



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

PSORIASIS Y COMORBILIDADES EN EL PERSONAL MILITAR
HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2016

PRESENTADA POR
LIZ KAREN CEVALLOS RIVA

ASESOR
PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA CON MENCIÓN
EN DERMATOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

PSORIASIS Y COMORBILIDADES EN EL PERSONAL MILITAR

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2016

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN MEDICINA
CON MENCIÓN EN DERMATOLOGÍA**

PRESENTADA POR

LIZ KAREN CEVALLOS RIVA

ASESOR

DR PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

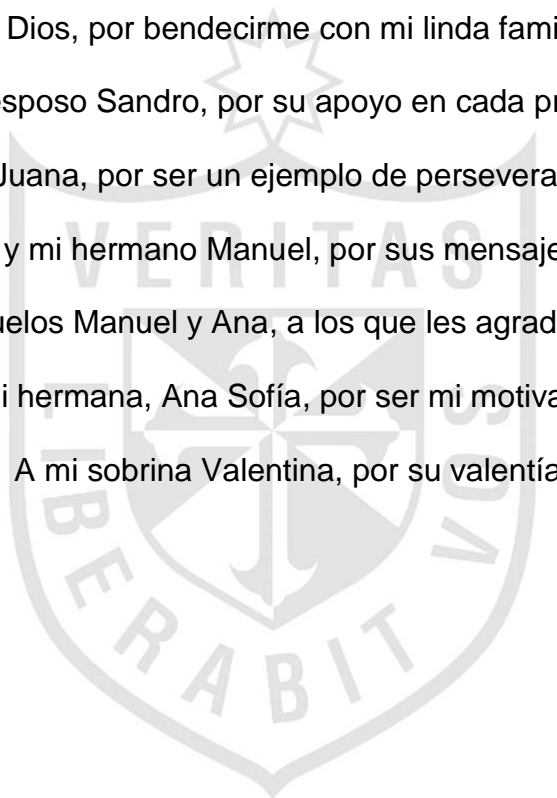
LIMA-PERÚ

2017



JURADO

- Presidente** : DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ
- Miembro** : DR. MANUEL JESUS LOAYZA ALARICO
- Miembro** : DR. JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO



A Dios, por bendecirme con mi linda familia;
A mi esposo Sandro, por su apoyo en cada proyecto;
A mi madre Juana, por ser un ejemplo de perseverancia y trabajo;
A mi padre y mi hermano Manuel, por sus mensajes de aliento;
A mis abuelos Manuel y Ana, a los que les agradezco tanto;
A mi hermana, Ana Sofía, por ser mi motivación;
A mi sobrina Valentina, por su valentía

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, el cual me ha guiado en la realización de esta tesis.

A mis maestras, María del Carmen Sialer Vildózola, Eliana Sáenz Anduaga, Eliana Casanova Claire y Eva Tejada Espinoza, por ser un ejemplo a seguir en esta fascinante carrera y enseñarme sus valiosos conocimientos.

Al departamento de estadística, al Tte EP Ccama Nifla Roger; al departamento de registros médicos y docencia e investigación, por brindarme facilidades para obtener la información necesaria para hacer posible este proyecto.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes de la investigación	
1.2 Bases teóricas	7
1.3 Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
2.1 Formulación de la hipótesis	
2.2 Variables y su Operacionalización	
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	25
3.1 Tipo y diseño de la investigación	
3.2 Diseño muestral	
3.3 Procedimientos de recolección de datos	26
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	
3.5 Aspectos éticos	
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	27
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXOS	
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos	

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar las comorbilidades más frecuentes en el personal militar con psoriasis en el Hospital Militar Central durante el año 2016. Se trata de un estudio cualitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se obtuvieron los datos de historias clínicas, mediante una ficha de recolección de datos generada para este objetivo. Para el análisis se usó estadística descriptiva. De la población estudiada, 60,61% (40/66) es \geq 60 años, 100% (66/66) sexo masculino, 45,45% (30/66) son técnicos; 28,79% (19/66), oficiales superiores y 71,2% (47/66) está en retiro. El 95,5% (63/66) tiene psoriasis tipo placa y 71,2% (47/66) tiempo de evolución entre 0 a 10 años. En cuanto a las comorbilidades, 75,76% (50/66) tiene disminución de lipoproteínas de alta densidad; 54,55% (36/66), glucosa plasmática en ayunas elevada; 43,9% (29/66), hipertrigliceridemia; 30,3%, obesidad; 28,8% (19/66) diabetes mellitus 2 y 10,6% (7/66) artritis psoriásica. La psoriasis en personal militar del Hospital Militar Central el año 2016, es más frecuente en mayores de 60 años, en técnicos y oficiales superiores, la mayoría en situación de retiro y la comorbilidad más frecuente hallada es la disminución de lipoproteínas de alta densidad, seguida del incremento de la glucosa plasmática en ayunas, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus 2 y artritis psoriásica.

Palabras clave: Psoriasis, comorbilidades, militares.

ABSTRACT

The objective of the study was known the most frequent comorbidities in military personnel with Psoriasis in the Central Military Hospital during the year 2016.

This is a qualitative, observational, descriptive, retrospective cross-sectional study. Clinical data were obtained by means of a data collection card generated for this purpose. For the analysis of the data obtained, descriptive statistics were used. Of the population studied, 60.61% (40/66) is ≥ 60 years, 100% (66/66) male, 45.45% (30/66) are technical, 28.79% (19/66) Senior officers and 71.2% (47/66) are in retirement. 95.5% (63/66) had plaque-type psoriasis and 71.2% (47/66) evolution time between 0 and 10 years. As for comorbidities, 75.76% (50/66) had a decrease in high density lipoprotein, 54.55% (36/66) fasting plasma glucose, 43.9% (29/66) hypertriglyceridemia, 30, 3% obesity, 28.8% (19/66) diabetes mellitus 2 and 10,6% (7/66) psoriatic arthritis. Psoriasis in military personnel of the Central Military Hospital in 2016, is more frequent in people older than 60 years, in technicians and senior officers, the majority in retirement situation and the most frequent comorbidity found is the reduction of high density lipoproteins, followed Increase in fasting plasma glucose, hypertriglyceridemia, high blood pressure, obesity, diabetes mellitus 2 and psoriatic arthritis.

Keywords: Psoriasis, comorbidities, military.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de etiología multifactorial, con participación del factor genético, autoinmune y ambiental.¹

La psoriasis y sus comorbilidades, están cobrando importancia alrededor del mundo, así como los mecanismos de como las comorbilidades se relacionan con la psoriasis.² Esta relación se evidencia en múltiples estudios, por lo que se ha dividido la asociación entre psoriasis y comorbilidades en clásicas, emergentes, relacionadas al estilo de vida y al tratamiento,³ y se vienen realizando revisiones acerca de psoriasis, sus comorbilidades y la importancia de la clínica para reconocerlas.^{4,5}

Es importante el tratamiento oportuno y precoz de esta entidad, comprendiendo la existencia de patologías asociadas como son la artritis psoriásica, enfermedad cardiovascular, hígado graso no alcohólico, enfermedad inflamatoria intestinal, linfoma, cáncer de piel, ansiedad, depresión, entre otros; por lo que se ha realizado guías de práctica clínicas para el abordaje integral de estos pacientes y sus comorbilidades,⁶ considerándose como comorbilidades graves a la artritis psoriásica, depresión, malignidades y complicaciones cardiovasculares.⁷

Hay estudios que demuestran una relación entre obesidad e inflamación crónica, que podría contribuir al desarrollo o agravamiento de psoriasis.⁸

También se ha revisado la relación entre psoriasis y el síndrome metabólico, cuya fisiopatología explicaría el vínculo de causalidad entre ambas patologías.⁹

En Reino Unido se estudió la Severidad de la Psoriasis y la prevalencia de comorbilidades y estas se incrementaban cuanto mayor era la severidad.¹⁰ En Argentina estudiaron la relación entre psoriasis y comorbilidades destacando la importancia de conocerlas, detectarlas y tratarlas por un médico especialista.¹¹

En Perú investigaron las comorbilidades en pacientes con psoriasis grave, encontrando alto porcentaje de sobrepeso y enfermedades metabólicas.¹²

Es importante y útil investigar acerca de psoriasis, como una enfermedad sistémica, porque no hay estudios previos en el Hospital Militar y es una consulta frecuente en dermatología.

No se ha encontrado información, en la literatura, sobre psoriasis y comorbilidades en militares únicamente por lo que será un nuevo conocimiento el establecer las comorbilidades más frecuentes, así como identificar la edad, la categoría militar, y la situación en el servicio, lo cual nos permitirá conocer sobre la población afectada y realizar un mejor manejo y prevención de dichas patologías aplicado a la población de estudio.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

En el año 2015, se elaboró un estudio de tipo descriptivo, observacional y diseño retrospectivo, con todos los pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis que fueron 114. La investigación determinó que la mayoría fueron hombres, que el tiempo de evolución fue muy variable, en cuanto a la clínica, la psoriasis en placa fue la forma preponderante, la mayoría tenía un cuadro psoriásico leve y en cuanto a las comorbilidades: 9% afectación articular, 76% sobrepeso u obesidad, 25% síndrome metabólico, 33% hipertensión y 26% tenía diabetes mellitus 2. Concluyeron que se encuentran resultados similares a los obtenidos en la literatura, y que es importante manejar la enfermedad como inflamatoria sistémica y tratar las comorbilidades.¹³

En septiembre de 2014 se realizó un estudio observacional, transversal, con muestreo de conveniencia. Se evaluaron ciento noventa pacientes y se encontró que no hubo diferencia significativa entre sexos, la mayoría tenían cuadro psoriásico leve, que la manifestación clínica predominante fue de psoriasis en placa con 78.4% y un incremento en la prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus 2, síndrome metabólico, obesidad y un riesgo cardiovascular de 47.2% para enfermedad coronaria fatal y no fatal en 10 años. En conclusión, se evidenció una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y un moderado a alto riesgo de enfermedad coronaria en los pacientes estudiados, de esta forma se dedujo que las comorbilidades

aumentan la morbilidad y mortalidad, por lo cual es necesario entender la psoriasis como una enfermedad sistémica, tratarla y prevenir las comorbilidades. ¹⁴

