

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Trabajo Profesional Final para optar por el título de Doctor en Medicina

Frecuencia de hipertensión en pacientes psoriásicos en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz en el periodo Julio-Septiembre 2020

Sustentado por:
Nikole Cruz Vásquez 15-0476

Asesorado por:
Dr. Ángel Campusano Michel, Asesor Metodológico
Dra. Milagros Moreno, Asesor Clínico

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

Santo Domingo, Distrito Nacional

RESUMEN

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por placas eritematoescamosas de localización simétrica. Estudios previos asocian la psoriasis con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. El objetivo de esta investigación es describir y analizar la coexistencia de Psoriasis e Hipertensión Arterial en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDPC), Santo Domingo, República Dominicana.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, tipo transversal, donde se utilizó una ficha técnica aplicada a 50 pacientes que asistieron a las consultas de este Instituto, se aplicó el score de severidad de Psoriasis, se analizó la relación de la hipertensión arterial con la enfermedad, el índice de masa corporal y otras particularidades clínicas de la enfermedad.

Resultados: Participaron en el estudio 50 pacientes. De ellos el 58% correspondió al sexo femenino y 42% al masculino, la frecuencia de hipertensión arterial fue de un 46%, la clasificación de la enfermedad de acuerdo al PASI más predominante fue la severa 56%. Los pacientes con psoriasis del IDPC tienen elevada frecuencia de factores de riesgo para enfermedad vascular.

Palabras Claves: Psoriasis, Hipertensión Arterial, PASI, Índice de Masa Corporal.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease characterized by plaques erythematous scaly with symmetrical location. Previous studies associate psoriasis with an increased risk of cardiovascular disease. The object of this research is to describe and analyze the coexistence between Psoriasis and hypertension in the Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDPC), Santo Domingo, Dominican Republic.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was carried out, where a technical sheet was applied to 50 patients who attended for their follow up in this Institute, the Psoriasis severity score was applied, the relationship of arterial hypertension with the disease was analyzed, the body mass index and other clinical characteristics of the disease.

Results: Fifty patients participated in the study. Of these, 58% corresponded to the female sex and 42% to the male, the frequency of arterial hypertension was 46%, and the most predominant classification of the disease according to the PASI was the severe 56%. Patients with psoriasis in IDPC have a high frequency of risk factors for vascular disease.

Key Words: Psoriasis, Hypertension, PASI, Body mass index.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	8
1.3 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
1.5 JUSTIFICACIÓN	9
1.6 LIMITACIONES	10
2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANTECEDENTES	12
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	16
2.2.1 Psoriasis	16
2.2.2 Epidemiología	16
2.2.3 Clasificación	16
2.2.4 Cuadro clínico	17
2.2.5 Diagnóstico.....	18
2.2.6 Tratamiento	18
2.2.7 Hipertensión Arterial.....	19
2.2.8 Epidemiología	20
2.2.9 Clasificación	20
2.2.10 Diagnóstico	20
2.2.11 Tratamiento.....	21
2.3 CONTEXTULIZACIÓN	22
2.3.1 Reseña del sector.....	22
2.3.2 Reseña Institucional.....	22
2.3.3 Aspectos sociales	23
2.3.4 Marco especial	23
3 CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1 Contexto.....	25
3.2 Modalidades de trabajo final	25
3.3 Tipo de Estudio	25
3.4 Variables.....	26
3.5 Métodos y técnicas de investigación	27
3.6 Instrumentos de recolección de datos.....	28
3.7 Consideraciones éticas	28
3.8 Selección de población y muestra	29
3.9 Procedimientos para procesamiento y análisis de datos	29
4 CAPÍTULO IV: RESULTADOS	30
5 CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	41
6 CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS.....	48
ANEXOS.....	52

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria hiperproliferativa crónica y recidivante de la piel, que afecta a individuos con predisposición genética y con desencadenantes multifactoriales, con una incidencia mundial 2% de la población.

Clínicamente se caracteriza por placas eritematoescamosas bien delimitadas y bordes irregulares, que aparecen principalmente en las regiones de los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y el tronco. Histológicamente se caracteriza por una proliferación epidérmica excesiva, queratopoyesis acelerada, alteraciones de la vascularización cutánea e infiltración de células T. (1,2)

Por su carácter inmuno inflamatorio la psoriasis suele coexistir con otros desórdenes clínicos como diabetes, obesidad, hiperlipidemia e hipertensión, entre otros (1)

Estudios previos realizados en el país hace más de 5 años, determinaron que la comorbilidad más frecuente en pacientes con psoriasis era la hipertensión arterial con una prevalencia de 41.95% (3).

El objetivo de nuestra investigación es determinar cual es la frecuencia de hipertensión en pacientes con psoriasis en pacientes que visitan el IDDCP, con el propósito de proveer a los profesionales de la salud la información necesaria que justifique un abordaje temprano para la prevención y manejo de esta comorbilidad en nuestro medio.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la psoriasis no es considerada una enfermedad exclusivamente cutánea, sino, una enfermedad sistémica asociada a otras patologías con quienes comparte mecanismos fisiopatogénicos.

El estado proinflamatorio sistémico en los pacientes psoriásicos ha evidenciado una relación entre la aterosclerosis e inflamación lo que podría interpretarse como la conexión entre la psoriasis, la hipertensión, la enfermedad coronaria y la mortalidad cardiovascular reportada en pacientes psoriásicos. (4)

Estos hallazgos motivan nuestro interés en determinar ¿Cuál es la frecuencia de hipertensión en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta del IDCP? Para, no solo tener nuestra propia estadística, sino además, para motivar una atención especial a esta comorbilidad en los pacientes con psoriasis.

Recientemente se ha demostrado el rol de mediadores inflamatorios sistémicos, mediados por los linfocitos Th1 y Th17, los cuales provocan la hiperproliferación de queratinocitos en la piel y la producción de citoquinas proinflamatorias. La respuesta inmunológica y la activación inflamatoria en los pacientes psoriásicos indica que ésta no es solo una enfermedad cutánea sino, que podría también aumentar la prevalencia de otras enfermedades. (2,5)

El estado proinflamatorio sistémico en los pacientes psoriásicos ha evidenciado una relación entre la aterosclerosis e inflamación lo que podría interpretarse como la conexión entre la psoriasis, la hipertensión, la enfermedad coronaria y la mortalidad cardiovascular reportada en pacientes psoriásicos. (4)

En los últimos años estudios han demostrado que los pacientes con psoriasis presentan un riesgo aumentado de padecer otras comorbilidades como: síndrome metabólico, obesidad, diabetes mellitus, dislipidemias, aterosclerosis, hipertensión, insulinoresistencia, depresión y baja calidad de vida.

Estos hallazgos motivan nuestro interés en determinar cual es la relación que existe entre la psoriasis y la hipertensión arterial en pacientes que acuden a la consulta del IDCP.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de hipertensión arterial en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz?

¿Cuántos pacientes diagnosticados con psoriasis son hipertensos?

¿Cuál es la relación entre el grado de psoriasis y la hipertensión arterial?

¿Qué rango edad de pacientes con psoriasis tiene mayor prevalencia de hipertensión?

¿Cuál es la relación entre la aparición de la hipertensión con el tiempo de diagnóstico y evolución de la psoriasis?

¿Cuántos pacientes con psoriasis han padecido un evento cardiovascular oclusivo?

¿Cuáles comorbilidades, además de la hipertensión presentan los pacientes con psoriasis?

1.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de hipertensión en pacientes psoriásicos del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si los pacientes con psoriasis tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- Conocer los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con psoriasis
- Determinar si existe una relación entre el grado de severidad de la psoriasis y la hipertensión arterial.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica que afecta millones de personas en el mundo, numerosos estudios han demostrado que esta enfermedad aumenta el riesgo de padecer otras patologías como la hipertensión. Un abordaje temprano y un tratamiento oportuno disminuiría probablemente este riesgo.

Debido a que en nuestra región existen pocos estudios que vinculen la psoriasis y la hipertensión, esta investigación procura identificar esta asociación para efectuar una adecuada prevención y manejo oportuno de esta comorbilidad.

La hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública con gran impacto social y económico, no sólo en la República Dominicana sino también a nivel mundial. (5)

Los factores que atribuyen el desarrollo de enfermedad cardiovascular en los pacientes con psoriasis son multifactoriales e implican una mayor prevalencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, debido a mecanismos inflamatorios y factores aún desconocidos o no estudiados en ensayos previos. (6).

Estudios indican que la psoriasis es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, el cual está incrementado dos veces más en pacientes jóvenes con psoriasis severa de acuerdo a Gelfand et al. (7)

A pesar de que la psoriasis per sé ha sido descrita como un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares como lo es la hipertensión arterial, otros factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, han sido asociado con la psoriasis. La prevalencia de alto índice de masa corporal (IMC) en pacientes psoriásicos ha sido también identificado como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. El tejido adiposo concentrado en el área abdominal es también de igual importancia que el IMC debido a que estudios han demostrado que el tejido adiposo secreta citoquinas, las cuales juegan un papel importante en el estado pro inflamatorio. (8)

Por otro lado, el vínculo entre la psoriasis y los eventos cardiovasculares oclusivos tiene implicaciones importantes, incluidas en ésta las terapéuticas, debido a que muchos de los tratamientos sistémicos utilizados en la actualidad para el manejo de la psoriasis podrían aumentar o disminuir los riesgos de hipertensión, infarto al miocardio y accidente cerebrovascular.

1.6 LIMITACIONES

Durante el desarrollo de esta investigación podríamos encontrar ciertos obstáculos que se podrían comportar como limitantes para nuestro trabajo.

- Sesgo de una población no representativa
- Tiempo
- Factores económicos
- Pandemia por la COVID19, la cuál disminuyó el flujo de pacientes al IDPC.

2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Un estudio realizado en la República Dominicana por Brea Solís et al (2014) acerca de la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con psoriasis en el IDPC determinó que el (58.1 %) correspondieron al sexo masculino, y (41.9 %) correspondieron al sexo femenino. La edad promedio entre los dos grupos fue de 46 a 55 años, demostrando así que esta patología se presenta sobre todo entre la tercera y quinta década de la vida. Se valoró el índice de masa corporal en estos pacientes, lo que concluyó que un 41.94 % se encontraba en peso ideal y un 41.9 % en sobrepeso, solo un 6.45 % se encontraba en obesidad mórbida. Se evaluaron los niveles de colesterol y triglicéridos, y se demostró que un 32.25 % presentaron hiperlipidemia y un 67.74 % no. En cuanto a la estimación del perímetro abdominal, se concluyó que un 51.61 % presentó un perímetro abdominal mayor a los rangos establecidos para cada sexo y un 48.39 % se encontró dentro de los rangos establecidos. Las comorbilidades son un factor de gran importancia en el desarrollo de síndrome metabólico. De los pacientes con psoriasis analizados se estableció que 41.93 % presentó hipertensión arterial, un 22.58% diabetes mellitus, además un 48% de los pacientes estudiados no se encuentra en un peso ideal y un 51.6% de los pacientes tiene un periodo abdominal por arriba de lo esperado. (3)

Parisi R. et al. (2015) elaboró un estudio cohorte con 48.523 pacientes con psoriasis y realizaron 208,187 controles. Durante una mediana de seguimiento de 5.2 años, 1,257 pacientes con psoriasis (2.59%) tuvo un evento CV importante, en comparación con 4.784 controles (2,30%). En el análisis multivariable, artritis inflamatoria cociente de riesgos (HR) 1.36 (1.18–1.58), diabetes HR 1.18 (1.06–1.31), enfermedad renal crónica HR 1.18 (1.07–1.31), hipertensión HR 1.37 (1.29–1.45), ataque isquémico transitorio HR 2.74 (2.41–3.12), fibrilación auricular HR 1.54 (1.36–1.73), cardiopatía valvular HR 1.23 (1.05–1.44), tromboembolismo 1.32 (1.17–1.49), insuficiencia cardíaca congestiva HR 1.57 (1.39–1.78), depresión HR 1.16 (1.01–1.34), fumador actual HR 2.18 (2.03–2.33), edad (año) HR 1.07 (1.07–1.07) y género masculino HR 1.83 (1.69–1.98) fueron estadísticamente significativos para el riesgo de eventos CV mayores. Las HR ajustadas por edad y género de un evento CV importante para la psoriasis fueron 1.10 (1.04–1.17) y

para la psoriasis severa 1.40 (1.07–1.84), mientras que los HR totalmente ajustados se atenuaron a 1.02 (0.95–1.08) y 1.28 (0.96–1.69). En conclusión, sus hallazgos sugieren que los pacientes con psoriasis tienen una mayor prevalencia de comorbilidades asociadas con ECV, no obstante, ninguno de los grados de gravedad de la psoriasis se asoció con el riesgo a corto y mediano plazo (más de 3 a 5 años) de riesgo mayor de eventos cardiovascular (MACE) después de ajustar por factores de riesgo conocidos de enfermedad cardiovascular. En particular, el riesgo de MACE fue 36% mayor en pacientes con psoriasis que también tenían artritis inflamatoria en comparación con aquellos que no. (6)

