

Disparidades geográficas y por sexo en la prevalencia de la psoriasis en España

Autores: L. Cayuela¹, J. J. Pereyra-Rodríguez^{2,3*}, M. Pastor-Valero^{4,5}, L. Rodríguez Fernández-Freire³, J. Librero^{6,7}, and A. Cayuela⁸

1. Department of Internal Medicine, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Spain
2. Department of Medicine, University of Seville, Seville, Spain.
3. Department of Dermatology, Virgen del Rocío University Hospital, Seville, Spain.
4. Department of Public Health, History of Science and Gynaecology, School of Medicine, Miguel Hernandez University, Alicante, Sant Joan d'Alacant, Spain.
5. CIBER in Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain.
6. Unidad de Metodología, Navarrabiomed-HUN-UPNA, Pamplona, Spain
7. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), Pamplona, Spain
8. Unit of Public Health, Prevention and Health Promotion. South Seville Health Management Area. Seville, Spain

***Autor de correspondencia**

Prof. Jose-Juan Pereyra-Rodríguez,
Correo electrónico: jpereyra@us.es

RESUMEN

Antecedentes

Aunque la prevalencia de la psoriasis varía según la región, la edad y el sexo, se carece de datos exhaustivos para España. En este estudio se utilizaron datos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (BDCAP) correspondientes al año 2023 para investigar los patrones demográficos y las disparidades regionales en la prevalencia de la psoriasis.

Métodos

Se llevó a cabo un análisis transversal de los datos de la BDCAP para identificar los casos de psoriasis codificados con el código S91 de la Clasificación Internacional de Atención Primaria. Se calcularon las razones de prevalencia estandarizadas por edad (ASPR) utilizando la Población Estándar Europea de 2013. Para evaluar las disparidades regionales, se calcularon las razones de prevalencia estandarizadas (SPR) para cada comunidad autónoma mediante estandarización indirecta.

Resultados

En 2023 se identificaron un total de 1 050 416 casos de psoriasis (el 51,7 % eran hombres [n = 542 764] y el 48,3 % mujeres [n = 507 652]). Las ASPR fueron de 2,25 por cada 100 personas-año en los hombres y de 1,96 en las mujeres. La prevalencia aumentó con la

edad, alcanzando su máximo en 4,22 en los hombres de 70 a 74 años y en 3,29 en las mujeres de 65 a 69 años. Las tasas regionales de prevalencia ajustadas por población (ASPR) variaron ampliamente, registrándose las tasas más altas en Navarra (hombres, 3,17; mujeres, 2,41) y las más bajas en Castilla-La Mancha (hombres, 0,27; mujeres, 0,44). El análisis de las tasas de prevalencia estandarizadas (SPR) puso de manifiesto importantes disparidades geográficas, con Navarra y Cantabria mostrando una prevalencia elevada, mientras que Extremadura y Castilla-La Mancha presentaban tasas inferiores a las esperadas.

Conclusiones

Este estudio ofrece información fundamental sobre la prevalencia de la psoriasis en toda España, poniendo de relieve importantes disparidades por género y por regiones. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias de salud pública adaptadas para abordar las diferentes cargas de morbilidad. Las investigaciones futuras deberían centrarse en esclarecer los factores ambientales, genéticos y de acceso a la asistencia sanitaria que determinan estas disparidades, con el fin de orientar las intervenciones específicas para cada región destinadas a mejorar el tratamiento de la psoriasis en todo el país.

Palabras clave: Psoriasis; Prevalencia; Desigualdades en la atención sanitaria; Factores de género; Atención primaria; Variación geográfica

Introducción

La psoriasis es una enfermedad autoinmune crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo y supone un importante reto para la salud pública.^{1,2} Afecta de manera significativa al bienestar físico, emocional y social, lo que reduce la calidad de vida.³

Aunque las tasas de incidencia mundial de la psoriasis se han estabilizado o han disminuido en los últimos años,^{4–6} la prevalencia sigue aumentando.^{1,6–9} Es probable que esta aparente paradoja refleje una mayor concienciación, los avances en las prácticas diagnósticas, los cambios demográficos y los factores ambientales.¹⁰ En España, los datos del estudio “Global Burden of Disease” muestran un ligero descenso de la incidencia estandarizada por edad entre 1990 y 2019.¹¹ Sin embargo, la prevalencia ha aumentado, lo que sugiere que hay más personas que viven más tiempo con la enfermedad, posiblemente debido a la mejora en su manejo y tratamiento.¹²

Las estimaciones de la prevalencia de la psoriasis varían considerablemente entre regiones, con tasas en adultos que oscilan entre el 0,51 % y el 11,43 %, y en niños, entre el 0 % y el 2,1 %. Estas variaciones pueden verse influidas por factores genéticos, ambientales y sociodemográficos, diferencias en las definiciones de los casos y disparidades en el acceso a la asistencia sanitaria.^{2,8,13–16} Incluso dentro de un mismo

país, persisten las diferencias de prevalencia a pesar del uso de criterios diagnósticos coherentes.^{16,17}

