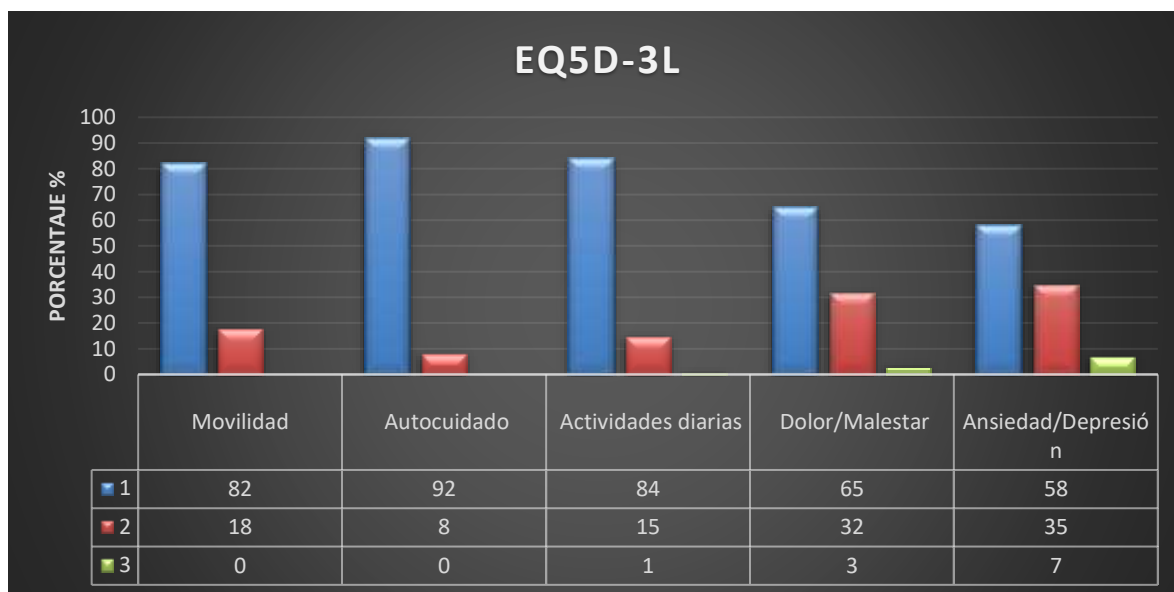
Tabla.5. Escalas de gravedad		
BSA	N=(121)	Sin datos (4)
Máxima 90%	Mínima 0%	Media 9,3%
PASI	N=(124)	Sin datos (1)
Máxima 45	Mínima 0	Media 6,3
PGA	N=(122)	Sin datos (3)
Máxima 6	Mínima 0	Media 2.26
NAPSI	N=(42**)	
Máxima 80	Mínima 0	Media 6.8

*Número de participantes a quienes no se les diligenció este dato.

** No todos los pacientes tenían psoriasis unguar, por lo que el NAPSI y las medidas de tendencia central se calcularon solo sobre el número de pacientes que presentaban al menos 1 signo de compromiso unguar.

Tabla.6 Skindex 29. Dimensiones N (122)			
Síntomas			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
96.4	0.0	36.1	35.7
Emociones			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
100.0	0.0	36.4	32.5
Funcional			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
99.9	0.0	26.2	16.6
Total			
Máxima	Mínima	Media	Mediana
97.4	0.0	32.1	28.4

Figura.3. Resultados del EQ5D-3L



DISCUSIÓN

Este es el primer estudio descriptivo realizado en la ciudad de Medellín de carácter multicéntrico, en instituciones de referencia para el manejo de enfermedades dermatológicas, que recopiló pacientes desde varios servicios de dermatología, pasando por los servicios de hospitalización hasta consulta

externa dermatológica, brindando una información local representativa obtenida desde diferentes escenarios donde se manejan los pacientes con psoriasis. El estudio incluyó información sociodemográfica, clínica y económica que fue recolectada de manera rigurosa y exhaustiva, aportando una visión global e integrada de las características epidemiológicas más relevantes de los pacientes con psoriasis.

Los datos sociodemográficos en general mostraron una distribución similar entre hombres y mujeres, con una edad promedio de 46 años, lo cual se correlaciona con la mayoría de las fuentes nacionales e internacionales, conservándose en grupos etarios de edad media, con una leve variedad en cuanto al género más afectado dependiendo del estudio(27,28)(29,30)(19,22,24). Los fototipos más frecuentes fueron los tipos III y IV, a diferencia de los fototipos más comunes en población caucásica que son el tipo I y II. Solo un estudio colombiano (20) describe los fototipos en sus pacientes, mostrando hallazgos similares a los nuestros, lo cual reafirma el predominio de fototipos más oscuros debido al mestizaje.

Colombia tiene los porcentajes de cobertura en salud más altos en Latinoamérica, superando el 95%, sin embargo, el 70% de los afiliados están insatisfechos con el servicio según encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (31). Este estudio mostró una cobertura en salud > 90%, pero la mayoría de los pacientes aquejaban dificultades en el acceso y la satisfacción de sus necesidades en salud con relación a la psoriasis. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, datos a abril del 2020, en la ciudad de Medellín el 73% de las personas pertenecían al régimen contributivo(32), cifras que son concordantes a las encontradas en el estudio, dando validez al dato obtenido y mostrando que igualmente este régimen como el subsidiado, tienen barreras de acceso a los servicios de salud.

Según la clasificación de los estratos socioeconómicos encontrados en el estudio, se observa que la mayoría pertenecían a los estratos socioeconómicos más pobres 1,2 y 3, datos que concuerdan con Planeación Nacional donde esta cifra en Medellín corresponde al 75,52% de la población(33). De hecho, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia informó que para 2018 el 19,6% de la población del país vivía en una situación de pobreza multidimensional y además el 27% de la población tenía ingresos de máximo 250.000 pesos por persona(34). Por otra parte, la Encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares del DANE calcula que un hogar promedio en Colombia requiere de \$1,79 millones para suplir las necesidades básicas(35). Llama entonces la atención en el estudio que un gran porcentaje de pacientes dependían económicamente de alguien más para poder sobrevivir y que un 40% tenía algún ingreso que les ayudara a suplir sus necesidades básicas, igualmente el nivel educativo en su mayoría llegaba al bachillerato limitando sus posibilidades laborales y causando dificultades económicas para dar continuidad a la terapia. Pocos estudios han mostrado la situación económica desde la perspectiva del paciente, algunas revisiones han mostrado que tanto la gravedad de la enfermedad como el nivel educativo condiciona sus ingresos(36), situación que podría explicar el nivel de pobreza de los participantes del estudio, ya que todo esto causa no solo afección física sino también mental disminuyendo sus posibilidades de formación. Igualmente se ha notado que el deterioro en la calidad de vida se refleja en la disminución de los ingresos(37) y una mayor afectación en la productividad con ausentismo y presentismo(38). Sumado a los costos individuales se ha visto que igualmente la psoriasis conlleva una carga económica a los sistemas de salud, con estimaciones en Europa que van desde 2000 dólares a los 17000 dólares al año por paciente(39), hasta valores globales en USA donde el gasto en la enfermedad llega a los 32.000 millones de dólares anuales(40). Información suficiente para considerar esta enfermedad de alta importancia en Colombia

El sistema de salud igualmente plantea además de barreras administrativas, algunos costos adicionales como copagos y cuotas moderadoras que se suman a los gastos básicos de los pacientes, por lo que en ocasiones algunos podrían optar por simplemente comprar lo que ofrece el Plan Básico de Salud (limitado en dermatología), siendo en ocasiones más económico que sobrellevar el trámite en su EPS, razón por la cual algunos participantes del estudio tendrían que invertir dinero en aspectos relacionados con la enfermedad de forma particular y no por su EPS. En un estudio realizado en 6 ciudades principales de Colombia, donde se encontraba Medellín, se encontró que el predominio del mercado y la rentabilidad financiera de las aseguradoras llevan a la generación de barreras administrativas que no favorecen el acceso a los servicios(41,42), requiriéndose entonces modificaciones en el sistema general de salud y el fortalecimiento de las asociaciones de pacientes, que ayuden a superar estas barreras y otras (educativas, culturales y geográficas) en el tratamiento de la psoriasis en Colombia.

La psoriasis vulgar ha sido reportada como la variante clínica más común, con porcentajes descritos entre el 79 al 95% (43), seguido de la psoriasis en gotas en un 6-10% (44,45), inversa en 6,4% (46,47), y eritrodérmica en 2 a 3%, (48,49) de la variante pustulosa, no hay estudios claros de una real prevalencia (50–55). En este estudio se encontró igualmente que la distribución de fenotipos clínicos concuerda con estudios internacionales, incluyendo Latinoamérica y nacionales, sin una amplia diferencia en sus fenotipos de presentación(19,24), con una sola excepción en el estudio de Ortega y col. donde la psoriasis pustulosa fue de 15% y la psoriasis en gotas menos frecuente en un 2%(22). Esto podría explicarse a que el estudio se realizó en un registro de dermatopatología, donde probablemente haya un sesgo asociado al tipo, ya que la mayoría de presentaciones pustulosas son biopsiadas a diferencias de las otras variantes, igualmente las formas en gotas son más frecuentes en niños, en los que tendemos a ser más conservadores con el uso de la biopsia de piel y preferimos hacer diagnósticos clínicos. En el caso de psoriasis en población menor de 18 años, solo hubo 3 participantes entre los 7 y 15 años, con rasgos clínicos equiparables al resto de la población, por lo que el subanálisis con una muestra tan pequeña no generó información representativa o diferente al marco general.