Ahmet B et al (2015) llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de hipertensión enmascarada (MH) en pacientes con psoriasis vulgar, en donde se tomó 110 pacientes de mediana edad, normotensos, no obesos con psoriasis vulgar y 110 controles normotensores de la misma edad y sexo se incluyeron en el estudio. Se realizó un Masked hypertension (MH), definido como tensión arterial normal durante la consulta (BP) y tensión arterial ambulatoria elevada (ABPM), en todos los participantes durante un período de 24 h. La gravedad clínica de la enfermedad se determinó de acuerdo con los índices actuales. Entre los sujetos con psoriasis vulgar fue del 31,8% y aumentó en comparación con los sujetos control ($p < 0,01$). Los predictores de MH en pacientes con psoriasis vulgar se detectaron como sexo masculino, tabaquismo, medidas antropométricas relacionadas con la obesidad y actividad de la enfermedad. El sexo masculino, la circunferencia de la cintura y la afectación psoriásica difusa se detectaron como predictores independientes de MH. (8)

Pinto et al (2019) realizaron un estudio en Brasil, tomaron una muestra de pacientes con psoriasis y se confirmó dislipidemia en aproximadamente 93%, hipertensión en 46%, obesidad en 40%, 33,3% eran diabéticos y, 13,3%, fumadores; 95% había aumentado la circunferencia abdominal. Se observó que el 53% tenía riesgo cardiovascular alto, el 29% riesgo intermedio y el 18% riesgo bajo. Los individuos con proteína C reactiva alterada y velocidad de sedimentación globular presentaron, respectivamente, niveles más altos de LDL-C y colesterol total. Los participantes de este estudio tenían una mediana de riesgo

cardiovascular del 13,70% (IQR 5,6-25,3). Los pacientes con alto riesgo de resultados cardiovasculares en los próximos 10 años representaron el 53% de la muestra, el 29% tenían riesgo intermedio y el 18% eran de bajo riesgo. (9)

En un estudio observacional transversal ejecutado en España (2019) se tomaron 600 pacientes con enfermedad psoriásica atendidos en una clínica multidisciplinaria, analizaron la frecuencia de hipertensión y los factores de riesgos asociados a esta comorbilidad. El 24% de los pacientes eran hipertensos, de los pacientes con artritis el 29,7% tenían HTA, en comparación con el 18,7% con psoriasis (OR 1,7 95%, IC 1,25-2,50, p= 0,003). La hipertensión se asoció de forma independiente con una mayor edad al inicio de la psoriasis y un índice de masa corporal más alto. (10)

Se desarrolló un estudio en Bogotá, Colombia; se realizó un interrogatorio y un examen físico dirigido a la identificación de factores de riesgo cardiovascular, pruebas de laboratorio para determinar la presencia de síndrome metabólico y se practicó medición del grosor de la íntima media carotídea por ecografía. El mismo determinó la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en este grupo de pacientes fue del 35% para hipertensión arterial, el 17,5% para dislipidemia, el 17,5% para tabaquismo y el 10% para diabetes mellitus tipo 2. El 12,5% de los sujetos tenía antecedente de infarto agudo de miocardio. Se encontró síndrome metabólico en 20 (50%) pacientes. La dislipidemia se reportó por bioquímica sanguínea en 32 (80%) pacientes. Según el score de Framingham, 11 pacientes (31,4%) tenían riesgo latente, 22 (62,8%) riesgo intermedio y 2 (5,7%) riesgo alto. En la evaluación de la carótida, se encontró una media del espesor íntima de 0,7 (DE 0,12) mm y engrosamiento en 6 pacientes (15,0%). (11)

En el año 2019 se efectuó una investigación la cual buscaba saber cuales eran los factores de riesgo de los pacientes con psoriasis se tomó una muestra de 114 pacientes con diagnóstico de psoriasis, atendidos en la consulta de Dermatología del Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, desde enero de 2014 hasta marzo del 2016. La mayoría de los integrantes de la casuística correspondieron al grupo etario de 30 a 45 años y al sexo femenino; de igual modo, predominaron el hábito de fumar, el sedentarismo y

el sobrepeso como factores de riesgo, y la hipertensión arterial, la esteatosis hepática, las alteraciones psiquiátricas y cardiovasculares como morbilidades asociadas. Pudo concluirse que los pacientes con psoriasis requieren una atención integral y multidisciplinaria por la gran frecuencia de comorbilidades, las que limitan aún más su calidad de vida. (12)

En los últimos años, numerosos informes han demostrado una asociación entre la psoriasis y la hipertensión, por ello, Duan Xi et al (2020) realizaron un metanálisis que incluyó un total de 16 estudios ajustados por covariables, que incluyeron 50.291 casos con hipertensión en 255.132 pacientes con psoriasis y 76.547 casos con hipertensión en 814.631 controles (sin psoriasis). Los resultados indicaron que la psoriasis se asoció con un mayor riesgo de hipertensión en comparación con aquellos sin psoriasis, y la prevalencia de hipertensión en pacientes con psoriasis grave fue mayor que en pacientes con psoriasis leve, y el riesgo de hipertensión en pacientes con psoriasis fue mayor que en pacientes sin psoriasis en Europa y Asia. Llegando a la conclusión de que los pacientes con psoriasis tienen mayor riesgo de hipertensión en comparación con aquellos sin psoriasis. (13)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y multisistémica que compromete principalmente la piel. Se caracteriza por placas eritematoescamosas bien delimitadas y bordes irregulares, con hiperproliferación epidérmica, diferenciación anormal de los queratinocitos y la presencia de un infiltrado inflamatorio con predominio de linfocitos T. Afectan principalmente la región de los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y el tronco, posee un patrón de herencia multifactorial, alteraciones en el crecimiento y diferenciación epidérmica, así como anomalías bioquímicas, inmunológicas y vasculares que afectan tanto física como psicológicamente a los individuos. (4)

2.2.2 Epidemiología

La psoriasis es una enfermedad cuyos datos de prevalencia tienen un rango amplio de acuerdo con diferencias en el origen étnico de las poblaciones estudiadas y también por la metodología empleada. La mayoría de los mismos revela una prevalencia que varía del 0,2 al 4,8% de la población, con un promedio para Europa del 2% y para los Estados Unidos del 2,2 al 2,6%, afectando con menos frecuencia poblaciones asiáticas, africanas y latinoamericanas. (14)

La prevalencia de psoriasis en la República Dominicana es incierta, sin embargo, en un estudio realizado en el IDDCP se estima que el sexo que predomina en los pacientes con psoriasis es el masculino con un 58.1% de los pacientes analizados, con una edad promedio de 46 a 55 años. (3)

2.2.3 Clasificación

De acuerdo a el área de piel afectada y la severidad de los signos clínicos la psoriasis se puede clasificar utilizando diferentes metodologías. En la práctica clínica resulta más fácil aplicar estos criterios sencillos, sin embargo, en las investigaciones clínicas y para fines de evaluación del tratamiento de la enfermedad se utiliza el Psoriasis Area Severity Index (PASI) introducido en el año 1978 por Fredriksson y Pattersson para determinar los efectos del tratamiento retinoides en la psoriasis crónica en placa. El PASI evalúa 3 criterios en

combinación: los signos clínicos y su gravedad, la región del cuerpo que presenta las lesiones y el porcentaje de área de piel afectada. Los signos clínicos de una lesión psoriásica son el eritema, induración y descamación. Las regiones del cuerpo son la cabeza y el cuello, las extremidades superiores, el tronco y las extremidades inferiores. El porcentaje del área de piel afectada se subdivide en 6 categorías dependiendo del grado de severidad. El score oscila entre 0-72 puntos, de acuerdo al PASI la severidad de la psoriasis se ha definido como leve si es menor de 7, moderado de 7 a 12 y severo si es mayor de 12. La meta de cualquier tratamiento es reducir el PASI de referencia hasta un 75% (PASI75). (15)

2.2.4 Cuadro clínico

Clínicamente se caracteriza por pápulas y placas redondeadas, eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por una descamación micácea plateada. La variedad más común de psoriasis es la denominada tipo placa y las localizaciones más frecuentes son los codos, rodilla, pliegue interglúteo y cuero cabelludo. La psoriasis inversa afecta las regiones intertriginosas, entre ellas las axilas, las ingles, la región submamaria y el ombligo. La psoriasis eruptiva (goteada) tiene mayor prevalencia en niños y adultos jóvenes, precedida frecuentemente de una infección de las vías respiratorias superiores por estreptococos hemolíticos beta. La psoriasis postular presenta lesiones pustulosas en palmas y plantas, y se acompaña de fiebre, malestar, diarrea y artralgias. Aproximadamente el 15% de los pacientes con psoriasis pueden desarrollar artritis psoriásica con síntomas leves y episódicos o continuos que progresan a daño articular que va desde una artritis asimétrica de las articulaciones interfalángicas proximales y distales, hasta una enfermedad parecida a la artritis reumatoide seronegativa grave y destructiva. Esta enfermedad puede aparecer en personas sin psoriasis en la piel, sobre todo en aquellos que tienen un familiar de primer grado con psoriasis, lo que sugiere que la herencia juega un papel importante. Afecta a hombres y mujeres entre los 30-50 años, pero puede iniciar tan temprano como en la niñez. (16)

2.2.5 Diagnóstico

La mayoría de los pacientes pueden ser diagnosticados basándose en el cuadro clínico, no obstante, la biopsia de piel proporciona el diagnóstico definitivo. En los casos de artritis psoriásica puede utilizarse radiografías, ecografías y resonancia nuclear magnética para evaluar los cambios típicos de la artritis y diferenciar la artritis psoriásica de otras artritis comunes. La ecografía puede revelar entesitis, así como otros cambios inflamatorios en un patrón asimétrico. La resonancia magnética es la primera línea en el diagnóstico de los cambios degenerativos tempranos en artritis de la columna. La gammagrafía ósea, que no es específica, también se puede utilizar para descubrir la inflamación y la degeneración presentada. (17)

2.2.6 Tratamiento

En la terapéutica de la psoriasis la mayoría de los fármacos utilizados son inmunomoduladores; las principales categorías terapéuticas son: terapias tópicas, fototerapia, fármacos orales y biológicos (18), sin embargo, los pacientes psoriásicos deben considerarse como multidisciplinarios debido a que la psoriasis es una enfermedad sistémica podrían coexistir otras enfermedades.

TABLA 1.2 Tratamientos para la psoriasis			
Tópicos	Fototerapia	Sistémicos	Biológicos
<ul style="list-style-type: none">• Corticoesteroides• Análogos de la vitamina D• Tazaroteno• Ácido salicílico• Inhibidores de la calcineurina (para la psoriasis invertida)	<ul style="list-style-type: none">• UVB de banda estrecha (310-331 nm)• UVB de banda ancha• PUVA• Láser de excímeros (308 nm)	<ul style="list-style-type: none">• Ciclosporina• Metotrexato• Acitretina• Ésteres de ácido fumárico (disponibles en Alemania pero no en EE. UU., Reino Unido ni España)• Apremilast	<ul style="list-style-type: none">• Inhibidores del TNF-α• Etanercept• Adalimumab• Infliximab• Inhibidores de la IL-12/IL-23• Ustekinumab• Inhibidores de la IL-17• Secukinumab• Ixekizumab

Recuperado de: Wu J, Feldman S, Lebwohl M. Terapias para el tratamiento de la psoriasis grave. Elsevier, editor. España; SLU 2018. Página 11.

La mayoría de los pacientes son inicialmente tratados con tratamientos tópicos, estos suelen ser eficaces y seguros. Los corticoesteroides son el tratamiento de primera línea para la psoriasis leve o moderada, y en áreas de piel sensibles; los pacientes suelen ver mejoría luego de 2-4 semanas, pero el uso diario de corticoesteroides a largo plazo tiene efectos secundarios como atrofia cutánea,

estrías e insuficiencia renal por su absorción sistémica, además de perder su eficacia.

Entre otros fármacos tópicos se encuentran la vitamina D los cuales se consideran tan potente como un esteroide tópico suave; los retinoides, el tazaroteno y el ácido salicílico los cuales se utilizan para reducir el espesor de la placa y la escama, estos fármacos a menudo son utilizados en combinación con corticoesteroides tópicos y tienen como efecto adverso la irritación local. (18)

La fototerapia es una de las terapéuticas más antiguas en el tratamiento de la psoriasis, demostrando ser segura y eficaz y no causa inmunosupresión. Esta actúa inhibiendo la división celular, induce la muerte de los queratinocitos y de los linfocitos T activados, reduce el número de células detriticas, citosinas, TNF alfa y el factor de crecimiento vascular endotelial. (ICAM-1).

