

ASOCIACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DEL ÁREA CUTÁNEA AFECTADA CON EL
GRADO DE AFECCIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS
QUE ACUDEN A LA SONCULTA EXTERA DE MEDICINA FAMILIAR EN QUERETARO

Méd. Gral. ATILANO MARTÍNEZ REYNA
INÉS.

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

ASOCIACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DEL ÁREA CUTÁNEA
AFECTADA CON EL GRADO DE AFECCIÓN A LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON PSORIASIS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN QUERETARO.

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Reyna Inés Atilano Martínez

Dirigido por:

Dra. Ericka Esther Cadena Moreno

Querétaro, Qro. a 28-FEBRERO-2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Asociación entre la severidad del área cutánea
afectada con el grado de afección a la calidad de vida
en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta
externa de medicina familiar en Querétaro.

por

Reyna Inés Atilano Martinez

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-293399



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

**“ASOCIACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DEL ÁREA CUTÁNEA
AFECTADA CON EL GRADO DE AFECCIÓN A LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN QUERETARO.”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en
Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Atilano Martínez Reyna Inés

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Ericka Esther Cadena Moreno.

Presidente M.I.M.S.P. Ericka Esther
Cadena Moreno

Secretario M. en E. Omar Rangel Villicaña

Vocal M. en E. Ma. Azucena Bello
Sánchez.

Suplente M.I.M.S.P Leticia Blanco Castillo

Suplente M. CE. Lilia Susana Gallardo
Vidal

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Febrero 2023
México

Resumen

Introducción: La psoriasis por su carácter crónico, amerita de consultas y cambios de tratamiento frecuentes, lo que puede causar en los pacientes una gran insatisfacción debido a la falta de resolución total, un avance clínico lento y recidivas, todo esto se traduce en un clima de desgaste que ocasiona un impacto negativo, por esto es importante y trascendente activar los métodos de evaluación para la calidad de vida a fin de optimizar el tratamiento de los pacientes, conocer la asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de reparación a la calidad de vida en estos pacientes en cuanto tenemos el diagnóstico. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el índice de severidad del área cutánea afectada con el grado de afección a la calidad de vida en pacientes con psoriasis. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, transversal comparativo que se realizó en pacientes usuarios y derechohabientes con diagnóstico de psoriasis que acuden a la consulta externa de medicina familiar, los criterios de exclusión fueron pacientes con una edad menor o igual de 16 años a quienes no pueda aplicarse el instrumento de medición, así como aquellos pacientes con diagnóstico ya establecido de psoriasis que presenten otras patologías de piel (vitíligo, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, cáncer basocelular, cáncer espinocelular, queratosis actínica, etc.) o comorbilidades agregadas (hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 1 y 2, dislipidemias, ansiedad, depresión) que puedan sesgar el estudio. Las variables a considerar fueron: edad, género, ocupación, grado de escolaridad, áreas afectadas por la psoriasis, tipo de psoriasis, tiempo de evolución de la psoriasis y calidad de vida de los pacientes con psoriasis. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El análisis estadístico incluyó cálculo de medias y de asociación, porcentajes, desviación estándar, intervalos de confianza, como pruebas estadísticas que serán razón de momios y prueba de Chi². Consideraciones éticas: Se solicitó la realización de los test previo consentimiento informado. **Resultados:** n = 60, 51.6% hombres, 48.3% mujeres, edad promedio 514.6 años; escolaridad:predomino preparatoria 18.3%, ocupación labores del hogar 15.0%; tiempo de evolución de la enfermedad 4 o más años de 36.7%. Se presentó psoriasis en placas en el 91.7%. La gravedad de los pacientes fue leve en el 51.7% y el resultado de la afectación de la calidad de vida fue de un poco en el 38.3%. **Conclusiones:** la calidad de vida en los pacientes con psoriasis y el grado de afectación de la misma tienen una correlación moderada inversamente proporcional.

Palabras clave: psoriasis, calidad de vida, PASI, PDI.

Summary

Introduction: Due to its chronic nature, psoriasis requires consultations and frequent treatment changes, which can cause great dissatisfaction in patients due to the lack of total resolution, slow clinical progress and recurrences, all of which translates into a climate of wear and tear. that causes a negative impact, for this reason it is important and important to activate the evaluation methods for quality of life in order to optimize the treatment of patients, to know the association between the severity of the affected skin area with the degree of repair to quality of life in these patients as soon as we have the diagnosis. **Material and methods:** s an observational, cross-sectional comparative study that was carried out in patient users and beneficiaries with a diagnosis of psoriasis who attend the family medicine outpatient clinic. The exclusion criteria were patients aged less than or equal to 16 years to whom the treatment cannot be applied. measuring instrument, as well as those patients with an already established diagnosis of psoriasis who present other skin pathologies (vitiligo, atopic dermatitis, seborrheic dermatitis, basal cell cancer, squamous cell cancer, actinic keratosis, etc.) or added comorbidities (systemic arterial hypertension, diabetes type 1 and 2 mellitus, dyslipidemia, anxiety, depression) that could bias the study. The variables to be considered were: age, gender, occupation, educational level, areas affected by psoriasis, type of psoriasis, time of evolution of psoriasis and quality of life of patients with psoriasis. A non-probabilistic sampling was carried out for convenience. The statistical analysis included calculation of means and association, percentages, standard deviation, confidence intervals, such as statistical tests that will be the odds ratio and Chi2 test. Ethical considerations: The tests were requested with prior informed consent. **Results:** n = 60, 51.6% men, 48.3% women, mean age 514.6 years; education: predominance of high school 18.3%, occupation of housework 15.0%; disease evolution time 4 or more years of 36.7%. Plaque psoriasis occurred in 91.7%. The severity of the patients was slight in 51.7% and the result of the affectation of the quality of life was slightly in 38.3%. **Conclusions:** The quality of life in patients with psoriasis and the degree of its involvement have a moderate inversely proportional correlation

Keywords: psoriasis, quality of life, PASI, PDI

Dedicatorias

A mi madre que siempre supo llenarme de amor, brindarme de ilusión en mi infancia y fé bajo la palabra de Dios a lo largo de mi vida, gracias por enseñarme a ser una mujer fuerte, decidida, con valores y principios, a mi compañero de travesuras y de mi vida, mi pequeño hermano, Noel, gracias por brindarme tu amor y cuidado, a mi cuñada, Nelly por apoyarme desde los inicios de mi carrera, por desvelarte junto a mí cuando las tareas parecían interminables, a la pequeña luz de mi vida, Quetzally por alentar a la niña que vive dentro de mí con tu ternura e inocencia y por último a al mejor amigo que puede encontrar en este camino llamado residencia, Benjamín por apoyar cada una de mis decisiones, por compartir este camino juntos, por alentarme siempre a seguir y enseñarme a descubrir un hogar juntos. Los amo.

Agradecimientos

Agradecimiento a todos mis compañeras de la especialidad porque de cada uno de ellos me llevo gratos recuerdos, a cada doctor y doctora que conocí en este camino lleno de enseñanzas por su paciencia, apoyo y aprendizaje.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	viii
Abreviaturas y siglas	ix
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	2
III. Fundamentación teórica	6
III.1 Concepto de calidad de vida	7
III.1.1 Calidad de vida y psoriasis	8
III.1.2 Índices de calidad de vida	10
III.2. Psoriasis	12
III.2.1 Epidemiología y herencia	12
III.2.2 Etiología	13
III.2.3 Manifestaciones clínicas	13
III.2.4 Localización de las lesiones	15
III.2.5 Lesiones histopatológicas	16
III.3 Clasificación según el índice área afectada por la psoriasis (PASI) para evaluar la afección cutánea	16
III.3.1 Índice de severidad del área de la psoriasis (PASI)	17
III.4 Tratamiento	18
III.4.1 Tratamiento tópico	18
III.4.2 Fototerapia y fotoquimioterapia	20
III.4.3 Tratamiento sistémico	20

IV. Hipótesis	22
V. Objetivos	23
V.1 General	23
V.2 Específicos	23
VI. Material y métodos	24
VI.1 Tipo de investigación	24
VI.2 Población o unidad de análisis	24
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	24
VI.3.1 Criterios de selección	26
VI.3.2 Variables estudiadas	26
VI.4 Técnicas e instrumentos	26
VI.5 Procedimientos	28
VI.5.1 Análisis estadístico	31
VI.5.2 Consideraciones éticas	31
VII. Resultados	34
VIII. Discusión	39
IX. Conclusiones	42
X. Propuestas	43
XI. Bibliografía	44
XII. Anexos	47
XII.1 Hoja de recolección de datos	47
XII.2 Instrumentos	51
XII.3 Carta de consentimiento informado	53

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Prevalencia de afección en la calidad de vida de acuerdo al tipo de psoriasis.	34
VII.2	Prevalencia de afección en la calidad de vida de acuerdo al área cutánea afectada por medio del PASI.	35
VII.3	Prevalencia de edad de los pacientes con psoriasis leve y moderada – severa.	36
VII.4	Prevalencia de género, nivel educativo y tiempo de diagnóstico en relación al tipo de psoriasis leve y moderada- severa	37

Abreviaturas y siglas

GPC: Guía de práctica clínica.

