

## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Evaluación de los resultados del índice de calidad de vida en Dermatología (DLQI) en pacientes con diagnóstico de psoriasis: un estudio transversal y de correlación durante un periodo de 6 años

### Evaluation of Dermatology Life Quality Index (DLQI) Scores in Patients With Psoriasis: a cross-sectional and correlation study over a 6-year period

Sr. Director:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta el bienestar del paciente a nivel emocional, social y en la calidad de vida<sup>1</sup>. Para evaluar este impacto, se utilizan diversos cuestionarios, donde el DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) es uno de los más utilizados<sup>2</sup>. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, así como determinar sus dominios más comprometidos, su correlación con otras medidas clinimétricas, comorbilidades y tratamiento.

Se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo y de correlación que incluyó a los pacientes con un diagnóstico de psoriasis, de más de 18 años, atendidos en dos centros: el Hospital Universitario de La Samaritana y la consulta privada de un especialista en dermatología, en Bogotá-Colombia, entre 2010 y 2016. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas. En total se incluyeron 163 pacientes, seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados de las variables demográficas, clínicas y clinimétricas se describen en las [tablas 1 y 2](#). En la [tabla 3](#) se resumen los resultados de la puntuación del DLQI según el sexo y la localización especial de la psoriasis, así como los hallazgos del análisis bivariado. Los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS® versión 24.

Los resultados demográficos y clínicos de nuestro estudio fueron semejantes a lo reportado en la literatura. Al evaluar la calidad de vida por medio del DLQI, se encontró una afectación en el 85,9% de los pacientes, hallazgo similar a



**Tabla 1** Características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (n = 163)

Variable	Resultado
Media de edad, años (DE)	48,7 (14)*
Sexo masculino, n (%)	112 (68,7)
Tipo clínico de psoriasis, n (%)	
Vulgar (en placas)	147 (90,2)
En gotas	10 (6,2)
Pustulosa	3 (1,8)
Eritrodérmica	2 (1,2)
No definida	1 (0,6)
Psoriasis de localizaciones especiales, n (%)	
Cuero cabelludo	59 (36,2)
Genital	22 (13,5)
Palmoplantar	7 (4,3)
Ungueal asociada a otros tipos de psoriasis	35 (21,5)
Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión	37 (22,7)
Dislipidemia	48 (29,4)
Diabetes mellitus	15 (9,2)
Artritis reumatoide	3 (1,8)
Hipotiroidismo	14 (8,6)
Artritis psoriásica	10 (6,1)
Tratamiento tópico, n (%)	76 (46,6)
Corticoides sin combinación	50 (30,6)
Corticoide + ácido salicílico	15 (9,2)
Calcipotriol + betametasona	10 (6,1)
Calcipotriol	1 (0,6)
Tratamiento sistémico no biológico n (%)	34 (20,9)
Metotrexato	26 (16)
Ciclosporina	3 (1,8)
Acitretín	1 (0,6)
Fototerapia	4 (2,5)
Tratamiento sistémico biológico n (%)	11 (6,7)
Etanercept	3 (1,8)
Adalimumab	4 (2,4)
Infliximab	2 (1,2)
Secukinumab	1 (0,6)
Ustekinumab	1 (0,6)

DE: desviación estándar; n: frecuencia absoluta

\* Estadístico K-S (p = 0,2).

**Tabla 2** Descripción del DLQI, PASI y BSA en la muestra estudiada

Variable	Resultado
Puntuación del BSA, mediana (RIQ)	5 (11)*
BSA igual o menor del 10%, n (%)	107 (65,6)
Puntuación PASI, mediana (RIQ)	5,1 (7,4)*
Categorías PASI, n (%)	
< 5	79 (48,4)
5-10	44 (27)
> 10	40 (24,6)
Puntuación total DLQI, mediana (RIQ)	8 (12)*
Afectación de la calidad de vida, n (%)	140 (85,9)
Categorías DLQI, n (%)	
Sin efecto alguno en la vida del paciente (0 a 1)	23 (14,1)
Leve efecto en la vida del paciente (2 a 5)	37 (22,7)
Efecto moderado en la vida del paciente (6 a 10)	36 (22,1)
Efecto muy importante/grave en la vida del paciente (11 a 20)	50 (30,7)
Efecto extremadamente importante o muy grave en la vida del paciente (21 a 30)	17 (10,4)