En junio del 2014, se elaboró un estudio tipo descriptivo transversal de diseño retrospectivo de pacientes con psoriasis grave que iniciarían terapia biológica, se estudió 24 pacientes, la mayoría varones, con un tiempo de enfermedad promedio de 15 años, un promedio de PASI con valor de 16,7 y de DLQI con valor de 12,08, y las comorbilidades más frecuentemente encontradas fueron hipertensión arterial con 41,6% y artritis psoriásica con 30%. Concluyeron que en los pacientes estudiados se encontró índices elevados de PASI, DLQI y porcentaje de afectación corporal, y los pacientes con psoriasis grave presentaron alto porcentaje de comorbilidades metabólicas y sobrepeso. ¹²

En un estudio transversal de cohorte realizado en 9035 pacientes con psoriasis se investigó la prevalencia y comorbilidades en el año 2013. Los pacientes tenían de 25 a 64 años y se halló mediante el área de superficie corporal que el 51,8% tenía psoriasis severa; 35.8 %, moderada y 12.4%; leve; la media de edad fue de 46 años, 50,6% hombres y 49,4% mujeres, se estudió con el índice de comorbilidad de Charlson que es para predecir el riesgo de mortalidad y se encontró que la psoriasis se asoció con mayor prevalencia de enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus, diabetes mellitus con complicaciones sistémicas, hepatopatía leve, infarto de miocardio, úlcera péptica, enfermedad vascular periférica, renal y reumatológica, así como asociaciones significativas entre gravedad de la psoriasis y las mencionadas comorbilidades. Concluyeron

que había un incremento de comorbilidades que pueden tener relación con aumento en la mortalidad en los pacientes con psoriasis severa y resaltaron la importancia del manejo integral del paciente con psoriasis mientras mayor sea la severidad. ¹⁰

En noviembre del 2013, se realizó un estudio de tipo descriptivo y diseño prospectivo, en el que se incluyeron 72 pacientes, de ellos, 44 (61.1%) eran mujeres y 28 (38.9%) hombres, con rangos de edades de $51 \pm 15,9$ años. Se halló que 16 (22.2%) tenían sobrepeso y 20 (27.8%) eran obesos. Se encontró que el 79.5% de mujeres tenían obesidad central, un porcentaje mayor a lo observado en hombres (42.9%). El diagnóstico de dislipidemia fue en 29 (65.9%) de mujeres y 22 (78.6%) de hombres. Concluyendo que la dislipidemia y obesidad en pacientes con psoriasis incrementa el riesgo de enfermedades sistémicas y metabólicas, y puede afectar la calidad de vida, por lo que es necesario el estudio de estas comorbilidades. ¹

En julio del 2013, se elaboró un estudio de tipo descriptivo y diseño prospectivo que tenía en su población a 52 pacientes, de ellos 26 eran hombres y 26, eran mujeres, de 41 a 64 años, la investigación determinó que la psoriasis fue leve en el 67,3 %; moderada en 23.1% y grave en 9.6%. El 59,6 % de los pacientes tenía síndrome metabólico, la artritis psoriásica estuvo presente en el 19,2 %; la obesidad abdominal, en el 73,1 % mientras que 61.5%, dislipidemia de tipo de hipertrigliceridemia; además, el 36,5 %, antecedentes de diabetes mellitus o alteración de sus niveles plasmáticos, la presión arterial se encontraba elevada o tenían antecedentes de hipertensión arterial en 61.5%, de los pacientes, y el

84,6 % presentó afectación en su calidad de vida. Concluyendo que es importante un tamizaje de los factores de riesgo asociados al síndrome metabólico con el fin de realizar intervenciones anticipadas que permitan influir positivamente en mejorar la morbimortalidad de estos pacientes que incluyan modificar el estilo de vida de los pacientes con psoriasis. ¹⁵

En el 2009 se realizó un estudio de tipo descriptivo y diseño retrospectivo, revisando 120 historias clínicas. De 120 pacientes, 44 fueron mujeres y 76 fueron varones con edades entre 6 y 87 años. El 54.5% de las mujeres y el 48.6% de los hombres presentaron dolor articular; 38 de los pacientes tenían diagnóstico de hipertensión arterial, 20 presentaron hipotiroidismo y en 38 (32%) se encontró autoinmunidad tiroidea. En cuanto a los valores de laboratorio, 71 (59%) tenían alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono y de ellos 12 eran diabéticos. En cuanto a los trastornos en el metabolismo lipídico, 92 presentaban alguna alteración. Se concluye que un alto porcentaje de la población estudiada presenta alteraciones laboratoriales que podrían ser parte de un síndrome metabólico o predisponer a su desarrollo, llama la atención el alto porcentaje de alteraciones tiroideas, finalmente este estudio es un inicio para conocer las alteraciones laboratoriales de la población estudiada y manejar integralmente a los pacientes con psoriasis. ¹¹

1.2 Bases teóricas

Etimología

El término Psoriasis deriva de la palabra griega “psora” que significa caspa, picor, erupción.¹⁶ La primera descripción de Psoriasis fue realizada por Willan en 1808.¹⁷

Epidemiología

La enfermedad afecta aproximadamente al 2-3% de la población en los países occidentales.¹⁸ Aproximadamente el 75% de los pacientes desarrollan la enfermedad antes de los 40 años.¹⁹ Se han descrito dos picos de edad de inicio, uno empieza entre los 20 y 30 años y un pico más pequeño entre los 50 y 60 años.¹⁶ La Psoriasis es igualmente frecuente en hombres y en mujeres.²⁰

Definición

La psoriasis es un trastorno inflamatorio crónico inmune, caracterizado por una proliferación incontrolada de queratinocitos y células dendríticas activadas, con liberación de citoquinas proinflamatorias, y reclutamiento de células T en la piel.²¹

Genética

Se han realizado varios estudios de asociación de genoma completo en la psoriasis y se han implicado principalmente los genes de susceptibilidad (PSORS), PSORS1 es el gen más importante que está presente en el cromosoma 6 y está situado dentro de la región HLA.¹

De acuerdo con estudios realizados en grandes poblaciones de pacientes psoriásicos, se observó que, si ambos padres padecen la enfermedad, el 41% de sus descendientes también la padecerá, el 14% si solo uno está afectado y el 6% en el caso de un hermano afectado.²²

Inmunología

La psoriasis desde el punto de vista inmunológico se clasifica como Th1, Th17 y Th22, según las citocinas producidas por la piel, asociadas a estas vías inmunológicas, como el factor de necrosis tumoral alfa (FNT- α), el interferón gamma (INF- γ), la interleucina (IL) 17 y la IL-22.²³

Patogenia

La patogenia es poco conocida, pero es aceptado que es una enfermedad multifactorial que se desarrolla debido a factores genéticos y ambientales como trauma, infección y medicación.²⁴

Clínica

El desarrollo de las lesiones es desde inicial, en desarrollo y finalmente madura.²⁵

Lesión inicial de Psoriasis: en las lesiones maculares puntiformes iniciales hay un marcado edema y hay infiltrados celulares mononucleares en la epidermis.

Lesión en desarrollo: Estudio de los bordes de las lesiones algo más grandes (0.5 a 1 cm) revelan un aumento de aproximadamente el 50% en el

engrosamiento epidérmico de la piel “aparentemente normal” inmediatamente adyacente a las lesiones.

Lesión madura: caracterizadas por una elongación uniforme de las crestas interpapilares, con adelgazamiento de la epidermis que se superpone a las papilas dérmicas.²⁶

Las manifestaciones clínicas de la Psoriasis incluyen pápulas y placas eritematoescamosas, la afectación habitualmente es en cuero cabelludo, codos, rodillas y el compromiso puede ser limitado o extenso.¹

Tipos de psoriasis y patrones clínicos

Los tipos de psoriasis incluyen: placa, guttata, eritrodérmica y pustular.²⁷

Los patrones clínicos de la presentación cutánea son psoriasis vulgar, en gotas (eruptiva), a pequeñas placas, invertida, eritrodérmica, pustulosa, sebopsoriasis, del pañal, lineal y dentro de los hallazgos físicos relacionados encontramos alteraciones ungueales, lengua geográfica y artritis psoriásica.²⁵

Severidad de la psoriasis

La psoriasis se divide en leve y moderada a severa. Los Índices para medir la actividad de la enfermedad son principalmente el PASI (Psoriasis area and severity index) y el DLQI (Diary life quality index): Psoriasis leve: PASI \leq 10, DLQI \leq 10. Psoriasis moderada a severa: PASI $>$ 10. DLQI $>$ 10.²⁸

Generalidades

Una característica interesante de psoriasis es el "fenómeno de Koebner", reportado por Heinrich Koebner en 1872, que se refiere a la aparición de lesiones patológicas isomórficas posterior al trauma de la piel en pacientes con enfermedades cutáneas preexistentes y es más frecuente en los pacientes de psoriasis.¹⁶

Evolución

Dentro de la historia natural la psoriasis en gotas generalmente es autolimitada, mientras que la psoriasis en placa es, en la mayoría de casos una enfermedad para toda la vida.²⁵

Factores modificables

En los factores modificables se encuentran

La obesidad: se ha demostrado que los individuos obesos tienen mayor probabilidad de presentar una psoriasis grave (definida como un compromiso mayor del 20% de la superficie corporal).²⁹

El tabaco: El hábito de fumar podría influir en el inicio de la Psoriasis.²⁵

Infección: Hay asociación entre infección estreptocócica de la garganta y psoriasis en gotas. En la infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana puede ser más grave a medida que progresa la inmunodeficiencia y remitir en la fase terminal y esta exacerbación paradójica

puede deberse a una pérdida de células T reguladoras y aumento de la actividad del subtipo de células T CD8.³⁰

Fármacos: Entre los medicamentos que exacerbaban la psoriasis están los antipalúdicos, los betabloqueantes, el litio, los antiinflamatorios no esteroideos, el interferón α , el interferón γ , el imiquimod, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y el gemfibrozil.³¹

Tratamiento

El tratamiento es según el área de superficie corporal afectado, para las formas leves o localizadas se utiliza tratamiento tópico y para las formas generalizadas o severas se emplea tratamiento sistémico, como fototerapia en sus diferentes variantes, retinoides sistémicos, metotrexato oral o parenteral, ciclosporina, biológicos y concomitantemente se recomienda consejería nutricional y de salud mental.³²

Tratamiento tópico

Los tratamientos tópicos en psoriasis son principalmente: esteroides tópicos, análogos de la vitamina D, tazaroteno³³ e inmunomoduladores.