Los fármacos orales como el metotrexato, la acitretina y la ciclosporina han sido piedras angulares para el tratamiento de esta patología, a pesar de que en la actualidad han ido en desuso debido a la disponibilidad de los fármacos biológicos, siguen siendo eficaces y asequibles. (18)

En la terapia biológica surge al comprender la fisiopatología que da lugar a la psoriasis, demostrando tener un excelente perfil de seguridad; teniendo múltiples categorías: inhibidores del TNF- alfa, inhibidores de la IL-17, anti-p40 y anti-p19. (18)

2.2.7 Hipertensión Arterial

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la

tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada. (19)

2.2.8 Epidemiología

Se estima que en el mundo hay 1,130 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos, en el año 2015 1:4 hombres y 1:5 mujeres tenía hipertensión a nivel mundial. La prevalencia más elevada corresponde a la Región de África de acuerdo a la OMS (27%), mientras que la más baja es la de la Región de las Américas (18%). (12). Por otro lado, la prevalencia de la hipertensión arterial en la República Dominicana es de un 32%, de los cuales apenas un 60% se encuentra en un adecuado tratamiento y control. (20)

2.2.9 Clasificación

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) recomienda clasificar la presión arterial (PA) como óptima, normal, normal alta o HTA de grado 1-3, según los valores de PA medidos en la consulta.

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada ^b	≥ 140	y	< 90

©ESC/ESH 2018

Recuperado de: Williams B, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. Elsevier, editor, España SLU, 2018. Página 13

Se emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años. (21)

2.2.10 Diagnóstico

Para medir la tensión arterial se utilizan dispositivos electrónicos, de mercurio y aneroides. La OMS recomienda el uso de dispositivos asequibles y fiables que ofrecen la opción de realizar lecturas manuales. Para utilizar

dispositivos aneroides, como los esfigmomanómetros, es imprescindible calibrarlos cada seis meses, capacitar y evaluar a las personas que los usen. Es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes de establecer el diagnóstico de hipertensión. La tensión se mide dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la tarde. Se toman dos mediciones consecutivas, con un intervalo mínimo de un minuto entre ambas y con la persona sentada. Las mediciones del primer día se descartan, y para confirmar el diagnóstico de hipertensión se toma el valor promedio de todas las restantes. (19)

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) establece que el diagnóstico de la hipertensión debe hacerse en base a:

- Repetidas mediciones de la presión arterial (PA) en la consulta
- Determinar la PA mediante MAPA cuando sea logística y económicamente viable

La PA puede ser muy variable, por lo que el diagnóstico de hipertensión no debe basarse en una sola sesión de lecturas en el consultorio, excepto cuando la PA haya aumentado significativamente (p. ej., HTA de grado 3) o cuando haya evidencia clara de daño orgánico inducido por HTA. En el resto de los casos, la repetición de las mediciones en consulta es la estrategia tradicional utilizada para confirmar la elevación persistente de la PA y para la clasificación de la hipertensión en la práctica clínica y en estudios de investigación. (21)

2.2.11 Tratamiento

Existen 2 estrategias ampliamente establecidas para reducir la PA: las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. Las intervenciones en el estilo de vida pueden reducir la PA y, en algunos casos, el riesgo cardiovascular (CV), pero la mayoría de los pacientes hipertensos requieren además tratamiento farmacológico. Todas las guías coinciden en que los pacientes con HTA de grado 2 o 3 deben recibir tratamiento antihipertensivo combinado con intervenciones en el estilo de vida; también recomiendan el tratamiento farmacológico para la reducción de la PA de los pacientes con HTA de grado 1 y riesgo CV alto o daño orgánico causado por HTA. (21)

La mayoría de los pacientes requieren tratamiento farmacológico además de intervenciones en el estilo de vida para lograr un control óptimo de la PA. Para el control de la PA se recomiendan 5 clases de terapia farmacológica para el

tratamiento de la HTA: Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina (IECA), Antagonista de los receptores de Angiotensina II (ARA-II), bloqueadores beta (BB), Bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y diuréticos (tiacídicos y análogos tiacídicos como: clortalidona e indapamida). (21)

2.3 CONTEXTULIZACIÓN

2.3.1 Reseña del sector

Mejoramiento Social es un barrio o sector de la ciudad de Santo Domingo en el Distrito Nacional, República Dominicana. Limitado al norte con la Avenida Padre Castellanos, próximo al ensanche Luperón; al sur con la Avenida 27 de febrero, al oeste avicinando con el barrio Villa María; y al este con la Avenida Albert Thomas, avicinando con el sector María Auxiliadora.

El Sector fue inaugurado el 20 de abril de 1946 por el dictador Rafael Leónidas Trujillo. Algunas de las viviendas de la zona perduran desde esa fecha hasta la actualidad.

2.3.2 Reseña Institucional

El Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP) es el organismo ejecutor del Patronato de Lucha Contra la Lepra, Inc, es una Institución privada sin ánimo de lucro.

En el año 1963 comenzó a funcionar el Patronato de Lucha Contra la Lepra con el propósito de colaborar en la lucha antileprosa y estimular el estudio de las enfermedades de la piel y venéreas en República Dominicana.

En el año 1964 se inician los trabajos de construcción del edificio y concomitantemente el entrenamiento del personal médico y técnico que prestaría sus servicios a los pacientes. El 26 de enero de 1966 se inauguró el Instituto Dermatológico Dominicano, iniciando sus labores el 3 de febrero de ese mismo año con un grupo de médicos dirigidos por el Dr. Bogaert. Actualmente lleva el nombre de Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”, en honor a su fundador.

Desde el año 1992 el IDPC se convirtió en un centro docente liderado por el Dr. Bogaert. Se considera como la institución médico-asistencial del nivel científico en el área de la dermatología más alta que se puede ofrecer en la República Dominicana. La cartera de servicios contempla las áreas de Consulta General Dermatológica, actividades de control de Lepra a nivel Nacional, Micología (tratamiento de enfermedades por hongos), Cirugía Dermatológica, Cirugía Menor, Cirugía Vascular, Criocirugía, Flebología (varices), Dermatología Pediátrica y Dermatitis profesional. Ubicado en la Calle Federico Velázquez esquina, Av. Albert Thomas, Santo Domingo República Dominicana.

Su misión: prestar servicios integrados especializados en Dermatología, Micología, Lepra, Infecciones de Transmisión Sexual, entre otras. Desarrollar programas de salud con ética orientados a la investigación, educación, atención y tratamiento de enfermedades en beneficio de la comunidad.

Visión: Mantener el liderato en la atención médica, la enseñanza y la investigación científica en el campo de las enfermedades de la piel, así como un elevado nivel de prestigio nacional e internacional.

2.3.3 Aspectos sociales

La mayoría de los pacientes que visitan el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz pertenecen a un estrato social de clase media baja. Las últimas estadísticas realizadas en el año 2017 se registró un aumento en un cero punto siete por ciento en sus consultas a nivel nacional que fueron de 652,641 en comparación con el 2016 que fueron 647,971.

2.3.4 Marco especial

El Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz (IDCP) queda delimitado dentro de la ciudad sanitaria Luis E. Aybar de la siguiente manera:

- Al norte está limitado por Hospital CECANOT
- Al este se encuentra la Avenida Albert Thomas
- Al oeste lo delimita el Hospital Luis E. Aybar
- Sur por la Calle Federico Velázquez

3 CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Contexto

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria, la cuál hasta hace algunos años era considerada exclusivamente como una patología cutánea. Estudios han demostrado una relación entre la psoriasis y la prevalencia de enfermedades cardiovasculares. En este estudio, de carácter transversal, nuestro propósito es analizar si realmente los pacientes psoriásicos presentan un riesgo elevado de padecer hipertensión. La investigación se realizará en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz ubicado en Santo Domingo, República Dominicana. Los datos se recopilarán durante el periodo de Julio-Septiembre 2020.

3.2 Modalidades de trabajo final

El trabajo final se basa en un proyecto de investigación, en el cual se recopilarán datos a través de un proceso de investigación que se llevará a cabo siguiendo todos los pasos de la metodología científica en torno a una interrogante, la cual es determinar la frecuencia de hipertensión en pacientes psoriásicos.

3.3 Tipo de Estudio

El presente estudio es descriptivo, analítico, de corte transversal, debido a que los datos se recopilarán con pacientes que estén siendo seguidos clínicamente por el personal especializado de el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, durante el periodo de Julio-Septiembre 2020.

3.4 Variables

Variable	Tipo y subtipo	Definición	Indicador
Edad	Cuantitativa, discreta	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18 - 30 años 2. 31- 50 años 3. <70 - años
Sexo	Cualitativa, nominal	El conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Hipertensión	Cuantitativa	La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a al cuerpo.	Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada
Artritis psoriásica	Cualitativa	Esta es un tipo de artritis inflamatoria que aparece en algunos pacientes con psoriasis.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Índice de masa corporal (IMC)	Cuantitativa	Es un método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona, y determinar por tanto si el peso está dentro del rango normal, o por el contrario, se tiene sobrepeso o delgadez.	<p><18.5 Bajo peso</p> <p>18.5-24.9 Normopeso</p> <p>25.0-26.9 Sobrepeso grado 1</p> <p>27-29.9 Sobrepeso grado 2</p> <p>30- 34.9 Obesidad tipo 1</p> <p>35-39.9 Obesidad tipo 2</p> <p>40-49.9 Obesidad tipo 3(mórbida)</p> <p>>50 Obesidad tipo 4(extrema)</p>

Circunferencia abdominal	Cuantitativa	Es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico. La medición casi siempre se hace a nivel del ombligo.	Hombres <95 normal Mujeres <82 normal
PASI	Cuantitativa	Es una herramienta utilizada para medir la gravedad y el alcance de la psoriasis (área de psoriasis e índice de gravedad).	1. Leve 2. Moderada 3. Severa
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativa	Tiempo del diagnóstico de la enfermedad medido en años	1. 2-4 años 2. 5-7 años 3. 8-10 años 4. Mayor de 10 años
Hábitos tóxicos	Cualitativo	Consumo frecuente de una sustancia dañina para la salud	1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Drogas recreativas
Otras comorbilidades	Cuantitativo	Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario	1. Si 2. No

3.5 Métodos y técnicas de investigación

Se tomó una muestra de la población con diagnóstico de psoriasis que esté siendo seguida clínicamente por el personal especializado de el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales serán evaluados con una ficha técnica durante el periodo de Julio-Septiembre 2020.

3.6 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos fue una ficha técnica la cuál se utilizó para realizar un examen físico a los pacientes que acudieron a la consulta de psoriasis de el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz durante el periodo de Julio-Septiembre 2020.

3.7 Consideraciones éticas

La Universidad Iberoamericana cuenta con un Comité de Ética Institucional (CEI) el cual tiene como objetivo principal velar por la protección de los derechos de los participantes humanos que participan en las investigaciones realizadas por el personal de la Universidad y las investigaciones que están avaladas por la misma. De esta manera aseguramos adherencia a los mas estrictos estándares de calidad y ética que exigen las academias nacionales e internacionales. El Decanato de Investigación (DIA) coordina el CEI y además sirve como enlace institucional con el Consejo Nacional de Bioética para la Salud, asegurando que los protocolos de investigación aprobados por la Universidad que sean pertinentes a esta entidad sean enviados a la misma y que todos los permisos de lugar sean obtenidos previa la iniciación de cualquier investigación.

El Comité de Ética de UNIBE se rige por los principios de Informe Belmont, el cual enfatiza: respeto hacia las personas, justicia y beneficencia. Para asegurarnos que estos principios se cumplen de manera práctica los investigadores deben someter sus propuestas de investigación al CEI. En el caso de los trabajos de grado de los estudiantes de las Ciencias de la Salud, el DIA ha elaborado una ficha o screener que se puede descargar de la página web del Decanato en el cual los estudiantes proporcionan una breve explicación de su propuesta de investigación. Esta misma debe ser entregada al DIA y suele ser aprobada en 2 a 3 días laborales. Solo las investigaciones de trabajo de grado que involucran intervencionismo o poblaciones vulnerables (según la definición del Manual de Ética de Investigación de UNIBE) deben someterse en su totalidad para revisión del Comité completo.

Para realizar la recopilación de datos se solicitará un permiso al encargado de educación en el cual autoricen la investigación y la recopilación de datos, siempre respetando y manteniendo la confidencialidad de los datos de los pacientes.

3.8 Selección de población y muestra

Pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis realizado por un dermatólogo desde hace uno o más años e hipertensión arterial registrado en la historia por cardiólogos los cuales son atendidos en la consulta de dermatología del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz durante el periodo de Julio-Septiembre 2020.

Se llevaron a cabo técnicas probabilísticas, la muestra será seleccionada aleatoriamente para que así cada paciente tenga la misma probabilidad de ser elegido mientras cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión:

1. Pacientes con edad igual o mayor de 18 años
2. Pacientes con diagnóstico de psoriasis de 1 o más años

- Criterios de exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de psoriasis menor de un año
2. Pacientes menores de 18 años
3. Pacientes embarazadas
4. Pérdida de historia clínica o de datos de la historia clínica incluidos en este estudio.
5. Pacientes que no acepten participar voluntariamente en el estudio

3.9 Procedimientos para procesamiento y análisis de datos

Se utilizaron dos programas para interpretar los datos obtenidos, Microsoft Word Office y Microsoft Office Excel. Microsoft Word Office se empleó para redactar los datos que se relacionen con la investigación derivados del examen físico realizado a los pacientes. En el programa de Microsoft Office Excel se crearon las tablas, fórmulas y gráficas para la comparación entre los datos recopilados.

