

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL PRIMER EPISODIO DE PSORIASIS EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. PANAMÁ. MAYO-JUNIO 2009.**

**RISKS FACTORS ASSOCIATED WITH DEVELOPMENT OF PSORIASIS'S FIRST EPISODE IN OUTPATIENTS OF THE DEPARTMENT OF DERMATOLOGY. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. PANAMA. MAY – JUNE 2009.**

**\*Aguirre, Josué; \*Alveo, Francisco; \*Córdoba, Yenibeth; \*Cedeño, María; \*Mendoza, Santos; \*Valdés, Miguel; \*Villarreal, Orlando; \*Wedderburn, Sue**

\*Estudiantes de IX semestre de la carrera de Doctor en Medicina de la Facultad de Medicina. Universidad de Panamá  
Ciudad de Panamá, República de Panamá  
e-mail: [tracymcalex@msn.com](mailto:tracymcalex@msn.com)

Asesor: Dr. Osvaldo Samudio<sup>†</sup>

<sup>†</sup> Médico Dermatólogo e Internista del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Caja de Seguro Social.  
Ciudad de Panamá, República de Panamá.

**Recibido: 6 de julio de 2009**

**Aceptado: 15 de octubre de 2009**

Aguirre J, Alveo F, Córdoba Y, Cedeño M, Mendoza S, Valdés M, et al. Factores de riesgo asociado al desarrollo del primer episodio de psoriasis en pacientes de la consulta externa de dermatología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá. Mayo-Junio 2009. [Rev méd cient](#). 2009; 22:56-64.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica, no contagiosa, caracterizada por lesiones cutáneas eritemato-escamosas que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, principalmente en el cuero cabelludo, codos y rodillas.

**OBJETIVOS.** Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo del primer episodio de Psoriasis en pacientes de la consulta externa del servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid.

**MATERIALES Y METODOS.** Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles no pareados, cuyo universo fueron los pacientes de la consulta externa del servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. La selección de la muestra se realizó por medio de un muestreo aleatorio sistemático y nuestro instrumento de recolección de datos fue un cuestionario autoadministrado.

Factores de riesgo asociados al desarrollo del primer episodio de psoriasis en pacientes de la consulta externa de dermatología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá. Mayo-Junio 2009. by Josué Aguirre, Francisco Alveo, Yenibeth Córdoba, María Cedeño, Santos Mendoza, Miguel Valdés, Orlando Villarreal, Sue Wedderburn is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](#).  
Permissions beyond the scope of this license may be available at [www.revistamedicocientifica.org](http://www.revistamedicocientifica.org).

La base de datos se elaboró y analizó en el programa Epi Info 3.2.2.

**RESULTADOS.** El estudio contó con 100 casos y 100 controles, con media de edad 50 y 41 años, respectivamente. El primer episodio de psoriasis se presentó más en menores de 40 años, sin predominio de sexo.

Los antecedentes familiares ( $X^2=16,6$   $p<0,05$ ; OR=7,58) y el tabaquismo ( $X^2=40,8$   $p<0,05$ ; OR=17,38) mostraron asociación significativamente estadística, mientras que el uso crónico de medicamentos ( $X^2=3,25$   $p=0,071$ ), el consumo de alcohol ( $X^2=2,07$   $p=0,15$ ) y el estrés ( $X^2=1,18$   $p=0,278$ ) no revelaron asociación significativa.

**CONCLUSIONES.** La psoriasis se presentó, principalmente, antes de los 40 años sin predominio de sexo. El tabaquismo y la historia familiar resultaron ser factores para desarrollar la enfermedad. Sin embargo, no se evidenció una relación con el estrés y el consumo de bebidas alcohólicas.



**Palabras claves:** Psoriasis, Dermatitis, Estrés psicológico, Herencia multifactorial.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Psoriasis is a chronic inflammatory, not contagious skin disease characterized by cutaneous erythematous-scaly lesions that can appear in any part of the body, mainly in scalp, elbows and knees.

**OBJETIVE.** To determine risk factors associated with the development of psoriasis's first episode in the Outpatient Department of Dermatology in the Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid.

**MATERIALS AND METHODS.** A retrospective case and control study was made, in which the universe was the Outpatient Department of Dermatology of Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. The selection of the sample was done by means of a systematized sampling; and our instrument of data compilation was an auto-administered questionnaire. The database was elaborated and analyzed using the program Epi Info 3.2.2.