Corticosteroides: Considerados la piedra angular del tratamiento tópico, los corticoesteroides son a menudo bien tolerados y eficaces para pacientes con psoriasis leve.³⁴

Análogos de la vitamina D3: El efecto de la vitamina D sobre el sistema inmunológico es particularmente relevante para los dermatólogos, ya que tiene implicaciones para la psoriasis y otras afecciones cutáneas como la dermatitis atópica y el cáncer de piel.³⁵ El calcipotriol, un análogo de la vitamina D3, es un agente tópico de primera línea para el tratamiento de psoriasis en placas y moderadamente severa del cuero cabelludo.³⁶

Tazaroteno: Es un retinoide de tercera generación de prescripción tópica, está disponible en 0,1% y 0,05% de crema y formas de gel. En ensayos clínicos, la monoterapia con tazaroteno ha demostrado ser eficaz.³⁷

Inmunomoduladores; aunque no aprobados por la FDA para la psoriasis, tacrolimus (0,1%) y pimecrolimus (1%) son inhibidores de la calcineurina que son eficaces para el tratamiento de la psoriasis facial e inversa. Generalmente son bien tolerados.³⁷

Fototerapia

En cuanto a fototerapia para psoriasis se emplea luz ultravioleta B (UVB) de banda estrecha, (UVB) de banda ancha, psoraleno y luz ultravioleta A (UVA). El tratamiento con UVB de banda estrecha o narrow band (NB) se utiliza a menudo como tratamiento de primera línea.³⁸

Tratamiento sistémico

Acitretina: La acitretina es un retinoide sintético indicado para el tratamiento de psoriasis moderada a grave. Su función como terapia adyuvante para otros

agentes sistémicos ha sido bien documentada para aumentar la eficacia, reducir las dosis y la aparición de efectos secundarios.³⁹

Metotrexato: El metotrexato muestra un efecto antipsoriásico, mediante la inducción de la apoptosis de queratinocitos proliferantes y la inhibición del eje T17. Así como la expresión de IL-17, IL-23A e interferón- γ .⁴⁰

Ciclosporina: es muy eficaz en el tratamiento de psoriasis.⁴¹ La dosis diaria usualmente está en un rango terapéutico de 2,5-5 mg / kg. Se ha demostrado que el uso de tales dosis para un curso a corto plazo (12-16 semanas) produce una mejora rápida y significativa o una remisión completa en el 80-90% de los pacientes.⁴²

Terapia biológica: Los productos biológicos han surgido como opciones de tratamiento altamente potentes en pacientes para los que las terapias sistémicas tradicionales no logran una respuesta adecuada, no se toleran debido a los efectos adversos o son inadecuadas debido a comorbilidades.⁴³

Dentro de la terapia biológica destacan los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (α) como etanercept, infliximab, adalimumab y de otra parte los inhibidores de la interleucina 12 y 23 como ustekinumab.

Inhibidores de Factor de Necrosis Tumoral alfa: Se ha demostrado que los inhibidores del factor de necrosis tumoral α (TNF- α) son eficaces en ensayos clínicos controlados aleatorios grandes, ya sea como monoterapia o en combinación con otros fármacos antirreumáticos antiinflamatorios o

modificadores de la enfermedad en el tratamiento de patologías crónicas, inmunomediadas o inflamatorias.⁴⁴

Inhibidores de IL 12 / IL 23: Los anticuerpos a la subunidad p40 común de IL-12 e IL-23 han mostrado una eficacia significativa en el tratamiento de psoriasis en placa crónica, manteniendo la respuesta en la gran mayoría de los pacientes.⁴⁵

Algunos tratamientos como el calcipotriol, el metotrexato y la acitretina pueden ser considerados apropiados para el uso continuo, por el contrario, los corticosteroides tópicos, el ditranol, las preparaciones con alquitrán, la fototerapia y la ciclosporina, no están indicados para el uso continuo crónico y se sugiere utilizarlos en tratamientos combinatorios o rotacionales, sin embargo los pacientes con psoriasis en placa crónica estable que responden bien a los tratamientos locales pueden no necesitar un cambio de tratamiento, en caso de psoriasis con prurito los corticosteroides tópicos son los más apropiados y en los pacientes con psoriasis eritrodérmica y pustulosa la acitretina, el metotrexate o la ciclosporina son los tratamientos de primera elección.⁴⁶

Psoriasis y comorbilidades

Estudios recientes sugieren que la psoriasis debe ser considerada como una enfermedad sistémica y no como una enfermedad aislada.⁴⁷

La psoriasis ha sido asociada con varias comorbilidades que tienen un efecto negativo en la salud de los pacientes, como la artritis psoriásica, la enfermedad

cardiovascular, el síndrome metabólico, la diabetes mellitus, y desórdenes psiquiátricos.¹

Otra bibliografía menciona que las comorbilidades asociadas a psoriasis se dividen en clásicas, emergentes, relacionadas al estilo de vida y al tratamiento, dentro de las clásicas comorbilidades se incluyen artritis psoriásica, enfermedad inflamatoria intestinal, desórdenes psiquiátricos, psicológicos, uveítis y dentro de las comorbilidades emergentes se menciona el síndrome metabólico y sus componentes, linfomas, apnea del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoporosis, enfermedad de Parkinson, enfermedad celiaca y disfunción eréctil.²

Sobre la artritis psoriásica, afecta el 24% de los pacientes con psoriasis.⁴⁸ Es una espondiloartritis inflamatoria crónica bastante heterogénea, usualmente seronegativa asociada con psoriasis.⁴⁹ Más del 80% de los pacientes con psoriasis desarrollan artritis psoriásica después del compromiso cutáneo con un promedio de 10 años.⁵⁰

Referente a la enfermedad Inflamatoria Intestinal, los pacientes con enfermedad de Chron tienen un riesgo 7 veces mayor de desarrollar psoriasis, y pacientes psoriáticos poseen un riesgo 2,9 veces mayor de desarrollar enfermedad de Chron en comparación con la población general.⁵¹ En un estudio reciente se informó que los pacientes con psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal concomitante tienen una tasa mayor de comorbilidades (artritis seronegativa, tiroiditis, diabetes y linfoma) que los pacientes con

psoriasis solamente, lo que podría explicarse por vías inflamatorias comunes y riesgos genéticos compartidos.⁵²

Psoriasis es asociada con desórdenes psiquiátricos como depresión, ansiedad y tendencia al suicidio.⁵³ Incluso los pacientes con afectación limitada a menudo encuentran que la enfermedad es un problema en su vida.⁵⁴

La uveítis como comorbilidad clásica asociada a psoriasis tiene una prevalencia del 2%, y aunque no es tan frecuente, representa un problema significativo por sus potenciales complicaciones.

El síndrome metabólico se caracteriza por obesidad abdominal, resistencia a la insulina, dislipidemia, estado proinflamatorio, presión arterial elevada,⁴⁴ y se encuentra altamente asociado con psoriasis.⁵⁷

Diversos trabajos de investigación mencionan la asociación entre psoriasis y obesidad.⁵⁸ La obesidad puede ser un factor de riesgo independiente para sufrir psoriasis según algunos estudios.⁵⁹ También se menciona que la obesidad puede preceder la aparición de la psoriasis.⁶⁰

La psoriasis se ha relacionado con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como son la dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus³².

La resistencia a la insulina y diabetes de tipo 2 se asocian con psoriasis.¹ Un incremento del nivel de glucosa sérica en ayunas se ha encontrado en pacientes con psoriasis.⁶¹ Pacientes no obesos con psoriasis han demostrado ser más resistentes a la insulina que los sujetos sanos.⁶²

Según la bibliografía revisada, los loci PSORS 2, PSORS 3 y PSORS 4 se asocian con una propensión a enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, diabetes mellitus de tipo 2 e hiperlipidemia familiar.⁶³

Diversas investigaciones han confirmado la asociación entre psoriasis y diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio, falla cardíaca), obesidad, tabaquismo, depresión, cáncer y alcoholismo.^{64,65} La asociación mencionada se debería a mediadores inflamatorios sistémicos que se presentan en los pacientes con psoriasis y factores de riesgo compartidos o secundarios al manejo de la psoriasis^{66,67}

Los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de desarrollar la dislipidemia, incluyendo los niveles elevados de colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad (LDL) colesterol, y lipoproteína de muy baja densidad (VLDL) y los niveles reducidos de lipoproteínas de alta densidad (HDL).⁶⁸ La asociación se ha encontrado incluso después de ajustar factores de confusión como la edad, el sexo, la presión arterial, el tabaquismo, la actividad física, el alcohol, y el Índice de masa corporal (IMC), indicando que existe una asociación genética entre la psoriasis y la dislipidemia.⁶⁹

La psoriasis está asociada con hipertensión arterial.⁷⁰ Dicha asociación se relaciona a la severidad de psoriasis.⁷¹

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares que incluye la aterosclerosis, infarto de miocardio, aneurisma aórtico abdominal y accidente cerebrovascular, han sido relacionados con psoriasis independientemente de los factores de riesgo cardiovasculares y causa un incremento de la mortalidad.⁷²⁻⁷⁶

En cuanto a la fisiopatología de la psoriasis, se describe que el aumento de la mortalidad cardiovascular puede ser resultado de la “marcha psoriásica” que explica que hay factores desencadenantes para psoriasis, como el cigarrillo, y sus enfermedades concomitantes, que abarca la obesidad como parte del síndrome metabólico, que aporta para la inflamación sistémica del paciente psoriático, la cual origina insulinoresistencia, la insulina promueve efectos proaterógenos, y esto provoca un estado de inestabilidad entre los efectos proaterógeno y antiaterógeno,⁸ Este desequilibrio provoca disfunción endotelial, posteriormente aterosclerosis y, si las arterias coronarias están comprometidas, se puede producir un infarto de miocardio.⁷⁷

La Enfermedad hepática grasa no alcohólica tiene una prevalencia en pacientes con psoriasis de 17 a 60%, y es mayor en pacientes con psoriasis severa.⁷⁸ Los pacientes con enfermedad hepática grasa no alcohólica y psoriasis tienen mayor riesgo de desarrollar esteatohepatitis no alcohólica y cirrosis que los pacientes sin psoriasis.⁷⁹