BSA: *Body Surface Area*; DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; PASI: *Psoriasis Area and Severity Index*; RIQ: rango intercuartil; n: frecuencia absoluta.  
\* Estadístico K-S ( $p = 0,000$ ).

lo reportado en estudios locales<sup>3,4</sup>. Al clasificarse sus puntuaciones según la gravedad, se evidenció que se obtuvo un valor mayor de 10 en el 41,1% de las encuestas.

El análisis de cada una de las preguntas del DLQI demostró que el dominio más afectado fue el de los síntomas y las sensaciones sobre la enfermedad (preguntas 1 y 2), lo que sugiere que esta área es más relevante para los pacientes

de la muestra estudiada y que los síntomas de prurito/dolor y la sensación de vergüenza/cohibición se experimentaron más frecuentemente, similar a lo encontrado en otros trabajos<sup>5,6</sup>.

El grupo con 25-34 años presentó la mayor mediana del DLQI con un valor de 12 ( $p < 0,05$ ). Este grupo corresponde a una etapa con una alta productividad e interacción social, una vida sexual activa y una preocupación significativa con la apariencia personal, así como una mayor relevancia del estigma social asociado a la enfermedad. Los pacientes adultos mayores, debido a su funcionalidad establecida (laboral, social, de pareja), parecen afectarse menos en estos dominios, como se observó en nuestro estudio.

Comparable con lo comunicado en la literatura, las puntuaciones del DLQI fueron similares para ambos sexos. Los pacientes con una puntuación media más alta del DLQI fueron quienes presentaron un compromiso de zonas especiales y aquellos con hipotiroidismo, diabetes mellitus o artritis psoriásica<sup>4,6-8</sup>. Referente al tratamiento recibido, se encontró que la media del DLQI fue menor en el grupo con fármacos biológicos, sin observarse diferencias significativas al comparar con las medias de los otros tratamientos ( $p = 0,776$ ). Se considera pertinente confirmar en nuestra población el efecto de los agentes biológicos sobre la calidad de vida mediante estudios de diferente diseño, tal como se ha demostrado en trabajos previos<sup>9</sup>.

Se observó una correlación débil entre los resultados del DLQI y PASI, lo cual plantea la probable influencia de otros factores en los resultados del DLQI, más allá de la afectación clínica. Se ha propuesto previamente una correlación insuficiente entre PASI y DLQI, lo que sugiere que la valoración de los signos y síntomas visibles pueden no reflejar las perspectivas del paciente o el verdadero impacto de la enfermedad en la calidad de vida<sup>10</sup>.

Se resalta la correlación altamente positiva entre cada una de las dimensiones del DLQI y su puntuación total, lo cual denota una fuerte relación de la calidad de vida global

**Tabla 3** Puntuación del DLQI según el sexo y la localización especial de la psoriasis y análisis bivariado

Variable	Puntuación DLQI por variable	
Sexo, mediana (RIQ)		
Masculino		8 (12)*
Femenino		8 (14)*
Psoriasis de zona especial, media (IC 95%)		
Cuero cabelludo		13,4 (11,4-15,3)
Genital		17,8 (15,3-20,2)
Palmo-plantar		11,8 (7,3-16,2)
Ungueal asociada a otros tipos de psoriasis		12,6 (10,01-15,1)
Análisis bivariado	Rs	Valor de p
Correlación entre DLQI y PASI	0,342	< 0,001
Correlación entre DLQI total y cada uno de sus dominios	Rs	Valor de p
Síntomas y sensaciones	0,612	< 0,001
Actividades diarias	0,754	< 0,001
Ocio (actividades de esparcimiento)	0,812	< 0,001
Trabajo o escuela	0,656	< 0,001
Relaciones interpersonales	0,704	< 0,001
Tratamiento	0,555	< 0,001

DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; RIQ: rango intercuartil; Estadístico K-S ( $p < 0,05$ ); Rs: coeficiente de correlación de Spearman.  
\* Estadístico K-S ( $p < 0,05$ ).

con las percepciones asociadas al trabajo, el tratamiento y los factores emocionales, sociales y sexuales<sup>5</sup>.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran los sesgos derivados de su diseño observacional retrospectivo, la baja proporción de pacientes en el grupo con terapia biológica (lo que no permitió una comparación equitativa con los otros tratamientos), una población limitada a dos centros de estudio y un tamaño reducido de la muestra.

En conclusión, la afectación de la calidad de vida se observa en un alto porcentaje de los pacientes con psoriasis y este impacto puede llegar a ser severo, tal como se observó en la muestra estudiada. No solo el compromiso clínico influye en la percepción del paciente, lo cual ha sido demostrado a través de este y otros trabajos, por lo cual es vital la valoración global en sus dimensiones física, social y emocional, entre otras.

### Conflicto de intereses

La doctora Piedad Marcela Guavita declara no tener conflicto de intereses.

El doctor Juan Raúl Castro Ayarza ha recibido honorarios como asesor o ponente en actividades patrocinadas por AbbVie, Amgen, Biopas-UCB, Janssen y Novartis.

Los doctores Carolina Cortés Correa y Elkin Peñaranda Contreras han participado en ensayos clínicos patrocinados por Novartis, Sanofi y Roche, y han recibido honorarios como asesores o ponentes en actividades patrocinadas por Novartis, Sanofi, Janssen, Lilly y Pharmalab.

### Bibliografía

1. Lesner K, Reich A, Szepietowski JC, Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. Determinants of psychosocial health in psoriatic patients: a multi-national study. *Acta Derm Venereol.* 2017;97:1182–8.
2. Ali FM, Cueva AC, Vyas J, Atwan AA, Salek MS, Finlay AY, et al. A systematic review of the use of quality-of-life instruments in randomized controlled trials for psoriasis. *Br J Dermatol.* 2017;176:577–93.

3. Cortés C, Castro-Ayarza JR, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. *Comunicación de 59 casos. Dermatol Rev Mex.* 2010;54:125–32.
4. Rojas R, Castellanos H, Peñaranda E. Prevalencia del síndrome metabólico, gravedad clínica y calidad de vida en pacientes con psoriasis del Hospital Universitario de La Samaritana. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2013;21:220–5.
5. Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez AM, Arbeláez CP. Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicología & Salud.* 2008;18:17–25.
6. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. *Acta Derm Venereol.* 2000;80:430–4.
7. Palijan TZ, Kovacević D, Koić E, Ruzić K, Dervinja F. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Coll Antropol.* 2011;35:81–5.
8. Hernández JM, Sánchez-Regaña M, Izu R, Mendiola V, García-Calvo C. Clinical and therapeutic evaluation of patients with moderate to severe psoriasis in Spain: the Secuence study. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:897–904.
9. Fernández-Torres RM, Pita-Fernández S, Fonseca E. Quality of life and related factors in a cohort of plaque-type psoriasis patients in La Coruna, Spain. *Int J Dermatol.* 2014;53:e507–11.
10. Boehncke WH, Brembilla NC. Unmet needs in the field of psoriasis: pathogenesis and treatment. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;55:295–311.

P.M. Guavita Falla<sup>a,b,\*</sup>, J.R. Castro Ayarza<sup>a,c</sup>,  
C. Cortés Correa<sup>a,b,c</sup> y E. Peñaranda Contreras<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Programa de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Grupo Colombiano de Psoriasis e Inmunodermatología – COLPSOR

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pmguavitaf@unal.edu.co](mailto:pmguavitaf@unal.edu.co)  
(P.M. Guavita Falla).