**RESULTS.** The study relied on 100 cases and 100 controls, with average age of 50 and 41 years old, respectively. The first episode of psoriasis appeared more in 40-years-old minors, without predominance of sex. The skin's infections (39 %) and cold (32 %) were given in month before developing the disease. The family history ( $X^2=16,6$   $p<0,05$ ;  $OR=7,58$ ) and smoking ( $X^2=40,8$   $p<0,05$ ;  $OR=17,38$ ) showed significant association; where as the use of medications ( $X^2=3,25$   $p=0,071$ ), the consumption of alcohol ( $X^2=2,07$   $p=0,15$ ) and stress ( $X^2=1,18$   $p=0,278$ ) do not reveal significant association.

**CONCLUSIONS.** Psoriasis appears mainly before 40 years of age, in both sexes. Smoking and having a family history with psoriasis are factors associated with the disease. We did not find relation with the stress and the consumption of alcoholic drinks.

**Key words:** Psoriasis, Dermatitis, Psychological stress, Multifactorial Inheritance.

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica, no contagiosa, caracterizada por lesiones cutáneas eritemato-escamosas bien definidas que aparecen en cualquier parte del cuerpo, principalmente en el cuero cabelludo, codos, rodillas y región sacra, pudiendo

afectar amplias zonas de la superficie cutánea. La mayoría de los casos no son graves y se pueden tratar ambulatoriamente; sin embargo, algunos casos pueden producir formas más severas, en las que los afectados pueden desarrollar complicaciones como la artritis psoriásica (de un 5 a 10 %) y la psoriasis pustulosa tipo Zumbusch (menos del 5 %) (1).

Esta dermatosis es muy frecuente, con una prevalencia estimada entre el 1,5 % al 3 % de la población mundial (2). Sin embargo, nuestro problema radica en el desconocimiento sobre los factores de riesgo que predisponen al desarrollo del primer episodio de psoriasis en los pacientes de Panamá.

La psoriasis puede aparecer tanto en hombres como en mujeres, pero con ligero predominio en el sexo masculino. Puede presentarse en cualquier grupo de edad, desde lactantes hasta adultos mayores, pero con un cierto predominio entre la segunda y cuarta década de vida (3). Su distribución por grupo étnico es más frecuente en individuos de raza blanca, y mucho más baja en japoneses, aborígenes australianos e indios de Suramérica (4).

Actualmente no hay consenso sobre la posible etiopatogenia de la psoriasis, pero se postulan diferentes hipótesis, de las cuales la más aceptada sería la que atribuye como causa principal de la enfermedad a los factores hereditarios y genéticos, los cuales involucran los antecedentes familiares en un 25 a 30 % de los casos y la frecuencia de aparición de los genes del Complejo Mayor de Histocompatibilidad HLA- Cw6, B17, B13 en un 75%. En base a esta hipótesis se ha postulado la existencia de dos formas de presentación clínica de psoriasis. El tipo I, en la que los antecedentes familiares son más frecuentes e inicia antes de los 40 años; y el tipo II, poco relacionado con la carga genética y cuya aparición ocurre después de los 40 años (5,6).

Los factores de riesgo que se consideran más importantes en la etiopatogenia de la psoriasis son los genéticos. Sin embargo, a estos hay que añadirles los

factores desencadenantes que pueden ser tanto externos como internos. Estos factores desencadenantes tienden a acelerar la aparición de la psoriasis y mantienen activa la enfermedad durante ciertos periodos de tiempo, lo cual indica que la psoriasis es una afección multifactorial (6).

Como factores desencadenantes internos podemos mencionar las alteraciones metabólicas, alteraciones del sistema nervioso, reacciones fototóxicas, actividad inadecuada de la inmunidad local y alteración de la inmunidad sistémica (7).

No obstante, la aparición de la psoriasis se encuentra más relacionada a la presencia de factores de riesgo de tipo ambiental (factores externos) dentro de los cuales se encuentran el estrés psicológico, el uso prolongado de medicamentos como litio, betabloqueadores, antiinflamatorios no esteroideos [AINES], antimaláricos e infecciones a repetición. El consumo de alcohol y el hábito de fumar también pueden incrementar el riesgo de aparición de la psoriasis y aumentar la frecuencia de exacerbaciones de la misma (7).