En lo que se refiere a linfomas, aunque la mayoría de los estudios indican una incidencia similar de linfoma entre los pacientes con psoriasis y la población general, estudios más recientes sugieren un riesgo ligeramente más elevado en el primer grupo.⁸⁰

En cuanto al apnea del sueño, se cree que esta asociación se debe al aumento de la prevalencia de obesidad en estos individuos, aunque no se puede excluir la participación de mediadores inflamatorios.⁸¹

En un estudio israelí, la prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes con psoriasis fue del 5,7%, mientras que en el grupo de control se estimó en un 3,7% ($p < 0,001$).⁸²

En lo que se refiere a osteoporosis entre los pacientes psoriásicos, aquellos con artropatía mostraron menor densidad ósea.⁸³ Un tercio de los pacientes con artritis psoriásica presenta disminución de la densidad ósea y la osteoporosis es aproximadamente 6 veces más frecuente en los hombres.⁸⁴

En la enfermedad de Parkinson, recientemente se observó que los pacientes con psoriasis son más propensos a desarrollarla.² Sin embargo, aún no se ha establecido la influencia de la gravedad de psoriasis, los hábitos de vida y los factores individuales sobre el riesgo de desarrollar la enfermedad.⁸⁵

En disfunción eréctil hay una mayor prevalencia de disfunción sexual en personas con psoriasis que sufren un impacto negativo.⁸⁶

Un manejo efectivo de psoriasis es el que está dirigido a psoriasis y sus comorbilidades.⁸⁷

1.2 Definición de términos básicos

- **Artritis psoriásica:** Enfermedad que se caracteriza por dolor, aumento de volumen y sensibilidad de las articulaciones y los ligamentos en un paciente con psoriasis.¹
- **Categoría militar:** Sistema jerárquico que establece la escala de mando dentro del ejército que se divide en oficiales generales, superiores, subalternos, supervisores, técnicos, suboficiales, clases y soldados.
- **Comorbilidad:** Entidad clínica adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso de una enfermedad índice de estudio.⁸⁸
- **Diabetes *mellitus* II:** Es una enfermedad crónica que presenta una utilización ineficaz de la insulina.⁸⁹
- **Psoriasis:** Patología caracterizada por pápulas y placas eritematoescamosas, la afectación habitualmente es en cuero cabelludo, codos, rodillas y el compromiso puede ser limitado o extenso.¹

- **Severidad de la psoriasis:** grado de afectación de la Psoriasis en el individuo que se mide según el índice de Severidad de la Psoriasis: Psoriasis Area Severity Index (PASI).²⁸
- **Síndrome metabólico:** patología que se caracteriza por obesidad abdominal, resistencia a la insulina, dislipidemia, estado proinflamatorio, y presión arterial elevada.⁵⁶
- **Situación en el servicio militar:** Es la condición laboral en la que se encuentra actualmente el personal que puede ser actividad, disponibilidad, retiro y reserva.
- **Tiempo de evolución:** Es el tiempo que transcurre desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento en que se recolectan los datos.
- **Tipo de psoriasis:** Es la clase de psoriasis, según el tipo de afectación cutánea y se divide en placa, guttata, eritrodérmica y pustular.²⁷

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

Por el tipo y diseño de estudio no presentó hipótesis

2.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	VALORES DE LA CATEGORÍA	FORMAS DE VERIFICACIÓN
Edad	Tiempo de existencia desde los 18 años de edad.	Cuantitativa	Años cumplidos por el paciente al momento de la recolección de datos.	Razón	Años	<20	Historia clínica
						20 – 29	
						30 – 39	
						40 – 49	
						50-59	
						≥ 60	
Sexo	División del sexo humano en dos grupos distintos: hombre y mujer	Cualitativo	Condición biológica referida por el paciente	Nominal		Varón Mujer	Historia clínica
Categoría militar	Sistema jerárquico que establece la escala de mando dentro del ejército	Cuantitativa	Consignada en la historia clínica			Oficiales generales	Historia clínica
						Oficiales superiores	
						Oficiales subalternos	
						Supervisores	
						Técnicos	
						Suboficiales	
						Clases	
Soldados							

Situación en el servicio militar	Es la condición laboral en la que se encuentra actualmente el personal militar	Cualitativo	Consignada en la historia clínica	Nominal		Actividad	Historia clínica
						Disponibilidad	
						Retiro	
						Reserva	
Tipo de Psoriasis	Es la clase de psoriasis según el tipo de afectación cutánea.	Cualitativo	Consignado en la historia clínica	Nominal	Tipo de lesión de la psoriasis	Placa	Historia clínica
						Guttata	
						Eritrodérmica	
						Pustular	
Tiempo de evolución	Tiempo desde el diagnóstico de psoriasis hasta el momento en que se recolectan los datos.	Cuantitativo	Consignado en la historia clínica	Razón	Años 0-99	0-5	Historia clínica
						6-10	
						11-15	
						16-20	
						≥21	
Obesidad	Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ²	Cualitativo	Consignada en la historia clínica	Nominal		Presente/Ausente	Historia clínica
Hipertriglicéridemia	Anormalidad de los lípidos con Triglicéridos (TAG), ≥ 150 mg/dl.	Cualitativo	Consignada en la historia clínica	Nominal		Presente/Ausente	Historia clínica
Disminución de Lipoproteínas de alta densidad (HDL)	HDL < 40 mg/dl en hombres o HDL < 50 mg/dl en mujeres	Cualitativo	Consignada en la historia clínica	Nominal		Presente/Ausente	Historia clínica
Hipertensión Arterial	Presión arterial sistólica ≥ 130 , ó presión arterial diastólica ≥ 85 mg/dl	Cualitativo	Consignada en la historia clínica	Nominal		Presente/Ausente	Historia clínica
Glucosa plasmática en ayunas elevada	glucosa ≥ 100 mg/dl	Cualitativo	Consignada en la historia clínica	Nominal		Presente/Ausente	Historia clínica
Diabetes Mellitus 2	enfermedad crónica con utilización ineficaz de la insulina		Consignada en la historia clínica	Nominal		Presente/Ausente	Historia clínica

Artritis psoriásica	enfermedad con aumento de volumen y sensibilidad de las articulaciones y los ligamentos en un paciente con psoriasis	Cualitativo	Consignada en la historia clínica	Nominal		Presente / Ausente	Historia clínica
---------------------	--	-------------	-----------------------------------	---------	--	--------------------	------------------



CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Estudio de diseño descriptivo transversal.

3.2 Diseño muestral

Población

En la investigación se trabajó con todos los pacientes admitidos al servicio de dermatología con diagnóstico de psoriasis del Hospital Militar Central en el año 2016 que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico de psoriasis registrado en la historia clínica
- Mayor de 18 años
- Ambos sexos

Criterios de exclusión:

- Familia militar
- Información incompleta en la Historia clínica
- Paciente hospitalizado

3.3 Procedimientos de recolección de datos

Instrumentos

El instrumento para la recolección de información fue una ficha de recolección de datos diseñada para el presente trabajo de investigación

Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Una vez aprobado el proyecto de tesis, se procedió a realizar el trabajo, ejecutándose de la siguiente manera:

- Se identificaron a los pacientes que acudieron a nuestro Hospital con diagnóstico de psoriasis que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Se revisó la historia clínica.
- Se realizó el llenado de la ficha de recolección de datos.
- Se hizo el vaciado de la información en un programa estadístico.

3.4 Procesamiento y análisis de los datos

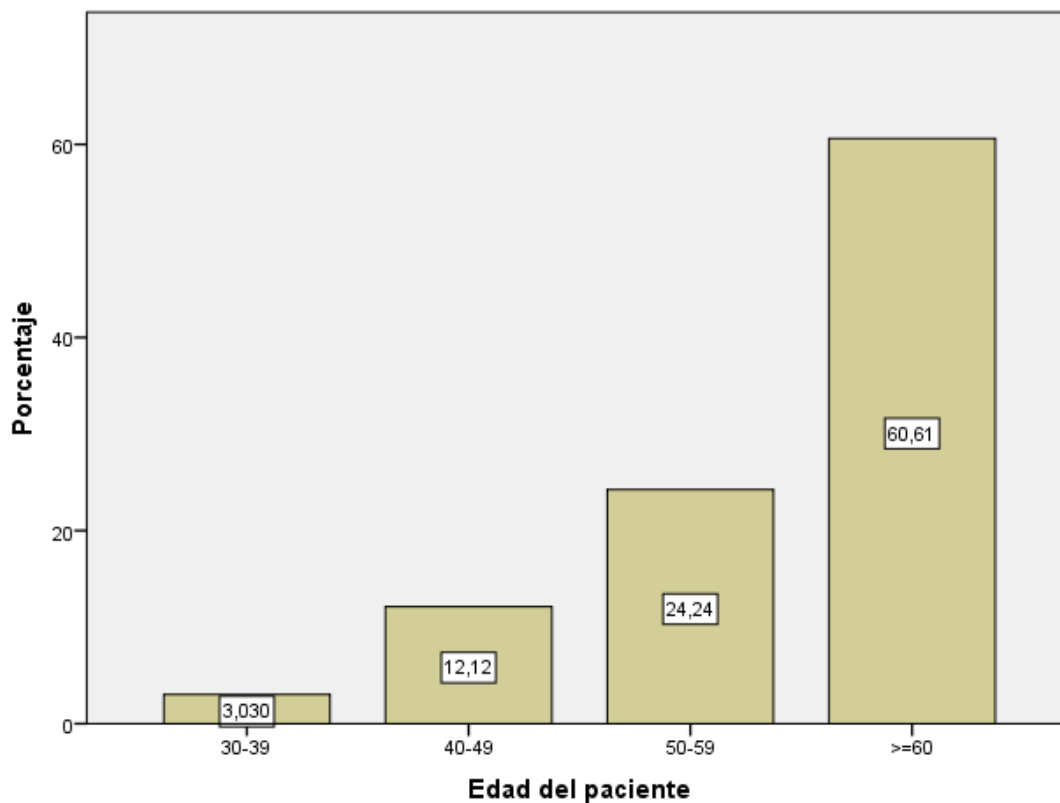
Para el análisis se hizo uso de estadística descriptiva. Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

3.5 Aspectos éticos

El presente estudio por su tipo y diseño no confrontó aspectos bioéticos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución de la población según edad Hospital Militar Central 2016