La psoriasis unguar que encontramos tuvo una frecuencia que se encuentra entre los rangos reportados en varios estudios internacionales, que van desde el 30 al 80% dependiendo si el paciente cursa o no con artritis psoriásica(56). Con relación a Colombia nuestro estudio tuvo la frecuencia más alta reportada hasta el momento en estudios previos (18,19,24). Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron los hoyuelos, la onicolísis, la leuconiquia y la hiperqueratosis subungular, similar a lo que se ha reportado tanto a nivel nacional como internacional(57–63). La psoriasis unguar provee un riesgo mayor de artritis psoriásica y el presentar onicolísis distal, se relaciona con un riesgo adicional para este padecimiento(64), hallazgo clínico dentro de los más frecuentes en el estudio, por lo que debemos prestar especial atención a estos pacientes y su riesgo a largo plazo de tener compromiso articular.

Se estima que hasta el 30% de los pacientes con psoriasis desarrollarán artritis durante el curso natural de la enfermedad(65). En el estudio de siglas “RESPONDIA” se analizaron datos de 2000 pacientes latinos (sin incluir a Colombia) encontrando prevalencias del 18% de artritis psoriásica(66) mientras que el estudio PSOLAR que incluía pacientes colombianos mostró cifras del 35%(67). Este estudio mostró una frecuencia del 13% de artritis psoriásica, una cifra baja comparada con estudios internacionales, aunque este dato puede estar subestimado, debido a que gran parte de nuestros pacientes no tenían seguimiento especializado por reumatología y muchos podrían tener artritis psoriásica aun no diagnosticada al momento de la evaluación, además el promedio llevaba más de 10 años con la enfermedad, momento en el cual, la mayoría de pacientes con riesgo de padecer artritis,

ya tienen manifestaciones clínicas. En Colombia no se han realizado estudios sobre la frecuencia de la artritis psoriásica, los datos disponibles encontrados corresponden a estudios de psoriasis que indican la concomitancia del 8,6% para el año 2009 (24) y de 19,6% para el año 2013(17), sin ningún tipo de caracterización clínica de la artritis. Por lo que se plantea la necesidad de realizar estudios adicionales en artritis psoriásica en nuestra población, ya que su subdiagnóstico y retraso en el tratamiento provoca mayor morbilidad y afectación en la calidad de vida.

La dieta colombiana tiene altas cargas calóricas y esto ha llevado a sobrepeso y obesidad. De hecho, para el 2015 el Ministerio de Salud y la Protección Social en su Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) mostró que el 56.4% de los colombianos tiene obesidad o sobrepeso, siendo más común la obesidad en las mujeres(68). Los resultados de este estudio mostraron una frecuencia alta de sobrepeso y obesidad abdominal en las medidas antropométricas, situación que se ha visto igualmente en estudios internacionales tanto latinoamericanos como de países desarrollados(17,67,69). Lo anterior es muy relevante ya que se ha descrito que existe mayor riesgo de psoriasis en personas con sobrepeso y obesidad, demostrado en estudios de cohortes y casos y controles(70–72). Igualmente importante, es el hecho de que estos pacientes tienden a tener más aislamiento social, depresión, menos actividad física, dietas hipercalóricas, y consumo de alcohol.(70–72). Adicionalmente, y según estudios publicados, la obesidad favorece un estado proinflamatorio, con liberación de adipocinas que dificultan el control de la enfermedad y limitan las opciones terapéuticas(73). El perímetro abdominal para evaluar obesidad abdominal en pacientes con psoriasis es un marcador de riesgo cardiovascular independiente que aumenta la mortalidad general(74–76), por lo que la pérdida de peso debe ser uno de los objetivos del tratamiento en nuestra población(77).

La frecuencia de la hipertensión arterial en Colombia es del 29%(78), por lo que no encontramos un aumento importante de su frecuencia en este estudio. De manera similar, Castro y col. en Bogotá solo hallaron un 13% de pacientes con hipertensión. Hay estudios que soportan la asociación de la hipertensión arterial y la psoriasis grave (79–81), sin embargo, este es un tema controversial, teniendo en cuenta que en ocasiones algunos medicamentos de la psoriasis pueden empeorar favorecer su aparición y algunas terapias igualmente pueden empeorar la enfermedad.

La relación de psoriasis con diabetes ha sido demostrada, incluso se ha visto que el riesgo aumenta a medida que la psoriasis es más grave(80,82,83), igualmente se ha descrito un aumento en la frecuencia de las complicaciones asociadas a la enfermedad(84). En Colombia, aunque la información publicada es escasa y los pocos estudios que se encuentran se han realizado hace mucho tiempo, lo que incidiría en diferencias en los hábitos de vida antiguos y actuales, se estima que aproximadamente el 7% de la población sufre diabetes mellitus(85). En nuestro estudio se encontró una frecuencia mayor a la frecuencia reportada en Colombia. Adicionalmente, la información encontrada en otro estudio de psoriasis colombiano muestra similitud con nuestros datos, realizado en el año 2016 (16). Un estudio en Medellín mostró una frecuencia muy alta (36%)(17), sin embargo, el tamaño de muestra de ese estudio fue bajo y no se descarta que haya tenido un sesgo de selección de estos pacientes, y una posible sobreestimación de los datos obtenidos.

La dislipidemia es una comorbilidad importante no sólo para el control del riesgo cardiovascular, sino también para la implementación de algunas terapias. Es así como en la encuesta nacional de salud del año 2007 (86), se estimó una frecuencia de dislipidemia en la población colombiana de 7.8%, dato posiblemente lejano a lo esperable actualmente teniendo en cuenta los cambios en los hábitos de vida de las últimas décadas. Datos de países como México muestran mayor frecuencia (45.5%-67%) de

dislipidemia, especialmente hipertrigliceridemia en pacientes con psoriasis (69,87), mientras que en este estudio se encontró que un 9% de los pacientes tenían dislipidemia y estaban en tratamiento. Pero debido a la falta de control médico y seguimiento, probablemente esta cifra sea inferior a la real, y la dislipidemia sea más común de lo evaluado y para tener un mejor panorama, se le debería tomar un perfil lipídico a los pacientes para estudiarlo.

La prevalencia de hígado graso oscila entre el 46 al 59% de pacientes con psoriasis, una cifra mayor que la esperada en población sana(88–92). Las cifras de este estudio fueron menores a las planteadas en la mayoría de los estudios, sin embargo, puede estar francamente subestimada teniendo en cuenta que los estudios específicos realizados internacionalmente fueron hechos usando pruebas diagnósticas. El riesgo de desarrollar hígado graso en psoriasis ha sido calculado con un metaanálisis de 8 estudios de casos y controles y 1 estudio de cohorte, con un OR ajustado de 1,95(93). En Colombia no hay datos específicos en psoriasis sobre hígado graso, se requieren estudios locales adicionales.

Según un estudio realizado en el 2017 por el Ministerio de Salud y la Protección Social, en Colombia se ha reducido el consumo de tabaco de un 21.4% en 1993 a un 7% (94). Por otra parte, estudios colombianos en psoriasis han encontrado cifras de tabaquismo variables, en tamaños de muestras más pequeños, recolectados en un solo centro de referencia.(16,20). Lo anterior cobra especial relevancia porque se ha descrito que el consumo de cigarrillo aumenta el riesgo de padecer psoriasis(95), e igualmente la gravedad de la enfermedad incrementa con el número de cigarrillos fumados por día, especialmente mayor de >10/día, observándose una mejoría al suspender su consumo(96). De manera importante la cifra encontrada por el ministerio contrasta con la de nuestro estudio en el que esta cifra de tabaquismo activo fue de un 13%, lo que muestra que estos pacientes están expuestos a otro factor que también aumenta su riesgo cardiovascular(97) y que dificulta el control de la enfermedad. Sumado a lo anterior, preocupa que en diferentes reportes (98–100) relacionan la psoriasis con el síndrome metabólico, lo que los pone en mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares mayores, habiéndose reportado un hazard ratio (HR) de 2.23 para diabetes, 6 para dislipidemia y 6.5 para hipertensión, sumado al riesgo de la obesidad central, el tabaquismo, el alcoholismo y el que por se la psoriasis provee (HR de 3) (101). En conjunto esto nos debe alertar a los dermatólogos tratantes para prestar una atención especial al riesgo cardiovascular de la población antioqueña con psoriasis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como consumo perjudicial de alcohol aquel que sea mayor a 60 gramos por día en hombres y más de 40 gramos por día en mujeres(102). Colombia es considerado el segundo país con mayor consumo de alcohol per cápita en Latinoamérica, solo superado por Brasil(103). El estudio mostró que un importante porcentaje de pacientes tiene un alto consumo de alcohol con un promedio de 8,6 copas/día (por convención, una copa alcohol es el equivalente a 10g de alcohol). Lo anterior es relevante porque se ha descrito que el consumo de alcohol se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar psoriasis(104–106), además de que su consumo favorece el progreso y la presentación de cuadros más graves, sobre todo cuando se consumen más de dos copas de licor al día(107). Se ha observado que los pacientes con psoriasis tienden a consumir mayores cantidades de alcohol, aumentando el riesgo de alcoholismo y complicaciones médicas(108). Uno de los aportes de este estudio ha sido mostrar una importante frecuencia de consumo de alcohol en estos pacientes, mostrando el grado de consumo en rangos perjudiciales para la salud general y su enfermedad dermatológica, lo cual no se ha publicado ni explorado en Colombia.

Un metaanálisis realizado en Europa halló una prevalencia de disfunción tiroidea de un 3,82%(109). Estudios descriptivos han encontrado frecuencias entre 9 al 11% de enfermedad tiroidea en pacientes con psoriasis(110,111), las cuales son similares a las vistas en este estudio. La asociación de enfermedad tiroidea (tiroiditis de Hashimoto especialmente) y psoriasis ha sido controversial, siendo en su mayoría estudios de corte transversal, contradictorios en sus resultados(112–114), en la actualidad solo hay un estudio de cohorte que mostró un resultado a favor de una asociación de psoriasis con enfermedad tiroidea(115), sin embargo, fue realizado en población asiática, por lo que tiene débil validez externa en nuestra población. No hay datos, ni hay claras recomendaciones de tamizaje para enfermedad tiroidea en los pacientes con psoriasis en Colombia, por lo que es necesario realizar estudios locales a futuro que permitan evaluar la posible asociación o por el contrario, descartarla.