IC: Intervalo de confianza.

IMSS: Instituto mexicano del seguro social.

N: tamaño de la muestra.

NOM: Norma oficial mexicana.

OMS: Organización mundial de la salud.

UMF: Unidad de medicina familiar.

UMF 09: Unidad de medicina familiar 09.

PASI: Índice de severidad del área de psoriasis.

PDI: Índice de discapacidad de la psoriasis.

DLQI: Calidad de vida dermatológica.

ARIMAC: Área de información médica y archivo clínico.

I. Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por una hiperproliferación de los queratinocitos, secundaria a la infiltración de células inmunes en la epidermis que afecta aproximadamente al 1 – 3 % de la población mundial, (García, 2019) que causa lesiones eritemato escamosas que afectan áreas visibles, principalmente la piel cabelluda, el tronco, las extremidades superiores e inferiores y las uñas.

Algunas variantes de la psoriasis pueden afectar más del 90% de la superficie corporal produciendo alteraciones en la percepción de la imagen de quienes la padecen, (García, 2019) que se extiende más allá de los aspectos físicos, ya que el prurito que se presenta puede causar insomnio, interrumpir las actividades diarias o limitaciones como acudir a balnearios, asolearse, llegando al grado de que las personas que la padecen tienen que usar determinado tipo de ropa para evitar que las áreas afectadas sean visibles, además a este se le suma que ciertas telas de ropa pueden generar más calor y sudoración, provocando que aumente la descamación, el prurito o sangrado y con esto la posibilidad de agregarse una infección bacteriana.

Todo esto traduce una limitación a las actividades diarias de los pacientes, mismas que no siempre son abordadas por los médicos de primer contacto, dejando solo a la psoriasis como una enfermedad dermatológica, dejando a un lado los problemas psicológicos que puede ocasionar si no se aborda de manera completa al paciente, en esta trabajo se investigó sobre la afección de la calidad de vida que en la mayoría de los pacientes se puede traducir en sentimientos de tristeza, angustia, enojo, aislamiento, depresión y ansiedad para relacionarse con los demás.

Todo esto habla de cómo la psoriasis puede producir secuelas psicológicas que requieren tratamiento, ya que los pacientes suelen presentar trastornos emocionales debido a su enfermedad, por eso se buscó pacientes que contaran con lesiones en localizaciones específicas como lo son áreas visibles como cara,

brazos, piernas para detectar la afección que presentan en su calidad de vida de acuerdo a la localización y extensión de las lesiones ya que estas contribuyen de forma directa en la baja autoestima que se asocia a conflictos con la autoimagen.

Al ser médicos de primer contacto es necesario involucrarse en el problema, abordar al paciente como su entorno en uno mismo, ejercer un rol activo y fundamental en el que se logren los cambios de conducta para mejorar la adherencia al tratamiento, conocer las necesidades o temores del paciente, para lograr controlar los factores psicológicos que puedan agravar la enfermedad.

Por lo que en esta investigación se aporta información para poder detectar las situaciones que angustian al paciente y afectan su calidad de vida, ya que el enfrentar una enfermedad que afecta su físico esta causa afección social e incluso familiar, además de lo difícil de lidiar con la desinformación y falsos mitos que hay en la sociedad con respecto a esta enfermedad, por ejemplo, en una encuesta aplicada al público en general, llevada a cabo por la Academia Mexicana de Dermatología, A.C en el año de 2017, la población cree, por error que la psoriasis es contagiosa, esto hace que muchas veces la persona afectada sea testigo de comentarios despectivos al respecto. Hay un 5% de la población que piensa que la psoriasis puede ser transmitida por un beso, y uno de cada tres ciudadanos desconoce que la psoriasis no es contagiosa. (Gabás, 2019)

Si tomamos en cuenta que estas situaciones de tensión pueden provocar una exacerbación o impedir que se presente una recidiva, en este trabajo se enfatiza y se hace indispensable en la consulta no solo abordar el tratamiento médico sino las esferas bio- psico- social completas para que él paciente esté preparado para lidiar con las restricciones y los cambios en la vida diaria debidos a la misma enfermedad, ya que cuando la aceptación no sucede, los pacientes cumplen mal o poco las recomendaciones médicas.

Algunos estudios han documentado el impacto que tiene la psoriasis en la calidad de vida, aplicando diversas escalas como el índice dermatológico de la calidad de vida (DLQI), el índice de la severidad de la psoriasis (PASI) y el índice

de discapacidad de la psoriasis (PDI) encontrando como resultado que puede asociarse a sentimientos de incomodidad social, estigmatización, interferencia en el trabajo, las relaciones y la actividades de la vida diaria, siendo la depresión una cuestión importante en los pacientes con psoriasis. (Gutiérrez,2003 y Mendoza, 2012)

II. Antecedentes

Dentro de los antecedentes que existen para justificar la presente investigación se encuentran los siguientes: Calidad de vida en el paciente con psoriasis (Daudén, 2012). Realizado en una unidad de medicina familiar (UMF No. 6) en el estado de Puebla, el objetivo de este trabajo fue correlacionar el índice de gravedad de la psoriasis con la calidad de vida en estos pacientes, obteniendo los siguientes resultados, $n= 72$, 43% hombres, 57% mujeres, edad promedio 51.22 años [(15-77) + 14.05]; escolaridad: licenciatura 23.6%, ocupación labores del hogar 26.4%; tiempo de evolución de la enfermedad 12.25 años [(1-50) + 10.58]. Se presentó psoriasis en placas en el 95.83%. La gravedad de los pacientes fue leve en el 70.8% y el resultado de la afectación de la calidad de vida fue de efecto moderado en el 33.3%; la correlación entre la calidad de vida y el grado de afectación de psoriasis fue $r_s = -0.657$, con $p = 0.0001$.

También sabemos que por su carácter crónico, amerita de consultas y cambios de tratamiento frecuentes, lo que puede causar en los pacientes una gran insatisfacción debido a la falta de resolución total, un avance clínico lento y recidivas, todo esto se traduce en un clima de desgaste que ocasiona un impacto negativo, además a pesar de contar con grandes avances terapéuticos, hasta el momento no ha sido posible un tratamiento que ofrezca una curación definitiva, orillando a que algunos pacientes en su afán de desaparecer las lesiones tomen decisiones precipitadas al iniciar tratamientos no aprobados científicamente que pueden ocasionar una exacerbación de la psoriasis, generando más frustración y desesperanza, por eso es importante conocer los diferentes instrumentos de evaluación que tenemos disponibles, en el siguiente estudio titulado “Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable. Estudio PSO – LIFE (Tejera, 2011) que tuvo por objetivo valorar el impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante diferentes cuestionarios de evaluación, se evaluaron 304 pacientes: 182 con PsoA y 122 con PsoE. La edad media fue de 45,3 (14,5) años y el 56.3% eran hombres. La

puntuación media basal del PASI en PsoA fue 17,0 (7,4) y en PsoE fue 5,6 (5,3), disminuyendo durante el estudio ($p < 0,01$). La puntuación media del cuestionario PSO – LIFE aumentó de 57,4 (20,4) a 72,2 (19,6) en PsoA y de 76,4 (20,6) a 82,3 (18,3) en PsoE ($p < 0,01$ ambos). Las diferencias de las puntuaciones medias estandarizadas entre los 2 grupos fueron: 0,79 para el DLQI, 0,62 para el PDI y 0,85 para el PSO-LIFE. Los pacientes con lesiones en las zonas visibles tuvieron una mayor afectación según el cuestionario PSO- LIFE que los pacientes con afectación en zonas no visibles ($p < 0,01$). Los cambios en la puntuación del PSO – LIFE y los cambios en el PASI mostraron una correlación moderada ($r = -0.4$) y estadísticamente significativa.