4 CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos de la recolección de datos en forma de gráficos.

El presente estudio se realizó con la participación de 50 pacientes con diagnóstico de psoriasis, que acudieron al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz durante el periodo de Julio-Septiembre 2020.

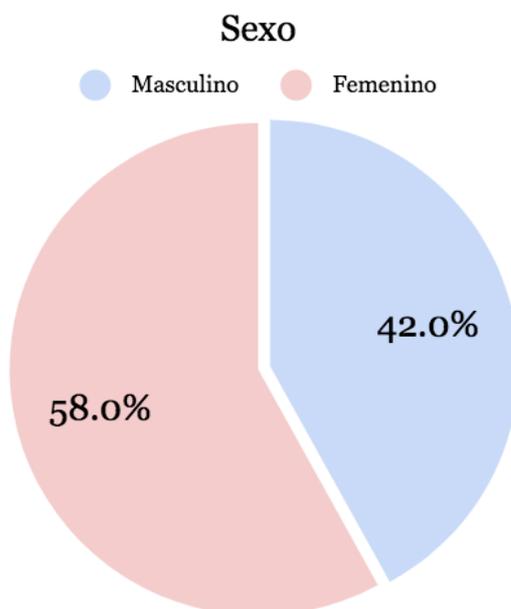


Gráfico 1. Distribución por sexo de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3 (tabla 1)

Rango de edad

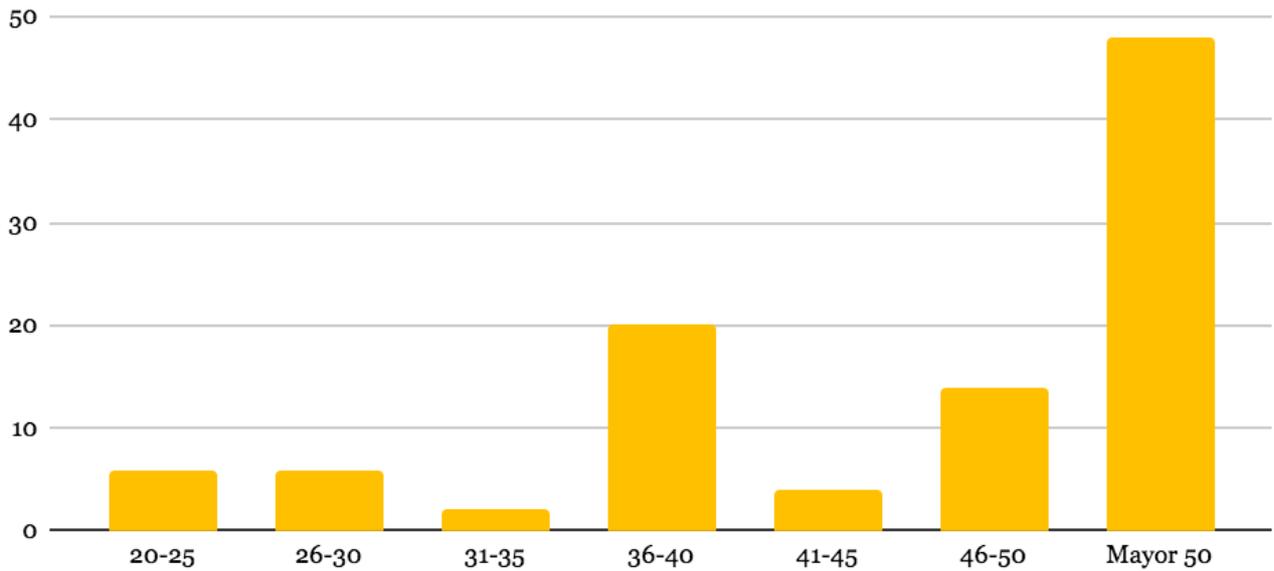


Gráfico 2. Distribución por edad de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 2)

Tiempo de diagnóstico

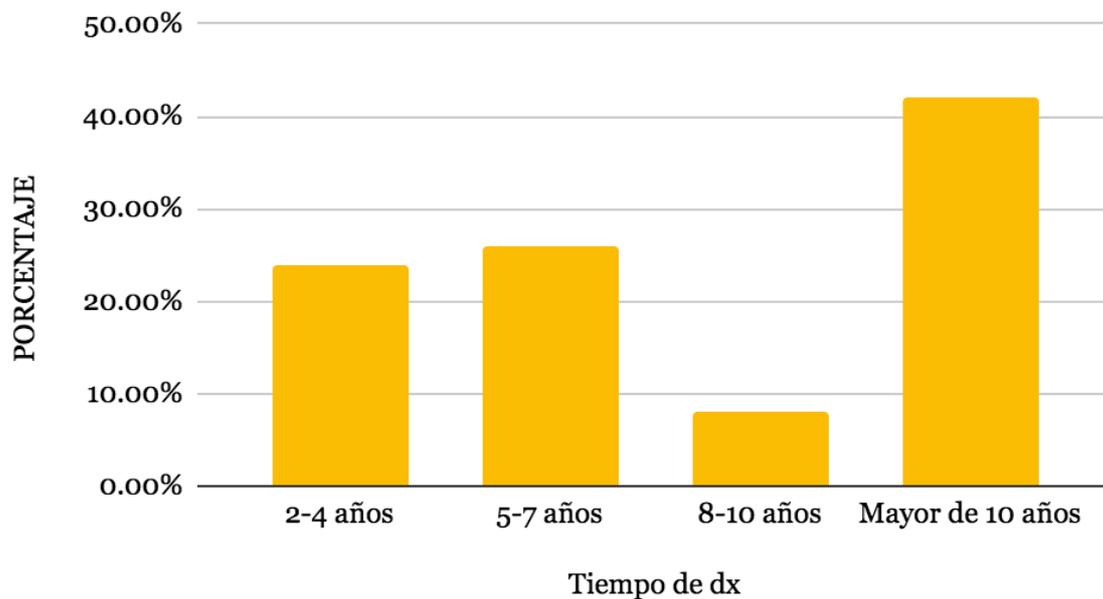


Gráfico 3. Distribución por tiempo de diagnósticos de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 3)

Pacientes con diagnóstico de HTA

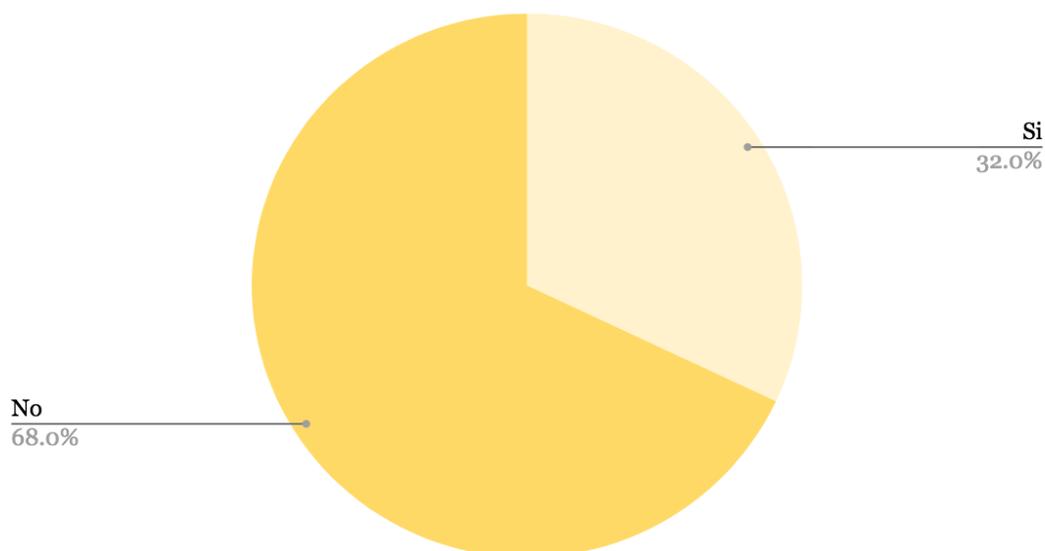


Gráfico 4. Distribución de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial (HTA) de los pacientes con psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 4)

Otras comorbilidades

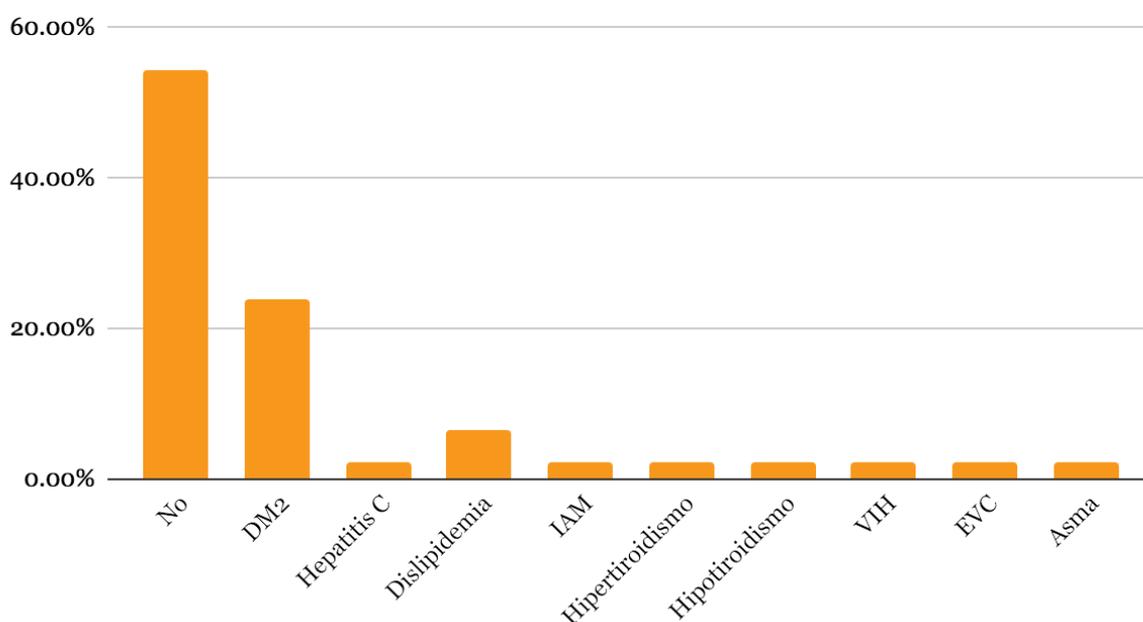


Gráfico 5. Distribución de otros antecedentes patológicos de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 5)

Índice Masa Corporal

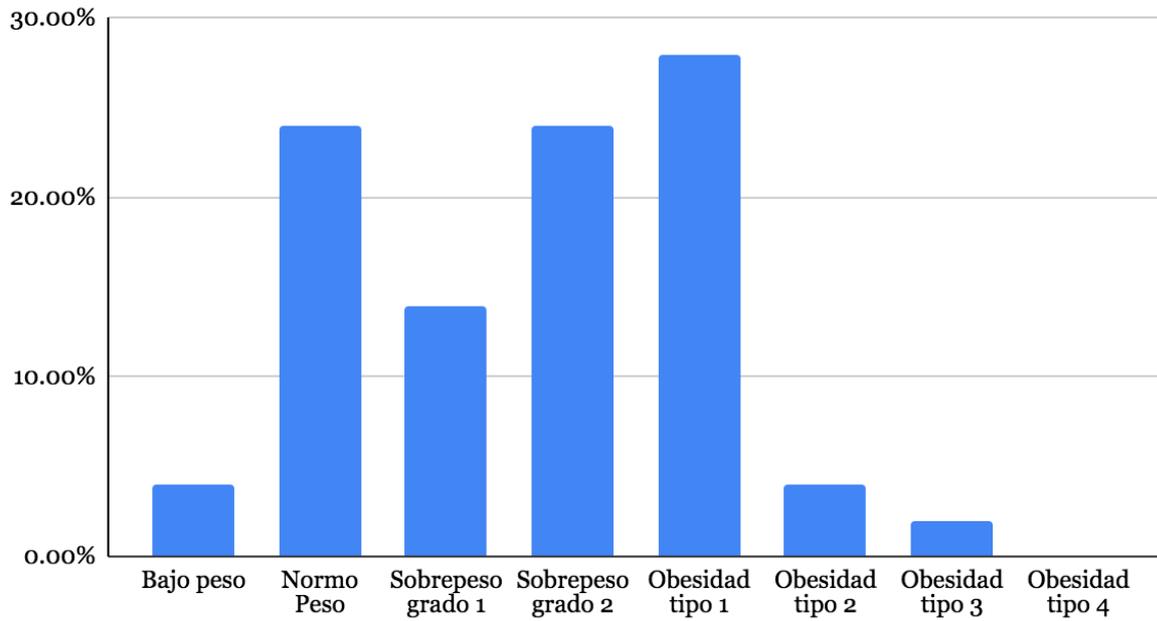


Gráfico 6. Distribución del índice de masa corporal (IMC) de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 6)