Aunque depende del grado de psoriasis que se padezca, muchos pacientes ven alterada su vida. Esta enfermedad llega a influir en su entorno laboral, entorno familiar, razón por la cual se considera que padecer psoriasis no sólo es presentar una enfermedad dermatológica sino también presentar secuelas psicológicas que afectan en muchos de los casos la calidad de vida del paciente, e incluso pudiendo padecer posteriormente de trastornos mentales severos (8).

En los pacientes con psoriasis se ha observado que presentan una mayor tendencia a sufrir de enfermedades relacionadas con los vasos sanguíneos, entre las que se incluyen enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cerebro vascular o enfermedad arterial periférica (9).

El tratamiento debe ser individualizado dependiendo del estado general, edad, severidad y duración de la psoriasis. Clásicamente, la psoriasis ha sido tratada con terapéuticas tópicos, sistémicas y recientemente fototerapia. Dichas modalidades de tratamiento pueden combinarse entre ellas y, de este modo, potenciar su efecto terapéutico. De todos ellos, el tratamiento tópico representa el primer escalón terapéutico y punto de partida para el tratamiento de la psoriasis (10).

Nuestro objetivo general fue determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo del primer episodio de psoriasis en pacientes de la consulta externa del servicio de dermatología del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHM Dr.AAM).

Nuestros objetivos específicos consistieron en determinar las relaciones existentes entre factores de riesgo como el estrés, la edad, uso de medicamentos, infecciones, hábito de fumar y alcoholismo con la aparición del primer episodio de psoriasis en pacientes de la consulta externa del servicio de dermatología del CHM Dr.AAM.

Nuestra hipótesis nula consistió en la ausencia de diferencias significativas entre los pacientes con factores de riesgo y aquellos que no los presentan para el desarrollo del primer episodio de psoriasis, con un nivel de significancia de 95% y una  $p < 0.05$ . La hipótesis alternativa consistió en la existencia de diferencias significativas entre los pacientes con factores de riesgo y aquellos que no lo presentan para el desarrollo de la psoriasis, con un nivel de significancia de 95% y una  $p < 0.05$ .

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de casos y controles no pareados, en donde nuestro campo de estudio comprendió las instalaciones de la consulta externa del servicio de Dermatología del CHM Dr.AAM.

Nuestra población de estudio para los casos correspondió a los pacientes que se atendieron en la consulta externa del servicio de dermatología del CHM Dr.AAM entre los meses de mayo y junio de 2009, con

diagnóstico previo clínico e histopatológico de psoriasis. Mientras que la población para los controles fueron personas de las comunidades adyacentes al CHM Dr. AAM.

#### Variables. Definición operacional

Sexo: el cual seleccione el paciente al momento de llenar el cuestionario.

Edad: años cumplidos al momento de llenar el cuestionario.

Hábito de fumar: que presente el hábito de fumar antes del primer episodio de psoriasis para los casos y actualmente para los controles.

Antecedentes familiares: presencia de psoriasis en familiares de primero, segundo o tercer grado de consanguinidad.

Infección: si presentó alguna infección (Infecciones en la piel, resfriado y faringitis) un mes antes del primer episodio de psoriasis para los casos o la más reciente indicada por los controles.

Alcoholismo: presentaba el hábito de consumir alcohol (medido en base a la cantidad y al tipo de bebida) antes de haber iniciado la psoriasis para los casos y presenta el hábito de consumir alcohol en los controles (Según la OMS más de 350g/semana en las mujeres y más de 490g/semana en los hombres en base a conversión) (11).

Estrés: aquel que reporte el paciente tres meses antes de su primer episodio de psoriasis para los casos y actualmente para los controles (Según la escala psicosocial modificada de Holmes y Rahe) (12).

Uso crónico de medicamentos: (AINES, Beta bloqueantes, Corticoides, Litio o Cloroquina)

a. Consumidor crónico de medicamentos: uso del medicamento dos o más veces por semana durante por lo menos un mes antes del inicio de la psoriasis en los casos y antes de la fecha de la encuesta en los controles.

b. No consumidor crónico de medicamentos: persona que no recibe ni ha recibido medicamentos o que los ha consumido durante menos de un mes antes del inicio de

la psoriasis en los casos y antes de la fecha de la encuesta en los controles.