Es importante y trascendente activar los métodos de evaluación para la calidad de vida a fin de optimizar el tratamiento de los pacientes, conocer la asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de reparación a la calidad de vida en estos pacientes en cuanto tenemos el diagnóstico, es por ello que en el estudio “Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de psoriasis en el servicio de dermatología, ciudad hospitalaria “Enrique Tejera”. Valencia, Venezuela 2011”. (Cardona, 2020) que tuvo como objetivo conocer la calidad de vida en pacientes con recién diagnóstico de psoriasis que acudieron al servicio de dermatología, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal dentro del paradigma cuantitativo, obteniendo los siguientes resultados con predominio el sexo masculino 50,96% (53/104 casos) la edad promedio fue 35,70 años, estrato socioeconómico IV (42,17%), 37,5% (39 casos), sostuvo que en poco grado ha representado el tratamiento de su dermatopatía un problema, seguido de aquellos pacientes que afirmaron en nada tal tratamiento representa un problema y 36,54% demuestra la preocupación de los pacientes por su condición.

En otro estudio titulado “Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel ” (Acosta, 2018) en el que el objetivo era determinar la repercusión que tiene la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes y en el cual se incluyeron 59 pacientes con psoriasis, los cuales se dividieron en tres grupos según el PASI (1 a 4.9, 5 a 9.9 y mayor de 10) y el tiempo de evolución (0 a 4 años,

5 a 9 y más de 10 años). Los sujetos con PASI y tiempo de evolución mayores (64%) tuvieron mala calidad de vida, al contrario de los pacientes con PASI y tiempo de evolución menores (25%). Los individuos que recibieron tratamiento sistémico (75%) mostraron más apego, a diferencia de los que recibieron tratamiento tópico (64%). En general los pacientes tratados refirieron mayor calidad de vida.

En cuanto a la utilización de los instrumentos para evaluar la calidad de vida contamos con el estudio de “Medición de la calidad de vida por medio del Dermatology Life Quality Index” (Ordoñez, 2019) en pacientes con psoriasis: una revisión sistemática, donde se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con psoriasis, por medio de Dermatology Life Quality Index (DLQI), en el cual ocho estudios se cumplieron los criterios de exclusión e inclusión. Hubo una pérdida de la calidad de vida en los pacientes con psoriasis. El DLQI fue en dos estudios con promedios de 6.4 y 10.8, la duración de la enfermedad varió entre 17,6 y 28,9 años.

III. Fundamentación teórica

III.I Concepto de calidad de vida.

La OMS (1994) define la calidad de vida” como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida dentro de un contexto cultural y de valores en el que vive y con respecto a sus metas, normas y preocupaciones. Es un concepto complejo que incluye aspectos personales como autonomía, salud, satisfacción con la propia vida y otros aspectos como redes de apoyo o servicios sociales. (Gutiérrez, 2003).

Al hablar de calidad de vida se da importancia a las cosas relativas a las que los individuos dan cierto valor en su vida, y debe venir siempre del mismo individuo. La calidad de vida, para poder evaluarse, debe incluirse en su concepto lo físico, lo psicológico y lo social que son influenciadas por las expectativas de una persona, por lo tanto, se puede afirmar que dos personas con el mismo estado de salud pueden tener una calidad de vida muy diferente, es una sensación subjetiva y personal de “sentirse bien”. (Mendoza, 2012)

El concepto de calidad de vida en término subjetivo, sucede cuando las necesidades básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una renta monetaria per cápita, un nivel educativo, las condiciones de vivienda, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa y derechos humanos.

Las redes de apoyo social con las que se cuenta pueden ser de dos tipos, la de naturaleza formal cuando están asociadas a lo institucional, y las informales que están constituidas por la familia, vecinos y amigos. Las redes de apoyo primarias son de vital importancia como parte de la estructura funcional, afectiva y social. (Gutiérrez, 2003 y Mendoza, 2012)

Para fines de este proyecto, se ha definido a la calidad de vida como la capacidad que tiene un individuo para realizar actividades sustanciales relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales se encuentran influenciados por la percepción subjetiva del paciente en estudio.(Gutiérrez, 2003)

III.I.I Calidad de vida y psoriasis.

Como se sabe actualmente no existe una cura definitiva para la psoriasis, por lo que el efecto de la psoriasis es a nivel físico y también a nivel psicosocial secundario a la limitación en la interacción social y los cambios de la conducta que se presentan en la vida cotidiana del paciente como ansiedad, depresión, pena, tensión familiar, inhibición sexual y problemas laborales. Todo esto conlleva un gran impacto negativo en la calidad de vida del paciente y sus allegados. (Acuña, 2020)

La psoriasis también tiene implicaciones laborales para quienes la padecen como aumento de desempleo y baja laboral o escolar, con una consecuente repercusión financiera. Incluso, los familiares se ven igualmente afectados y pueden mostrar el mismo nivel de ansiedad y depresión que ellos. Todas estas situaciones pueden ser percibidas por el paciente como limitantes para un desarrollo adecuado de las actividades de la vida diaria. La repercusión a nivel global es tal que la psoriasis en adultos causa una mayor influencia negativa en la calidad de vida que las otras enfermedades de la piel. (Acuña, 2020)

El grado de alteración de la calidad de vida se asocia a factores dependientes de la psoriasis. En este aspecto, elementos como el grado de severidad, actividad actual, localización en áreas corporales visibles, extensión importante, brotes, sexo femenino, edad joven y el tiempo de evolución se relacionan con una peor calidad de vida. (Acuña, 2020)

Sin embargo, también existen factores personales que condicionan la vulnerabilidad del paciente frente a la psoriasis, como lo son las expectativas de salud, el apoyo familiar, el tipo de estructura familiar, el soporte social, la autoestima, la definición de belleza, el grado de estudios y la destreza para manejarse con limitaciones son algunos de los factores que van a definir el grado de afectación en la calidad de vida del paciente con psoriasis, estas circunstancias son completamente dependientes del sujeto, de manera que dos personas que tengan el mismo estado de salud objetivo pueden tener una distinta calidad de vida subjetiva. (Caqueo, 2020).

Es el paciente con psoriasis quien debe emitir su percepción en la calidad de vida, y debido a que incluye la valoración de elementos subjetivos, se necesitan de instrumentos de evaluación consistentes para obtener esa información y así poder objetivarla, cuantificarla, estudiarla y compararla. (Caqueo, 2020).

Para poder calibrar el grado de repercusión que supone, necesitamos índices de valoración que reflejen y cuantifiquen la percepción del paciente y que ayuden en la apreciación de variables relacionadas con aspectos psicológicos, emocionales y sociales. (Caqueo, 2020).

Estas herramientas deben ser válidas y fiables, es decir, que midan realmente lo que deben medir y ser reproducibles. No obstante, hay que tener siempre presente que no existe la escala perfecta que englobe todas las dimensiones a medir con respecto a la calidad de vida. (Caqueo, 2020).

III.I.I. Índices de calidad de vida.

Se debe conocer todos los índices dermatológicos específicos o no de la psoriasis con los que actualmente contamos para valorar la calidad de vida, algunos al ser recientes no se cuentan con estudios en los cuales comparar. (Robles, 2016)

Dermatology of life quality index (DLQI) o índice de calidad de vida en dermatología. Útil para medir el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida, es el más utilizado en personas de 16 años en adelante y valora la calidad de vida en la última semana. Fue desarrollado por Finlay et al. El DLQI evalúa seis rubros: síntomas y sentimientos sobre la enfermedad, actividades diarias, ocio, trabajo y estudio, relaciones personales y tratamiento, con cuatro posibles respuestas: muchísimo, mucho, un poco, nada. El instrumento consta de diez preguntas, cuyas puntuaciones son interpretadas como: 0-1, calidad de vida no afectada; 2-5, poco afectada; 6-10, moderadamente afectada; 11-20, muy afectada; y 21-30, extremadamente afectada. Como limitaciones, ya que se limita a la última semana y la psoriasis una enfermedad crónica, también puede estar sesgado dependiendo del trasfondo cultural ya que la nacionalidad influye en la puntuación. (Robles, 2016).