En España, las estimaciones sobre la prevalencia de la psoriasis han variado considerablemente. Las encuestas telefónicas realizadas en 2001 y 2014 arrojaron tasas del 1,43 % y del 2,3 %, respectivamente, lo que sugiere variaciones regionales más allá de los cambios en la tasa de incidencia.^{18,19} Un estudio llevado a cabo en Lleida utilizando historias clínicas electrónicas reveló una prevalencia del 1,72 %, con un 7,27 % de los casos clasificados como de moderados a graves.²⁰ Del mismo modo, la Encuesta de Salud de Cataluña de 2016 reveló que el 1,8 % de la población no institucionalizada de 15 años o más había padecido psoriasis, y que el 1,7 % había sufrido un episodio reciente.²¹

Más recientemente, un estudio observacional retrospectivo que utilizó historias clínicas electrónicas de la cohorte EpiChron (Aragón, España) analizó a personas diagnosticadas con psoriasis entre 2010 y 2019. Este estudio informó de una mayor prevalencia, del 2,84 % en 2019, con una mayor incidencia entre los hombres (3,31 % frente a 2,43 %).^{22,23}

A pesar de estos esfuerzos, siguen existiendo importantes lagunas en la comprensión de la prevalencia de la psoriasis en determinados subgrupos demográficos y regionales de España. El presente estudio tiene como objetivo abordar estas lagunas mediante el análisis de la prevalencia de la psoriasis en España en 2023, centrándose en el sexo, la edad y la distribución regional. Para alcanzar este objetivo, utilizamos la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (BDCAP), un recurso que proporciona datos clínicos estandarizados en todas las comunidades autónomas de España y que constituye una valiosa herramienta para la investigación epidemiológica sobre afecciones como la psoriasis.¹²

La realización de un análisis actualizado y exhaustivo de la prevalencia de la psoriasis mejorará nuestra comprensión de sus patrones epidemiológicos y aportará información valiosa para el desarrollo de estrategias de salud pública. Estos resultados pueden servir de guía para la asignación de recursos y la toma de decisiones políticas, lo que, en última instancia, contribuirá a mejorar la atención a los pacientes y los resultados sanitarios en España.

Métodos

Fuente de datos

Los datos para este estudio se obtuvieron de la BDCAP (<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>). Esta base de datos recopila anualmente información clínica estandarizada sobre la atención prestada en el ámbito de la atención primaria, a partir de una amplia muestra aleatoria (aproximadamente el 25 %) de historias clínicas de la población adscrita a la atención primaria y representativa de cada comunidad autónoma. Los datos se extrapolan a la población adscrita a la atención primaria dentro del sistema sanitario público, que comprende 47 785 469 personas, lo que representa el 98,9 % de la población española en 2023. Aunque no se incluye a la población cubierta por los mutuos de funcionarios (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) ni por el sector sanitario privado, se espera que su exclusión tanto del numerador como del denominador tenga un impacto mínimo en las estimaciones de prevalencia. En el análisis principal se

incluyeron los casos de 2023, mientras que para evaluar las tendencias temporales se utilizaron datos de 2018 a 2023.

Se identificó a las personas con psoriasis utilizando el código S91 de la Clasificación Internacional de Atención Primaria. Se incluyó información sobre el sexo, la edad y el lugar de residencia. La población del estudio estuvo formada por personas asignadas a la atención primaria, incluidas aquellas con problemas de salud activos o abiertos, independientemente de la fecha en que se registrara el problema de salud. Esta población sirvió como denominador para calcular las tasas de prevalencia, que se expresaron por cada 100 personas-año.

Las tasas de prevalencia brutas se calcularon utilizando como denominador la población adscrita a la atención primaria cada año. Para facilitar las comparaciones con otros países europeos, estas tasas se ajustaron a la población estándar europea de 2013 utilizando intervalos de edad de cinco años y el método de estandarización directa.

Para evaluar las disparidades regionales, se utilizó la estandarización indirecta para calcular los índices de prevalencia estandarizados (SPR) de cada comunidad autónoma en relación con la media nacional. Los casos esperados para cada comunidad autónoma se calcularon aplicando las tasas de prevalencia nacionales específicas por edad y sexo a la población de dicha región. Las SPR se calcularon como la relación entre los casos observados (O) y los casos esperados (E) derivados de los datos del BDCAP. Los intervalos de confianza del 95 % (IC del 95 %) se calcularon mediante la aproximación de Byar. La SPR representa una medida del riesgo relativo (RR) en comparación con el valor de referencia nacional.

Este estudio transversal se ajustó a la Declaración de Helsinki y a las directrices del proyecto «Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology» (STROBE). Todos los datos extraídos del BDCAP se anonimizaron en pleno cumplimiento de las buenas prácticas clínicas y de la Declaración de Helsinki. Dado que no se accedió a información personal y no fue posible identificar a los participantes, no se requirió el consentimiento de los pacientes ni la aprobación del comité de ética.