El antecedente familiar de psoriasis tiene implicaciones en la expresión de la enfermedad, siendo más frecuente tanto las artritis psoriásicas deformantes como los cambios ungulares marcados, en quien tiene antecedente familiar de artritis psoriásica o psoriasis respectivamente(116). Estudios internacionales muestran que entre del 31% al 45% de los pacientes tienen antecedentes familiares de la enfermedad en algún grado (117). Igualmente resalta que el tener un familiar enfermo con psoriasis aumenta hasta 7 veces el riesgo de padecerla y generalmente en edades tempranas, especialmente por debajo de los 30 años(118,119). Los resultados de nuestro estudio mostraron una mayor frecuencia de psoriasis familiar comparada con la descrita en otros estudios realizados en Medellín y Bogotá (8,3%- 27%). En tal sentido se hace relevante incorporar este antecedente en nuestra practica dermatológica como factor de riesgo fácilmente identificable.

En la última Encuesta Nacional de Salud Mental (120), se encontró en Colombia una prevalencia de trastornos depresivos en un 5,4% de la población adulta. En nuestro estudio, el antecedente psiquiátrico mas frecuente fue la depresión, con un 10% de los casos, cifras mas altas que las planteadas en la encuesta a nivel nacional. Adicionalmente, la relación entre depresión y psoriasis ha sido ya descrita en varios estudios internacionales, mostrando un odds ratio (OR) de 1,5 a 3 de padecer depresión al tener psoriasis (121–124). Igualmente en este trabajo se encontró que un importante porcentaje de pacientes (30%), tenía algún antecedente psiquiátrico, lo cual nos debe alertar ya que esto sugeriría que aproximadamente 1 de cada 3 pacientes con psoriasis podría requerir algún tipo de evaluación o manejo por especialistas en salud mental. También es relevante resaltar que nuestros resultados mostraron un no despreciable porcentaje de pacientes (9%) con trastorno de ansiedad, lo que concuerda con el reporte de una revisión sistemática; con muchas limitaciones técnicas, en la que se encontraron frecuencias entre el 7-43% y un riesgo casi 3 veces mayor que la población general de sufrir ansiedad en el curso de la enfermedad(125). También se ha visto que estos síntomas mejoran no solo con la atención en salud mental, sino con un adecuado control de la psoriasis, demostrado principalmente en estudios con terapia biológica (126–128). Igualmente sucede con el riesgo suicida(129,130), aunque este aspecto no fue evaluado en nuestro estudio.

Con referencia a los transtornos del sueño, ha sido difícil establecer prevalencias exactas de este en psoriasis, debido a la varibilidad en su definición y en las herramientas de medición(131). Se encuentran reportes de hasta un 50% de afectación del sueño con una relación estrecha con la gravedad de la enfermedad. Adicionalmente, la depresión, el prurito y el dolor se han considerado factores asociados a los trastornos del sueño en psoriasis(132). Cabe resaltar que en nuestro estudio un importante porcentaje de pacientes manifestó tener dificultades para conciliar o mantener el sueño. De manera similar, la prevalencia de Síndrome de Apnea e Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS)

en psoriasis se ha encontrado que es mayor que en la población general (36% a 56% vs 3% a 7%) (133). La frecuencia encontrada en nuestro estudio fue de sólo el 4%, sin embargo, hay que tener en cuenta que esta enfermedad esta subdiagnosticada en nuestro medio y pocas personas acceden al gold standard en su diagnóstico que es la polisomnografía. Es así entonces este, otro de los aportes del estudio, demostrando que el sueño se encuentra frecuentemente afectado en nuestros pacientes, datos no publicados ni explorados en el contexto colombiano en otros trabajos. Igualmente consideramos que hay un vacío en lo relacionado al SAHOS en nuestra población, una enfermedad que no solo tiene que ver con el riesgo cardiovascular, sino también, con la funcionalidad laboral y social de las personas, por lo que es necesario nuevas investigaciones sobre el tema.

Con relación a la calidad de vida, en nuestro estudio encontramos que los pacientes tenían una afectación global moderada por su enfermedad, demostrando que la calidad de su vida se ve afectada de forma importante por la psoriasis, lo que se asemeja a lo encontrado en otro estudio nacional que evaluo la calidad de vida por medio del SKINDEX-29 en pacientes con psoriasis(134). De forma llamativa, los antioqueños han mostrado una afectación mayor al discriminar por dominios los aspectos relacionados con los síntomas y emociones, que tienen que ver con sentimientos de vergüenza, depresión, frustración prurito, dolor e irritación(135)lo que nos debe alertar para establecer estrategias de intervención en estos campos, especialmente al observar que los participantes han vivido en promedio 12 años bajo estas circunstancias. En cuanto al dominio funcional que habla sobre vida social, laboral y persona, la afectación fue leve, quizás por que a pesar de que modifican parte de su forma en que interactúan con la sociedad, no se restringen completamente en este aspecto de su vida.

En Colombia no hay datos de calidad de vida en psoriasis utilizando el EQ5D-3L, los estudios realizados implementando esta herramienta se han hecho en población sana o con enfermedades de origen reumático(136–138), por lo tanto, esta es una prueba piloto usando esta escala en nuestra población con psoriasis. No obstante, algunos estudios internacionales han usado esta escala para evaluar calidad de vida en psoriasis(139–141), e igualmente compararlo con otras enfermedades dermatológicas y no dermatológicas, encontrando afectaciones en pacientes con psoriasis similares a las de padecer enfermedades cardiovasculares, hepáticas o incluso cancer. Consideramos entonces que estos resultados obtenidos podrían usarse para realizar igualmente comparaciones en el contexto nacional ayudando a mostrar la carga en morbilidad de las enfermedades dermatológicas con otras enfermedades crónicas de interés en salud pública en nuestra nación. Adicionalmente llama la atención que los dominios de movilidad, el autocuidado y el desarrollo de las actividades diarias se vieron poco afectados lo que se explicaría posiblemente porque en enfermedades dermatológicas, la afectación de estos dominios están principalmente en los cuadros mas graves de la enfermedad, y en este estudio la mayoría de pacientes tenían psoriasis leve-moderada y una baja frecuencia de artritis psoriásica.

Con relación a la severidad de la psoriasis, los pacientes evaluados presentaron una gravedad entre leve a moderada, lo que se semeja a los resultados reportados en la mayoría de estudios internacionales y nacionales, donde este espectro de la enfermedad abarca la mayoría de pacientes (16,17,20,21,24)(142). Al correlacionarlos con las escalas de calidad de vida, observamos que estos pacientes igualmente a pesar de oscilar en un promedio de una psoriasis leve a moderada, su afectación estuvo en general en rangos moderados, lo que habla de la importancia en esta población de la enfermedad y como afecta negativamente sus condiciones de vida, teniendo participantes que llevan hasta 45 años del diagnóstico bajo estas condiciones. Este comportamiento se ha replicado en la mayoría de estudios usando escalas similares(143–146).

En cuanto a la terapia, la de tipo tópico sigue correspondiendo a la más usada, siendo los esteroides el medicamento más usado en esta población Colombiana y en el mundo(147–152). Igualmente vemos que los preparados con queratolíticos siguen siendo formulados por muchos de nuestros dermatólogos según nuestro estudio, siendo realmente efectivos según revisiones de la literatura (153). En este estudio llama la atención que muchos pacientes aún no accedan al uso de análogos de vitamina D, siendo la primera línea recomendada por las guías colombianas e internacionales(154–156). Lo anterior podría ser explicado por dificultades administrativas como la necesidad de realizar MIPRESS (mi prescripción), los trámites asociados, el pobre acceso a las consultas dermatológicas en las EPS y el costo de este tratamiento en el mercado. Los inhibidores de calcineurina han mostrado efectividad en tratamiento de psoriasis invertida o con compromiso facial(157–159), es recomendado por las guías nacionales(154), pero ningún participante mencionó haberlo usado, a pesar que, el 8% tenían compromiso inverso, esta situación puede ser el reflejo de su costo y la no aprobación FDA o INVIMA para su uso en psoriasis o simplemente a las limitaciones de memoria en recordar su uso.

La amigdalitis, especialmente la amigdalitis recurrente entre los 10-11 años, ha mostrado una asociación como factor de riesgo de desarrollar psoriasis gutata, con un OR 2.28; 95% CI (1.17-4.48)(160). Esta investigación mostró que un 10% de los pacientes habían sido sometidos a amigdalectomía, con una frecuencia de psoriasis gutata de una cifra similar y una población pediátrica de solo 3 participantes, sin contar con el dato de edad de inicio de la enfermedad, lo que impide plantear alguna hipótesis con estos resultados. A pesar de esta limitante, se ha descrito tanto en guías nacionales, como internacionales, la sugerencia de usar este procedimiento en pacientes con cuadros refractarios, con exacerbaciones frecuentes asociados a infecciones recurrentes de amígdalas, sustentado en una revisión sistemática (donde más del 50% eran reportes de caso, un ensayo clínico y 3 estudios descriptivos)(161) y un ensayo clínico posterior(162) que plantearían el uso de este procedimiento en los pacientes. En Colombia no hay datos sobre este tema por lo que sería necesario realizar estudios futuros de causalidad que permitan evaluar si existe o no alguna asociación.