Cumulative life course impairment (CLCI) o discapacidad acumulada en el transcurso vital. Evalúa el impacto acumulativo de la psoriasis a lo largo de la vida del paciente, por lo que da una visión longitudinal. Refleja las consecuencias de la interacción entre los factores de riesgo para la pérdida de calidad de vida (comorbilidades, consecuencias psicosociales) y de los factores que sirven de ayuda (apoyo del entorno, rasgos de personalidad). (Robles, 2016)

PSO-LIFE.(psoriasis quality of life questionnaire o cuestionario de calidad de vida de psoriasis). Específica para la psoriasis en la región de cara. El cuestionario consta de 20 ítems, cada uno con 5 opciones de respuesta tipo likert (entre “siempre” y “nunca”), abarcando un marco temporal de 7 días. (Robles, 2016)

Psoriasis disability index (PDI).(α de Cronbach = 0,87-0,96). Desarrollado por Finlay y Coles. Su idioma original es el inglés, existiendo una versión española realizada por De Molino, se refiere a las discapacidades funcionales del estilo de vida causada por la psoriasis. El período referencial son las últimas cuatro semanas, ha sido utilizado en Latinoamérica principalmente en Colombia, Cuba y Puerto Rico para evaluar la calidad de vida en pacientes con psoriasis leve a moderada, cuenta con la ventaja de poder evaluar las actividades diarias, el ámbito laboral, las relaciones personales y el tratamiento, al ser la calidad de vida “subjetiva” y ser un cuestionario respondido por el paciente, tiene la desventaja de que lesiones pequeñas en áreas visibles pueden ser percibidas con una gran afectación por el paciente. Está diseñado para su uso en pacientes mayores de 16 años, se entrega al paciente y se completa sin la necesidad de una explicación detallada, generalmente se termina de responder en 4 o 5 minutos, el cuestionario consta de 15 ítems con 4 opciones de respuesta cada uno (para nada, un poco, mucho, muchísimo), cuyo valor va desde 0 (interferencia nula de la psoriasis) y 3 (interferencia máxima de la psoriasis) y valora cinco dimensiones que pueden ser afectadas por la psoriasis; si dos o más respuestas quedan sin respuesta, el cuestionario no es válido, aceptando solamente una respuesta en blanco cuyo porcentaje será tomado como cero. (Dauden,2012)

El índice de discapacidad de la Psoriasis se calcula sumando la puntuación de cada uno de los 15 ítems, lo que da como resultado un máximo de 45 y un mínimo de 0, cuanto más alta sea la puntuación, más se deteriorará la calidad de vida. (Dauden,2012)

III.II Psoriasis.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica de naturaleza inmunológica con predisposición genética que tiene desencadenantes multifactoriales. Se caracteriza por la afectación de la piel, regiones intertriginosas, las uñas, semi mucosas, mucosas, que también puede afectar las articulaciones. Se acompaña generalmente de otras morbilidades que afectan la calidad y sobrevida de los pacientes. (Han, 2011 y Lofland, 2015)

III. II.I Epidemiología y herencia.

Su prevalencia a nivel mundial se estima en un 2% de la población. La mayoría de los estudios revelan 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%, otro estudio revela una prevalencia del 3,15% en los Estados Unidos, de los cuales el 17% tiene una forma clínica moderada a severa. (Han, 2011 y Lofland, 2015)

En México de acuerdo con la Fundación Mexicana para la Dermatología (FMD) son cerca de 2.5 millones de personas las que viven con la enfermedad, de las cuales entre 25 y 30% cursan con un cuadro clínico de moderado a severo, mientras el 65 a 70% cursan con una forma leve. (Han, 2011 y Lofland, 2015).

En México es una de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes, representa 2% de la consulta dermatológica, se presenta por igual en hombres y en mujeres, siendo más frecuente en raza caucásica y afecta a todas las edades. La psoriasis afecta tanto a la población adulta como a la infantil; con dos picos de frecuencia: a los 22 y a los 55 años, sin diferencias entre sexo. En la actualidad se reconocen dos tipos de psoriasis: el primero que comienza antes de los 40 años, ocurre en el 75% de los casos, es más grave y tiene una importante predisposición genética; y el segundo, menos grave, que comienza después de los 40 años. (Beata, 2015)

III.II.II Etiología.

Aunque la etiología es desconocida, existe una agregación familiar que apoya la implicación de factores genéticos (PS01 y PS02). Además, factores ambientales conocidos como los traumatismos, diálisis, la hipocalcemia, algunas infecciones como la faringitis estreptocócica o el VIH, fármacos como el litio, beta bloqueadores, antipalúdicos, interferón, interleucina 2, antidiabéticos orales, la retirada de corticoides sistémicos, algunos antiinflamatorios (indometacina) y, por último, las situaciones de estrés, y el alcohol empeoran la psoriasis. (Gabás, 2019).

La psoriasis se produce como resultado de la interacción de 3 fenómenos que ocurren simultáneamente: (Gabás, 2019).

1. Aumento de la velocidad de crecimiento epidérmico.
2. Proliferación post capilar venular en las papilas dérmicas.
3. Una reacción inmune mediada por linfocitos T.

III.II.III Manifestaciones clínicas.

Se caracterizan por la aparición de placas eritematoescamosas, delimitadas y con una distribución casi siempre simétrica que puede afectar la piel, zonas intertriginosas, piel cabelluda y las uñas. Que puede acompañarse de prurito, ardor y sangrado leve, secundario al rascado. (Lizán, 2020)

III.II.IV Clasificación de la psoriasis de acuerdo a los patrones clínicos de presentación.

1.Vulgar o en placas: se caracteriza por placas escamosas, eritematosas, muy bien delimitadas, que se distribuyen de forma simétrica por la superficie corporal, pueden ser pruriginosas. La piel cabelluda, codos, rodillas y la región sacra son las zonas más afectadas. El área genital puede estar afectada hasta en el 30% de los casos.

2. Invertida: Afecta zonas de pliegues de flexión como las axilas, región inguinal, pliegue interglúteo o región submamaria, se caracteriza por placas eritematosas, bien delimitadas, brillantes y con escasa descamación.

3. Pustulosa generalizada: Hay placas eritematosas sobre las que aparecen pústulas, es una forma poco común pero grave y suele causar afectación sistémica con hipoalbuminemia, ictericia o insuficiencia renal.

4. Pustulosa palmoplantar: Aparición de placas eritematoescamosas simétricas con pústulas estériles en palmas y plantas, evolucionan de una coloración amarillenta hacia un color marrón desapareciendo entre 8 a 10 días; es común la presencia de pústulas en diferentes estadios de evolución. El curso es crónico y se relaciona con lesiones óseas. Hasta un 24% presenta antecedentes personales o familiares de psoriasis. En este tipo en particular el tabaco suele tener una gran influencia, pudiéndose incluso presentar una resolución completa al eliminar el tabaquismo.

5. Eritrodérmica: Es un eritema generalizado que afecta >90% de la superficie corporal, que inicia de manera gradual o aguda, constituye una forma de psoriasis grave que se acompaña de alteraciones en la temperatura corporal y desequilibrio hidroelectrolítico.

6. Guttata (en gota) o eruptiva: Variante muy frecuente en niños y adolescentes, representa menos del 2% de las formas clínicas de la psoriasis. Se caracteriza por la aparición de placas de pequeño tamaño generalmente <1cm que afectan sobre todo el tronco y el tercio proximal de las extremidades es común que el brote aparezca de 2 a 3 semanas después de una infección por streptococo β hemolítico o infección viral, por lo regular suele auto limitarse resolviéndose en 3 a 4 meses y solo un tercio de los pacientes presentara psoriasis en placas.

7. Artritis psoriásica: La desarrollan hasta un 25% de los pacientes con psoriasis, puede presentarse como una oligoartritis asimétrica, una poliartritis más o menos simétrica o como una espondiloartropatia. Solo el 10% de los casos la

afectación articular precede a las manifestaciones cutáneas, es la forma más grave por la discapacidad que puede producir a los pacientes. (Lizán, 2020)

III.II. IV. Localizaciones de las lesiones.

Piel. Pueden aparecer lesiones en cualquier parte de la superficie cutánea, siendo más frecuente la afectación de la piel cabelluda, codos, palmas, tronco, rodillas, plantas y pliegues.

Uñas. Es más frecuente la afectación en las uñas de las manos que en las de los pies, la expresión clínica de la psoriasis de la uña depende de los sitios de la unidad unguilar comprometidos; el compromiso de la matriz ungueal se expresa por la aparición de hoyuelos, onicorrexia, leuconiquia, eritema en la lúnula y engrosamiento de la lámina.

El lecho ungueal: Se caracteriza por parches de color salmón o también conocidos como “mancha de aceite”, hiperqueratosis subungueal, onicomiosis y pequeñas hemorragias en astilla.

Los pliegues laterales y proximales: Existe una psoriasis cutánea periungueal. Aproximadamente entre el 50 y el 80% de los pacientes con artritis psoriásica tienen lesiones ungueales; por lo tanto, podemos considerar la onicopatía en un paciente con psoriasis como un posible indicador de artropatía psoriásica.

Piel cabelluda. Esta zona puede ser la primera manifestación y/o única localización de psoriasis. Se afecta hasta en un 80% de los pacientes, el eritema y escamas están presentes, pero suelen ser más gruesas, pueden ser lesiones localizadas o comprometer de manera difusa toda la piel cabelluda. Suele ser más fija y persistir aun cuando mejoren las lesiones en el resto del cuerpo, el síntoma principal es el prurito, el fenómeno de Koebner y el rascado pueden ser el desencadenante más frecuente y principal en la persistencia y brotes de las lesiones.