Resultados

En 2023 se identificaron en España 1 050 416 casos de psoriasis, de los cuales el 51,7 % correspondía a hombres ($n = 542\,764$) y el 48,3 % a mujeres ($n = 507\,652$). Las tasas de prevalencia brutas fueron de 2,32 y 2,08 por cada 100 personas-año para hombres y mujeres, respectivamente.

Tendencias en las tasas de prevalencia estandarizadas por edad

Entre 2018 y 2023, las tasas de prevalencia estandarizadas por edad (ASPR) de la psoriasis en España aumentaron de forma constante en ambos sexos (Figura 1). Entre los hombres, las ASPR pasaron de 1,62 a 2,25 por cada 100 personas-año (+38,9 %), mientras que entre las mujeres aumentaron de 1,34 a 1,96 (+46,3 %). El mayor incremento anual se produjo entre 2018 y 2019, cuando las ASPR aumentaron un 20,4 % en los hombres (de 1,62 a 1,95) y un 22,4 % en las mujeres (de 1,34 a 1,64). Los incrementos anuales posteriores oscilaron entre el 1 % y el 8 %.

La relación entre las tasas de prevalencia específicas por edad de hombres y mujeres disminuyó ligeramente, pasando de 1,21 en 2018 a 1,15 en 2023, lo que indica una reducción de la brecha entre sexos. No obstante, los hombres mostraron de forma constante tasas de prevalencia más elevadas a lo largo de todo el período de estudio.

Patrones de prevalencia específicos por edad

La prevalencia de la psoriasis aumentó con la edad en ambos sexos, alcanzando un máximo de 4,22 por cada 100 personas-año en los hombres de entre 70 y 74 años y de 3,29 por cada 100 personas-año en las mujeres de entre 65 y 69 años (Figura 2). Las mujeres mostraron una prevalencia ligeramente superior durante la infancia y la edad adulta temprana (<35 años). Sin embargo, a partir de los 35 años, los hombres presentaron de forma constante tasas de prevalencia más elevadas. La disparidad entre sexos aumentó con la edad, alcanzando una relación hombres-mujeres de 1,56 en el grupo de edad de 80 a 84 años.

Variaciones regionales y patrones geográficos

En 2023 se observaron diferencias regionales sustanciales en la prevalencia de la psoriasis entre las 17 comunidades autónomas de España (tablas 1 y 2; figura 3). Las regiones del norte y del este, entre las que se incluyen Navarra, Cantabria y la Comunidad Valenciana, mostraron de forma sistemática tasas de prevalencia ajustadas por población (ASPR) superiores a la media nacional. Por el contrario, las regiones del centro y del oeste, como Castilla-La Mancha y Extremadura, registraron tasas de prevalencia significativamente más bajas.

Entre los hombres, las ASPR más elevadas se observaron en Navarra (3,17), la Comunidad Valenciana (2,82) y Cantabria (2,70). Entre las mujeres, las tasas más elevadas se registraron en la Comunidad Valenciana (2,57), Murcia (2,39) y Navarra (2,41). Por el contrario, Castilla-La Mancha y Extremadura mostraron sistemáticamente las tasas de prevalencia ajustadas por edad (ASPR) más bajas en ambos sexos.

Disparidades de género por región

Las diferencias regionales en la relación entre las tasas de prevalencia ajustadas por edad (ASPR) de hombres y mujeres pusieron de manifiesto la variación geográfica en las disparidades de género. Navarra (1,32), el País Vasco (1,25) y La Rioja (1,25) mostraron las mayores diferencias entre sexos. Por el contrario, las Islas Canarias (1,02) y las Islas Baleares (1,05) presentaron las tasas de prevalencia más equilibradas.

Ratios de prevalencia estandarizados

Los ratios de prevalencia estandarizados (SPR), que comparan la prevalencia regional con las expectativas nacionales, pusieron aún más de manifiesto las disparidades geográficas (tablas 1 y 2). Entre los hombres, Navarra (SPR, 1,41; $p < 0,05$) y Cantabria (SPR, 1,21; $p < 0,05$) mostraron una prevalencia significativamente superior a la esperada, mientras que Castilla-La Mancha (SPR, 0,27) registró los valores más bajos. Entre las mujeres, Murcia (SPR, 1,22; $p < 0,05$), Navarra (SPR, 1,23; $p < 0,05$) y la Comunidad Valenciana (SPR, 1,31; $P < 0,05$) mostraron una prevalencia

significativamente elevada, mientras que Extremadura (SPR, 0,67) y Castilla-La Mancha (SPR, 0,44) presentaron tasas notablemente más bajas.

Discusión

Este estudio ofrece el primer análisis exhaustivo a nivel nacional de la prevalencia de la psoriasis en todas las comunidades autónomas españolas, utilizando datos fiables del BDCAP. Al ofrecer una visión general estandarizada del panorama de la psoriasis en España, este análisis va más allá de los estudios regionales o específicos por edades realizados anteriormente^{18–21} y proporciona una imagen más completa de la prevalencia de la psoriasis en todo el país.