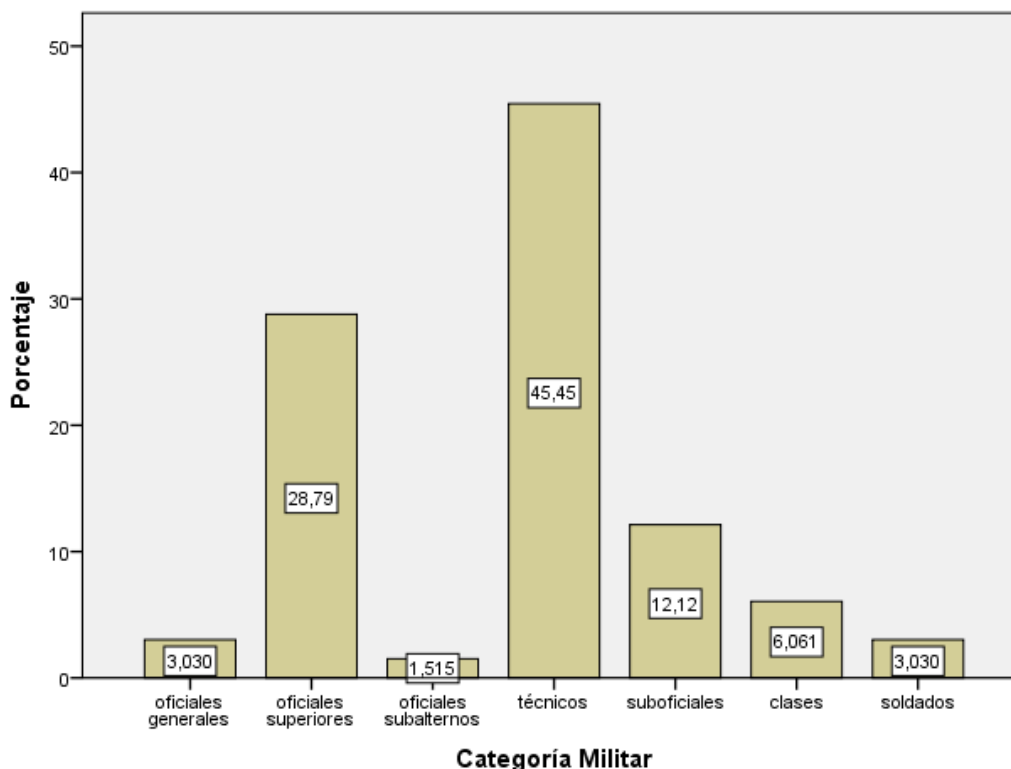
El 60,61% (40/66) de la población estudiada es mayor o igual a 60 años.

Tabla 1. Distribución de la población según sexo Hospital Militar Central 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo Masculino	66	100,0	100,0

El 100% (66/66) de la población en estudio es de sexo masculino.

Gráfico 2. Distribución de la población según categoría militar Hospital Militar Central 2016



El 45,45% (30/66) de la población estudiada tiene categoría militar de técnicos y el 28,79% (19/66) son oficiales superiores.

Tabla 2. Distribución de la población según situación en el servicio militar Hospital Militar Central 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Actividad	13	19,7	19,7
Disponibilidad	6	9,1	28,8
Retiro	47	71,2	100,0
Total	66	100,0	

El 71,2% (47/66) de la población estudiada se encuentra en retiro según situación en el servicio militar.

**Tabla 3. Distribución de la población según tipo de psoriasis
Hospital Militar Central 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Placa	63	95,5	95,5
Tipo	Guttata	3	4,5	100,0
	Total	66	100,0	

El 95,5% (63/66) de la población estudiada tiene psoriasis tipo placa.

**Tabla 4. Distribución de la población según tiempo de evolución
Hospital Militar Central 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	0-5	26	39,4	39,4
	6-10	21	31,8	71,2
	11-15	10	15,2	86,4
TE	16-20	2	3,0	89,4
	>=21	7	10,6	100,0
	Total	66	100,0	

El 71,2% (47/66) tienen tiempo de evolución entre 0 a 10 años.

**Tabla 5. Distribución de la población según obesidad
Hospital Militar Central 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presente*	20	30,3	30,3
O Ausente	46	69,7	100,0
Total	66	100,0	

*IMC \geq 30 kg/m²

El 30,3% (20/66) de la población estudiada tiene obesidad.

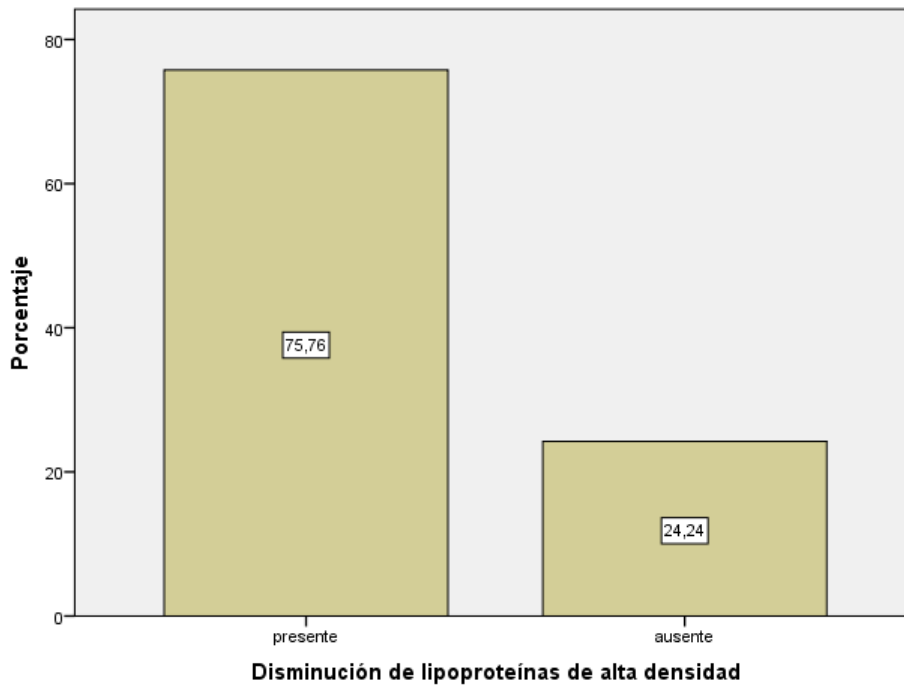
**Tabla 6. Distribución de la población según hipertrigliceridemia
Hospital Militar Central 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presente*	29	43,9	43,9
H Ausente	37	56,1	100,0
Total	66	100,0	

*TAG \geq 150 mg/dl

El 43,9% (29/66) de la población en estudio tiene hipertrigliceridemia.

Gráfico 3. Distribución de la población según disminución de lipoproteínas de alta densidad Hospital Militar Central 2016



El 75,76% (50/66) de la población en estudio presenta disminución de lipoproteínas de alta densidad.

Tabla 7. Distribución de la población según hipertensión arterial Hospital Militar Central 2016

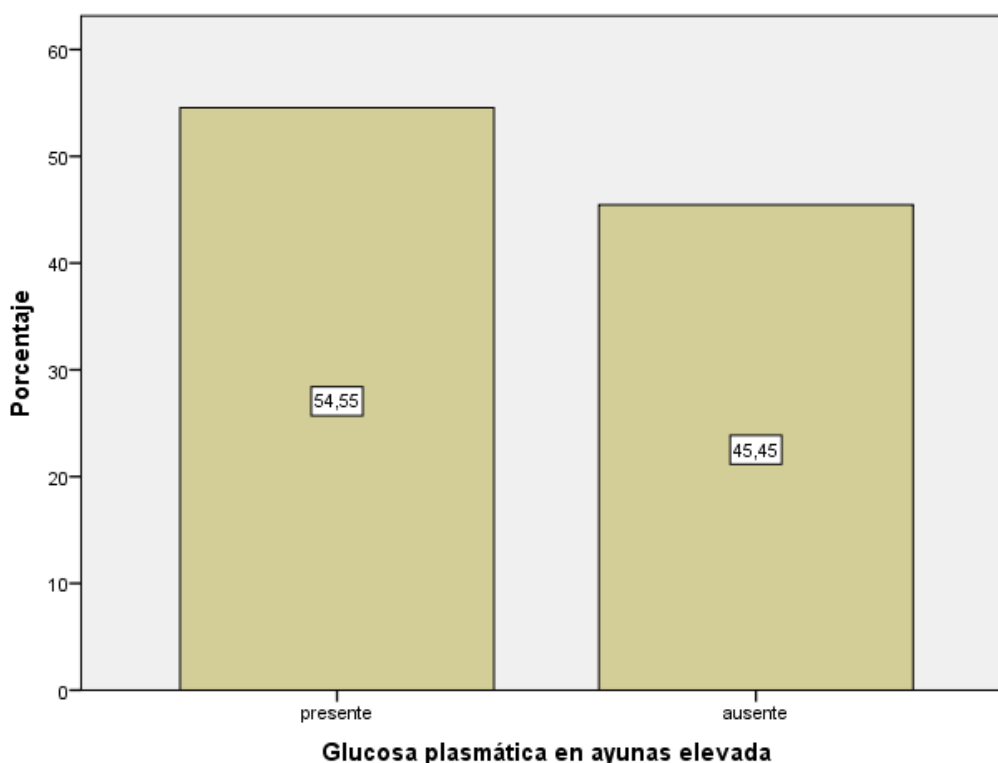
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presente*	26	39,4	39,4
HTA Ausente	40	60,6	100,0
Total	66	100,0	

*Presión arterial sistólica ≥ 130 ó presión arterial diastólica ≥ 85 mg/dl

El 39,4% (26/66) de la población de estudio presenta hipertensión arterial.

Gráfico 4. Distribución de la población según glucosa plasmática en ayunas elevada

Hospital Militar Central 2016



El 54,55% (36/66) de la población en estudio tiene glucosa plasmática en ayunas elevada.