#### Criterios de inclusión

##### Casos:

- Ser paciente de la consulta externa de Dermatología del CHM Dr. AAM para los meses de mayo y junio de 2009.
- Que tenga diagnóstico previo clínico e histopatológico de Psoriasis y/o sus variantes clínicas.
- Que sea mayor de 15 años de edad
- Participación voluntaria y que responda al cuestionario.

##### Controles:

- Pacientes de las comunidades adyacentes al CHM Dr. AAM que no se atiendan en la consulta externa de Dermatología para los meses de mayo y junio de 2009.
- Que sea mayor de 15 años de edad.
- Participación voluntaria y que responda al cuestionario.

#### Criterios de exclusión

##### Casos:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que respondan en el cuestionario padecer de algún trastorno psiquiátrico.
- Pacientes con alguna discapacidad física que le imposibilite participar en el estudio.
- Pacientes que respondan en el cuestionario padecer de VIH/SIDA.

### Controles

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que respondan en el cuestionario padecer de algún trastorno psiquiátrico.
- Pacientes que respondan en el cuestionario, padecer de VIH/ SIDA.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Epi InfoTM Versión 3.3.2, y

- Potencia de 80%
- Intervalo de confianza de 95%
- Una relación de 1:1
- Con una prevalencia esperada del factor de riesgo (presencia de estrés) del 42,15 % para los controles (15).
- Una prevalencia del mismo factor en el grupo de casos de 60,45 % (15).
- Un Odds Ratio esperado de 2,12 (15).
- Con el cual se estimó nuestra muestra en 123 casos y 123 controles para un total de 246 personas.

### Método e instrumento de recolección de datos

Nuestro método para la recolección de datos fue la aplicación de un cuestionario a los pacientes seleccionados a través de un muestreo aleatorio sistemático el cual consistió en elegir al primer individuo al azar en base a un número seleccionado y posteriormente se escogieron a los demás condicionados al número elegido.

El cuestionario se aplicó a los pacientes de la consulta externa de Dermatología CHM Dr. AAM entre los meses de mayo y junio de 2009, explicándoles previamente el objetivo de la investigación para poder pedir su colaboración.

Para la validación del instrumento se consultó a un especialista en dermatología con la finalidad de garantizar que el cuestionario constituyó una muestra

adecuada y representativa del contenido que éste pretendía evaluar. Además, se aplicó a un grupo pequeño de pacientes con psoriasis de la Asociación Panameña de Psoriasis en una de sus reuniones mensuales para comprobar la eficacia y viabilidad de nuestro instrumento de recolección de datos.

Luego, se procedió a tabular la información por medio de los programas Epi InfoTM versión 3.3.2 y Excell, los cuales también nos sirvieron para el análisis de los datos de esta investigación.

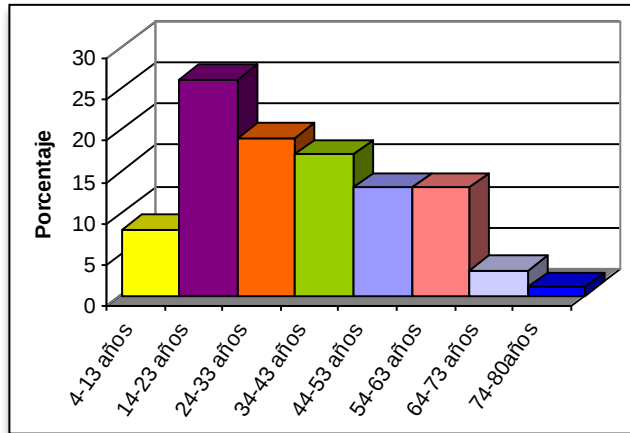
Para garantizar los aspectos bioéticos se obtuvo el consentimiento libre e informado de los participantes; antes de llenar el cuestionario se solicitaba la firma de la hoja de consentimiento informado de la CSS.

### RESULTADOS

La media calculada de la edad para los casos resultó de 50 años, mientras que para los controles fue de 41 años, obteniendo una mayor participación en el grupo etario de 44-53 años en los casos y de 17-24 años en los controles. Con respecto al tipo de psoriasis, resultó que el 39 % (39) de los pacientes no sabían qué tipo presentaban, 27 % (27) psoriasis en placa, 13 % (13) psoriasis artropática, 10 % (10) psoriasis seborreica, 5 % (5) psoriasis eritrodérmica, 3% (3) psoriasis guttata y 3% (3) otros tipos de psoriasis.