Por otra parte, encontramos que la fototerapia fue la segunda modalidad de tratamiento más usada luego de los tópicos, habiendo sido más frecuente el uso de UVB de banda estrecha, especialmente cuando la terapia tópica era insuficiente y no se requiere el uso de terapia sistémica, teniendo muchos pacientes, buenos resultados clínicos, situación igualmente replicada en revisiones internacionales(163,164)

El uso del metrotrexato en la psoriasis está bien sustentado en la literatura, que aunque al parecer es inferior a la terapia biológica, es una opción costo-efectiva en los sistemas de salud de países en desarrollo(19,24,67,165)(29). En nuestro estudio esta terapia sistémica fue la más comúnmente administrada, lo que es explicable debido a su bajo costo comparado con otras terapias disponibles en Colombia.

Estudios descriptivos y abiertos no controlados han mostrado efectividad del uso de micofenolato en psoriasis moderada-grave(166), sin embargo, la respuesta clínica en esta enfermedad es menor comparado con su uso en otras enfermedades inflamatorias(167). Igualmente, su eficacia es inferior comparado con otros medicamentos como metotrexato y ciclosporina(168–170). No tiene aprobación INVIMA o FDA para su uso en psoriasis y las guías muestran un nivel bajo de recomendación para su uso (IIIC)(171,172). Con relación a azatioprina la situación es similar, con escasa evidencia en cuanto a su utilidad en psoriasis, donde pocos estudios, abiertos no controlados, han mostrado beneficio en su uso, con tasas de éxito inferiores a las metas actuales, usando herramientas de clinimetría

diferentes a los actuales debido a la antigüedad de estos(173,174). Es poca la evidencia reciente del beneficio de uso de azatioprina en psoriasis(175,176), con una recomendación igualmente IIIC en las guías clínicas(171,172). Bajo este contexto, podríamos quizás explicar la baja frecuencia de su uso en los participantes del estudio, donde probablemente su indicación haya obedecido a situaciones clínicas particulares.

En relación a la terapia biológica, no encontramos estudios locales relacionados con su uso en psoriasis en Colombia. En una publicación de expertos latinoamericanos se describió que Colombia mostraba mayor frecuencia de uso para esa fecha anti-TNF y bloqueadores de IL-12/23(177). Por otra parte, en estudios internacionales, algunos de países desarrollados y otros en vía de desarrollo, mostraron frecuencias de su uso en el 40-70% de los pacientes(4,67,178,179), cifras alarmantes, considerando que gran parte de los pacientes no suelen presentar una psoriasis severa, lo que tendría grandes implicaciones en los costos y en la sostenibilidad de los sistemas de salud. En nuestro estudio los biológicos correspondieron a la cuarta terapia en frecuencia mas usada, siendo los bloqueadores de la IL-12/23 y anti-TNF, los mas frecuentemente utilizados, mientras que pocos casos estaban usando moléculas mas nuevas como bloqueadores de IL-17 o IL-23. No obstante, nuestra frecuencia de uso de biológicos contrasta con la única reportada en un estudio colombiano en el año 2010 que correspondió al 0,5% de los pacientes(18), por lo que es notable que los últimos años el uso de terapia biológica ha crecido en nuestro país.

CONCLUSIÓN

Se realizó una caracterización clínica, demográfica, de calidad de vida y de algunos indicadores económicos relacionados con el presupuesto familiar invertido en todos los aspectos relacionados con la enfermedad. Igualmente permitió un análisis integrado desde múltiples variables recolectadas en diferentes instituciones de referencia en la ciudad, destacando datos como el bajo nivel educativo de la población, los bajos ingresos económicos, las fallas en el sistema de salud, la alta frecuencia de comorbilidades asociadas, enfermedades mentales y adicciones, e igualmente el impacto de la psoriasis en la calidad de vida, incluso en casos leves-moderados, a través de herramientas como el Skindex-29 y el EQ5D-3L. Igualmente este estudio sirve de base para la realización futura de estudios que desde su diseño observacional analítico permitan evaluar relaciones de causalidad. .

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

- ❖ Guillermo Gutiérrez director ejecutivo de la Asociación de Pacientes FUNDAPSO y a los pacientes de la asociación.
- ❖ Beatriz Varela, auxiliar de la sala de procedimientos San Vicente Fundación
- ❖ Daniela Gomez, Miguel Matero Cuervo y Natalia Vélez residentes de dermatología
- ❖ Equipo de fototerapia IPS Universitaria (John Villa, Gloria Jaramillo, Bibiana Querubín, Henry Montero y Leidy Osorio)
- ❖ Dra. Claudia Palacios dermatóloga
- ❖ Dr. Oscar Valencia dermatólogo del Servicio de Fototerapia IPS Universitaria
- ❖ Alejandra Ramírez asistente programa fototerapia Servicio de Dermatología
- ❖ Alejandra Vanegas, trabajadora del grupo de investigación GRID

- ❖ Joan Andrés Ramírez médico general
- ❖ Marcela Barrera enfermera del grupo de investigación GRID
- ❖ Hospital San Vicente Fundación, IPS Universitaria, Universidad CES y Clínica Medicáncer

FUENTE DE FINANCIACIÓN

El estudio fue financiado en su mayor parte por recursos del Grupo de Investigación Dermatológica (GRID) y en menor medida por recursos propios del investigador principal.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Asistencia a eventos de la industria para la formación y capacitación en psoriasis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Takeshita J, Grewal S, Mehta NN, Ogdie A, Voorhees AS Van, Gelfand JM, et al. Psoriasis and comorbid diseases. *J Am Acad Dermatology*. 2017;76:377–90.
2. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis : A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *J Investig Dermatology Adv*. 2013;133(2):377–85.
3. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2017;31:205–12.
4. A Hernández-Vásquez, L Molinari, N Larrea AC. Psoriasis in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2017;31(12):1991–8.
5. Psoriasis Review. *Int Psoriasis Counc*. 2102;8(2).
6. Saleh D, Tanner LS. Psoriasis, Guttate. *StatPearls*. 2018.
7. Hägg D, Sundström A, Eriksson M, Schmitt-Egenolf M. Decision for biological treatment in real life is more strongly associated with the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) than with the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2015 Mar;29(3):452–6.
8. Woo YR, Cho DH, Park HJ. Molecular mechanisms and management of a cutaneous inflammatory disorder: Psoriasis. *Int J Mol Sci*. 2017;18(12).
9. Restrepo C, Valencia CE, María A, Giraldo M, Arango ST, Iván H, et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *Iatreia*. 2013;26(4):467–75.
10. Bronsard V, Paul C, Prey S, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S, et al. What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2010;24(SUPPL. 2):17–22.
11. De Korte J, Mombers FMC, Sprangers MAG, Bos JD, Corona R. The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: A systematic literature review. *Arch Dermatol*. 2002;138(9):1221–7.
12. Vasquez D, Aguirre D, Sanclemente GD. Construct validity and responsiveness of the Colombian version of Skindex-29 *. *Br J Dermatol*. 2019;181:770–7.
13. Saclemente G, Lugo L helena, Medina L, Jones-Cabellero M, Garcia HI. Prueba para la adaptación cultural de la versión española del instrumento de calidad de vida dermatológico Skindex-29, en Colombia. *Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica*. 2011;19:273–9.
14. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*. 2001;28(6):425–9.
15. Diaz JMP, Ballesteros ZJ, Acosta AO, Plazas Ray LK, Isaza AJRA, García CA, et al. Caracterización clínica y sociodemográfica de pacientes con psoriasis en un hospital universitario en Colombia. *Medicina (B Aires)*. 2018;40(1):124–5.
16. Palacios-Barahona U, Jiménez SB, Orozco JJ. Características clínicas, recursos utilizados y costos de la psoriasis en pacientes de una IPS de referencia del Valle de Aburrá, 2014. *Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica*. 2014;24(4):253–63.
17. Rojas R, Castellanos H, Peñaranda E. Prevalencia del síndrome metabólico, gravedad clínica y calidad de vida en pacientes con psoriasis del Hospital Universitario de La Samaritana. *Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica*. 2013;21(3):220–5.
18. Cortés C, Castro Ayarza JR, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en

- un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. *Dermatología Rev Mex*. 2010;54(3):125–32.
19. Castro-Ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. *Dermatología Rev Mex*. 2017;61(4):283–91.
 20. Ramírez LC, Gómez LF, Peña MN, Vasco C, Medina LJ, Plata JA, et al. Características clínicas y respuesta a la fototerapia de los pacientes con psoriasis. *Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica*. 2018;2(26):106–15.
 21. Vélez N, Bohórquez L, Corrales M, Orrego S, Jiménez S, Zuluaga Á, et al. Caracterización de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fototerapia. *Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica*. 2011;19:100–6.
 22. Campos-macías P, Cortés-peralta EC, Torres-guerrero E, Arenas R, Vega-memije ME, Chávez-lemus FA, et al. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatología Rev Mex*. 2018;62(3):193–205.
 23. Vinaccia S, Quinceno J, Fernandez H, Perez B, Sanchez M, Londoño A. Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *An Psicol*. 2007;23(2):245–52.
 24. Gonzales C, Castro LA, De la Cruz G, Arenas CM, Beltrán A, Santos AM. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica*. 2009;17(1):11–7.
 25. Marina D, Pozoa A del. Fototipos cutáneos. Conceptos generales. *Farm Práctica*. 2005;24(5):136–7.
 26. Vanegas GS, García DCB, Duque IDE, Parra FA, Dorado LF, Jaramillo PL, et al. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Minist Salud y Protección Soc Dep Adm Ciencia, Tecnol e Innovación Colcienc*. 2016;(52):1–118.
 27. Farber EM, Nall ML. The Natural History of Psoriasis in 5,600 Patients. *Dermatologica*. 1974;148:1–18.
 28. Napolitano M, Mastroeni S, Fania L, Pallotta S, Fusari R, Uras C, et al. Sex- and gender-associated clinical and psychosocial characteristics of patients with psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2020;
 29. A Hernández-Vásquez N, Larrea A, Ciapponi LM. Psoriasis in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4):657–66.
 30. Alfonso I, Dra T, Antonia M, García D, Olga D, Gemeil T, et al. Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. *Rev Cuba Med*. 2002;41(1):12–5.
 31. SALUD. ¿Qué pasa con la calidad del sistema de salud en Colombia? [Internet]. *Revista Dinero*. Bogotá; 2018. Available from: <https://www.dinero.com/pais/articulo/cual-es-el-problema-del-sistema-de-salud-colombiano/263731>
 32. Cifras de aseguramiento en salud [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. [cited 2020 May 25]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
 33. Sandoval MA. Medellín vive en estratos 1, 2 y 3 [Internet]. *EL COLOMBIANO S.A.* 2012. Available from: https://www.elcolombiano.com/historico/medellin_vive_en_estratos_1_2_y_3-FFEC_207064
 34. Hernández SG. El 19,6% de los colombianos vive en pobreza multidimensional [Internet]. *ANADOLU AJANSI SOCIEDAD ANÓNIMA TURCA*. 2019. Available from:

- <https://www.aa.com.tr/es/mundo/el-19-6-de-los-colombianos-vive-en-pobreza-multidimensional/1530438>
35. Elejalde LLB. Familia colombiana promedio gasta 2,2 salarios mínimos al mes [Internet]. Revista la Republica. 2018. Available from: www.larepublica.co/economia/una-familia-colombiana-promedio-gasta-alrededor-de-22-salarios-minimos-al-mes-280890
 36. Preethi B. Nayak, Girisha BS, Noronh TM. Correlation between Disease Severity, Family Income, and Quality of Life in Psoriasis: A Study from South India. *Indian Dermatol Online J.* 2018;9(3):165–9.
 37. Maurer M. Impact of psoriasis severity on family income and quality of life. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2015;29:438–43.
 38. Korman NJ, Zhao Y, Pike J, Roberts J. Relationship between psoriasis severity , clinical symptoms , quality of life and work productivity among patients in the USA. *Clin Exp Dermatol.* 2016;41(September 2015):514–21.
 39. Burgos-Pol R, Martínez-Sesmero JM, Ventura-Cerdá JM, Elías I, Caloto MT, Casado M. Coste de la psoriasis y artritis psoriásica en cinco países de Europa: una revisión sistemática. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Sep 1;107(7):577–90.
 40. Vanderpuye-Orgle J, Zhao Y, Lu J, Shrestha A, Sexton A, Seabury S, et al. Evaluating the economic burden of psoriasis in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Jun 1;72(6):961-967.e5.
 41. Acceso MG, Fac R, Salud N, Social S. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia : limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities : limitations. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2009;27(2).
 42. Restrepo-zea JH, Silva-maya C, Andrade-rivas F, Vh-dover R. Acceso a servicios de salud : análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín , Colombia * Access to Health Services : Analysis of Barriers and Strategies in Medellín , Colombia Acesso aos serviços de saúde : análise de barreiras e estratégias n. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2014;13(27):242–65.
 43. Merola JF, Li T, Cho E, Qureshi AA. Prevalence of psoriasis phenotypes among men and women in the USA. *Clin Exp Dermatol.* 2016;41:486–9.
 44. Ko H, Jwa S, Song M, Kim M, Kwon K. Clinical course of guttate psoriasis : Long-term follow-up study. *J Dermatol.* 2010;37(November 2009):894–9.
 45. Mercy K, Kwasny M, Sc D, Cordoro KM, Menter A, Tom WL, et al. Clinical Manifestations of Pediatric Psoriasis : Results of a Multicenter Study in the United States. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(4):424–8.
 46. Weisenseel P, Reich K. Psoriasis inversa. *Hautarzt.* 2015;66(6):408–12.
 47. Larsabal M, Ly S, Sbidian ED, Dauendorffer J, Dupin N, Richard MA, et al. GENIPSO : a French prospective study assessing instantaneous prevalence , clinical features and impact on quality of life of genital psoriasis among patients consulting for psoriasis. *Br J Dermatol.* 2019;180:647–56.
 48. Boyd AS, Menter A. Clinical review Erythrodermic psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1989;21(5):985–91.
 49. Hawilo A, Zaraa I, Benmously R, Mebazaa A, El Euch D, Mokni M BOA. Erythrodermic psoriasis: epidemiological clinical and therapeutic features about 60 cases. *Tunis Med.* 2011;89(11):841–7.
 50. Choon SE, Lai NM, Mohammad NA, Nanu NM, Tey KE, Chew SF. Clinical profile , morbidity , and outcome of adult-onset generalized pustular psoriasis : analysis of 102 cases seen in a tertiary hospital in Johor , Malaysia. *Int J Dermatol.* 2013;53:676–84.
 51. Varman KM, Namias N, Schulman CI, Pizano LR. Acute generalized pustular psoriasis , von

- Zumbusch type , treated in the burn unit . A review of clinical features and new therapeutics. *Burns*. 2014;40(4):e35–9.
52. Almeida S De, Gomes MM. Clinical and Laboratory Features in Acute Generalized Pustular Psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12(4):271–6.
 53. Hoegler KM, John AM, Handler MZ, Schwartz RA. Generalized pustular psoriasis : a review and update on treatment. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2018;32:1645–51.
 54. Timotijević ZS, Trajković G, Jankovic J, Relić M, Đorić D, Vukićević D, et al. How frequently does palmoplantar psoriasis affect the palms and / or soles ? A systematic review and meta-analysis. *Adv Dermatology Allergol* 5,. 2019;XXXVI(5):595–603.
 55. Rios CJP-DL, Pope E, Lara-Corrales I. A Systematic Review of Systemic Medications for Pustular Psoriasis in Pediatrics. *Pediatr Dermatol*. 2014;31(4):430–9.
 56. Oram Y, Akkaya AD. Treatment of Nail Psoriasis : Common Concepts and New Trends. *Dermatol Res Pract*. 2013;2013:180496.
 57. Kaul S, Singal A, Grover C, Sharma S. Clinical and histological spectrum of nail psoriasis: a cross sectional study. *J Cutan Pathol*. 2018;45(11):824–30.
 58. Golinska J, M. Sar-Pomian, Rudnicka L. Dermoscopic features of psoriasis of the skin , scalp and nails – a systematic review. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2019;33:648–60.
 59. Zargari O, Leyli EK, Azimi SZ. Nail Involvement in Patients with Psoriatic Arthritis in Northern Iran. *Autoimmune Dis*. 2018;2018:6.
 60. Uber M, Carvalho O, Abagge KT, Robl R, Werner B. Clinical features and nail clippings in 52 children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2018;2:202–7.
 61. Busard CID, Nolte JYC, Pasch MC, Spuls PI. Reporting of outcomes in randomized controlled trials on nail psoriasis : a systematic review *. *Br J Dermatol*. 2018;178:640–9.
 62. Pourchot D, Bodemer C, Ph D, Phan A, Ph D, Ph D, et al. Nail Psoriasis : A Systematic Evaluation in 313 Children with Psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2017;34(1):58–63.
 63. Williamson L, Dalbeth N, Dockerty JL, Gee BC, Weatherall R, Wordsworth BP. Extended report : nail disease in psoriatic arthritis — clinically important , potentially treatable and often overlooked. *Rheumatology*. 2004;43(6):790–4.
 64. Rouzaud M, Sevrain M, Villani AP, Barnetche T, Paul C, Richard M, et al. Is there a psoriasis skin phenotype associated with psoriatic arthritis ? Systematic literature review. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2014;28(Suppl. 5):17–26.
 65. Alinaghi F, Calov M, Kristensen E, Gladman DD. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis : A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Dermatology*. 2018;80(1):251–65.
 66. Vázquez-mellado J, Font P, Muñoz E, Estévez C. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA) : ¿ qué es , cómo surgió , quiénes somos y qué hacemos ? Metodología general. *Reumatol Clin*. 2008;4(Supl 4):17–22.
 67. Kimball AB, Leonardi C, Stahle M, Gulliver W, Chevrier M, Fakharzadeh S, et al. Demography , baseline disease characteristics and treatment history of patients with psoriasis enrolled in a multicentre , prospective , disease-based registry (PSOLAR)*. *Br J Dermatol*. 2014;171:137–47.
 68. Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/encuesta-nacional-de-situacion-nutricional-ensin.aspx>
 69. Chuit R, Ubogui J, Raimondo ECN, Magariños G, Sota R de la, Ibañez D. Estudio del perfil epidemiológico del paciente con psoriasis en diferentes países de Latinoamérica 2011 - 2014.