Tabla 8. Distribución de la población según diabetes mellitus 2 Hospital Militar Central 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presente	19	28,8	28,8
DM2 Ausente	47	71,2	100,0
Total	66	100,0	

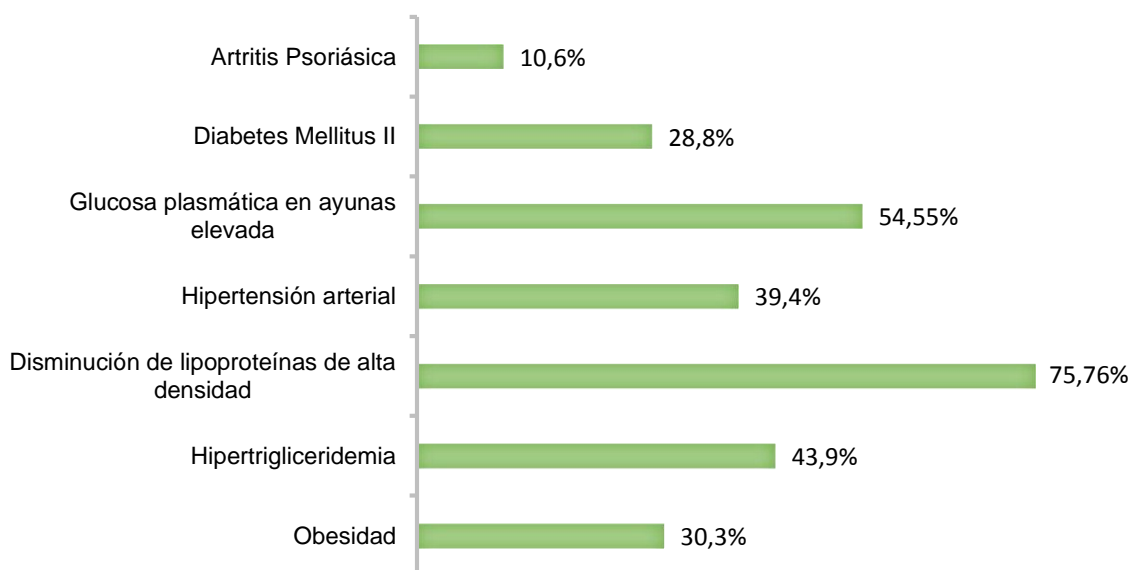
El 28,8% (19/66) de la población estudiada tiene Diabetes *mellitus* 2.

Tabla 9. Distribución de la población según artritis psoriásica Hospital Militar Central 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Presente	7	10,6	10,6
AP	Ausente	59	89,4	100,0
	Total	66	100,0	

El 10,6% (7/66) de la población en estudio tiene artritis psoriásica.

Gráfico 5. Distribución de las comorbilidades según frecuencia. Hospital Militar Centra 2016



De la población estudiada, se encontró que los pacientes con psoriasis presentaban lo siguiente: 75,76% (50/66) disminución de lipoproteínas de alta densidad, 54,55% (36/66) glucosa plasmática en ayunas elevada, 43,9% (29/66) hipertrigliceridemia, 39,4% (26/66) hipertensión arterial, 30,3% (20/66) obesidad, 28,8% (19/66) diabetes mellitus 2 y 10,6% (7/66) artritis psoriásica.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La Psoriasis es una patología ampliamente estudiada a nivel mundial y actualmente se conoce que así como afecta a la piel, también afecta a otros órganos, y es necesario el estudio global de esta patología. Ponce menciona que se ha relacionado con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como son la dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus 2³².

En el trabajo realizado en población militar se halla que la mayoría (60,61%) es mayor o igual a 60 años, es un valor más alto a lo encontrado en la literatura, con un promedio de $55,1 \pm 14,6$ años³² y 51,53 años¹³. Los resultados obtenidos podrían tener relación, según la epidemiología a un incremento entre 50 y 60 años¹⁶ y sería mayor a lo mencionado en la teoría en donde la mayor parte de pacientes presentan psoriasis antes de los 40 años¹⁹, también podría estar vinculado a que la población militar estudiada, en su mayoría están en retiro.

En el presente estudio todos (100%) son hombres, lo cual estaría en relación a que el trabajo fue realizado netamente en población militar y de ellos la mayoría mayor de 60 años, y en el pasado, aún no eran aceptadas mujeres en la milicia. Si bien en algunos estudios predominan los hombres como el realizado por Ponce con 75,5%³² y Chanussot con 56,1%,¹³ en otros predominan las mujeres con 61,1%,¹ mientras que en otros no existe predilección por ningún sexo^{15,57}, no se encuentra un trabajo con las mismas características, es decir netamente población militar para ser comparado.

De la población en estudio en relación a su categoría militar, la mayoría (45,45%) son técnicos y, en segundo lugar (28,79%) son oficiales superiores, exceptuando el grado de general, ambas categorías militares predominantes tienen mayor rango militar ya sea en técnicos y en oficiales, lo cual podría deberse a mayor responsabilidad al estar en actividad y tener mayor estrés, lo cual requeriría un mayor estudio. Por otro lado, a mayor edad, en algunos casos, hay mayor rango, y en este trabajo la mayoría son mayores de 60 años.

En el presente estudio se encuentra que la mayoría de la población estudiada (71,2%) se encuentran en retiro, lo cual estaría relacionado con la edad, ya que el estudio se realizó en el Hospital Militar situado en Lima donde acuden en su mayoría personas de la tercera edad, por otro lado, gran parte del personal militar en actividad se encuentra en provincia.

Predomina la psoriasis tipo placa con 95,5%, la variedad predominante es equivalente a lo encontrado en la literatura con 91,8%,³² 85%¹³ y 78,4%,¹⁴ por lo que es un resultado esperado. En cuanto al tiempo de evolución se encuentra que la mayoría (71,2%) tenía entre 0 a 10 años, lo cual se asemeja a otros estudios con un promedio de 6 años,¹³ conociendo que hay un aumento descrito entre los 50 y 60 años, y la mayoría son de 60 años a más en el presente estudio, se explicaría un tiempo de evolución de 0 a 10 años.

La obesidad es una condición inflamatoria crónica en la que los macrófagos provocan la secreción de mediadores inflamatorios relacionados con la psoriasis.⁶⁶ Según algunos estudios el riesgo de obesidad puede ser casi

doblado en número por lo pacientes psoriáticos.^{57,59} Se encontró que el 30,3% de la población, es decir casi un tercio de los pacientes estudiados tiene obesidad, lo cual podría estar relacionado a la asociación entre psoriasis y obesidad ya estudiada.⁵⁸ En otro estudio se encuentra un valor similar con 33,2%,¹⁴ sin embargo, lo encontrado es mayor a lo encontrado en la literatura con 27,8%¹ y 6%.⁹⁰

Lustia explica que encontrar valores reducidos de HDL tendría relación con la disminución de la participación de la insulina y ello aumentaría la secreción de ácidos grasos, se encontrarían alteraciones en los lípidos y sería un grupo de mayor riesgo cardiovascular.¹¹ Se encuentra que el 75,76% de la población estudiada presenta dislipidemia con disminución de lipoproteínas de alta densidad, similar a un trabajo que menciona en hombres un 74,2%¹⁴ y valor mayor al encontrado en la bibliografía con 61,5%¹⁵, más del doble de lo encontrado en un trabajo nacional con población de características diferentes en el que se encuentra un 33% de nivel bajo de HDL. En cuanto a la hipertrigliceridemia se halló un 43,9%, casi la mitad de los pacientes, con valores alterados, porcentaje que difiere de otras revisiones con 33,7%¹⁴, 61,5%¹⁵ y 66%.⁹¹ Por lo expuesto, en la población en estudio se encuentra dislipidemia y por tanto mayor riesgo cardiovascular, los datos hallados podrían explicarse por una asociación genética entre psoriasis y dislipidemia.⁶⁹

El 39, 4% de la población del presente estudio tiene diagnóstico de hipertensión arterial, la importancia de este valor radica en que la hipertensión está considerada como un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, y

que ya se ha estudiado la asociación.⁷⁰ El porcentaje hallado es ligeramente mayor a lo encontrado en otro estudio con 33,91%¹³, y discretamente menor comparado con un estudio brasilero con 43,7%¹⁴, mientras que en estudios de nuestro país se encontraron un 20%³² y un 33,7%⁹². En un estudio nacional predomina la hipertensión como la comorbilidad más frecuente con un 30% en pacientes con psoriasis severa¹²

Baeta menciona la diabetes mellitus 2 como un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular que está asociado con psoriasis.¹⁴ En la presente revisión se encontró que el 28,8% de la población estudiada estaba comprometida con valores discretamente mayores a los encontrados en la bibliografía con 15,3%¹⁴ 17,3%³² y 19%⁹⁰. Se identificó que el 54,55%, más de la mitad de la población en estudio, tiene glucosa plasmática en ayunas elevada, el incremento de esta variable ya se ha encontrado en la literatura⁶¹ y es un valor mayor al encontrado en un estudio nacional con 17% de hiperglicemia en ayunas.⁹¹

La prevalencia de artritis psoriásica es de 6 – 42% en los pacientes con psoriasis^{3,15} y en una revisión sistemática de la literatura mencionan que está presente hasta en un 24% en los pacientes con psoriasis.⁴⁸ El 10,6% de la población en el estudio realizado tiene artritis psoriásica, en otros artículos mencionan artropatía psoriásica con porcentajes de 9,64%, 19,5%, 19,2% y 9,1% respectivamente.^{13-15,32} Bravo menciona un 30% de compromiso articular, lo cual estaría relacionado a que el estudio se realizó en pacientes con psoriasis severa. En la presente revisión no se determinó la severidad de

psoriasis y se halló valores dentro del rango revisado a la literatura, con tendencia al más bajo, probablemente porque era psoriasis leve, lo cual no se pudo determinar ya que no se determinó la severidad.

En el presente trabajo se encontró que la comorbilidad más frecuente en el personal militar con psoriasis con un 75,76% es la dislipidemia tipo disminución de lipoproteínas de alta densidad. Al revisar la literatura se encuentra que la dislipidemia fue la patología más frecuentemente encontrada en otros trabajos con 77,3%³² y 70,8%.¹ En un estudio se encuentra dislipidemia en 25,3% y se resalta que la disminución de HDL es mayor en hombres que en mujeres (74,2% vs. 16,9%), lo cual coincidiría también con lo expuesto ya que en este trabajo predominaron los varones.¹⁴

Encontramos que las comorbilidades encontradas están en relación con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo cual es importante reconocer la importancia de la prevención y el manejo de las comorbilidades en psoriasis, entendiendo que es una patología sistémica que debe ser tratada con un manejo multidisciplinario y un trabajo en equipo entre el dermatólogo, el endocrinólogo, el cardiólogo y el reumatólogo, según el presente trabajo aplicado en la población militar.