Con respecto a la edad, el primer episodio de psoriasis apareció con mayor frecuencia en los menores de 40 años de edad (Figura 1). En relación con los antecedentes familiares, se observó asociación estadística entre esta variable y la aparición del primer episodio de psoriasis con un  $X^2= 16,6$  y un  $OR= 7,58$ , lo cual indica que es un factor facilitador (Tabla 1). De la totalidad de los casos con familiares que presentaban antecedentes positivos, el 58,3 % (14) correspondieron al primer grado de consanguinidad (el padre o la madre), 4,2 % (1) al segundo grado de consanguinidad (los abuelos o hermanos) y 37,5 % (9) al tercer grado de consanguinidad (los tíos o sobrinos); mientras que para los controles solo eran positivos para los miembros que se encontraban en el tercer grado de consanguinidad.

**Figura 1.** Frecuencia de aparición del primer episodio de psoriasis en pacientes de la consulta externa de dermatología CHM Dr.AAM. Panamá. Mayo – Junio 2009.



Fuente: Encuesta a pacientes y controles. Consulta Externa de Dermatología. CHM Dr.AAM. Panamá. Mayo-Junio 2009.

La frecuencia de las infecciones para los casos en el último mes antes del desarrollo del primer episodio de psoriasis resultó de la siguiente manera, infecciones de la piel 39 % (8), resfriado 32 % (6) y faringitis 29 % (5). Al comparar la presencia de infecciones en el último mes antes del primer episodio de psoriasis en los casos con la presencia de infecciones en los controles, se obtuvo que 19 casos presentaron infección, mientras que 16 controles también la presentaron, con lo cual obtuvimos un  $X^2 = 0,31$  y una  $p = 0,57$ .

**Tabla 1.** Casos y controles según antecedentes familiares de psoriasis en pacientes de la consulta externa de dermatología CHM Dr.AAM. Panamá. Mayo – Junio 2009.

| Antecedentes familiares | Casos | Controles | Total |
|-------------------------|-------|-----------|-------|
| Positivo                | 24    | 4         | 36    |
| Negativo                | 76    | 86        | 164   |
| Total                   | 100   | 100       | 200   |

Fuente: Encuesta a pacientes y controles. Consulta Externa de Dermatología. CHM Dr.AAM. Panamá. Mayo-Junio 2009.

En relación al uso de medicamentos (tanto consumidor crónico como no crónico) y la aparición del primer episodio de psoriasis no se encontró asociación estadísticamente significativa con un  $X^2 = 3,46$ . Con respecto al uso crónico de medicamentos y la aparición del primer episodio de psoriasis, no se encontró asociación estadísticamente significativa con un  $X^2 = 3,25$  y una  $p = 0,071$ .

El hábito de fumar y la asociación al primer episodio de psoriasis presentaron una relación estadísticamente significativa con un  $X^2 = 40,8$  y un  $OR = 17,38$  por lo cual se establece que es un factor facilitador (Tabla 2).

**Tabla 2.** Tiempos Casos y controles según hábito de fumar en pacientes de la consulta externa de dermatología CHM Dr.AAM. Panamá. Mayo – Junio 2009

| Hábito de fumar | Casos | Controles | Total |
|-----------------|-------|-----------|-------|
| Positivo        | 42    | 4         | 46    |
| Negativo        | 58    | 96        | 154   |
| Total           | 100   | 100       | 200   |

Fuente: Encuesta a pacientes y controles. Consulta Externa de Dermatología. CHM Dr.AAM. Panamá. Mayo-Junio 2009.

El consumo de bebidas alcohólicas y la aparición del primer episodio de psoriasis no mostraron una asociación estadísticamente significativa con un  $X^2 = 2,07$ .

Con respecto al estrés y la aparición del primer episodio de psoriasis el 33 % (33) de los casos se presentaron positivos antes del primer episodio de psoriasis, mientras que en los controles resultó positivo para estrés el 26 % (26), obteniendo un  $X^2 = 1,18$  que nos indica no hay diferencia significativamente estadística.

## DISCUSIÓN

Entre los pacientes diagnosticados con psoriasis se encontró una relación 1:1 en cuanto al sexo, lo cual concuerda con lo publicado en la literatura (2).