Mucosas. En general la lengua es la más afectada en las formas clínicas severas y extendidas, como glositis geográfica; es importante saber que no es patognomónica. (Lizán, 2020)

III.II. V Lesiones histopatológicas.

Acantosis con ensanchamiento basal de crestas interpapilares epidérmicas.

Adelgazamiento suprapapilar de la epidermis.

La capa granulosa esta disminuida o ausente.

Paraqueratosis confluyente.

Elongación y edema de la papila dérmica.

Vasos capilares dilatados y tortuosos.

Infiltrados de polimorfonucleares. (Vanaclocha, 2021)

III.III. Clasificación según el índice área afectada por la psoriasis (PASI), para evaluar la afección cutánea.

Leve:

Psoriasis estable, en placas, que compromete menos del 10% de la superficie corporal.

No altera de manera significativa la calidad de vida del paciente.

El tratamiento no representa un riesgo importante.

Responde bien al tratamiento tópico.

Un ejemplo es la psoriasis guttata.

Moderada:

Psoriasis que compromete del 10 al 25% de la superficie corporal, excepto si afecta la cara, manos, pies, genitales o pliegues, y siempre que no exista una afectación articular.

Altera la calidad de vida del paciente.

La terapéutica empleada suele ser cara, consumen tiempo y no es totalmente efectiva.

Grave:

Psoriasis que compromete más del 25% de la superficie corporal o si afecta cara manos, pies, genitales o pliegues.

Si existe afectación articular con limitación de la movilidad.

Presenta afectación emocional que impide el desarrollo de las actividades normales.

Incluye la psoriasis pustulosa generalizada, eritrodermia psoriásica o la psoriasis de extensión rápida.

Los pacientes aceptan y están conscientes de los efectos adversos de la terapéutica empleada para mejorar la enfermedad. (Vanaclocha, 2021)

III.III. I Índice de severidad del área de la psoriasis (PASI).

Es la más utilizada para medir la severidad de la psoriasis, (α de Cronbach = 0,89) no está relacionada con la calidad de vida pero tiene buena correlación con la severidad de la enfermedad. Combina la valoración de la severidad de lesiones y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 (ninguna enfermedad) a 72 (enfermedad máxima). El cuerpo se divide en cuatro secciones (miembros inferiores, 40%; tronco, 30%; miembros superiores, 20%; y cabeza, 10%). Para cada sección, se estima el porcentaje de área (A) de la piel implicada y después se transforma en una graduación de 0 a 6:

El 0% de área implicada, grado: 0

El 10% de área implicada, grado: 1

El 10-29% del área implicada, grado: 2

El 30-49% del área implicada, grado: 3

El 50-69% del área implicada, grado: 4

El 70-89% del área implicada, grado: 5

El 90-100% del área implicada, grado: 6

La severidad es estimada por cuatro parámetros: Picor (P), Eritema (E), Descamación (D) e Induración (I). Los parámetros de la severidad se miden en una escala de 0 a 4, de ninguno al máximo. La suma de los cuatro parámetros de la severidad está calculada para cada sección de la piel, multiplicada por la estimación del área para esa sección y multiplicado en peso de la sección respectiva (0.1 para la cabeza, 0.2 para los brazos, 0.3 para el cuerpo y 0.4 para las piernas).

Ejemplo: (P cabeza +E cabeza +D cabeza +I cabeza) x A cabeza x 0.1 = total cabeza. El PASI total se calcula como suma de PASIs para las cuatro secciones de la piel. (Arenas,2015)

III. IV Tratamiento.

El objetivo del tratamiento empleado es la desaparición de las lesiones e inducir una remisión prolongada, sin causar toxicidad. El molde terapéutico actual se basa en la elección del tratamiento más eficaz y con el mayor perfil de seguridad para cada paciente, con el fin de brindarle lo más rápidamente posible, una mejor calidad de vida. (Arenas,2015)

Actualmente, no se dispone de ninguno con fines curativos por lo que el objetivo del mismo es mejorar los síntomas y disminuir la gravedad como las áreas afectadas.

III.IV.I Tratamiento tópico.

Están indicados en las formas leves que comprometan menos del 10% de la superficie corporal. Una limitación de este tratamiento es el bajo cumplimiento, pues la aplicación en zonas extensas representa una dificultad para la adherencia al tratamiento, por la dedicación de tiempo que se invierte. En cuanto a las distintas fórmulas disponibles, según el área anatómica afectada se recomienda utilizar: soluciones para zonas pilosas, cremas y emulsiones para áreas extensas y

pomadas o ungüentos para zonas más secas como los codos, rodillas, palmas y plantas. (Arenas,2015 y Abeldaño,2021)

Emolientes: Solos no suelen ser suficientes, deben ser usados como coadyuvantes ya que evitan la resequedad y por lo tanto disminuyen la descamación de la piel, son seguros, de bajo costo y útiles para prevenir irritaciones, no se deben aplicar en pliegues porque causan maceración de la piel. (Arenas,2015 y Abeldaño,2021)

Corticoides tópicos: Reducen la inflamación, pero difícilmente curan las lesiones de forma completa y prolongada, se suelen utilizar los de baja potencia para áreas de piel delgada como cara, pliegues y zonas intertriginosas y los de potencia más alta para el cuero cabelludo, manos y pies. La interrupción del tratamiento puede provocar efecto rebote. (Arenas,2015 y Abeldaño,2021)

Análogos de la vitamina D. Son el calcitriol, un metabolito activo de la vitamina D, y sus análogos sintéticos como el calcipotriol y tacalcitol. El calcipotriol es el más eficaz, la respuesta clínica de los análogos de la vitamina D es más lenta que la de los corticoides de alta potencia, son seguros y útiles en tratamientos a largo plazo, pueden combinarse con corticoides siendo más efectivos juntos, es importante evitar la exposición solar tras su aplicación. (Arenas,2015 y Abeldaño,2021)

Retinoides tópicos. El tazaroteno, es aplicado una vez al día y produce mejoría de los síntomas, aunque es menos eficaz que los análogos de la vitamina D o los corticoides, produce irritación de la piel, la zona de aplicación no debe ser superior al 10% de la superficie corporal, ya que es fotosensibilizante y teratógeno. (Arenas,2015 y Abeldaño,2021)

Queratolíticos (ácido salicílico): Actúa suavizando y eliminando las placas escamosas, favoreciendo la renovación del tejido y potenciando la eficacia de los medicamentos asociados al facilitar su absorción, es muy útil en la psoriasis palmo-plantar y de piel cabelluda, sin embargo, también es muy irritante, aplicándose con

demasiada frecuencia o en más del 20% de la superficie corporal, puede producir “salicilismo”.(Barrio, 2019)

Preparados a base de brea de hulla: Están disponibles en distintos componentes y existen pocos estudios que demuestren su eficacia, podría considerarse para su uso intermitente en psoriasis de pliegues cutáneos, sin embargo, produce rechazo por su olor desagradable y porque manchan la ropa, también produce fotosensibilidad. (Barrio, 2019)

Tacrólimus, Pimecrólimus. Los inmunomoduladores tópicos como tacrólimus 0,1% o pimecrólimus 1% no tienen una indicación aprobada en psoriasis. (Arenas,2015 y Abeldaño,2021)

III.IV.II Fototerapia y fotoquimioterapia.

Su uso está basado en la experiencia de que los pacientes con psoriasis tienen una mejoría durante los meses de verano, debido al efecto beneficioso de las radiaciones ultravioleta. Se debe emplear en centros especializados por un dermatólogo (Arenas,2015 y Abeldaño,2021)

III.IV. III Tratamiento sistémico

Está indicado en psoriasis extensas que no responden a otros tratamientos.

Inmunosupresores. El tratamiento sistémico oral más utilizado es el metotrexato, en administración semanal exclusivamente, sobre todo en tratamientos de larga duración y se prefiere en la artritis psoriásica, se recomienda la realización de ciertas determinaciones analíticas como hematocrito y pruebas de función hepática y renal, debe evitarse el embarazo hasta 3 meses después de terminar el tratamiento. (Barrio, 2019)

Retinoides. La Acitretina es un retinoide análogo de la vitamina A, puede considerarse como alternativa en pacientes con psoriasis pustulosa e

inmunodeprimidos que no puedan utilizar fármacos inmunosupresores. (Barrio, 2019)

Tratamiento biológico: etanercept, adalimumab, infliximab y ustekinumab. Los agentes inmunomoduladores biológicos están teniendo cada vez más importancia como alternativa para el tratamiento de la psoriasis con afectación moderada a grave. Se reservan para psoriasis en placas grave que no responde, o en pacientes con contraindicación a PUVA y tratamientos sistémicos incluidos ciclosporina y metotrexato. Son muy caros y requieren monitorización de efectos adversos, porque no se conoce su seguridad a largo plazo. (Barrio, 2019)

IV. Hipótesis

Se trabajó con dos grupos:

- 1) Pacientes con lesión moderada a severa en piel, y
- 2) Pacientes con lesión leve en piel.