Los hallazgos encontrados en el presente estudio son similares a los encontrados en la literatura con la diferencia de que este es un trabajo netamente elaborado con población militar, lo cual no ha sido anteriormente revisado y cuyos datos son aplicables a la población del hospital militar central.

Finalmente, resaltar la relevancia del manejo de las dislipidemias, conociendo los altos valores encontrados, así como en este trabajo, en la literatura nacional e internacional, y también especial atención en el tratamiento de la diabetes, hipertensión y artritis psoriásica lo cual conlleva a largo plazo a disminuir la morbimortalidad de los pacientes psoriásicos.



CONCLUSIONES

1. La Psoriasis es más frecuente 60,61% en mayores de 60 años en el personal militar en el Hospital Militar Central durante el año 2016.
2. La Psoriasis es más frecuente 45,45% en técnicos y 28,79% en oficiales superiores en el personal militar en el Hospital Militar Central durante el año 2016.
3. La Psoriasis es más frecuente 71,72% en personal militar en situación de retiro en el Hospital Militar Central durante el año 2016.
4. La Psoriasis es más frecuente 95,5% tipo placa en personal militar en situación de retiro en el Hospital Militar Central durante el año 2016.
5. La comorbilidad más frecuente es la disminución de lipoproteínas de alta densidad en el personal militar con Psoriasis en el Hospital Militar Central durante el año 2016.
6. Dentro de las comorbilidades más frecuentes están el incremento de la glucosa plasmática en ayunas, la hipertrigliceridemia, la hipertensión arterial, la obesidad, la Diabetes *mellitus* 2 y la artritis psoriásica en el personal militar con Psoriasis en el Hospital Militar Central durante el año 2016.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio con mayor población y de mayor tiempo que permita generalizar los datos a la población militar y civil, así como la investigación concomitante con otros hospitales, ya que, como menciona Zúñiga⁹³ existen limitaciones en cuanto al diseño de los trabajos peruanos, tamaño de muestra y datos obtenidos retrospectivamente, por lo que sería ideal un trabajo nacional con la misma metodología, el cual permita sacar conclusiones que puedan ser aplicadas a nivel Perú.

Capacitar en el adecuado llenado de la historia clínica, fomentando el uso de la clasificación de PASI y DLQI, lo cual no fue posible en el presente estudio, ya que no todas las historias clínicas presentaban esta variable y es importante relacionar la comorbilidad con la severidad de la psoriasis. También es importante incentivar el registro de la obesidad abdominal, dato que no se encontró en la mayoría de historias revisadas por lo que no se pudo estudiar el síndrome metabólico.

Realizar otro tipo de estudio que permita determinar factores de riesgo y asociados aplicados a nuestra población peruana.

Recomendar el manejo integral del paciente con psoriasis por el dermatólogo, el endocrinólogo, el cardiólogo y el reumatólogo.

Los resultados obtenidos en el presenta estudio permitan a las autoridades tomar decisiones en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento en la población de estudio

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Santos M, Fonseca H, Jalkh A, Gomes G, Cavalcante A. Obesidade e dislipidemia em pacientes com psoríase atendidos num ambulatorio de dermatologia de Manaus. *An Bras Dermatol*. 2013; 88(6): 913-916.
2. Lønnberg AS, Skov L. Co-morbidity in psoriasis: mechanisms and implications for treatment. *Expert Rev Clin Immunol*. 2016; 28:1-8.
3. Oliveira MFSP, Rocha BO, Duarte GB. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol*. 2015; 90(1): 9-20.
4. Maldonado C, Cardona M, Jurado F. Comorbilidades en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2013; 22(1); 15-21.
5. Machado-Pinto JM, Diniz MS, Bavoso NC. Psoriasis: new comorbidities. *An Bras Dermatol*. 2016; 91(1): 8-16.
6. Daudéna E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco A, Aguilar M, et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. *Actas Dermosiliogr*. 2012; 103(1):1-64.
7. Arruda LHF, Barruda ACBB, Lima RG, Suehiro RM. Psoríase e comorbilidades. *Rev Bras Med*. 2011; 68(1):11-20.

8. Duarte GV, Follador I, Cavalheiro CMA, Silva TS, Oliveira MFSP. Psoríase e obesidade: revisão de literatura e recomendações no manejo. An Bras Dermatol. 2010; 85(3): 355-360.
9. Londoño A, González C, Castro L, Puig LI. Psoriasis y su relación con el síndrome metabólico. Rev. colomb Reumatol. 2013; 20(4): 228-236.
10. Yeung H1, Takeshita J, Mehta NN, Kimmel SE, Ogdie A, Margolis DJ, Shin DB, Attor R, Troxel AB, Gelfand JM. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. JAMA Dermatol. 2013; 149(10):1173-9.
11. Lustia M, Luna P, Nocito M, Soutelo M, Castellanos M, Marchesi C, et al. Psoriasis: comorbilidades en nuestra población. Dermatol. Argent. 2009; 15(5): 340-343.
12. Bravo E, Paucar, S, Mendoza R. Caracterización clínica y comorbilidades de pacientes con psoriasis grave al inicio del tratamiento con terapia biológica. Dermatol. Peru. 2014; 24(2): 76-79.
13. Chanussot C, Arenas R. Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes. Dermatología CMQ. 2015; 13(1): 20-23.

14. Baeta IGR, Bittencourt FV, Gontijo B, Goulart EMA. Comorbidities and cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2014; 89(5): 735-744.

15. 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 Dermatol.* 2013; 21(3): 220-225.



16. Bowcock A, Cookson W. The genetics of psoriasis, psoriatic arthritis and atopic dermatitis. *Human Molecular genetics.* 2004; 13: R43-R55.

17. Plumbe S. (1824) *A Practical Treatise on Diseases of the Skin.* Underwood, London.

18. Schafer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective. *Dermatology.* 2006; 212:327-33

19. Lonnberg AS, Skov L, Duffy DL, Skytthe A, Kyvik KO, Pedersen OB, et al. Genetic Factors Explain Variation in the Age at Onset of Psoriasis: A Population-based Twin Study. *Acta Derm Venereol.* 2016; 96:35-38.

20. Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5600 patients. *Dermatologica.* 1974; 148:1.

21. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2009; 361:496-509.
22. Gudjonsson J.E., Elder J. T. Psoriasis: epidemiology, *Clin. Dermatol.* 2007; 25: 535-546.
23. Lowes MA, Kikuchi T, Fuentes-Duculan J, Cardinale I, Zaba LC, Haider AS, et al. Psoriasis vulgaris lesions contain discrete populations of Th1 and Th17 T cells. *J Invest Dermatol.* 2008; 128:1207-11.
24. Boehncke WH, Schon MP. Psoriasis. *Lancet.* 2015; 386:983-994.
25. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Lefell. *Dermatología en Medicina General.* 7ma. Edición. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana, 2009; 170-183.
26. Ragaz A, Ackerman AB. Evolution, maturation and regression of lesions of psoriasis. New observations and correlation of clinical and histologic findings. *Am J Dermatopathol.* 1979; 1: 199.
27. Peters B.P, Weissman F.G, Gill M.A. Pathophysiology and treatment of psoriasis. *Am J Health-Sys Pharm.* 2000; 57: 645–659.

28. Mrowietz U, Kragballe K, Yawalkar N. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res.* 2011; 303(1): 1-10.

29. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: Results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol.* 2001; 137(3):280-4.

30. Gudjonsson JE, Johnston A, Sigmundsdottir H, Valdimarsson H. Immunopathogenic mechanism in psoriasis. *Clin Ex Immunol.* 2004; 135(1): 1-8.

31. O'Brien M, Koo J. The mechanism of lithium and B- blocking agents in inducing and exacerbated psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2006; 5: 426.

32. Ponce M, Mendoza R. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. *Dermatol Peru.* 2012; 22(3):144-50.

33. Lebwohl M. Ali S: Treatment of psoriasis. Part 1. Topical Therapy and phototherapy. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 45: 487.

34. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60(4):643-59.

35. Miller J, Gallo RL. Vitamin D and innate immunity. *Dermatol Ther.* 2010; 23(1):13-22.

36. Canadian Psoriasis Guidelines Committee. Canadian guidelines for the management of plaque psoriasis. Ottawa, ON: Canadian Dermatology Association; 2009.

37. Stain L. Topical Therapies for Psoriasis: Improving Management Strategies and Patient Adherence. 2016;35(2):S36-44.

38. Diagnosis and management of psoriasis. Kim W, Jerome D, Yeung J. *Canadian Family Physician.* 2017; 63(4); 278-285.

39. Koo J. Systemic sequential therapy of psoriasis: a new paradigm for improved therapeutic results. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(3 Pt 2):S25-8.

40. J.E. Greb, A.M. Goldminz, A.B. Gottlieb, Insights on methotrexate in psoriatic disease. *Clin. Immunol.* 172 (2016) 61-64.

41. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58(5):826-50.

42. Ho VC, Griffiths CEM, Albrecht G, et al. Intermittent short courses of cyclosporin (Neoral) for psoriasis unresponsive to topical therapy: a 1-year

multicentre, randomized study. *British Journal of Dermatology*. 1999; 141(2):283–291.

43. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(5):826-50.

44. Talamonti M, D'Adamio S, Bianchi L, Galluzo M. The Role of Pharmacogenetics in Chronic Plaque Psoriasis: Update of the Literature. *Mol Diagn Ther* 2017; 21: 1-14.

45. Papp KA, Langley RG, Lebwohl M, et al. Efficacy and safety of ustekinumab a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 52-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 2). *Lancet*. 2008; 371:1675–84.

46. Van de Kerkhof PC: Therapeutic strategies: Rotational therapy and combinations. *Clin Exp Dermatol*. 2001; 45:487. Cuestionario 499-502.

47. Lotti T, Hercogova J, Prignano F. The concept of psoriatic disease: can cutaneous psoriasis any longer be separated by the systemic comorbidities?. *Dermatol Ther*. 2010; 23:119-122.