Circunferencia Abdominal

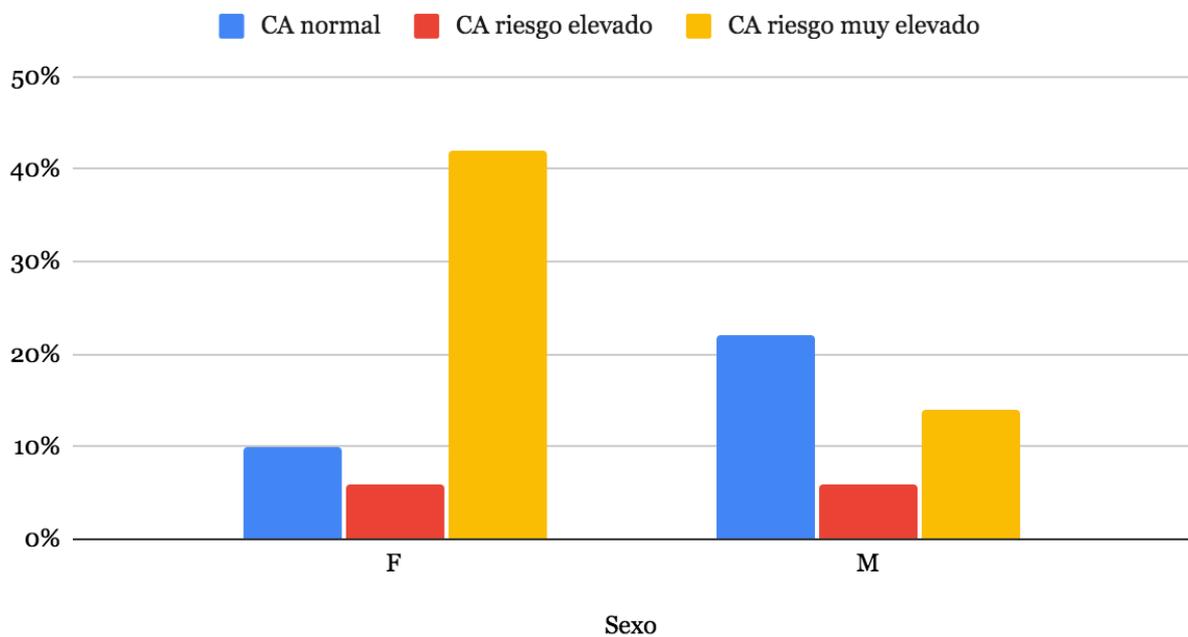


Gráfico 7. Distribución por sexo de la circunferencia abdominal (CA) de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 7)

PASI

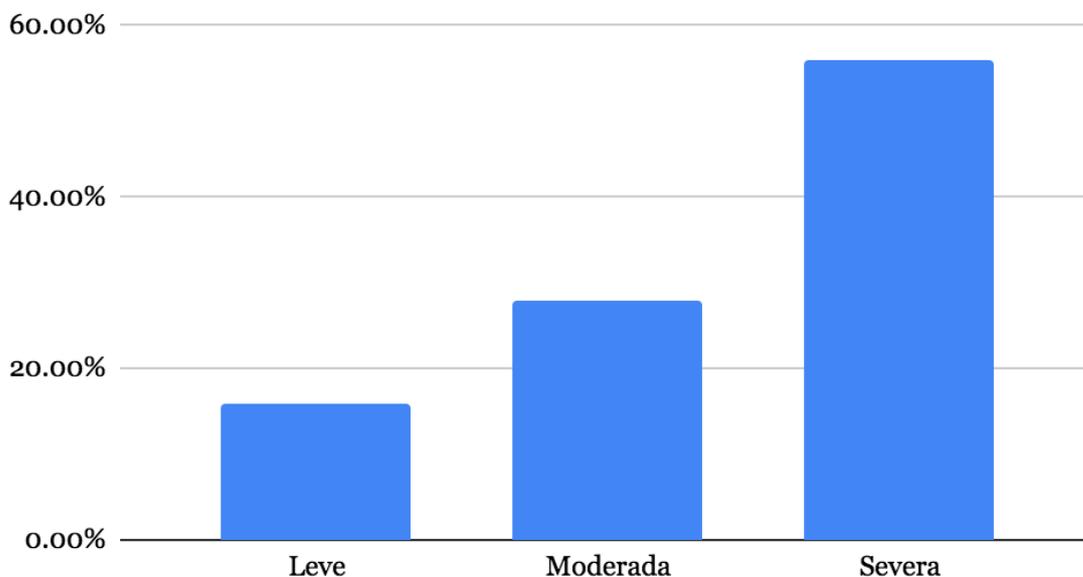


Gráfico 8. Distribución del Índice de severidad de psoriasis de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 8)

Tensión Arterial

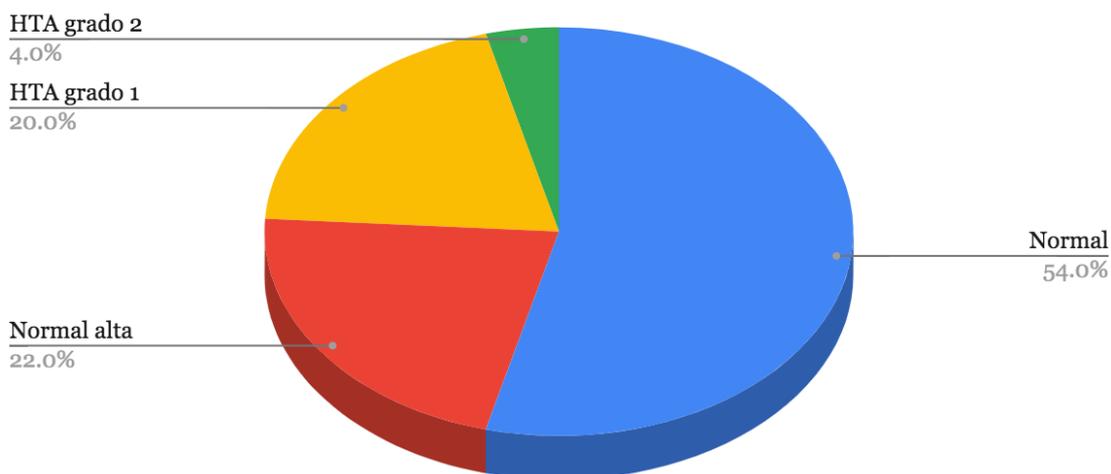


Gráfico 9. Distribución de los grados de tensión arterial (TA) de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 9)

Pacientes con HTA sin diagnóstico

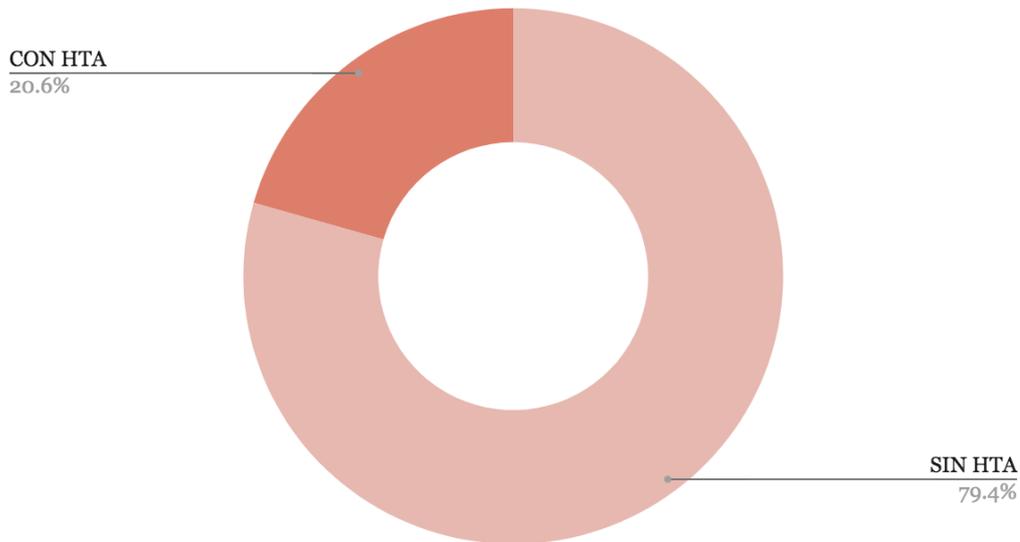


Gráfico 10. Distribución de los pacientes que manejan niveles altos de tensión arterial (TA) sin diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 10)

Artritis psoriásica

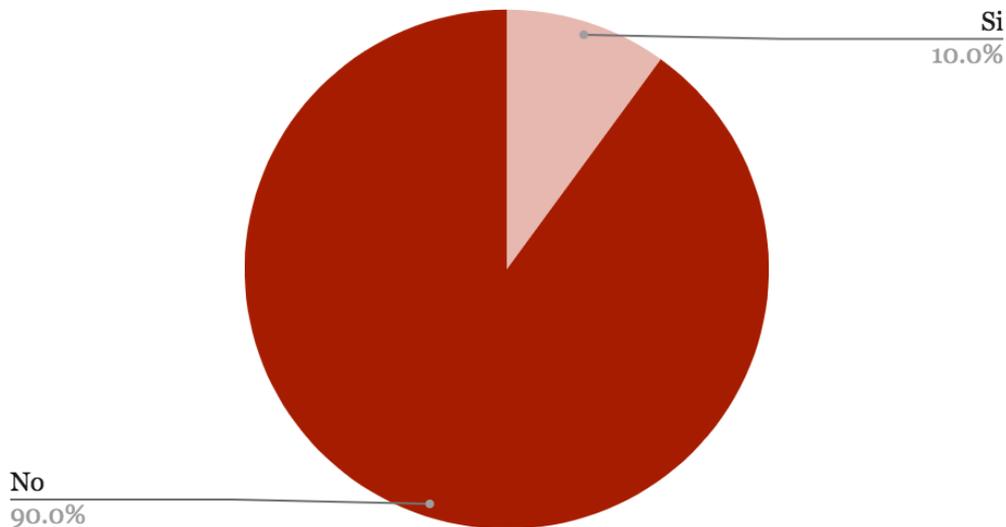


Gráfico 11. Distribución de artritis psoriásica de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 11)

Hábitos tóxicos

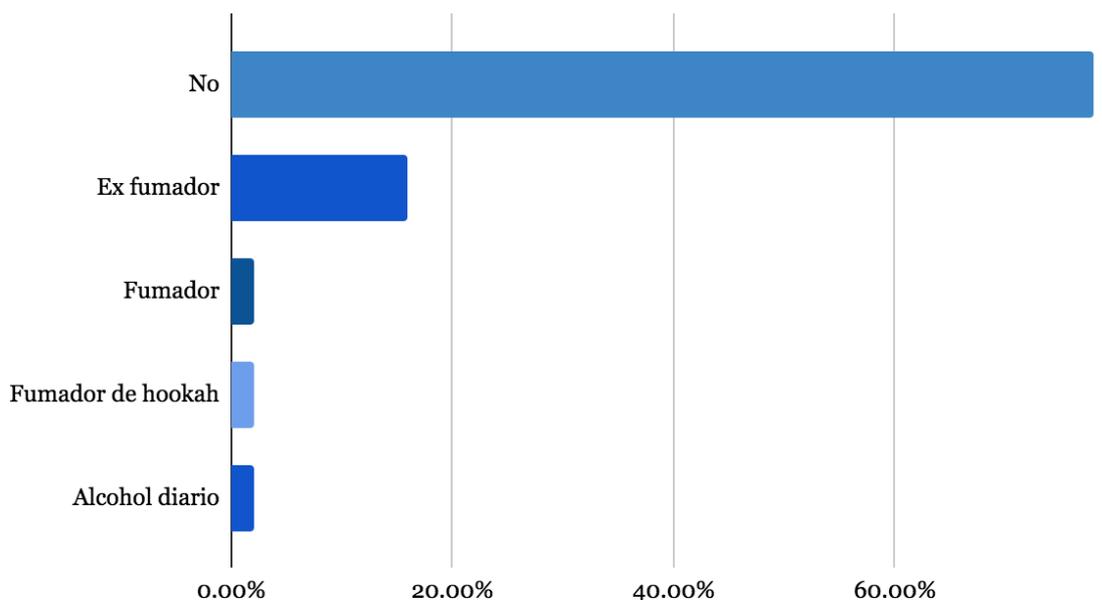


Gráfico 12. Distribución de los hábitos tóxicos de los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 12)