Respecto a la edad de inicio, la literatura reporta que existen dos picos de incidencia: 20-30 años y 40-50 años; sin embargo el 76 % de los casos desarrollaron su primer episodio de psoriasis antes de los 46 años, lo cual es similar a lo encontrado por Griffiths y Barrer en el 2007 (13).

Se observó que en 24 % de los casos existe historia familiar de dicha enfermedad, lo cual es similar al encontrado por Aguilera y colaboradores, donde hubo antecedentes familiares en 23 % de los casos (14). En ese mismo orden, observamos que aquellos con historia familiar tienen 7,6 veces mayor riesgo para la enfermedad (IC 95% 2,87-20,04). Naldi et al, reportaron OR=5,4 (IC 95% 3,7-7,8) (15).

Por otro lado, las personas que fuman tienen 17,4 veces mayor riesgo de desarrollar psoriasis (IC 95% 5,57 – 60,37). Sin embargo, Huertas y colaboradores observaron un OR = 1,4 (IC 95% 1,3 – 1,6) en una población del Reino Unido (16).

No se registró asociación entre antecedentes de estrés y el primer episodio de psoriasis. Esto es similar a lo estudiado por Huertas y colaboradores (16). Aunque parece existir una relación entre estrés y psoriasis, la evidencia para soportar la relación causal es insuficiente. La manera como el estrés psicológico exacerba la psoriasis es pobremente entendida (16). Otras publicaciones afirman que el estado psicosomático del individuo modifica la expresión clínica de la enfermedad (17).

En cuanto al alcohol, no se encontró una asociación estadísticamente significativa. Esto es comparable con lo reportado por Naldi et al, en cuyos estudios encontraron un OR= 1.1 (IC 95% 0.8 -1.4), lo cual nos demuestra que no existe asociación alguna entre el consumo de alcohol y el desarrollo de psoriasis (15). Sin embargo, Guang Yong et al, en su estudio realizado en China, hallaron que el riesgo de desarrollar psoriasis era 2,28 veces mayor entre los consumidores de alcohol masculinos ( $p=0,0024$ ), mientras que en las mujeres no existían diferencias estadísticamente significativas (18).

En los casos se observó que 72 % no había presentado ningún tipo de infección en el último mes antes de la psoriasis. Esto es parecido a lo encontrado por Aguilera y colaboradores donde el 71 % carecía de infección previa (15). En ese mismo orden, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre infecciones de la piel y resfriado, lo cual también fue observado por Huertas y colaboradores, ellos no hallaron una asociación entre los menores de 21 años OR= 1,7 (IC 95% 0,7-1,9) y los mayores de 40 años OR = 0,9 (IC 95% 0,6-1,4) (15).

En nuestro estudio sólo el 24,4 % de los pacientes utilizaban algún medicamento de manera crónica (AINES, Betabloqueadores, Corticoides), diferente a lo reportado por González y colaboradores en cuyo estudio 54 % utilizaban algún tipo de medicamento (19). Analizando los AINES, no se observó que existiera asociación estadística. Naldi y colaboradores refieren que éstos no fueron vinculados con el desarrollo de psoriasis OR= 0,7 (IC 95% 0,5 – 1,1) (20). Considerando los betabloqueadores y los corticoides tampoco se encontró una asociación significativa ( $\chi^2= 1,86$  y  $\chi^2= 0,24$  respectivamente). Naldi y colaboradores reportaron un OR=2,1 (0,9 – 5,1) para los betabloqueadores y para los corticoides OR= 1,0 (0,5 – 1,8) lo cual indica que no fueron significativos (20).

## CONCLUSIÓN

En este estudio se encontró que las personas desconocían el tipo de psoriasis que padecen, sin embargo encontramos que el tipo de psoriasis más frecuentemente diagnosticada, por los médicos especialistas del servicio de Consulta Externa de Dermatología del C.H.M.Dr.A.A.M, fue la psoriasis en placas y la artrítica.

Se observó que la presentación de la psoriasis fue a una edad temprana, antes de los 46 años. Sin predominio de sexo.

Se comprueba que los pacientes con psoriasis tienen un antecedente familiar de primer grado de consanguinidad con la enfermedad y que el mismo es un factor predisponente para su desarrollo.

El hábito de fumar es un factor predisponente en el desarrollo del primer episodio de psoriasis. El cuál puede estar condicionado a factores de tipo individual y psicosocial.

No se encontró relación entre el desarrollo del primer episodio de psoriasis con factores como el estrés el consumo de bebidas alcohólicas.