Disponer de estimaciones precisas de la prevalencia de la psoriasis es importante por varias razones. Aportan datos epidemiológicos esenciales para identificar a las poblaciones de riesgo, orientan las decisiones en materia de política sanitaria a través de la asignación de recursos y sirven de base para futuras investigaciones, lo que permite el estudio de subpoblaciones específicas y la identificación de tendencias a largo plazo.

Nuestros resultados concuerdan con estudios previos que indican tasas de prevalencia de la psoriasis de entre el 1 % y el 4 % en poblaciones predominantemente blancas.^{6, 12, 13, 18–20, 22, 23} Sin embargo, sigue siendo difícil realizar comparaciones significativas entre los distintos estudios debido a las diferencias metodológicas, entre las que se incluyen variaciones en las definiciones de prevalencia, los criterios de diagnóstico y las características de la población. Una limitación especialmente importante es la frecuente ausencia de estimaciones estandarizadas por edad en la literatura. Esta laguna metodológica complica las comparaciones tanto dentro de un mismo país como entre países, especialmente cuando las poblaciones difieren en su estructura de edad. Sin la estandarización por edad, las diferencias demográficas pueden distorsionar las interpretaciones y, potencialmente, ocultar las variaciones reales en la carga de la enfermedad.¹³ La implementación de informes estandarizados y ajustados por edad mejoraría la fiabilidad de las comparaciones de prevalencia y ampliaría nuestra comprensión de la epidemiología de la psoriasis en diferentes poblaciones.

Además, nuestros resultados concuerdan con la evidencia epidemiológica establecida, que muestra una mayor prevalencia de la psoriasis en los hombres (2,25 %) frente a las mujeres (1,96 %).^{22, 23} Curiosamente, la diferencia de prevalencia entre sexos parece haberse reducido ligeramente en los últimos años. Esta tendencia puede reflejar un mejor acceso a la asistencia sanitaria, una mayor concienciación sobre las disparidades de género en la atención dermatológica y la puesta en marcha de iniciativas de salud pública destinadas a promover un tratamiento equitativo.¹² También puede estar relacionada con cambios en los hábitos relacionados con la salud, como el aumento de las tasas de tabaquismo y la obesidad, que actualmente afectan a ambos sexos de forma más similar.¹² Las pruebas más recientes sugieren, además, que los factores hormonales, tradicionalmente considerados importantes en la patogénesis de la psoriasis, podrían no explicar por completo las diferencias de prevalencia observadas entre sexos.^{24, 25}

Este estudio también aporta información adicional sobre los patrones de prevalencia específicos por edades. Aunque la prevalencia de la psoriasis suele aumentar con la edad,²⁶ observamos un descenso de la prevalencia a partir de los 64 años en las mujeres y a partir de los 79 años en los hombres. Este patrón podría reflejar una disminución de

la población con psoriasis en los grupos de edad más avanzada, lo que podría estar asociado a una mayor mortalidad por todas las causas entre las personas con psoriasis, especialmente aquellas con enfermedad grave.²⁶ La inflamación sistémica crónica asociada a la psoriasis grave podría contribuir a este mayor riesgo de mortalidad y explicaría en parte el descenso observado en la prevalencia entre los adultos mayores.²⁷

Las diferencias en el uso de los servicios sanitarios también pueden contribuir a las disparidades relacionadas con el sexo en el tratamiento de la psoriasis. Las mujeres más jóvenes son más propensas a consultar a médicos de atención primaria y a practicar el autocontrol, mientras que los hombres más jóvenes son más propensos a buscar atención dermatológica especializada. En consecuencia, es posible que los hombres reciban terapias sistémicas y tratamientos biológicos con mayor frecuencia, a pesar de que la carga de la enfermedad en las mujeres sea comparable o incluso mayor. Además, la fototerapia —una modalidad de tratamiento eficaz para la psoriasis— parece estar infrautilizada entre las mujeres jóvenes.²⁸

En todas las comunidades autónomas, la prevalencia de la psoriasis fue sistemáticamente mayor en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, las disparidades relacionadas con el sexo siguen siendo complejas y no se comprenden del todo.^{6,14,25} Algunos estudios señalan una mayor prevalencia en las mujeres,⁵ mientras que otros muestran una mayor prevalencia en los hombres¹⁹ o ninguna diferencia significativa.¹⁸ Es probable que estas inconsistencias reflejen diferencias en el diseño de los estudios, las características de la población, el acceso a la asistencia sanitaria y las prácticas diagnósticas.^{6,13}

Entre las posibles explicaciones se incluyen las influencias hormonales, las diferencias en las respuestas inmunitarias y factores relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo y el consumo de alcohol. Las influencias hormonales pueden influir en la aparición y la progresión de la enfermedad,^{24,25} mientras que los factores conductuales —en particular, el tabaquismo y el consumo de alcohol— están más estrechamente relacionados con la progresión de la enfermedad en los hombres.