IMC VS PASI

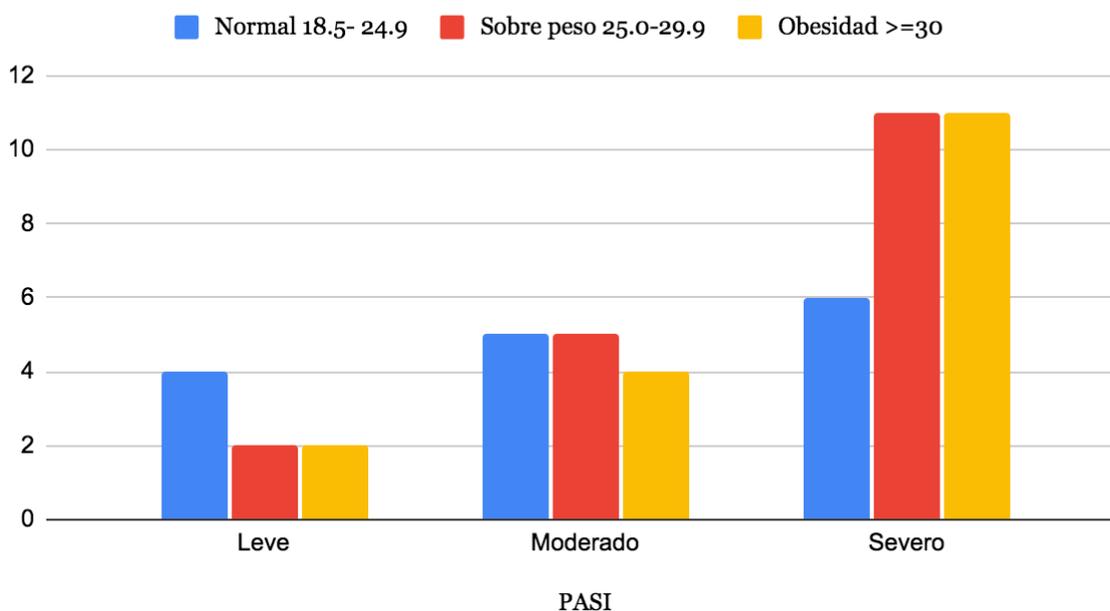


Gráfico 13. Correlación del PASI y el IMC en los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana. Fuente: Anexo 3. (tabla13)

Tiempo diagnóstico PASI vs. TA

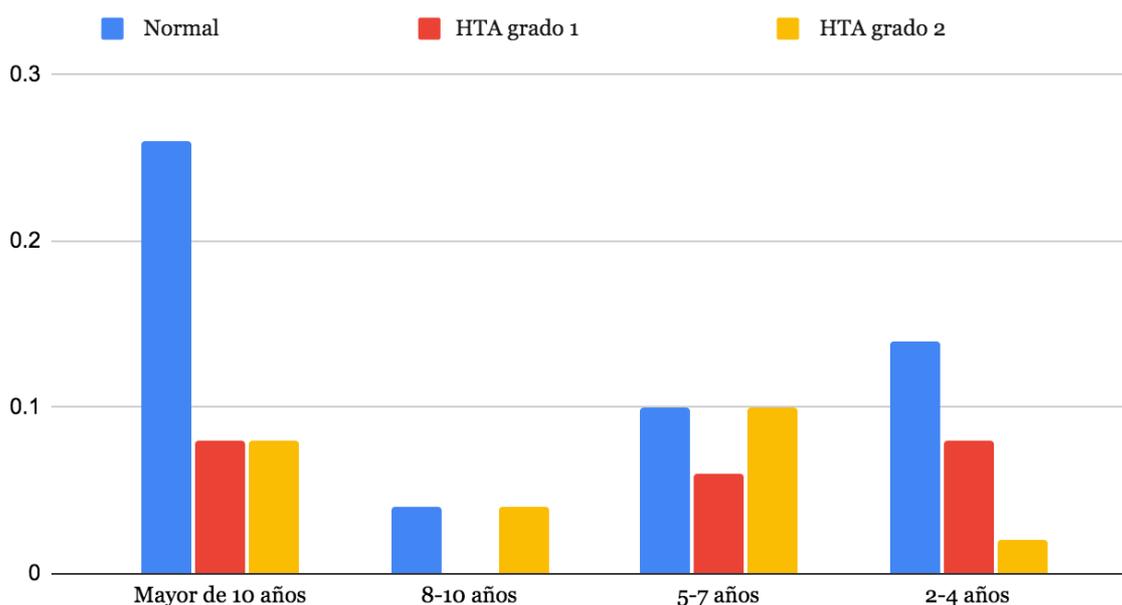


Gráfico 14. Correlación del PASI y el tiempo de diagnóstico de psoriasis en los pacientes que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 14)

IMC vs. TA

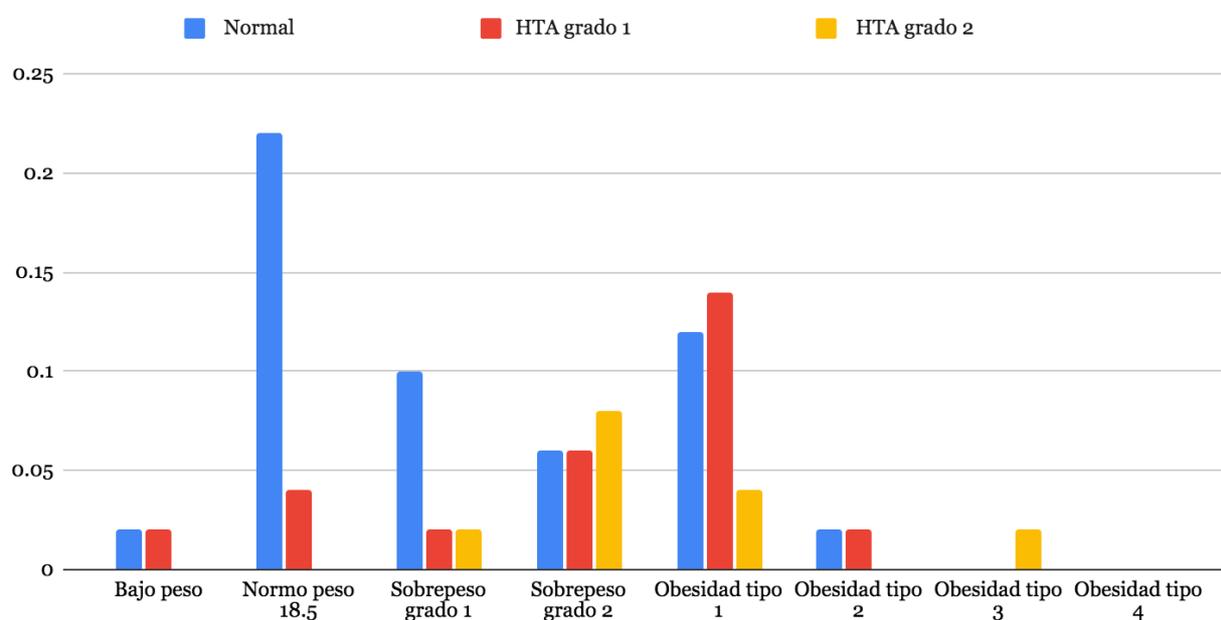


Gráfico 15. Correlación del IMC y la TA en los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 15)

Edad vs. TA

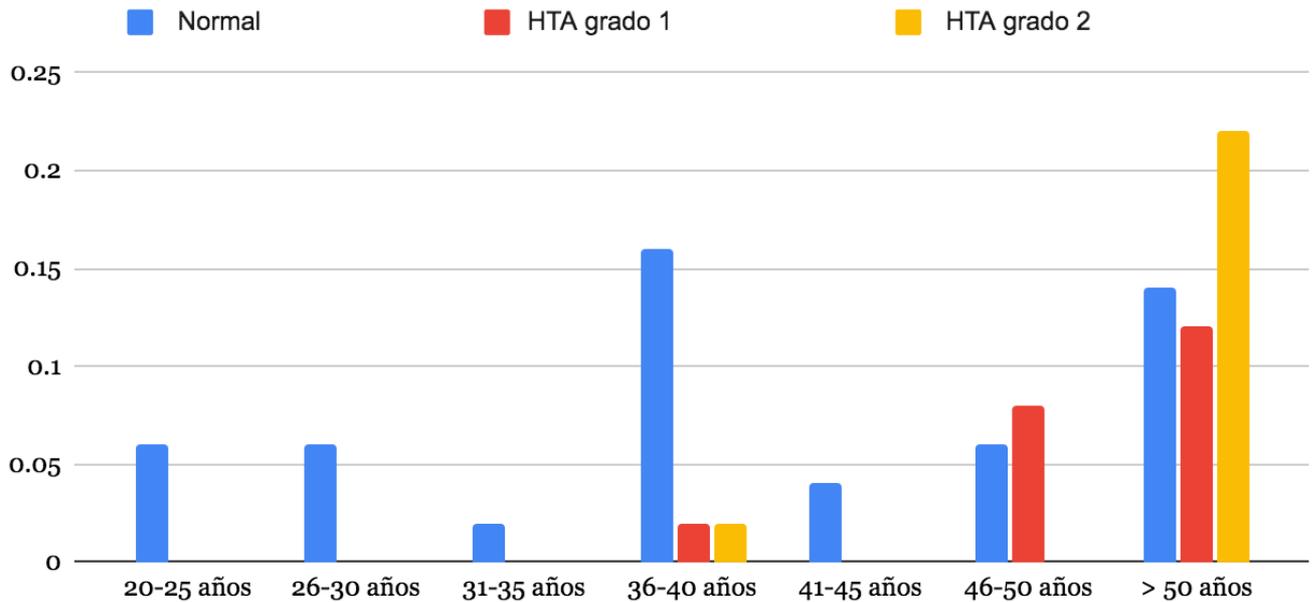


Gráfico 16. Correlación de la edad y la TA en los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 16)

Hábitos tóxicos vs. TA

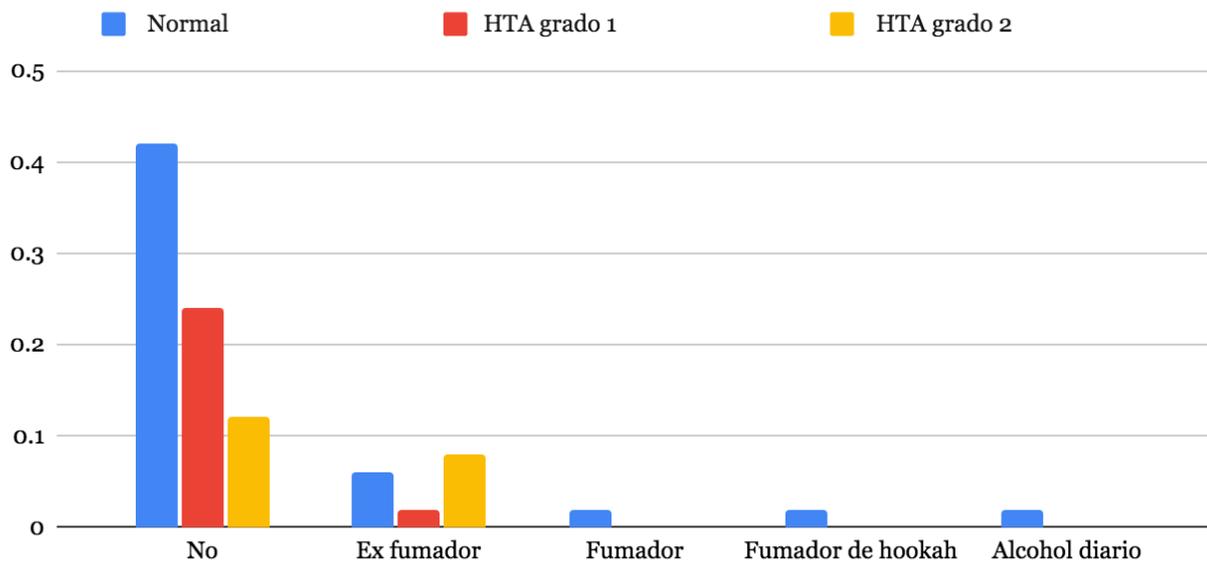


Gráfico 17. Correlación de los hábitos tóxicos y la TA en los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr.

Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 17)

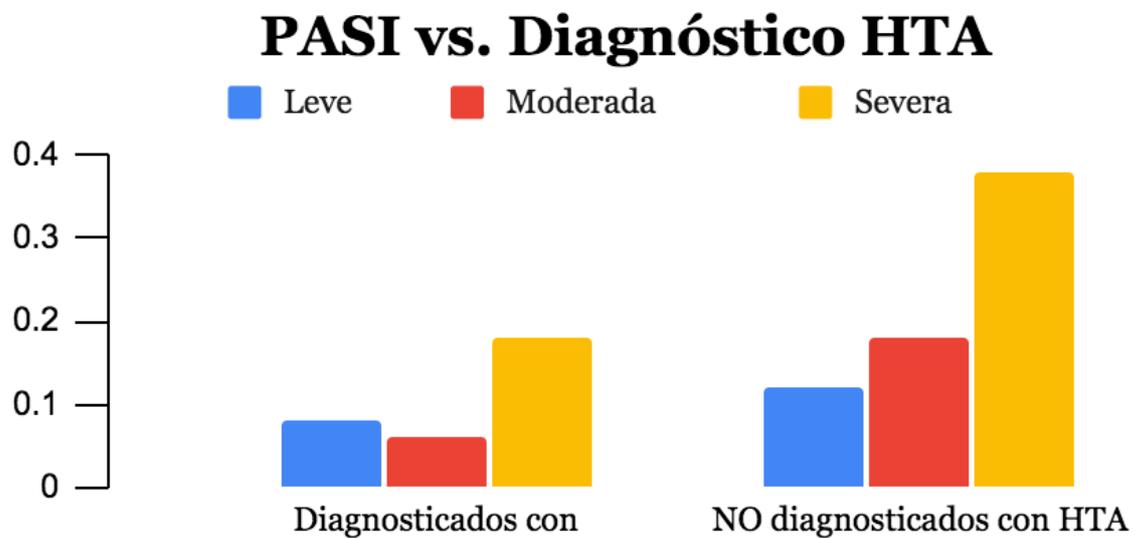


Gráfico 18. Correlación del PASI y la HTA en los pacientes que padecen psoriasis que acuden al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo comprendido Julio-Septiembre 2020. Fuente: Anexo 3. (tabla 18)

5 CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La psoriasis es una dermatosis que afecta la calidad de vida de aquellos pacientes que la padecen en diferentes aspectos tanto físicos como psicológicos, sociales y ocupacionales. Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir la frecuencia de la hipertensión arterial en pacientes con psoriasis, así como factores de riesgos que estén asociados a enfermedad cardiovascular.

Se evaluaron un total de 50 pacientes que asistieron a las consultas del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz. Los hallazgos demográficos indican que el sexo femenino fue superior al masculino con un 58% (n=29) mientras que el 42% (n=21) correspondió al sexo masculino (Gráfico 1). De acuerdo a los datos epidemiológicos revisados en los antecedentes los cuales sugieren que la psoriasis tiene una mayor prevalencia en hombres que en mujeres.

En un estudio realizado en la República Dominicana sobre la prevalencia de Síndrome metabólico en pacientes con psoriasis el 58.1% de los pacientes eran del sexo masculino (3). Mientras que otros estudios sugieren que la psoriasis afecta en igual proporción a hombres y mujeres (24).

La mayor parte de los pacientes con psoriasis en un estudio realizado en Cuba por López Pupo et al, el grupo etario de mayor prevalencia fue entre 30 a 45 años representando el 56.1% de la muestra (12); mientras que, el estudio sobre la prevalencia de síndrome metabólico realizado en el país mostró que el grupo etario más preeminente en pacientes con psoriasis fue de 46-55 años, lo cual se relaciona con los hallazgos de este estudio donde el 48% (n=24) de los pacientes con psoriasis es mayor de 50 años (Gráfico 2). De forma tal que, según los antecedentes revisados y los resultados de este estudio, la psoriasis tiene una mayor prevalencia en la quinta y cuarta década de la vida.

El tiempo de diagnóstico de los pacientes con psoriasis de esta pesquisa se correspondió a 42% (n=21) a pacientes con diagnóstico mayor a 10 años, 26% (n=13) a pacientes con un diagnóstico de 5-7 años y el 24% (n=12) a pacientes con diagnóstico de 2-4 años (Gráfica 3).

En los últimos años estudios han propuesto la hipótesis de que la relación que existe entre la psoriasis y la hipertensión arterial es debido a la liberación de mediadores inflamatorios como el TNF-alfa, IL-1, IL-6 los cuales son responsables de la inflamación tanto de la piel como la de la pared de los vasos sanguíneos. En ese mismo orden el exceso de grasa intraabdominal produce alteraciones

metabólicas que incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares. El excedente de tejido adiposo aumenta el estado de inflamación crónica por la liberación de citoquinas y TNF- alfa. (2)

Uno de los hallazgos de esta investigación es la alta incidencia de pacientes con alto IMC, representando el 72% (n=36) de los pacientes evaluados (ver gráfico 6); lo cual supera en porcentaje al estudio realizado por la Dra Tufiño, quien evidenció que el 48.2% de los pacientes con psoriasis eran obesos. (25)

La circunferencia abdominal ha sido considerada como un indicador de riesgo de enfermedades cardiovasculares utilizado para predecir el riesgo de padecer enfermedades como la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares facilitando información para identificar poblaciones en riesgo de obesidad (26). Este trabajo de investigación muestra que las mujeres tienen un mayor perímetro abdominal donde el 42% (n=21) tenían un riesgo muy elevado de padecer enfermedades cardiovasculares como lo es la hipertensión arterial (Gráfico 7), lo cual se relaciona con los hallazgos de este estudio debido a que el 23.81% (n=5) de las mujeres con gran volumen de circunferencia abdominal se encontraron también niveles altos de tensión arterial (ver tabla 19). Estudios previos demostraron que la persistencia de un estado inflamatorio crónico en la obesidad conlleva a una alteración de la estructura vascular. (27)

En relación a la psoriasis y la HTA estudios realizados en el país corroboraron que la HTA es la comorbilidad más frecuente en pacientes con psoriasis con una prevalencia de 41.95% (3). En un estudio realizado en España el cual buscaba identificar la hipertensión asociada a la edad y alto IMC, determinó que el 24% de los pacientes con psoriasis era hipertenso y el 29.7% de los pacientes con artritis psoriásica tenían valores mayores de TA (10). Los hallazgos de la presente investigación muestran que el 32% (n=16) de los pacientes con psoriasis tienen diagnóstico de HTA (Gráfico 4) mientras que un 20% (n=7) de los pacientes sin diagnóstico de HTA tenían niveles altos de TA al momento del estudio (Gráfico 10), lo cual se traduce en que el 46% (n=23) de los pacientes evaluados padecen hipertensión arterial sistémica. En cuanto al grado de hipertensión arterial al momento del estudio el 20% (n=10) de los pacientes tenían HTA Grado 1 y el 4% (n=2) de los pacientes tenían HTA Grado 2 (Gráfico 9),

de acuerdo a las guías de clasificación de la sociedad europea de cardiología (ESC) (21).

Hoy en día se estima que la psoriasis es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares e infarto agudo al miocardio (7). Lo antes expuesto sugiere que el estado de inflamación crónica producido por la psoriasis juega un papel importante en la hipertensión arterial en pacientes con psoriasis mayores de 50 años (Gráfico 16).

Se evaluó también la presencia de otras comorbilidades donde 54.35% (n=25) padecía solo psoriasis, el 23.91% (n=11) padecía Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), 6% (n=3) dislipidemia, el 4.34% (n=2) enfermedad vascular oclusiva y el 4.34% (n=2) alteraciones tiroideas. (Gráfico 5), en una investigación realizada por Lustia et al, determinaron la presencia de otras comorbilidades en pacientes con psoriasis donde el 59% de los pacientes presentaban alguna alteración, 32% autoinmunidad tiroidea (4). Un estudio realizado en Chile destacó que los pacientes con psoriasis tienen factores de riesgo predisponentes para enfermedad vascular oclusiva (n=98) tuvieron una tasa significativamente mayor de eventos vasculares oclusivos, comparados con los pacientes sin psoriasis (n=97) (5). Los hallazgos de nuestra investigación no fueron significativos para la incidencia de enfermedad vascular oclusiva, tampoco para prevalencia de otras enfermedades.

El índice de severidad de la psoriasis (PASI) mide la gravedad de las lesiones de la psoriasis, este estudio indica que el 58% (n=28) de los pacientes evaluados tenía psoriasis severa, el 28% (n=14) psoriasis moderada y el 16% (n=8) psoriasis leve, lo que demuestra que el mayor porcentaje de pacientes con psoriasis que acuden al IDPC padecen psoriasis severa (Gráfico 8). No se encontró correlación entre el tiempo de diagnóstico y el PASI, tampoco se encontró relación entre el PASI y la HTA (Gráfico 18), sin embargo, sí al relacionar el IMC y el PASI (Gráfico 13), 44% (n=22) de los pacientes que tenían un IMC >25 tenían un PASI severo, por lo que se concluye que mientras mayor IMC, mayor PASI.

En relación a los hábitos tóxicos de los pacientes con psoriasis el 78% (n=39) de los pacientes no ingerían alcohol, fumaban o consumían drogas recreativas, mientras que el 16% (n=8) eran ex fumadores de larga data, un 4% (n=2) fumaba tabaco o hookah y el 2% (n=1) restante consumía alcohol diario

(Grafica 12). Por otro lado, al relacionar los hábitos tóxicos y la TA no se encontró una relación entre estas variables (Gráfico 17). Pese a que, la literatura revisada sugiere que los pacientes con psoriasis tienen mayor prevalencia de hábitos tóxicos que los pacientes sin psoriasis (9).

La artritis psoriásica es una enfermedad articular inflamatoria crónica asociada a la psoriasis que progresa a daño articular y que puede aparecer en personas que no presenten psoriasis en la piel (16). Esta investigación reveló que el 90% (n=45) de los pacientes con psoriasis que acuden al IDPC no padecen artritis psoriásica entretanto el 10% (n=5) de los psoriásicos si padecía dicho reumatismo (Gráfica 11). Al igual que la artritis reumatoide, la artritis psoriásica ha sido relacionada a una elevada incidencia de enfermedad cardiovascular (28) este estudio no encontró relación entre la psoriasis y la enfermedad vascular y la prevalencia de la misma fue inferior a lo reportado en los antecedentes revisados.

6 CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

Aplicar estrategias de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares, principalmente cambios en los factores de riesgos cardiovasculares modificables como la obesidad, recomendando a los pacientes cambios en el estilo de vida como realizar actividad física, dieta baja en hidratos de carbono para de esta manera controlar el peso de los pacientes y por ende disfunción del índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia abdominal (CA), así como control de la presión arterial, control de la glucemia y perfil de lípidos; debido a que estudios han demostrado mejores resultados en pacientes con psoriasis moderada a severa, en tratamiento con terapia biológica en aquellos pacientes que disminuyen su IMC, incluso con una disminución de apenas 5 kg de peso en 8 meses de seguimiento. (30)

Recomendamos hacer evaluaciones cardiovasculares de manera rutinaria a todos los pacientes con psoriasis, realizar otros estudios que identifiquen la gravedad de la hipertensión arterial relacionada a psoriasis.

En otro orden se aconseja también el acompañamiento de un psicólogo clínico ya que estudios han demostrado que los pacientes con psoriasis impactan la calidad de vida de los pacientes en diferentes ámbitos como actividades diarias, trabajos, estudios, relaciones interpersonales, así como también la autoestima de estos (29). Así como grupos de apoyo para pacientes con psoriasis con el fin de promover conductas saludables y prevenir enfermedades inflamatorias asociadas.

REFERENCIAS

1. Apagüño C, Lima, Perú (2015). Asociación de la psoriasis con el infarto de miocardio en pacientes con hipertensión arterial. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2262/1/apagueno_cj.pdf
2. Walter M et al (2013). Enfermedad Coronaria en pacientes con psoriasis. Recuperado de: http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol73-13/5/423-427-MED6005_MASSON.pdf
3. Solís BA, Henriquez YS, Rosales LAC, JP, Pimentel MI. Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes con psoriasis que asisten al departamento de fototerapia del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”. Revista Dominicana de Dermatología. 2014; 41(1): p. 11.
4. Lustia M., Luna P., Nocito M, Soutelo M et al (2009). Psoriasis: comorbilidades en nuestra población.
5. Romero W, De la Cruz C (2011). Comorbilidades metabólicas y cardiovasculares en psoriasis. Recuperado de: https://www.sochiderm.org/web/revista/27_2/2.pdf
6. Parisi R. et al (2015) Psoriasis and the Risk of Major Cardiovascular Events: Cohort Study Using the Clinical Practice Research Datalink. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/82599472.pdf>
7. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB (2006). Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis.
8. Ahmet B, Ercan E, Osman S et al (2015). Ambulatory blood pressure monitoring can unmask hypertension in patients with psoriasis vulgaris. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699538/>
9. Pinto B et al (2019). Cardiovascular Risk Factors and Risk Measurement in patients with psoriatic arthritis in a university hospital. Universidade Federal da Paraíba. Joao Pessoa, PB- Brazil.

10. Queiro R, Lorenzo A, Tejon P et al (2019). Hypertension is associated with increased age at the onset of psoriasis and higher body mass index in psoriatic disease. *Clin Rheumatol*, 38, 2063.
11. Argote A, Hernandez O, Aponte L, et al (2017). Factores de riesgo cardiovascular y grosor de la íntima media carotídea en una población colombiana con psoriasis. Departamento de dermatología, Hospital de San José, Bogotá Colombia. *Actas Dermosifiliogr*. 2017; 108:70110.1016/j.ad.2017.05.007
12. López Pupo Natacha, Tablada Robinet María Elena, Jacas Portuondo Ana Lucía, Baltazar Green Adelina, González Vázquez Luis Felipe. Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con psoriasis. *MEDISAN* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Feb 04]; 23(3): 435-446. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000300435&lng=es. Epub 28-Jun-2019.
13. Duan, Xi MDa; Liu, Junbo MDb; Mu, Yunzhu MDa; Liu, Ting MDa; Chen, Yujuan MDa; Yu, Ruichao MDc; Xiong, Xincan MDa; Wu, Tao MD, PhD,* A systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and hypertension with adjustment for covariates, *Medicine*: February 2020 - Volume 99 - Issue 9 - p e19303doi: 10.1097/MD.00000000000019303
14. Castillo Y. Hipertensión arterial asociada a psoriasis en pacientes mayores de 50 años. (2013). Recuperado de: http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/231/CastilloCalderon_Y.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology*. 2005;210(3):194-199
16. McCall CO, Lawley TJ. Eccema, psoriasis, infecciones cutáneas, acné y otros trastornos cutáneos frecuentes. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo DL, Jameson JL, editores. *Harrison Principios de medicina interna* Vol. 1. 16ª ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 328.
17. Daza CMR. *Dermatología Clínica: Conceptos Básicos* Buendía MMT, editor. Bogotá: CDFLLA; 2015.