Ho. La asociación de pacientes con psoriasis con lesión moderada y severa en piel, y la calidad de vida está afectada en menos o igual a 70 por ciento, y la prevalencia de pacientes con afectación leve en piel, la calidad de vida está afectada en mayor o igual 35%.

Ha. La asociación de pacientes con psoriasis con lesión moderada y severa en piel, y afección de calidad de vida es mayor o igual al 70 por ciento y la prevalencia de pacientes con lesión leve en piel, y afección en la calidad de vida es menor o igual a 35 por ciento.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

- Determinar la asociación entre la severidad del área cutánea afectada por psoriasis y su afección a la calidad de vida.

V.2 Objetivos específicos

-Determinar la asociación de lesión moderada a severa en piel y la afección en la calidad de vida en pacientes con psoriasis.

-Determinar la asociación de lesión leve en piel y la afección en la calidad de vida en pacientes con psoriasis.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio trasversal, observacional y comparativo en pacientes con diagnóstico de psoriasis, que acudieron a control médico en la consulta externa de medicina familiar, de la UMF 9 delegación Querétaro en el período de Octubre 2021 a Febrero 2022.

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes con diagnóstico de psoriasis de edad igual o mayor de 18 años, que no presentarán otras enfermedades de la piel diferentes a la psoriasis, ni comorbilidades o que se encontrarán en tratamiento y valoración por psiquiatría que acudieron a control médico a la consulta externa de medicina familiar, de la UMF 9 delegación Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de dos proporciones:

Nivel de confianza: 95%. (1.64).

Poder de prueba: 80%. (0.842).

n= Muestra por grupo. (22).

Z α = Nivel de confianza de 95% (1.64)

Z β = Poder de la prueba. (0.842).

P $_1$ = Prevalencia establecida en hipótesis para el porcentaje de pacientes con psoriasis lesiones moderadas a severas en piel. (0.30).

q $_1$ = No recurrencia del evento en el grupo 1 identificado como estudio. (0.70). 1-p

p $_0$ = Prevalencia establecida en hipótesis para el porcentaje de pacientes con psoriasis lesiones leves en piel. (0.65).

q_0 : No recurrencia del evento en el grupo 2 identificado como control. (0.35).de acuerdo a hipótesis

$$N: \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (p_1q_1 + p_0q_0)}{(p_1 - p_0)^2} \quad N: \frac{(1.64 + 0.842)^2 (0.30)(0.70) + (.65)(.35)}{(0.30 - 0.65)^2}$$

$$N: \frac{(6.16) ((0.21 + 0.22))}{(0.12)} \quad N: \frac{(6.16) (0.43)}{0.12} \quad N: \frac{2.64}{0.12} \quad \mathbf{N: 22}$$

Se decidió formar dos grupos de 30 pacientes cada uno, a partir del grado de lesión cutánea con afección en la calidad de vida en pacientes con psoriasis (un grupo con lesión severa a moderada en piel y otro grupo con lesión leve en piel).

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, identificando aquellos pacientes con diagnóstico de psoriasis leve, moderada y severa pertenecientes a la UMF 9, mediante el registro de ARIMAC, a los cuales se procedió a localizar vía telefónica para explicarles el motivo del estudio, aquellos que decidieron participar fueron citados en la UMF para ser informados de los beneficios de participación en el estudio, como derivación al servicio de medicina familiar para valorar su envío a psicología o dermatología en caso de afección en su calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario Psoriasis Disability Index (PDI) y posterior mediante una exploración física fue valorada el área cutánea afectada por la psoriasis (PASI), se solicitó previo a la aplicación de los instrumentos la firma del consentimiento informado y en caso de querer retirarse poder hacerlo sin comprometer su atención en la unidad de medicina familiar, asegurando siempre el resguardo de los datos personales del paciente.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de psoriasis de ambos sexos, con edad igual o mayor de 18 años de edad derechohabientes de las unidades de medicina familiar, delegación Querétaro, sin importar el tiempo de evolución y la severidad de la enfermedad, que aceptaron participar en el estudio y firmar el consentimiento informado. Se excluyeron Pacientes con comorbilidades agregadas (como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, etc.) u otras enfermedades dermatológicas (vitiligo, dermatitis atópica, acné, etc.) y aquellos con diagnóstico de psoriasis en los cuales previamente se detectó alguna afectación psicológica o emocional importante que se encuentren en tratamiento psicológico o psiquiátrico. Se eliminaron las encuestas incompletas.

VI.3.2 Variables estudiadas

Variables sociodemograficas: edad, género, ocupación, grado de escolaridad, variables clínicas como tipo de psoriasis, tiempo de evolución de la psoriasis, calidad de vida e índice de severidad del área de la psoriasis.

VI.4 Técnicas e instrumentos

La calidad de vida se midió con el instrumento índice de discapacidad de la psoriasis (PDI) el cual contiene 15 preguntas, se encuentra diseñado para su uso en pacientes mayores de 16 años, el cuestionario consta de 15 ítems con 4 opciones de respuesta cada uno(para nada, un poco, mucho, muchísimo), cuyo valor va desde 0 (interferencia nula de la psoriasis) y 3 (interferencia máxima de la psoriasis) y valora cinco dimensiones: actividades diarias, trabajo/estudios, relaciones personales, ocio y tratamiento, con un tiempo de 4 semanas previas a la fecha de aplicación.

Se aplicó una encuesta en un consultorio privado que contaba con adecuada iluminación y ambiente tranquilo, así como un escritorio, proporcionándose lápiz y borrador al paciente, donde se le cuestionó sobre las actividades que suele realizar diariamente en casa, trabajo o escuela, así sobre cómo son sus relaciones con otras personas, tiempo libre y tratamiento de la psoriasis, con la finalidad de saber que tanto le ha interferido la psoriasis en las últimas 4 semanas previas a la aplicación del instrumento.

Para calcular la región cutánea afectada se utilizó el índice de severidad afectado por la psoriasis (PASI), esta escala combina la valoración de la severidad de lesiones y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 (ninguna enfermedad) a 72 (enfermedad máxima). El cuerpo se divide en cuatro secciones (miembros inferiores, 40%; tronco, 30%; miembros superiores, 20%; y cabeza, 10%).

Para cada sección, se estima el porcentaje de área de la piel implicada, - el 0% de área implicada, grado: 0

- < el 10% de área implicada, grado: 1
- 10-29% del área implicada, grado: 2
- 30-49% del área implicada, grado: 3
- 50-69% del área implicada, grado: 4
- 70-89% del área implicada, grado: 5
- 90-100% del área implicada, grado: 6

La severidad es estimada por cuatro parámetros: Picor (P), Eritema (E), Descamación (D) e Induración (I). Los parámetros de la severidad se miden en una escala de 0 a 4, de ninguno al máximo. La suma de los cuatro parámetros de la severidad está calculada para cada sección de la piel, multiplicada por la estimación del área para esa sección y multiplicado en peso de la sección respectiva (0.1 para la cabeza, 0.2 para los brazos, 0.3 para el cuerpo y 0.4 para las piernas).

VI.5 Procedimientos

Una vez obtenida la autorización por el comité local de ética e investigación, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la unidad de medicina familiar No. 9 perteneciente al IMSS, delegación Querétaro para realizar la investigación, donde se tomó en cuenta realizar la encuesta en una sala adecuada con ambiente tranquilo, buena iluminación y que contará con privacidad, que se localizara en la unidad, así como las medidas de seguridad correspondientes como uso de cubre bocas, distancia de 1.5 a 2 metros entre el paciente y aplicación de gel antibacterial antes y después de su entrada a la sala.

Previamente se recabó mediante el sistema ARIMAC la selección de 10 pacientes con diagnóstico de psoriasis sin comorbilidades ni otras enfermedades dermatológicas o que se encuentren en tratamiento por psicología o psiquiatría (detectados mediante el interrogatorio sobre otras comorbilidades, enfermedades dermatológicas o con previo tratamiento por afecciones emocionales explícitas en los criterios de exclusión) para la formación del grupo piloto, y se procedió a invitarlos a participar vía telefónica, explicándoles que durante el procedimiento, podrían sentir cierta incomodidad con algunas preguntas, que deberían contestar los cuestionarios de manera personal, en caso de que algún participante no supiera leer, el cuestionario fue contestado por un familiar de su confianza, previa firma de consentimiento informado, también se explicó los beneficios y aquellas áreas a donde serían canalizados en caso de encontrar alteraciones significativas en la calidad de vida, manteniendo todo resultado en privado, esto con el fin de evaluar la idoneidad de los instrumentos de recolección de datos.