La prevalencia de la psoriasis también mostró una considerable variabilidad regional en toda España, con tasas especialmente elevadas en las regiones del norte y del este, sobre todo en Navarra (Figura 3). Es probable que esta variabilidad geográfica se deba a interacciones complejas entre factores genéticos, ambientales y relacionados con la atención sanitaria. Comprender estos determinantes es esencial para explicar los patrones de distribución observados y para orientar intervenciones de salud pública específicas.^{18,19}

Los factores desencadenantes ambientales —entre los que se incluyen la obesidad, las infecciones estreptocócicas, la contaminación atmosférica, la radiación ultravioleta y el tabaquismo— son factores bien establecidos que contribuyen a la aparición y la progresión de la psoriasis.²⁹ La obesidad es un factor de riesgo especialmente importante y se asocia a formas más graves de la enfermedad. Esta relación se observa en ambos sexos, aunque la asociación entre la psoriasis y el síndrome metabólico puede variar según el sexo. El tabaquismo y el consumo de alcohol también contribuyen a la gravedad de la enfermedad, y se han descrito asociaciones más fuertes en los hombres, lo que posiblemente refleje una mayor exposición a estos factores de riesgo.

Las diferencias regionales en la infraestructura sanitaria también pueden contribuir a la variabilidad en la prevalencia notificada. Las regiones con sistemas sanitarios más desarrollados y mayor acceso a servicios dermatológicos pueden diagnosticar la psoriasis con mayor frecuencia, mientras que las regiones con acceso limitado pueden sufrir un infradiagnóstico o una clasificación errónea, lo que contribuye a las disparidades geográficas.

La compleja interacción entre la susceptibilidad genética, las exposiciones ambientales y el acceso a la asistencia sanitaria pone de relieve la importancia de contar con estrategias clínicas y de salud pública integradas para el tratamiento de la psoriasis. Las iniciativas educativas que aborden los factores de riesgo modificables —como dejar de fumar, el control del peso, la gestión del estrés y los hábitos de vida saludables— deberían formar parte de un enfoque integral de la atención a la psoriasis. Aumentar la concienciación sobre la asociación entre la obesidad y la gravedad de la psoriasis puede resultar especialmente importante, ya que las intervenciones para el control del peso pueden mejorar los resultados clínicos. Además, investigaciones recientes sugieren que la gestión de la exposición ambiental y las terapias dirigidas al microbioma podrían representar futuros enfoques terapéuticos. Estas estrategias deberían integrarse en planes de tratamiento individualizados, en los que los médicos hagan hincapié en la modificación del estilo de vida junto con las terapias farmacológicas.²⁹

Este estudio presenta varias limitaciones. Aunque el amplio conjunto de datos a nivel nacional proporcionado por el BDCAP permite realizar estimaciones de prevalencia sólidas, el hecho de basarse en registros sanitarios administrativos y el uso del código S91 de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (ICPC) pueden dar lugar a errores de clasificación o a un subregistro de los casos de psoriasis. Las prácticas de codificación diagnóstica también pueden variar entre los profesionales sanitarios y de una región a otra, lo que podría introducir sesgos. Aunque el sistema de codificación CIE-10 utilizado en el BDCAP proporciona criterios diagnósticos estandarizados, los estudios de validación que evalúan específicamente los códigos de psoriasis en las bases de datos de atención primaria españolas siguen siendo limitados. Además, el BDCAP excluye a las personas tratadas a través de mutuas privadas para funcionarios; sin embargo, dado que estas personas se excluyen tanto del numerador como del denominador, las estimaciones de prevalencia resultantes deberían seguir aproximándose a la prevalencia poblacional.

Por otra parte, el diseño transversal limita nuestra capacidad para establecer relaciones causales entre los factores regionales y la prevalencia de la psoriasis. Los estudios longitudinales ayudarían a aclarar las asociaciones temporales y la historia natural de la psoriasis en los distintos grupos demográficos. Además, aunque los análisis se ajustaron por edad y sexo, no se incluyeron otros posibles factores de confusión —como el nivel socioeconómico, el grado de urbanización y las exposiciones ambientales— que podrían haber influido en las diferencias regionales. Tampoco se dispone de información sobre la gravedad de la enfermedad, los subtipos de psoriasis y los patrones de tratamiento en el BDCAP, lo que limita la realización de análisis clínicos más detallados.

A pesar de estas limitaciones, este estudio ofrece información valiosa sobre la epidemiología de la psoriasis en España y sienta las bases para futuras investigaciones e iniciativas de salud pública que aborden esta afección dermatológica tan común y con un gran impacto.

Conclusiones

Este análisis a escala nacional de la prevalencia de la psoriasis en España aporta datos importantes sobre la epidemiología de la enfermedad y pone de manifiesto diferencias significativas relacionadas con el sexo y la región. Los hombres —especialmente los mayores de 35 años— presentan tasas de prevalencia más elevadas, aunque la diferencia entre sexos parece haberse reducido en los últimos años. El descenso observado en la prevalencia entre los grupos de mayor edad plantea cuestiones importantes sobre el impacto a largo plazo de la psoriasis y su posible asociación con un aumento de la mortalidad, lo que pone de relieve la necesidad de seguir investigando el papel de la inflamación sistémica crónica. Las marcadas diferencias regionales, especialmente en el norte y el este de España, subrayan la influencia de factores genéticos, ambientales y relacionados con la asistencia sanitaria en la distribución de la enfermedad. Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de estrategias de salud pública específicas para cada región y cada sexo, junto con intervenciones clínicas dirigidas a factores ambientales modificables.