- Researchgate. 2015;
70. Naldi L, Chatenoud ÁL, Linder D, Fortina ÁAB, Peserico A, Rosa A, et al. Cigarette Smoking , Body Mass Index , and Stressful Life Events as Risk Factors for Psoriasis : Results from an Italian Case – Control Study. *J Invest Dermatol.* 2005;125(1):61–7.
 71. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. The association between psoriasis and obesity : a systematic review and meta-analysis of observational studies. 2012;2(12):e54-6.
 72. Owczarczyk-saczonek AB, Nowicki RJ. Prevalence of cardiovascular disease risk factors , and metabolic syndrome and its components in patients with psoriasis aged 30 to 49 years. *Postep Derm Alergol.* 2015;XXXII(4):290–5.
 73. Cao H. Adipocytokines in Obesity and Metabolic Disease Haiming. *J Endocrinol.* 2014;220(2):47–59.
 74. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *Am J Clin Nutr.* 2004;79(3):379–84.
 75. Flint AJ, Rexrode KM, Hu FB, Glynn RJ, Caspard H, Manson JE, et al. Body mass index, waist circumference, and risk of coronary heart disease: a prospective study among men and women. *Obes Res Clin Pr.* 2011;4(3):1–18.
 76. Koster A, Leitzmann MF, Schatzkin A, Mouw T, Adams KF, van Eijk JTM, et al. Waist circumference and mortality. *Am J Epidemiol.* 2008;167(12):1465–75.
 77. Upala S, Sanguankeo A. Effect of lifestyle weight loss intervention on disease severity in patients with psoriasis : a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* 2015;39(8):1197–202.
 78. Zurique-Sánchez MS, Zurique-Sánchez CP, Camacho-López PA, Sánchez-Sanabria M, Hernández-Hernández SC. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia. *ACTA MEDICA Colomb.* 2019;44(4):1–15.
 79. Kimmel SE, Mehta NN, David J. population-based study in the United Kingdom. *J Invest Dermatol.* 2012;132(3 0 1):556–62.
 80. Augustin M, Reich K, Glaeske G, Schaefer I, Radtke M. Co-morbidity and Age-related Prevalence of Psoriasis : Analysis of Health Insurance Data in Germany. *Acta Derm Venereol.* 2010;90(8):147–51.
 81. Takeshita J, Wang S, Shin DB, Mehta NN, Kimmel SE, Margolis DJ, et al. Effect of Psoriasis Severity on Hypertension Control A Population-Based Study in the United Kingdom. *JAMA Dermatology.* 2015;19104(2):161–9.
 82. Al-mutairi N, Al-farag S, Al-mutairi A, Al-shiltawy M. Comorbidities associated with psoriasis : An experience from the Middle East. *J Dermatol.* 2010;37:146–55.
 83. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and the Risk of Diabetes Mellitus A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatology.* 2013;149(1):84–91.
 84. W.Armstrong A, Guerin A, Sundaram M, Wu EQ, Faust ES, Ionescu-Iltu R, et al. Psoriasis and risk of diabetes-associated microvascular and macrovascular complications. *J Am Acad Dermatology.* 2015;72(6).
 85. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Av en Diabetol.* 2010;26(2):95–100.
 86. Rodríguez Ruiz F Peñaloza E Eslava J Gómez LC Sánchez H Amaya JL Arenas R Botiva Y. J. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales [Internet]. 2007. 27–260 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Córdoba.pdf>
 87. Jessica C, Jessica C, Hernández E, María R, Niebla L, Elena M, et al. Prevalencia del síndrome metabólico (SM) en pacientes con psoriasis I ntroducción. *Gac Med Mex.* 2014;150:311–6.
 88. Miele L, Vallone S, Cefalo C, Torre G La, Stasi C Di, Vecchio FM, et al. Prevalence ,

- characteristics and severity of non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis. *J Hepatol* [Internet]. 2009;51(4):778–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2009.06.008>
89. Roberts KK, Cochet AE, Lamb PB, Brown PJ, Battafarano DF, Brunt EM, et al. Alimentary Pharmacology and Therapeutics The prevalence of NAFLD and NASH among patients with psoriasis in a tertiary care dermatology and rheumatology clinic. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(December):293–300.
 90. Voort EAM Van Der, Koehler EM, Dowlatshahi EA, Hofman A, Mb BHS, Janssen HLA, et al. Psoriasis is independently associated with nonalcoholic fatty liver disease in patients 55 years old or older: Results from a population-based study. *J Am Dermatology* [Internet]. 2013;70(3):517–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.10.044>
 91. Abedini R, Salehi M, Lajevardi V, Beygi S. Patients with psoriasis are at a higher risk of developing nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40:722–7.
 92. Gisondi P, Targher G, Zoppini G, Girolomoni G. Non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis. *J Hepatol* [Internet]. 2009;51(4):758–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2009.04.020>
 93. Phan K, Onggo J, Charlton O, Smith SD. Relationship between psoriasis and non-alcoholic fatty liver disease – Updated systematic review and adjusted meta-analysis. *Australas J Dermatol*. 2019;60(4):352–5.
 94. Reduce consumo de tabaco en Colombia [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2018 [cited 2020 Apr 26]. p. Boletín de Prensa No 069. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reduce-consumo-de-tabaco-en-Colombia.aspx>
 95. Richer V, Roubille C, Fleming P, Starnino T, Mccourt C, Mcfarlane A, et al. Psoriasis and Smoking : A Systematic Literature Review and Meta-Analysis With Qualitative Analysis of Effect of Smoking on Psoriasis Severity. *J Cutan Med Surg*. 2016;20(3):221–7.
 96. Fortes C, Mastroeni S, Sampogna F, Melchi F, Mazzotti E, Pasquini P, et al. Relationship Between Smoking and the Clinical Severity of Psoriasis. *Arch Dermatol*. 2015;141:1580–4.
 97. Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and Major Adverse Cardiovascular Events : A Systematic. *J Am Heart Assoc*. 2013;2(2).
 98. Rodríguez-Zúñiga MJM, García-Perdomo HA. Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4):657-666.e8.
 99. Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: Cohort study using the general practice research database. *Eur Heart J*. 2010;31(8):1000–6.
 100. Rodríguez-Zúñiga MJM, Cortez-Franco F, Quijano-Gomero E. Relación entre psoriasis y síndrome metabólico en Latinoamérica. Revisión sistemática y metaanálisis. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(4):326–34.
 101. Elmets CA, Leonardi CL, Davis DMR, Gelfand JM, Lichten J, Mehta NN, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Dermatology*. 2019;80(4):1073–113.
 102. Anderson P Colon J GA. Alcohol y atención primaria de la salud Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones Clínicas Básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. *Organ Panam la Salud*. 2008;1.
 103. Sojo C. Patrones de Consumo de Alcohol en América Latina Análisis comparado de 9 países. *FLACSO Costa Rica Proy EPCA*. 2014;
 104. Akay A, Pekcanlar A, Bozdog K, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects

- with psoriasis vulgaris and lichen planus. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2002;16:347–52.
105. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J, Lauharanta J, Karkkainen P. Alcohol intake : a risk factor for psoriasis in young and middle aged men ? *Br Med J.* 1990;300(6727):780–3.
 106. Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetche T, Paul C, Richard M, et al. Alcohol consumption and psoriasis : a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2013;27(3):30–5.
 107. Gerdes S, Zahl VA, Weichenthal M, Mrowietz U. Smoking and Alcohol Intake in Severely Affected Patients with Psoriasis in Germany. *Dermatology.* 2010;220:38–43.
 108. Parisi R, Webb RT, Carr MJ, Moriarty KJ, Kleyn CE, Griffiths CEM, et al. Alcohol-Related Mortality in Patients With Psoriasis A Population-Based Cohort Study. *JAMA Dermatology.* 2017;153(12):1256–62.
 109. Madariaga AG, Santos Palacios S, Guillén-Grima F, Galofré JC. The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: A meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(3):923–31.
 110. Borges A s, Moura M, Coelho V, Brasileiro A. A possible association between psoriasis and thyroid dysfunction. *Eur J Dermatology.* 2018;28(5):713–5.
 111. Namiki K, Kamata M, Shimizu T, Chijiwa C, Uchida H, Okinaga S, et al. Thyroid dysfunction in patients with psoriasis: Higher prevalence of thyroid dysfunction in patients with generalized pustular psoriasis. *J Dermatol.* 2020;47(2):133–9.
 112. Alidrisi HA, Al Hamdi K, Mansour AA. Is There Any Association Between Psoriasis and Hashimoto's Thyroiditis? *Cureus.* 2019;11(3).
 113. Vassilatou E, Papadavid E, Papastamatakis P, Alexakos D, Koumaki D, Katsimbri P, et al. No association of psoriasis with autoimmune thyroiditis. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2017;31(1):102–6.
 114. Kiguradze T, Bruins FM, Guido N, Bhattacharya T, Rademaker A, Florek AG, et al. Evidence for the association of Hashimoto's thyroiditis with psoriasis: a cross-sectional retrospective study. *Int J Dermatol.* 2017;56(5):553–6.
 115. Wang SH, Wang J, Lin YS, Tung TH, Chi CC. Increased risk for incident thyroid diseases in people with psoriatic disease: A cohort study. *J Am Acad Dermatol [Internet].* 2019;80(4):1006–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.049>
 116. Solmaz D Kimyon G Gunal E. K Dogru A Bayindir O Dalkilic E Ozisler C Can M Akar S Cetin G. Y Yavuz S Kilic L Tarhan E. F Kucuksahin O Omma A Gonullu E Yildiz F Ersozlu E. D Cinar M Onazi A Erden A Tufan M.A Yilmaz S Pehle Aydin S. Z BS. The impact of having family history of psoriasis or psoriatic arthritis on psoriatic disease. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020;72(1):63–8.
 117. Opez-estebanz JLL, Anchez-carazo JLS, Sulleiro S. Effect of a family history of psoriasis and age on comorbidities and quality of life in patients with moderate to severe psoriasis : Results from the ARIZONA study. *J Dermatol.* 2016;43(August 2015):395–401.
 118. ALTOBELL E, PETROCELL R, MARZILIANO C, FARGNOLI MC, MACCARONE M, CHIMENTI S, et al. Family history of psoriasis and age at disease onset in Italian patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 2007;156:1362–402.
 119. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF. Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: Results of a case-control study. *J Am Acad Dermatology.* 2001;44:433–8.
 120. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. *Minist Salud y Protección Soc.* 2017;1–47.
 121. Aberra TM, Joshi AA, Lerman JB, Rodante JA, Dahiya AK, Teague HL, et al. Self-reported