Posterior, previa autorización de las autoridades pertinentes se ingresó nuevamente al sistema ARIMAC para recolectar información de los pacientes que cuentan con diagnóstico de psoriasis atendidos en la consulta externa de medicina familiar, revisando sus expedientes e invitándolos a participar vía telefónica,

otorgándoles una cita previo consentimiento informado, se acudió en fin de semana, cuando la afluencia de derechohabientes es menor continuando así con las medidas para la contingencia actual que atravesamos por SARS COV2, previa toma de temperatura y aplicación de gel antibacterial, se ingresó al nosocomio para poder utilizar un consultorio vacío de 8 am a 12 am y de 2 pm a 6 pm (fechas diferentes en la que se aplicó la prueba piloto), esto debido a que algunas zonas cutáneas afectadas por la psoriasis pueden no ser visibles para el investigador, posterior se les abordó explicándoles en qué consistía la investigación, así como los beneficios que se obtendrían de su participación, manteniendo siempre la confidencialidad de sus datos, los cuales no se compartirían con ningún familiar, aclarando que toda la información recolectada fue guardada en una base de datos a la que solo el investigador tiene acceso, que cuenta con una contraseña alfanumérica para protección de los mismos datos de manera que ninguna otra persona además del investigador tiene acceso a ella,.

La calidad de vida se midió con el instrumento de medición específico para la psoriasis, índice de discapacidad de la psoriasis (PDI) el cual contiene 15 preguntas, y se encuentra diseñado para su uso en pacientes mayores de 16 años, el cuestionario consta de 15 ítems con 4 opciones de respuesta cada uno (para nada, un poco, mucho, muchísimo), cuyo valor va desde 0 (interferencia nula de la psoriasis) y 3 (interferencia máxima de la psoriasis) y valora cinco dimensiones: actividades diarias, trabajo/estudios, relaciones personales, ocio y tratamiento, con un tiempo de 4 semanas previas a la fecha de aplicación.

Se aplicó una encuesta en un consultorio privado que contaba con adecuada iluminación y ambiente tranquilo, así como un escritorio, proporcionando lápiz y borrador al paciente, donde se le cuestionó sobre las actividades que suele realizar diariamente en casa, trabajo o escuela, así sobre cómo son sus relaciones con otras personas, tiempo libre y tratamiento de la psoriasis, con la finalidad de saber que tanto le ha interferido la psoriasis en las últimas 4 semanas.

Para calcular la región cutánea afectada se utilizó el índice de severidad afectado por la psoriasis (PASI), esta escala combina la valoración de la severidad de lesiones y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 (ninguna enfermedad) a 72 (enfermedad máxima). El cuerpo se divide en cuatro secciones (miembros inferiores, 40%; tronco, 30%; miembros superiores, 20%; y cabeza, 10%).

Para cada sección, se estima el porcentaje de área de la piel implicada, - el 0% de área implicada, grado: 0

- < el 10% de área implicada, grado: 1
- 10-29% del área implicada, grado: 2
- 30-49% del área implicada, grado: 3
- 50-69% del área implicada, grado: 4
- 70-89% del área implicada, grado: 5
- 90-100% del área implicada, grado: 6

La severidad es estimada por cuatro parámetros: Picor (P), Eritema (E), Descamación (D) e Induración (I). Los parámetros de la severidad se miden en una escala de 0 a 4, de ninguno al máximo. La suma de los cuatro parámetros de la severidad está calculada para cada sección de la piel, multiplicada por la estimación del área para esa sección y multiplicado en peso de la sección respectiva (0.1 para la cabeza, 0.2 para los brazos, 0.3 para el cuerpo y 0.4 para las piernas).

Por lo que fue indispensable una exploración física detallada para la cual fue necesario que el paciente se retirara la blusa, camisa, falda, short, zapatos o tenis, calcetines y pantalón, la cual se realizó en un consultorio privado, con adecuada iluminación siendo en todo momento acompañado(a) por el médico investigador y personal de enfermería del mismo sexo que el paciente, teniendo a su disposición una bata para resguardar su pudor, se le pidió que señalara las áreas donde se había visto lesiones de psoriasis, siendo necesario tener un contacto físico o acercamiento con el participante para pedirle que se de vuelta, levante los brazos y observar de cerca las lesiones en la piel, siempre fue avisado de manera clara y

verbal por parte del médico investigador antes de realizar cualquier tocamiento o acercamiento y previo consentimiento verbal del paciente, si en algún momento este se llegó a sentir incómodo con la valoración física que se estaba realizando estaba en su derecho de decirlo o negarse, concluyendo en ese momento la valoración sin que esto afectará su atención médica en la clínica. Cabe destacar que la información que fue recolectada en la encuesta como en la exploración física son confidenciales por lo que por ningún motivo se compartirán con algún familiar, ni serán divulgados por el médico investigador, dicha información recolectada se resguardó en una base de datos electrónica en una computadora de uso personal, la cual cuenta con contraseña encriptada de manera que solo el investigador principal tenga acceso a ella.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva a través de cálculo de medias y de asociación, porcentajes, desviación estándar, intervalos de confianza, como pruebas estadísticas que serán razón de momios y prueba de χ^2 .

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación de ética vigente al someterse a un comité de ética e investigación local en salud. Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Norma Oficial Mexicana de investigación y declaración de Helsinki 2013 se respetó el postulado 4 "En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su

consentimiento.” Así como el postulado 7 “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”, el postulado 8 “Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación”, el postulado 9 que refiere “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”, el postulado 19 “Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica”, el postulado 24 que refiere “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.” Y los postulados de consentimiento informado 25,26, 27 y 28.

También se apegó a la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Por las características del estudio se requirió de consentimiento informado de los pacientes, ya que a pesar de que no implica riesgos, el paciente debe autorizar su participación la cual consistió en la aplicación de la encuesta PSI (psoriasis disability index) validada en español, con una duración de 10-15 minutos aproximadamente, por lo que cada uno de ellos recibió información clara y detallada sobre el padecimiento a estudiar, objetivo del estudio y beneficios que se obtendrían, donde a cada participante se le brindó autonomía, protegiendo los datos

recabados y en caso de detectarse alteración social o psicológica se canalizaron al área de medicina familiar correspondiente y trabajo social, lugares que se encuentran capacitados para atender a los pacientes, y en caso de ser necesario se entregó 430 200 para su derivación al servicio de Dermatología para dar seguimiento a su padecimiento.

VII. Resultados

Tabla 1. Prevalencia de la afección en la calidad de vida de acuerdo al tipo de Psoriasis.

n= 60

Calidad de vida	Tipo de Psoriasis						Total
	Vulgar	Invertida	Pustulosa Palmoplantar	Eritrodermica	Gutta	Artritis Psoriasica	
En absoluto	11.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	11.7%
Un poco	36.7 %	1.7%	0.0%	0.0%	0	0.0%	38.3%
Mucho	23.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0	1.7%	25%
Muchísimo	20.0 %	0.0%	1.7%	1.7%	1.7	0.0%	25%
Total	91.7%	1.7%	1.7%	1.7%	1.7%	1.7%	100%

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de afección a la calidad de vida en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de medicina familiar en Querétaro”.

Tabla 2. Prevalencia de la afección en la calidad de vida de acuerdo al área cutánea afectada por medio del PASI.

n= 60

Calidad de vida	PASI				X2	p
	Leve	Moderado	Severo	Total		
En absoluto	11.7%	0.0%	0.0%	11.7%	31.359	.000
Un poco	30.0%	0.0%	8.3%	38.3%		
Mucho	10.0%	0.0%	15.0%	25.0%		
Muchísimo	0.0 %	1.7%	23.3%	25.0%		
Total	51.7%	1.7%	46.7%	100%		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de afección a la calidad de vida en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de medicina familiar en Querétaro”.

Tabla 3. En esta tabla se muestra la prevalencia de edad de los pacientes con psoriasis leve y moderada – severa.

n= 60

	Mínimo	Máximo	Media
Edad	18	90	54.6

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de afección a la calidad de vida en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de medicina familiar en Querétaro”.