Referencias:

- (1) Wang K, Zhao Y, Cao X Global burden and future trends in psoriasis epidemiology: insights from the global burden of disease study 2019 and predictions to 2030. *Arch Dermatol Res.* 2024;316(4):114, doi: 10.1007/s00403-024-02846-z.
- (2) Nair PA, Badri T Psoriasis. *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- (3) Daudén E, Vidal D, Romero A, Bordel MT, Rivera R, Márquez J, et al. Psoriasis Severity, Health-Related Quality of Life, Work Productivity, and Activity Impairments Among Patients With Moderate to Severe Psoriasis Receiving Systemic Treatment: Real-World Data From Clinical Practice in Spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2024;115(1):T1-9, doi: 10.1016/j.ad.2023.10.031.
- (4) Burshtein J, Strunk A, Garg A Incidence of psoriasis among adults in the United States: A sex- and age-adjusted population analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84(4):1023-9, doi: 10.1016/j.jaad.2020.11.039.
- (5) Egeberg A, Skov L, Gislason GH, Thyssen JP, Mallbris L Incidence and Prevalence of Psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol.* 2017;97(7):808-12, doi: 10.2340/00015555-2672.
- (6) Iskandar I y. k., Parisi R, Griffiths C e. m., Ashcroft D m., Atlas the GP Systematic review examining changes over time and variation in the incidence and prevalence of psoriasis by age and gender*. *British Journal of Dermatology.* 2021;184(2):243-58, doi: 10.1111/bjd.19169.
- (7) Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, Wu D, Alicandro G, McGonagle D, et al. The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. *Front Med (Lausanne).* 2021;8:743180, doi: 10.3389/fmed.2021.743180.

- (8) Andrees V, Wolf S, Augustin M, Mohr N, Augustin J Regional variations and prevalence of psoriasis in Germany from 2010 to 2017: a cross-sectional, spatio-epidemiological study on ambulatory claims data. *BMJ Open*. 2021;11(11):e047806, doi: 10.1136/bmjopen-2020-047806.
- (9) AlQassimi S, AlBrashdi S, Galadari H, Hashim MJ Global burden of psoriasis – comparison of regional and global epidemiology, 1990 to 2017. *International Journal of Dermatology*. 2020;59(5):566-71, doi: 10.1111/ijd.14864.
- (10) Mou Y, Li F, Xu Y, Jin X, Dong S, Xia J Global trends in the incidence of psoriasis from 1990 to 2019. *Eur J Dermatol*. 2022;32(2):207-13, doi: 10.1684/ejd.2022.4245.
- (11) Cayuela L, Pereyra-Rodríguez JJ, Hernández-Rodríguez JC, Rodríguez Fernandez-Freire L, Cayuela A Effects of Age, Period, and Cohort on the Incidence of Psoriasis in Spain: A 30-year Review (1990-2019). *Actas Dermosifiliogr*. 2025;116(1):47-54, doi: 10.1016/j.ad.2024.06.008.
- (12) Cayuela L, Pereyra-Rodríguez J-J, Hernández-Rodríguez J-C, Rodríguez Fernandez-Freire L, Cayuela A Increasing prevalence of psoriasis in Spain: A population-based study (2018-2022). *Med Clin (Barc)*. 2024:S0025-7753(24)00590-6, doi: 10.1016/j.medcli.2024.08.019.
- (13) Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM, et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590, doi: 10.1136/bmj.m1590.
- (14) Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*. 2013;133(2):377-85, doi: 10.1038/jid.2012.339.
- (15) Torres T, Filipe P, Menezes Brandão F, Figueiredo A, Pinto Soares A, Sousa Basto A, et al. Epidemiology of Psoriasis in Portugal: A Population-Based Study. *Acta Med Port*. 2023;36(9):541-9, doi: 10.20344/amp.19048.
- (16) Andrees V, Wolf S, Sander M, Augustin M, Augustin J Sociodemographic and Environmental Determinants of Regional Prevalence of Psoriasis in Germany: A Spatiotemporal Study of Ambulatory Claims Data. *Acta Derm Venereol*. 2024;104:adv12430, doi: 10.2340/actadv.v104.12430.
- (17) Solberg SM Psoriasis in Norway: A Prescription-based Registry Study of Incidence and Prevalence. *Acta Derm Venereol*. 2023;103:adv4591, doi: 10.2340/actadv.v103.4591.
- (18) Ferrándiz C, Bordas, García-Patos, Puig S, Pujol R, Smandía A Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2001;15(1):20-3, doi: 10.1046/j.1468-3083.2001.00191.x.
- (19) Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M Prevalence of Psoriasis in Spain in the Age of Biologics. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2014;105(5):504-9, doi: 10.1016/j.adengl.2014.04.016.