- depression in psoriasis is associated with subclinical vascular diseases. *Atherosclerosis*. 2016;251:219–25.
122. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients : A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Invest Dermatol*. 2014;134(6):1542–51.
 123. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The Psychological Burden of Skin Diseases : A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *J Invest Dermatol*. 2015;135(October 2014).
 124. Helmick CG, Lee-han H, Hirsch SC, Baird TL, Bartlett CL. Prevalence of Psoriasis Among Adults in the U.S. *Am J Prev Med*. 2014;47(1):37–45.
 125. Fleming P, Bai JW, Pratt M, Sibbald C, Lynde C, Gulliver WP. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis : a systematic review of observational studies and clinical trials. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2016;31(5):798–807.
 126. Menter A, Augustin M, Signorovitch J, Yu AP, Wu EQ, Pharmd SRG, et al. The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: A randomized clinical trial. *J Am Dermatology*. 2009;62(5):812–8.
 127. Strober B, Gooderham M, Jong EMGJ De, Lawson F, Langholff W, Hopkins L, et al. Depressive symptoms , depression , and the effect of biologic therapy among patients in Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). *J Am Dermatology*. 2017;78(1):70–80.
 128. Griffiths CEM, Ortonne J, Kragballe K, Molta CT, Robertson D, Pedersen R, et al. Improvements in patient-reported outcomes in moderate-to-severe psoriasis patients receiving continuous or paused etanercept treatment over 54 weeks : the CRYSTEL study. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2009;23:1374–82.
 129. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dermatology*. 2017;77(3):425-440.e2.
 130. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis. *Arch Dermatol*. 2015;146(8):891–5.
 131. Henry AL, Kyle SD, Bhandari S, Chisholm A, Christopher E. Measurement , Classification and Evaluation of Sleep Disturbance in Psoriasis : A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(6):1–18.
 132. Gowda S, Goldblum OM, Mccall WV, Feldman SR. Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *J Am Dermatology*. 2010;63(1):114–23.
 133. Gupta MA, Simpson FC, Gupta AK. Psoriasis and Sleep-Disorders: A Systematic Review. *Sleep Med Rev*. 2015;29:63–75.
 134. Sanclemente G, Burgos C, Nova J, Hernández F, González C, Reyes MI. The impact of skin diseases on quality of life : A multicenter study. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(3):244–52.
 135. Chren M-M. The Skindex Instruments to Measure the Effects of Skin Disease on Quality of Life. *Dermatol Clin*. 2012;30(2):231–6.
 136. Gaitán-López DF, Correa-Bautista JE, Vinaccia S, Ramírez-Vélez R. Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes colombianos: Estudio FUPRECOL. *Colomb Med*. 2017;48(1):12–8.
 137. Santos AM, Cuervo FM, Angarita I, Saldarriaga EL, Rueda JC, Giraldo R, et al. Calidad de vida evaluada por EQ-5D-3L de los enfermos reumáticos en Colombia. *ACTA MEDICA Colomb*. 2018;40(1):90–1.
 138. Viana Barceló RA, Navarro España JL. Estado de salud de los colombianos: una aplicación

- del eq-5d-3l. *Arch Med*. 2018;18(1):134–45.
139. Noe MH, Wan MT, Shin DB, Armstrong AW, Duffin KC, Chiesa Fuxench ZC, et al. Patient-reported outcomes of adalimumab, phototherapy, and placebo in the Vascular Inflammation in Psoriasis Trial: A randomized controlled study. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(4):923–30.
 140. Balieva F, Kupfer J, Lien L, Gieler U, Finlay AY, Tomás-Aragonés L, et al. The burden of common skin diseases assessed with the EQ5D™: a European multicentre study in 13 countries. *Br J Dermatol*. 2017;176(5):1170–8.
 141. Karaoghlanian N, Erntoft S, Vinding GR, Jemec G, Møller A. A systematic literature review to compare quality of life in psoriasis with other chronic diseases using EQ-5D-derived utility values. *Patient Relat Outcome Meas*. 2015;6:167–77.
 142. Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, Kimmel SE, Ogdie A, Margolis DJ, et al. Psoriasis severity and the prevalence of major medical co-morbidities: a population-based study. *JAMA Dermatology*. 2013;149(10):1173–9.
 143. Owczarek K, Jaworski M. Quality of life and severity of skin changes in the dynamics of psoriasis. *Adv Dermatol Allergol* 2016; 2016;2:102–8.
 144. Donida L, Miot B. Psoriasis : correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) in patients assessed before. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):760–3.
 145. Orsolya R, La B, Jo H, Ka S. Exploring the relationship between EQ-5D , DLQI and PASI , and mapping EQ-5D utilities : a cross-sectional study in psoriasis from Hungary. *Eur J Heal Econ*. 2014;15(1):111–9.
 146. Life D, Index Q, Turkish T, Area P, Index S, Area BS, et al. The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey. *Eur J Dermatol* 2015; 2015;25(April):169–76.
 147. Mason ARR, Mason JMM, Cork MJJ, Hancock H, Dooley G. Topical Treatments for Chronic Plaque Psoriasis of the Scalp: a Systematic Review. *Br J Dermatol*. 2013;169(3):519–27.
 148. Devaux S, Castela A, Archier E, Gallini A, Joly P, Misery L, et al. Adherence to topical treatment in psoriasis: A systematic literature review. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2012;26(SUPPL. 3):61–7.
 149. Kravvas G, Gholam K. Use of topical therapies for pediatric psoriasis: A systematic review. *Pediatr Dermatol*. 2018;35(3):296–302.
 150. Castela E, Archier E, Devaux S, Gallini A, Aractingi S, Cribier B, et al. Topical corticosteroids in plaque psoriasis: A systematic review of efficacy and treatment modalities. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2012;26(SUPPL. 3):36–46.
 151. Samarasekera EJ, Sawyer L, Wonderling D, Tucker R, Smith CH. Topical therapies for the treatment of plaque psoriasis: Systematic review and network meta-analyses. *Br J Dermatol*. 2013;168(5):954–67.
 152. Queirós CS, Duarte GS, Costa J, Vaz-Carneiro A. Analysis of the cochrane review: Topical treatments for scalp psoriasis. *Cochrane database syst rev*. 2016;2:Cd009687. *Acta Med Port*. 2017;30(3):163–8.
 153. Jacobi A, Mayer A, Augustin M. Keratolytics and Emollients and Their Role in the Therapy of Psoriasis: a Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5(1):1–18.
 154. Fernando C, Ardila G, Ivette C, Correa C, Darío M, Franco F, et al. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia Editores. *Rev la Asoc Colomb Dermatología y Cirugía Dermatológica*. 2018;
 155. Yan R, Jiang S, Wu Y, Gao XH, Chen HD. Topical calcipotriol/betamethasone dipropionate for psoriasis vulgaris: A systematic review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2016;82(2):135–44.
 156. Devaux S, Castela A, Archier E, Gallini A, Joly P, Misery L, et al. Topical vitamin D analogues

- alone or in association with topical steroids for psoriasis: A systematic review. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2012;26(SUPPL. 3):52–60.
157. Dattola A, Silvestri M, Bennardo L, Longo C, Bianchi L, Nisticò S, et al. Update of calcineurin inhibitors to treat inverse psoriasis : A systematic review. *Dermatol Ther.* 2018;(August):22–5.
 158. Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, Wu JJ, Reynolds KA, Pithadia DJ, et al. Treatments for inverse psoriasis : a systematic review. *J Dermatolog Treat [Internet].* 2019;0(0):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1620912>
 159. Malecic N, Young H. Tacrolimus for the management of psoriasis : clinical utility and place in therapy. *Dovepress.* 2016;6:153–63.
 160. Erickson BK, Larson DR, Sauver JLS, Meverden RA, Orvidas LJ. Changes in incidence and indications of tonsillectomy and adenotonsillectomy , 1970-2005. *Otolaryngol Neck Surg [Internet].* 2009;140(6):894–901. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2009.01.044>
 161. Msci TDR, Dhillon JS, Florek AG, Mph AWA. Effect of tonsillectomy on psoriasis: A systematic review. 2014;
 162. THORLEIFSDOTTIR RH, SIGURDARDOTTIR SL, SIGURGEIRSSON B, OLAFSSON JH, SIGURDSSON MI, PETERSEN H, et al. Patient-reported Outcomes and Clinical Response in Patients with Moderate-to-severe Plaque Psoriasis Treated with Tonsillectomy: A Randomized Controlled Trial 1. *Acta Derm Venereol.* 2017;97(10):340–5.
 163. Chen X, Yang M, Cheng Y, Liu GJ, Zhang M. Narrow-band ultraviolet B phototherapy versus broad-band ultraviolet B or psoralen-ultraviolet A photochemotherapy for psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(10):CD009481.
 164. Almutawa F, Alnomair N, Wang Y, Hamzavi I, Lim HW. Systematic review of UV-based therapy for psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14(2):87–109.
 165. Warren RB, Mrowietz U, von Kiedrowski R, Niesmann J, Wilsmann-Theis D, Ghoreschi K, et al. An intensified dosing schedule of subcutaneous methotrexate in patients with moderate to severe plaque-type psoriasis (METOP): a 52 week, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2017;389(10068):528–37.
 166. Arani SF, Spuij RW, Nijsten T, Neumann HAM, Thio B. Enteric-coated mycophenolate sodium in psoriasis vulgaris : an open pilot study. *J Dermatolog Treat.* 2014;25:46–9.
 167. George L, Hamann I, Chen K, Choi J, Fernandez-pen P. An analysis of the dermatological uses of mycophenolate mofetil in a tertiary hospital. *J Dermatolog Treat.* 2015;26(1):63–6.
 168. Beissert S, Sticherling M. A Comparison of Mycophenolate Mofetil with Ciclosporine for the Treatment of Chronic Plaque-Type Psoriasis. *Dermatology.* 2009;219:126–32.
 169. Akhyani M, Fateh S. Efficacy and safety of mycophenolate mofetil vs . methotrexate for the treatment of chronic plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2010;24:1447–51.
 170. Pedraz J, Daudén E. Sequential study on the treatment of moderate-to-severe chronic plaque psoriasis with mycophenolate mofetil and cyclosporin. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2006;20:702–6.
 171. Lebwohl M, Lim HW, Voorhees AS Van, Beutner KR. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Am Dermatology [Internet].* 62(1):114–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2009.08.026>
 172. Menter A, Gelfand JM, Connor C, Armstrong AW, Cordoro KM, Davis DMR, et al. Joint American Academy of Dermatology e National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Dermatology [Internet].* 2020;82(6):1445–86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.044>
 173. Malik T, Ejaz A. Comparison of methotrexate and azathioprine in the treatment of psoriasis : a