Se observó que la infecciones respiratorias y cutáneas, fueron las que mayormente se presentaron en los pacientes con psoriasis antes de su primer episodio. Sin embargo no se encontró relación con la exacerbación del primer episodio de psoriasis.

El uso de medicamentos por tiempo prolongado no es un factor desencadenante para el desarrollo de psoriasis.

#### AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las personas que de una u otra forma nos han dado toda su colaboración y tiempo disponible para la realización de este proyecto de investigación, en especial al Dr. Osvaldo Samudio Naar (jefe del servicio), Dra. Lidia Donderis y al Dr. Charles McKeever del servicio de Consulta Externa de Dermatología del C.H.M.Dr.A.A.M. De igual manera queremos agradecer al Dr. Carlos Brandariz por su valiosa intervención.

#### REFERENCIAS

1. Cedeño I, Ríos J. Psoriasis, conceptos actuales. Rev Méd Cien. 2005;18(1):34-40.
2. Rahman P, Eldher T. **Epidemiología y genética de la Psoriasis y artropatía Psorásica.** *Ahn Rheum Dis.* 2005; 64:37-9.
3. Navarro E, Atencio D, Beracaza, K, Bernal Y, Oñate C. **Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla.** Revista Salud Uninorte. 2006; 22 (2): 63-72.
4. Henseler T, Christophers E. **Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris.** *J Am Acad Dermatol* 2005; 13:450-56.
5. Honeyman J. **Fisiopatología de la psoriasis.** Revista Chilena de Dermatología 2003;19(4):282-93.
6. Calvo N. El rechazo social, principal problema de vivir con Psoriasis. Caja de seguro social 2007, 40-3
7. Pellerano G, Neglia V, Harris P, Poggio, N, León S, De Sena A et al. **Aspectos económicos, sociales y laborales de la psoriasis II.** *Dermatology.* 1997; 47(6):263-8
8. Manresa M. Moreno J. **Tratamiento tópico de la psoriasis: actualización.** *Med Cutan Iber Lat Am.* 2005; 33(4); 147-57.
9. Feldman S. **Avances en el tratamiento de la psoriasis.** *Dermatology online journal* 2004 6(1):4
10. Steven Feldman. Avances en el tratamiento de la psoriasis. *Dermatology Online Journal* 2004 6(2):18.
11. Aguilera M, Licon T, Zuñigas C. **Factores de riesgo de pacientes con psoriasis en la Consulta Externa, Dermatología, Hospital Escuela.** *Rev Fac Cienc Med.* 2008; 1: 117-18.
12. Holmes T. Rahe R. La escala de estrés psicosocial. [http://bcbsil.com/employer/pdf/blueresource/stress1\\_assessment\\_spanish.pdf](http://bcbsil.com/employer/pdf/blueresource/stress1_assessment_spanish.pdf)
13. Griffiths C, Barrer J. **Patogénesis y características clínicas de la psoriasis.** *Lancet* 2007; 370: 263-71.
14. Aguilera M, Licon T, Zuñigas C. **Factores de riesgo de pacientes con psoriasis en la Consulta Externa, Dermatología, Hospital Escuela.** *Rev Fac Cienc Med.* 2008; 1:112.
15. Naldi L, Chatenoud L, Belloni A, Peserico A, Balato N, Ingoro V et al. **Medical History, Drug Exposure and the Risk of Psoriasis.** *Dermatology.* 2008; 216:125-32.
16. Huerta C, Rivero E, Rodríguez L. **Incidence and Risk factors for psoriasis in the general population.** *Dermatology.* 2007; 143 (12): 1559-65.

17. Richards HL, Fortune DG. **Psychological distress and adherence in patients with psoriasis.** J Eur Aca Derma Vener 2006; 20: S2, 33-41.
18. Guang-Yong Z, Sheng-Cai W, Tie-Liu S, Yi-Sue L. **Association between alcohol, smoking and HLA DQ A1-0201 genotype in psoriasis.** Acta Biochim Biophys Sin. 2004; 36(9): 597-602.
19. Schafer T. **Epidemiolgy of Psoriasis. Review on the German perspective.** Dermatology. 2006; (212): 327-37.
20. González C, Castro L, De La Cruz G, Arenas C, Beltrán A, Santos A. **Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central.** Rev Asoc Col Dermatol. 2009; 17: 11-7.