- (20) Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, Betriu-Bars A, Sanmartín-Novell V, Ortega-Bravo M, et al. Epidemiology of Psoriasis. A Population-Based Study. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2019;110(5):385-92, doi: 10.1016/j.adengl.2019.01.014.
- (21) Puig L, Ferrándiz C, Pujol RM, Vela E, Albertí-Casas C, Comellas M, et al. Carga de la psoriasis en Cataluña: datos epidemiológicos, comorbilidades asociadas, uso de recursos sanitarios e incapacidad laboral. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2021;112(5):425-33, doi: 10.1016/j.ad.2020.11.017.
- (22) Almenara-Blasco M, Carmona-Pérez J, Gracia-Cazaña T, Poblador-Plou B, Laguna-Berna C, Moreno-Juste A, et al. Unraveling multimorbidity patterns of psoriasis using network analysis. *Actas Dermosifiliogr*. 2025:S0001-7310(25)00009-2, doi: 10.1016/j.ad.2024.12.017.
- (23) Almenara-Blasco M, Gracia-Cazaña T, Poblador-Plou B, Laguna-Berna C, Carmona-Pérez J, Navarro-Bielsa A, et al. Multimorbidity of Psoriasis: A Large-Scale Population Study of Its Associated Comorbidities. *J Clin Med*. 2024;13(2):492, doi: 10.3390/jcm13020492.
- (24) Cassalia F, Lunardon A, Frattin G, Danese A, Caroppo F, Fortina AB How Hormonal Balance Changes Lives in Women with Psoriasis. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14(2):582, doi: 10.3390/jcm14020582.
- (25) Guillet C, Seeli C, Nina M, Maul LV, Maul J-T The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. *Int J Womens Dermatol*. 2022;8(2):e010, doi: 10.1097/JW9.000000000000010.
- (26) Noe MH, Shin DB, Wan MT, Gelfand JM Objective Measures of Psoriasis Severity Predict Mortality: A Prospective Population-Based Cohort Study. *J Invest Dermatol*. 2018;138(1):228-30, doi: 10.1016/j.jid.2017.07.841.
- (27) Naldi L, Pezzolo E Back to the Future: Looking at the Skin to Predict Death-A Lesson from Psoriasis. *J Invest Dermatol*. 2018;138(1):20-2, doi: 10.1016/j.jid.2017.08.027.
- (28) Gonzalez-Cantero A, Constantin MM, Dattola A, Hillary T, Kleyn E, Magnolo N Gender perspective in psoriasis: a scoping review and proposal of strategies for improved clinical practice by European dermatologists. *Int J Womens Dermatol*. 2023;9(4):e112, doi: 10.1097/JW9.0000000000000112.
- (29) Liu S, He M, Jiang J, Duan X, Chai B, Zhang J, et al. Triggers for the onset and recurrence of psoriasis: a review and update. *Cell Commun Signal*. 2024;22:108, doi: 10.1186/s12964-023-01381-0.

Tabla 1. Tasas de prevalencia brutas, tasas de prevalencia estandarizadas por edad (ASPR) y razones de prevalencia estandarizadas (SPR) de la psoriasis en hombres, por comunidad autónoma en España, 2023

Comunidad autónoma	Casos observados	Casos esperados	Tasa bruta (%)	ASPR	IC 95%	SPR	IC 95%
Andalucía	94,447	94,384,7	2,28	2,24	2,23–2,25	1,00	0,99–1,01
Aragón	16,981	15,683,4	2,56	2,43	2,39–2,46	1,08	1,07–1,10
Asturias	14,157	12,306,2	2,98	2,59	2,54–2,63	1,15	1,13–1,17
Islas Baleares	14,511	13,559,1	2,40	2,45	2,41–2,50	1,07	1,05–1,09
Islas Canarias	25,931	24,424,5	2,48	2,38	2,35–2,39	1,06	1,05–1,07
Cantabria	8,250	6,841,0	2,97	2,70	2,64–2,76	1,21	1,18–1,23
Castilla y León	29,057	28,627,3	2,55	2,30	2,28–2,33	1,02	1,00–1,03
Castilla-La Mancha	6,223	22,801,9	0,63	0,61	0,59–0,63	0,27	0,27–0,28
Cataluña	94,060	89,524,4	2,39	2,37	2,36–2,38	1,05	1,04–1,06
Comunidad Valenciana	71,477	57,057,2	2,92	2,82	2,80–2,84	1,25	1,24–1,26
Extremadura	4,837	12,049,2	0,96	0,91	0,88–0,94	0,40	0,39–0,41
Galicia	29,424	31,757,6	2,33	2,10	2,08–2,13	0,93	0,92–0,94
Madrid	73,477	74,917,5	2,22	2,22	2,20–2,22	0,98	0,97–0,99

Comunidad autónoma	Casos observados	Casos esperados	Tasa bruta (%)	ASPR	IC 95%	SPR	IC 95%
Murcia	20,225	16,899,2	2,62	2,68	2,64–2,70	1,20	1,18–1,21
Navarra	10,640	7,527,3	3,25	3,17	3,11–3,24	1,41	1,39–1,44
País Vasco	25,054	30,655,3	2,01	1,84	1,81–1,86	0,82	0,81–0,83
La Rioja	4,013	3,742,2	2,55	2,43	2,35–2,51	1,07	1,04–1,11

ASPR, tasa de prevalencia estandarizada por edad; SPR, razón de prevalencia estandarizada; IC del 95 %, intervalo de confianza del 95 %.