- randomized controlled trial. *J Pakistan Assoc Dermatologists* 2010; 2010;20:152–7.
174. Vivier ADU, Munro DD, Verbov J. Treatment of Psoriasis with Azathioprine. *Br Med J*. 1974;(January):49–51.
 175. Gupta R. Prolonged remission of psoriasis with azathioprine pulse therapy. *Indian J Dermatol*. 2015;60(4):360–3.
 176. Verma P, Verma KK, Khanna N, Gupta S, Bhari N. Effectiveness of weekly azathioprine pulse in the treatment of chronic plaque psoriasis : an open-label study. *Clin Exp Dermatol*. 2016;41:717–22.
 177. Chouela E, Amaya M, Londoño A, Romiti R, Valenzuela F, A. DA, et al. Psoriasis in Latin America. *Dermatol Online J*. 2013;19(6):1–19.
 178. Altobelli E, Marziliano C, Fagnoli MC, Petrocelli R, MacCarone M, Chimenti S, et al. Current psoriasis treatments in an Italian population and their association with socio-demographical and clinical features. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2012;26(8):976–82.
 179. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Prater EF, Stoff B, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(4):1029–72.

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Tabla.3. Variedad clínica de psoriasis		
Población	(N=121)	Porcentaje (100%)
Placas	113	93
Cuero cabelludo	69	57
Uñas	42	35
Gutata	12	10
Invertida	10	8
Eritrodermia	5	4
Pustulosa	2	2
Sin dato	4	3
Artritis		
Interfalangicas	7	44
Espondolitis/sacroileitis	4	25
Muñecas	2	13
Codos	2	13
Rodillas	2	13
Metacarpofalagicas	1	6
Perdidos	2	13
Años del diagnóstico		
Maximo	Minimo	Media
45.0	0.0	12.5

*Número de participantes a quienes no se les diligenció este dato.

**Porcentaje relacionado a población total (N=125)

Figura.4. Tratamientos tópicos



Tabla.8. Tratamiento sistémico		
Población	(N=125)	Porcentaje (100%)
Fototerapia	70	56
Metotrexato	56	45
Acitretina	4	3
Micofenolato	3	2
Ciclosporina	2	2
Azatioprina	1	1
Terapia biológica	22	18
Ustekinumab	10	45
Adalimumab	6	27
Etanercept	4	18
Secukinumab	2	9
Ixekizumab	1	5
Guselkumab	1	5

Tabla.9. Hallazgos unguales		
Población	(N=42)	Porcentaje (100%)
Matriz unguar		
Oquedades	26	62
Leuconiquia	16	38
Lecho unguar		
Onicólisis	23	55
Hiperqueratosis	13	31
Manchas en aceite	7	17
Distrofia	8	19

** No todos los pacientes tenían psoriasis unguar, por lo que sólo se describen los hallazgos en los casos con compromiso unguar.

Figura.5. Hallazgos ungulares

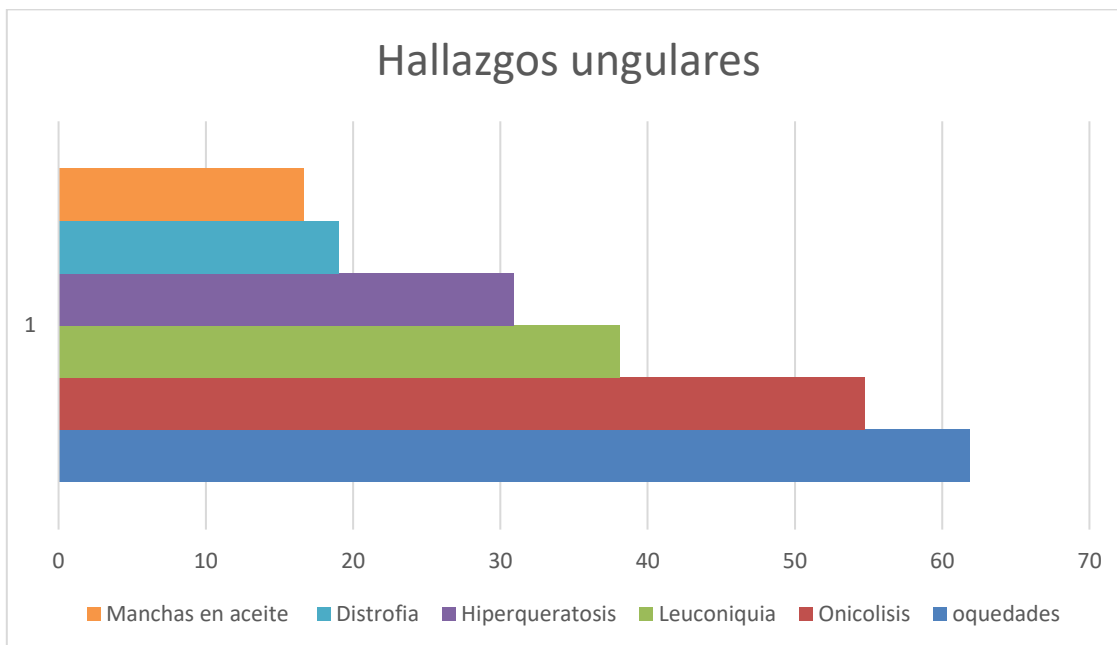


Tabla.10. Hábitos			
Población		(N=125)	Porcentaje (100%)
Consumo actual cigarrillo			
Si		16	13
No		106	85
Numero de cigarrillos/día			
Máximo	Mínimo	Media	Mediana
20.0	1.0	7.9	6.0
Consumo actual de licor			
Si		22	18
No		103	82
Numero de copas/día			
Máximo	Mínimo	Media	Mediana
20.0	1.0	8.6	7.0
Tipo de licor consumido			
Cerveza		12	
Whisky		4	
Aguardiente		3	
Ron		2	
Vino tinto		1	
Consumo de otras sustancias psicoactivas			
Si		12	10
No		113	90

Tabla.11. EuroQol 5 Dimensions 3 Level (EQ5D-3L) N(119) Sin dato (6*)

Dimensiones	Movilidad	Autocuidado	Actividades diarias	Dolor/malestar	Ansiedad/ Depresión
Nivel	Total	Total	Total	Total	Total
1	98 (82%)	110 (92%)	100 (84%)	78 (%65)	69(58%)
2	18 (17%)	9 (8%)	18 (15%)	38 (32%)	42 (35%)
3	0 (%)	0 (%)	1(1%)	3 (3%)	8(7%)
Estado de salud Hoy					
	Máxima	Mínima	Media	Mediana	
	100%	10%	70%	75%	

*Número de participantes a quienes no se les diligenció este dato.

Clinical and sociodemographic characterization of patients with psoriasis and its impact on quality of life in institutions providing health services in the city of Medellín

Abstract

Introduction: The epidemiology of psoriasis is well defined in European and American populations, however, in the Colombian context, there is a lack of adequate local studies that characterize the disease in our Antioquia population.

Objectives: to determine the clinical, sociodemographic and economic; as well as the impact on the quality of life of patients diagnosed with psoriasis in the city of Medellín, Colombia.

Methods: descriptive study, which included a cohort of patients diagnosed with psoriasis of any severity in health institutions and educational programs of the patient society FUNDAPSO in Medellín, Antioquia, between 2018 and 2020. A structured survey was used to collect sociodemographic, economic, clinical and quality of life data, using scales such as PASI, PGA, NAPSÍ and SKINDEX-29. Initially, a univariate analysis of the variables was carried out to find out their frequencies. For the analysis of qualitative ordinal and nominal variables, absolute and relative frequencies and proportions were used. For the continuous variables, the appropriate summary measures and their central tendency measures were used.

Results: A total of 125 patients were surveyed. The mean age was 46 years. 53% were women and 47% were men. 53% had studied up to secondary level or less and only 18% had a profession. 74% belonged to the lower socioeconomic levels 1, 2 and 3. 38% of the people were financially dependent on another person for survival. 18% had a regular consumption of liquor; 13% were smokers; 10% were users of other psychoactive substances; and 30% had some sleep disorder. The most common clinical type found was plaque (93%) and nail involvement occurred in 35%. The mean PASI, PGA, NAPSÍ scores were 6.4, 2.3 and 20.6, respectively. The most frequent comorbidity was obesity in 24%, followed by high blood pressure in 16% and dyslipidemia in 9%. 30% had some psychiatric history. 13% suffered from psoriatic arthritis. Phototherapy was used in 56% of patients, the most commonly used systemic therapy was methotrexate in 45% and 18% were treated with biological therapy. The quality of life measured with Skindex-29 was affected in all its domains, the most important being the domain of symptoms and emotions of the scale.

Conclusions: a characterization was made, clinical, demographic, quality of life and some economic indicators related to the family budget invested in all aspects related to the disease. It also allowed an integrated analysis from multiple variables collected in different reference institutions in the city, highlighting data such as the low educational level of the population, low economic income, failures in the health system, high frequency of associated comorbidities, mental illness and addictions, and also the impact of psoriasis on quality of life, even in mild-moderate cases, through tools such as Skindex-29 and EQ5D-3L. Likewise, this study serves as a basis for the future realization of studies that from their analytical observational design allow the evaluation of causal relationships.

Key words: psoriasis, epidemiology, Skindex-29, EQ5D-3L, Medellín, quality of life and Colombia