18. Wu J, Feldman S, Lebwohl M. Terapias para el tratamiento de la psoriasis grave. Elsevier, editor. España; SLU 2018.
19. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Organización Mundial de la Salud (2015). Recuperado de:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=1C6C809F881A467F0E3C1B66FC0DDB87?sequence=1
20. Plan nacional de prevención y control de enfermedades no transmisibles 2019-2024. Recuperado de: <file://PLAN-NACIONAL-PREVENCI%C3%93N-Y-CONTROL-DE-LAS-ENFERMEDADES-NO-TRANSMISIBLES-2019-2024.pdf>
21. Williams B, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. Elsevier, editor, España SLU, 2018.
22. Ahlehoff O, Skov L, Gislason G, et al. (2012). Pharmacological undertreatment of coronary risk factors in patients with psoriasis: observational study of the Danish nationwide registries. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22558442>
23. Combra S, Belo L, Figueiredo A, et al (2011). Psoriasis Comorbidities and the Incidence of Risk Factors for Cardiovascular Disease Events in Psoriasis. Recuperado de:
http://ezproxy.unibe.edu.do:2056/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTA2OTM2M19fQU41?sid=49e55131-9d9a-4d0c-9171-e436c5c64f29@sessionmgr4007&vid=0&format=EB&lpid=lp_i&rid=0
24. Alfredo Cordero KP. Generalidades sobre evaluación de psoriasis. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI. 2015; 72(616).
25. Tufiño M (2015). Relación del índice de masa corporal con el índice de severidad de la psoriasis en pacientes mayores de 18 a 64 años que acuden a la consulta externa de dermatología del hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito de noviembre a diciembre del 2014; Ecuador.
26. Aráuz A, Guzman S, Roselló M (2013). La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. Costa Rica. Recuperado de: Acta medica costarricense vol 55,.
27. Gerdes S, R.-Y. M. (2011). Adipokines and psoriasis. Exp Dermatol , 20:81-7.

28. González G, González V, González J (2011). Psoriasis una enfermedad cutánea relacionada con riesgo cardiovascular elevado. Elsevier España
29. Ponce M, Mendoza R (2012). Características clínico epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. Revista Dermatol Perú
30. Bardazzi F, B. R. (2010). Correlation between BMI and PASI in patients affected by moderate to severe psoriasis undergoing biological therapy. Dermatol Ther , 23 Suppl 1:S14-19.

ANEXOS I: Cronograma del Proyecto

Tiempo	Mes	Elaboración de anteproyecto	Aprobación Anteproyecto	Recopilación de datos	Análisis de los datos	Presentación
2019	Septiembre					
	Octubre					
	Noviembre					
	Diciembre					
2020	Enero					
	Febrero					
	Marzo					
	Abril					
	Mayo					
	Junio					
	Julio					
	Agosto					
	Septiembre					
	Octubre					
	Noviembre					
	Diciembre					

ANEXOS II: Presupuesto

Actividades	Descripción	Monto RD\$
Impresión de Anteproyecto	Impresión del anteproyecto para su corrección.	400
Impresión de fichas técnicas	Se imprimirán 100 fichas técnicas para los pacientes.	500
Gasolina	Gastos del vehículo para transportarnos al hospital.	5,000
Impresión de trabajo Final	Trabajo final para entrega del proyecto.	1,000
Encuadernado	Detalles finales para la entrega del proyecto.	1,000
TOTAL		RD \$7,900

ANEXOS III: Instrumento de recolección de datos



Escuela de Medicina Universidad Iberoamericana
UNIBE

Frecuencia de hipertensión en pacientes psoriásicos en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de piel Dr. Huberto Bogaert Díaz durante el periodo Julio-Septiembre 2020

Realizado por Nikole Cruz

Estamos realizando una investigación con el objetivo conocer la frecuencia de hipertensión en pacientes con psoriasis. Solicitamos su participación en esta investigación. Es importante que antes de decidir participar y firmar, considere los siguientes aspectos:

- Afirmo que soy mayor de edad.
- Entiendo que mi participación en esta investigación es voluntaria y tengo derecho a terminar mi participación en esta investigación sin ningún tipo de represalia.
- Entiendo que mi rol en este estudio es contribuir a la recolección de datos mediante una evaluación física en la cual se evaluará la presión arterial, el índice de masa corporal y la circunferencia abdominal.
- Entiendo que mi identidad y los datos obtenidos en el estudio serán información estrictamente confidencial.
- Entiendo que en mi participación en este estudio no se utilizarán datos personales como: nombre, cédula de identidad, número de expedientes clínicos o números telefónicos.
- Entiendo que mi participación en esta etapa de la investigación tomará aproximadamente 5-10 minutos.
- Comprendo claramente la naturaleza del estudio y mi rol en el mismo.
- Entiendo que cuando la investigación haya concluido, se podrá utilizar la información para presentación y posteriores publicaciones, siempre manteniendo el anonimato de los participantes de acuerdo con lo establecido en el código de Nuremberg y la declaración de Helsinki.

Firma: _____ Fecha: _____

(Participante)

VARIABLE		INDICADOR
Edad		
Sexo	1. Femenino 2. Masculino	
Hipertensión	1. Si 2. No	TA:
Artritis psoriásica	1. Si 2. No	
Índice de masa corporal (IMC)	<18.5 Bajo peso 18.5-24.9 Normopeso 25.0-26.9 Sobrepeso grado 1 27-29.9 Sobrepeso grado 2 30- 34.9 Obesidad tipo 1 35-39.9 Obesidad tipo 2 40-49.9 Obesidad tipo 3(mórbida) >50 Obesidad tipo 4(extrema)	Talla: Peso:
Circunferencia abdominal	Hombres <95 normal Mujeres <82 normal	CA:
PASI	1. Leve 2. Moderada 3. Severa	PASI:
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	1. 2-4 años 2. 5-7 años 3. 8-10 años 4. Mayor de 10 años	
Hábitos Tóxicos	1. Si 2. No	
Otras Comorbilidades	1. Si 2. No	

ANEXOS IV: Tablas

Tabla 1. Sexo de pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP Julio- Septiembre 2020

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	21	42.00%
Femenino	29	58.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 2. Rango de edades de pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP Julio- Septiembre 2020

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
20-25	3	6.00%
26-30	3	6.00%
31-35	1	2.00%
36-40	10	20.00%
41-45	2	4.00%
46-50	7	14.00%
Mayor 50	24	48.00%
TOTAL	50	100%

Tabla 3. Tiempo de diagnóstico de pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP Julio- Septiembre 2020

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
2-4 años	12	24.00%
5-7 años	13	26.00%
8-10 años	4	8.00%
Mayor de 10 años	21	42.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 4. Frecuencia de hipertensión arterial en pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP Julio- Septiembre 2020

HTA	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	32.00%
No	34	68.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 5. Frecuencia de otras comorbilidades en pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP Julio- Septiembre 2020

Otras comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
No	25	54.00%
DM2	11	22.00%
Hepatitis C	1	2.00%
Dislipidemia	3	6.00%
IAM	1	2.00%
Hipertiroidismo	1	2.00%
Hipotiroidismo	1	2.00%
VIH	1	2.00%
EVC	1	2.00%
Asma	1	2.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 6. Índice de masa corporal en pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP
Julio- Septiembre 2020

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso	2	4.00%
Normo peso 18.5	12	24.00%
Sobrepeso grado 1	7	14.00%
Sobrepeso grado 2	12	24.00%
Obesidad tipo 1	14	28.00%
Obesidad tipo 2	2	4.00%
Obesidad tipo 3	1	2.00%
Obesidad tipo 4	0	0.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 7. Circunferencia abdominal en pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP
Julio- Septiembre 2020

Sexo	CA normal	CA riesgo elevado	CA riesgo muy elevado	Total
F	5	3	21	58%
M	11	3	7	42%
TOTAL	32%	12%	56%	100%

Tabla 8. Índice de área de severidad (PASI) de pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP Julio- Septiembre 2020

PASI	Frecuencia	Porcentaje
Leve	8	16.00%
Moderada	14	28.00%
Severa	28	56.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 9. Tensión arterial en pacientes con Psoriasis, consulta de IDCP Julio- Septiembre 2020

TA	Frecuencia	Porcentaje
Normal	27	54.00%
Normal alta	11	22.00%
HTA grado 1	10	20.00%
HTA grado 2	2	4.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 10. Frecuencia de tensión arterial alta en pacientes sin diagnóstico de hipertensión arterial en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

Pacientes sin diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Sin HTA	27	79.41%
Con HTA	7	20.59%
TOTAL	34	100.00%

Tabla 11. Frecuencia de artritis psoriásica en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

Artritis psoriásica	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	10.00%
No	45	90.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 12. Hábitos tóxicos en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

Hábitos Tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
No	39	78.00%
Ex fumador	8	16.00%
Fumador	1	2.00%
Fumador de hookah	1	2.00%
Alcohol diario	1	2.00%
TOTAL	50	100.00%

Tabla 13. Correlación del PASI y el IMC en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

PASI	Normal 18.5-24.9	Sobre peso 25.0-29.9	Obesidad >=30	Frecuencia	Porcentaje
Leve	4	2	2	8	16.00%
Moderado	5	5	4	14	28.00%
Severo	6	11	11	28	56.00%
TOTAL	15	18	17	50	100.00%

Tabla 14. Correlación del tiempo de diagnóstico y el PASI en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

Edad diagnóstico vs. TA	Normal	HTA grado 1	HTA grado 2	TOTAL
Mayor de 10 años	13	4	4	21
8-10 años	2	0	2	4
5-7 años	5	3	5	13
2-4 años	7	4	1	12
TOTAL	27	11	12	50

Tabla 15. Correlación del IMC y la TA en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

IMC vs. TA	Normal	HTA Grado 1	HTA Grado 2	TOTAL
Bajo peso	2%	2%	0%	4%
Normo peso 18.5	22%	4%	0%	26%
Sobrepeso grado 1	10%	2%	2%	14%
Sobrepeso grado 2	6%	6%	8%	20%
Obesidad tipo 1	12%	14%	4%	30%
Obesidad tipo 2	2%	2%	0%	4%
Obesidad tipo 3	0%	0%	2%	2%
Obesidad tipo 4	0%	0%	0%	0%
TOTAL	54%	30%	16%	100%

Tabla 16. Correlación de la edad y la TA en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

Edad vs. TA	Normal	HTA Grado 1	HTA Grado 2	TOTAL
20-25 años	6%	0%	0%	6%
26-30 años	6%	0%	0%	6%
31-35 años	2%	0%	0%	2%
36-40 años	16%	2%	2%	20%
41-45 años	4%	0%	0%	4%
46-50 años	6%	8%	0%	14%
> 50 años	14%	12%	22%	48%
TOTAL	54%	22%	24%	100%

Tabla 17. Correlación de los Hábitos tóxicos y la TA en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

Hábitos Tóxicos	Normal	HTA Grado 1	HTA Grado 2
No	42%	24%	12%
Ex fumador	6%	2%	8%
Fumador	2%	0%	0%
Fumador de hookah	2%	0%	0%
Alcohol diario	2%	0%	0%
TOTAL	54%	26%	20%

Tabla 18. Correlación del PASI y la TA en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

PASI	Diagnóstico HTA	NO diagnosticados con HTA	TOTAL
Leve	8%	12%	20%
Moderada	6%	18%	24%
Severa	18%	38%	56%
TOTAL	32%	68%	100%

Tabla 18. Pacientes que presentan TA, IMC y CA elevados en pacientes con Psoriasis, en la consulta del IDCP Julio- Septiembre 2020

Correlación entre HTA, IMC y CA					
Sexo	TA	Promedio IMC	Promedio CA	Frecuencia	Porcentaje
F	150/90	31.76	104	5	23.81%
M	150/100	28.94	103.4	5	14.00%

ANEXOS V: Mapa del hospital

Instituto Dermatológico Dominica



Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz"

4.6 ★★★★★ 7 opiniones
Centro de salud comunitario

Indicaciones Guardar Cerca Enviar al teléfono Compartir

Alerta sobre el COVID-19
Si no te sientes bien, consulta a la autoridad de salud local.

1090 Calle Federico Velazquez esquina Av. Albert