Tabla 2. Tasas de prevalencia brutas, tasas de prevalencia estandarizadas por edad (ASPR) y razones de prevalencia estandarizadas (SPR) de la psoriasis en mujeres por comunidad autónoma en España, 2023

Comunidad autónoma	Casos observados	Casos esperados	Tasa bruta (%)	ASPR	IC 95%	SPR	IC 95%
Andalucía	94,182	88,504,0	2,19	2,09	2,08–2,10	1,06	1,06–1,07
Aragón	15,271	14,230,0	2,24	2,11	2,08–2,14	1,07	1,06–1,09
Asturias	13,336	11,806,0	2,55	2,23	2,19–2,27	1,13	1,11–1,15
Islas Baleares	14,704	12,408,3	2,41	2,34	2,30–2,38	1,19	1,17–1,20
Islas Canarias	27,201	22,755,4	2,52	2,34	2,34–2,37	1,20	1,18–1,21
Cantabria	7,438	6,420,8	2,51	2,27	2,22–2,32	1,16	1,13–1,19

Comunidad autónoma	Casos observados	Casos esperados	Tasa bruta (%)	ASPR	IC 95%	SPR	IC 95%
Castilla y León	24,681	25,741,0	2,09	1,91	1,88–1,93	0,96	0,95–0,97
Castilla-La Mancha	5,144	20,378,8	0,52	0,50	0,49–0,52	0,25	0,25–0,26
Cataluña	85,318	83,611,2	2,10	1,99	1,98–2,01	1,02	1,01–1,03
Comunidad Valenciana	69,725	53,353,1	2,73	2,57	2,55–2,58	1,31	1,30–1,32
Extremadura	4,323	10,915,9	0,84	0,79	0,77–0,82	0,40	0,38–0,41
Galicia	26,557	30,035,5	1,94	1,77	1,74–1,79	0,88	0,87–0,89
Madrid	68,631	74,219,7	1,91	1,81	1,80–1,82	0,92	0,92–0,93
Murcia	18,586	15,239,7	2,42	2,39	2,36–2,43	1,22	1,20–1,24
Navarra	8,462	6,854,0	2,52	2,41	2,35–2,41	1,23	1,21–1,26
País Vasco	20,727	27,800,3	1,61	1,47	1,45–1,47	0,75	0,74–0,76
La Rioja	3,366	3,386,3	2,08	1,95	1,88–2,02	0,99	0,96–1,03

ASPR, tasa de prevalencia estandarizada por edad; SPR, razón de prevalencia estandarizada; IC del 95 %, intervalo de confianza del 95 %

Figura 1: Tasas de prevalencia estandarizadas por edad (ASPR) de la psoriasis en España entre 2018 y 2023, por sexo.

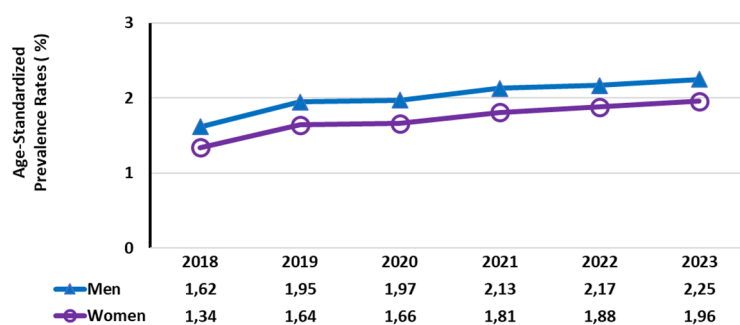


Figura 2: Prevalencia de la psoriasis por edad, sexo y ratio de prevalencia hombres-mujeres en España, 2023.

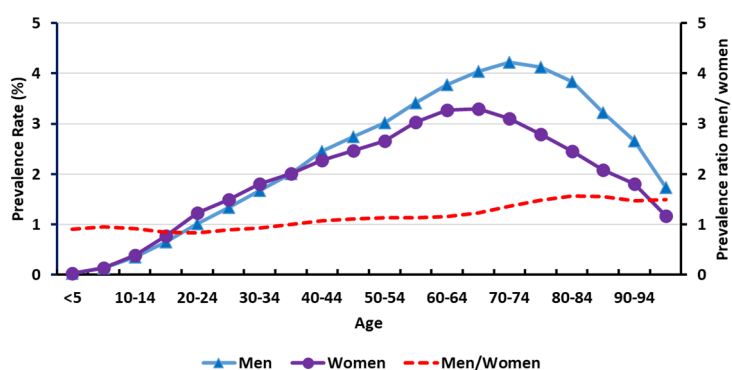


Figura 3: Tasas de prevalencia estandarizadas por edad (ASPR) de la psoriasis por comunidad autónoma en España, 2023.