48. Prey S, Paul C, Bronsard V, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S, et al. Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psoriasis: a systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24 (2):31-35.
49. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973; 3:55-78.
50. Gottlieb AB, Mease PJ, Mark JJ, Eisen D, Amy XH, Asare C, Stevens SR: Clinical characteristics of psoriatic arthritis and psoriasis in dermatologists' offices. *J Dermatolog Treat* 2006; 17:279-287.
51. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2008; 159:2-9.
52. Binus AM, Han J, Qamar AA, Mody EA, Holt EW, Qureshi AA. Associated comorbidities in psoriasis and inflammatory bowel disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012; 26:644-50.
53. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol* 2010; 146:891-895.
54. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Calliess IT: Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007; 25:547-554.

55. Fraga NA, Oliveira MF, Follador I, Rocha BO, Rêgo VR. Psoriasis and uveitis: a literature review. *An Bras Dermatol.* 2012; 87:877-83.

56. Lopez-Candales A: Metabolic syndrome X: a comprehensive review of the pathophysiology and recommended therapy. *J Med* 2001; 32:283-300.

57. Cohen AD, Gilutz H, Henkin Y, Zahger D, Shapiro J, Bonne DY, Vardy DA: Psoriasis and the metabolic syndrome. *Acta Derm Venereol.* 2007; 87:506-509.

58. Nisa N, Qazi MA. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010; 76:662-5.

59. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni A, Peserico A, Virgili AR, 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; 125:61-7.

60. Huerta C, Rivero E, Rodríguez LA. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol.* 2007; 143:1559-65.

61. Brenelli SL, Moraes AM, Monte-Alegre S, Carvalho OM, Saad MJ. Insulin resistance in psoriasis. *Braz J Med Biol Res.* 1995; 28:297-301.

62. Gyldenlove M, Storgaard H, Holst JJ, Vilsboll T, Knop FK, Skov L. Patients with psoriasis are insulin resistant. *J Am Acad Dermatol.* 2015; 72:599-605.

63. Azfar R, Gelfand J. Psoriasis and metabolic disease: Epidemiology and pathophysiology. *Curr Opin Rheumatol*. 2008; 20:416-22.

64. Mutairi N, Farag S, Mutairi A, Shiltawy M. Comorbidities associated with psoriasis: An experience from the Middle East. *Journal of Dermatology* 2010; 37: 146-155.

65. Morowietz U, Elder J, Barrer J. The importance of disease associations and concomitant therapy for the long-term management of psoriasis patients. *Arch Dermatol Res* 2006; 298: 309-319.

66. Ni C, Chiu M W. "Psoriasis and comorbidities: links and risks". *Clin Cosmetic Invest Dermatol* 2014; 7: 119-132.

67. Aurangabadkar S. "Comorbidities in psoriasis". *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013; 79: 10-17.

68. Reynoso-von DC, Martinez-Abundis E, Balcazar-Munoz BR, Bustos-Saldana R, Gonzalez-Ortiz M. Lipid profile, insulin secretion, and insulin sensitivity in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 48:882-885.

69. Mallbris L, Granath F, Hamsten A, Stahle M: Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:614-621.

70. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55:829- 835.

71. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. The association between psoriasis and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens* 2013; 31:433-442.

72. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA*. 2006; 296:1735-1741.

73. Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Heart Assoc* 2013; 2:e000062.

74. Khalid U, Egeberg A, Ahlehoff O, Smedegaard L, Gislason GH, Hansen PR: Nationwide Study on the Risk of Abdominal Aortic Aneurysms in Patients With Psoriasis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2016; 36(5): 1043-8.

75. Gelfand JM, Dommasch ED, Shin DB, Azfar RS, Kurd SK, Wang X, et al. The risk of stroke in patients with psoriasis. *J Invest Dermatol* 2009; 129:2411-2418.

76. Mentha NN, 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.

77. Boehncke W, Boehncke S, Schön M. Managing comorbid disease in patients with psoriasis. *BMJ.* 2010; 340-6.

78. Miele L, Vallone S, Cefalo C, La Torre G, Di Stasi C, Vecchio FM, et al. Prevalence, characteristics, and severity of non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis. *J Hepatol.* 2009; 51:778-86.

79. Wenk KS, Arrington KC, Ehrlich A. Psoriasis and non-alcoholic fatty liver disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011; 25:383-91.

80. Kim N, Thrash B, Menter A. Comorbidities in psoriasis patients. *Semin Cutan Med Surg.* 2010; 29:10-5.

81. Larsson LG, Lundbäck B, Jonsson AC, Lindström M, Jönsson E. Symptoms related to snoring and sleep apnoea in subjects with chronic bronchitis: Report from the obstructive lung disease in Northern Sweden study. *Respir Med.* 1997; 91:5-12.

82. Dreiherr J, Weitzman D, Shapiro J, Davidovici B, Cohen AD. Psoriasis and chronic obstructive pulmonary disease: A case-control study. *Br J Dermatol.* 2008; 159:956-60.

83. Millard TP, Antoniadou L, Evans AV, Smith HR, Spector TD, Barker JN. Bone mineral density of patients with chronic plaque psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2001; 26:446-8.

84. Hofbauer LC, Schoppet M, Christ M, Teichmann J, Lange U. Tumour necrosis factor-related apoptosis-inducing ligand and osteoprotegerin serum levels in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2006; 45:1218-22.

85. Sheu JJ, Wang KH, Lin HC, Huang CC. Psoriasis is associated with an increased risk of parkinsonism: a population-based 5-year follow-up study. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 68:992-9.

86. Türel Ermertcan A, Temeltaş G, Deveci A, Dinç G, Güler HB, Oztürkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol*. 2006; 33:772-8.

87. Naldi L, Mercuri SR: Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatol Ther*. 2010; 23:114-118.

88. Jurado F, Lizárraga C, Maldonado C, Aquino C. Psoriasis. En: Domínguez-Soto L, Saúl CA, editores. *PAC Dermatología Parte C, Libro 3*. México: Intersistemas, S.A. de C.V; 2011.

89. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus.

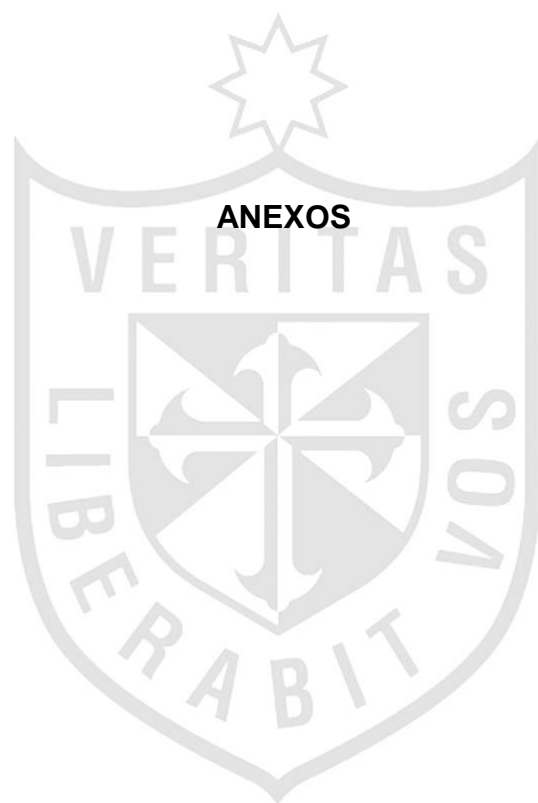
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999. Report Number: WHO/NCD/NCS/99.2.

90. Cabanillas-Becerra J. Características epidemiológicas y clínicas en pacientes psoriásicos que acuden al Hospital Central de Aeronáutica: Lima, junio-noviembre 2011[tesis]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

91. Bartolo I, Valverde J, Rojas P, Vicuña D. antecedente familiar, obesidad y tabaquismo como factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis. Folia Dermatol Perú. 2010; 21(2):73-7.

92. Rojas K. Prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes con diagnóstico de psoriasis en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins [trabajo de investigación para optar el título de especialista en Dermatología]. Lima: Universidad Nacional mayor de San Marcos; 2010.

93. Rodriguez-Zuñiga, Milton José. Psoriasis y síndrome metabólico en el Perú. Acta méd. Peruana. 2016; 33(2): 167-8.



ANEXOS

VERITAS

LIBERABIT

VOS

Anexo 1: Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°	
Edad	<input type="checkbox"/> <20
	<input type="checkbox"/> 20 – 29
	<input type="checkbox"/> 30 – 39
	<input type="checkbox"/> 40 – 49
	<input type="checkbox"/> 50-59
	<input type="checkbox"/> ≥ 60
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino
	<input type="checkbox"/> Femenino
Categoría militar	<input type="checkbox"/> Oficiales generales
	<input type="checkbox"/> Oficiales superiores
	<input type="checkbox"/> Oficiales subalternos
	<input type="checkbox"/> Supervisores
	<input type="checkbox"/> Técnicos
	<input type="checkbox"/> Suboficiales
	<input type="checkbox"/> Clases
	<input type="checkbox"/> Soldados
Situación en el servicio militar	<input type="checkbox"/> Actividad
	<input type="checkbox"/> Disponibilidad
	<input type="checkbox"/> Retiro
	<input type="checkbox"/> Reserva
Tipo de psoriasis	<input type="checkbox"/> Placa

	<input type="checkbox"/> Guttata
	<input type="checkbox"/> Eritrodérmica
	<input type="checkbox"/> Pustular
Tiempo de evolución	<input type="checkbox"/> 0 – 5
	<input type="checkbox"/> 6-10
	<input type="checkbox"/> 11-15
	<input type="checkbox"/> 16-20
	<input type="checkbox"/> ≥ 21
Obesidad	<input type="checkbox"/> Presente
	<input type="checkbox"/> Ausente
Hipertrigliceridemia	<input type="checkbox"/> Presente
	<input type="checkbox"/> Ausente
Disminución de HDL	<input type="checkbox"/> Presente
	<input type="checkbox"/> Ausente
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Presente
	<input type="checkbox"/> Ausente
Glucosa plasmática en ayunas elevada	<input type="checkbox"/> Presente
	<input type="checkbox"/> Ausente
Diabetes <i>mellitus</i> II	<input type="checkbox"/> Presente
	<input type="checkbox"/> Ausente
Artritis psoriásica	<input type="checkbox"/> Presente
	<input type="checkbox"/> Ausente