Tabla 4. Prevalencia de género, nivel educativo y tiempo de diagnóstico en relación al tipo de psoriasis leve y moderada- severa.

n= 60

VARIABLES	Psoriasis leve	Psoriasis moderada a severa	Chi2	p
Género:				
Masculino	28.3%	23.3%	1.225	.542
Femenino	23.3%	25.0%		
Nivel educativo				
Analfabeta	1.7%	0.0%	7.373	.832
Primaria	8.3%	6.7%		
Secundaria	8.3%	15.0%		
Preparatoria	20.0%	18.3%		
Licenciatura	10.0%	5.0%		
Maestría	3.3%	1.7%		
Doctorado	0.0%	1.7%		
Ocupación				
Hogar	10%	16.7%	7.796	.801
Obrero	8.3%	10.0%		
Empleado	8.3%	10.0%		
Profesionista	3.3%	1.7%		
Comerciante	8.3%	1.7%		
Estudiante	1.7%	0.0%		
Jubilado	11.7%	8.3%		
Tiempo de diagnóstico (años)				
Menos de 1	1.7%	5%	18.881	.016
1	10.0%	3.3%		
2	10.0%	8.3%		
3	8.3%	16.7%		
4 o más	21.7%	15.0%		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de afección a la calidad de vida en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de medicina familiar en Querétaro”.

VIII. Discusión

La psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes, lo cual se relaciona con la extensión de la afección cutánea y la intensidad de las manifestaciones clínicas, los cuales se han relacionado a sentimientos de incomodidad social por lo que es importante activar los métodos de evaluación para conocer dichas afecciones en estos pacientes a fin de optimizar el tratamiento y derivar de ser necesario al servicio de psicología a aquellos que presenten limitación sociales o actividades diarias por dichas lesiones cutáneas características de la enfermedad.

En este estudio fueron incluidos 60 pacientes, 51.6% hombres y 48.3 % mujeres, con una edad media de 54.6 años (mínima 18 y máxima 90), para la psoriasis severa a moderada en el nivel educativo se encontró el nivel bachillerato (preparatoria) en un 18.3%, seguido del nivel secundaria en un 15,0%, estos niveles educativos se consideran en los oficios donde existe mayor exposición solar, altos niveles de estrés y se encuentran relacionados al uso de uniformes con telas que no permiten la transpiración adecuada de la piel, con respecto a la psoriasis leve se observa el nivel bachillerato con un 20.0% y licenciatura en un 10%. Referente a la ocupación en ambos grupos predominan aquellas donde el paciente se encuentra expuesto nuevamente a los rayos UV solares como obrero ,empleado y comerciante en un 8.3% cada uno para la psoriasis leve, así como obrero y empleado en un 10% cada una para la psoriasis moderada a severa, sin embargo aquellas pacientes que se dedican al hogar representan un 10% para leve y un 16.7% para moderada a severa, esto se considera es debido a la exposición constante con humedad y químicos usados para la limpieza que empeoran lesiones en manos y cara al no usarse la protección adecuada, lo cual coincide con el estudio García Sánchez et al del 2017 con 43% mujeres y 57% hombres, con una edad media de 51.22 , referente a la ocupación, 26.4% se dedicaban a labores del hogar de las cuales el 18% mencionó recidivas o aumento del prurito y descamación al estar en contacto con los diversos productos utilizados para la limpieza y desinfección del hogar.

El tiempo de la evolución de la enfermedad se observa que en menos de un año es de 6.7%, al año de 13.3%, dos años de 18.3%, tres años de 25% y de cuatro años o más de 36.7%, lo cual nos habla de las constantes recaídas y la cronicidad propias de la psoriasis que los pacientes pueden presentar a lo largo de su vida, coincidiendo igual con el estudio de García Sánchez et al de 2017 el tiempo promedio fue de 12.25 + 10.58 años (mínimo 1, máximo 50).

Referente a la afección en la calidad de vida de acuerdo al tipo de psoriasis, el tipo de psoriasis que predominó fue la de tipo vulgar con un 91.7%, la pustulosa palmoplantar en 1.7% al igual que la eritrodermica e invertida, no se encontraron casos del tipo Guttata activos, solo se encontró un caso con antecedente del mismo que se encontraba en periodo de remisión con mínimas lesiones, así mismo se reportó un caso de artritis psoriásica en un adulto mayor representando el 1.7%, coincidiendo con el estudio de Cortés et al 2015, en que el tipo de placas o vulgar destaca en 77.9%, seguido de la artritis psoriasis y eritrodermica en un 3.4 y 1.8%, y por último en gotas que representó el 1.6%. A diferencia de este estudio en el que se encontró diversidad, lo cual se atribuye a los rangos de edad implementados para este estudio.

Referente al PASI predominó la puntuación leve en un 51.7%, seguida de la moderada – severa en un 48.4%, lo cual coincide con el estudio de Acosta Medina en 2010, en el que el PASI tuvo un resultado leve en un 89%, seguida de la moderada en un 11% y no hubo pacientes con afección grave, estas diferencias se considera se deben al instrumento implementado en el estudio de Acosta Medina el cual fue DLQI el cual mide de 4 meses a 1 año y en este estudio se utilizó el PDI el cual utiliza las últimas 4 semanas.

Referente al sexo de los pacientes, se encontró que la psoriasis se presentó más en hombres (51.7%) que en mujeres (48.3%), lo cual coincide con los resultados de Cortes, et al 2015, que en 59 pacientes con psoriasis reportan que el 55% corresponden al género masculino y, con el estudio de Lizama et al 2019, en

el cual el 50.96% son hombres, sin embargo, hay que recalcar que otros autores mencionan que la psoriasis afecta por igual a ambos sexos.

Los resultados obtenidos en este estudio revelan que en la afectación de la calidad de vida predominó el efecto un poco en un 38.3% seguido de Mucho y Muchísimo en un 25% respectivamente y en absoluto en un 11.7%, concordando con el estudio de Acosta Medina donde la calidad de vida se afectó un poco en un 33.3%, seguido de mucho en 19.4% y muchísimo en 16.7%.

En relación a la afectación de la calidad de vida según el sexo, se observó que los hombres resultaron más afectados (51.6%). Es probable que la aplicación del cuestionario haya arrojado preguntas que en su momento los pacientes presentaban placas activas muy visibles, a pesar de un control médico adecuado y siendo los hombres los que comúnmente se desempeñan en empleos bajo los rayos solares, portando uniformes que fomenta la sudoración, aumentando el prurito, la descamación y el sangrado en las lesiones de la piel por psoriasis. En relación a los apartados del PDI, destacó el de relaciones personales y trabajo o estudio, y el que menos sobresalió fue el de actividades diarias, similar a lo reportado por Mazzotti, et al.¹⁷, que en un estudio con 900 pacientes encuentran un predominio del apartado de relaciones personales (17%), siendo los apartados del cuestionario que más han afectado a este tipo de pacientes, por lo que este estudio coincide en que se debe trabajar en la autoestima del paciente y oportunamente dar un buen control en su tratamiento, con lo que evitaremos la insatisfacción corporal y en un futuro hasta la depresión y ansiedad.

IX. Conclusiones

La psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes que presentan lesiones cutáneas en áreas expuestas sobre todo en cara o si estas provocan zonas de alopecia en la piel cabelluda, anteriormente se consideraba como una enfermedad limitada a la piel con pocas implicaciones en la salud general, sobre todo en la mental, ahora se considera como una enfermedad sistémica, que debe ser tratada con fármacos que controlen las lesiones cutáneas y prevengan el desarrollo de enfermedades asociadas. La depresión y la ansiedad son muy frecuentes en estos pacientes que pueden llegar a cambiar por completo la autoimagen del mismo, el encontrar un poco o en absoluto una afección en la calidad de vida no quiere decir que debemos dejar de realizar un manejo integral a estos pacientes, ya que al ser médicos de familia, es importante realizar un abordaje completo a los pacientes con lesiones dermatológicas, desde su envío oportuno a segundo nivel como canalizar a las área de psicología en caso de encontrarse lesiones en áreas visibles, debido a que en el enfoque clínico se mide la gravedad de la psoriasis en términos de la apariencia de las lesiones y de la superficie corporal afectada; sin embargo, el grado de compromiso clínico no se correlaciona indefectiblemente con el grado de impedimento físico percibido por el paciente. En comparación con pacientes sin lesiones cutáneas, la calidad de vida de los pacientes con psoriasis se ve limitada de forma notable, ya que, aunque no se trate de una enfermedad que proporcione un riesgo vital, puede amenazar seriamente la calidad de vida, ya que ejerce un impacto negativo como el cáncer, sobre todo el primer año de diagnóstico por lo tanto la psoriasis debilita tanto física como mentalmente.

X. Propuestas

I.- Realizar un abordaje del paciente, su familia y pareja en la segunda consulta, si en la primera acudió el paciente solo para aclarar dudas al momento de realizar el diagnóstico.

II.- Canalizar al servicio de psicología a todo paciente con diagnóstico de psoriasis que tenga lesiones cutáneas en áreas visibles (cara, piel cabelluda, brazos, manos, piernas, área de escote).

III.- Difundir más información sobre la psoriasis para desmentir mitos comunes.

IV.- Mejorar la educación sanitaria para obtener una mayor adherencia al tratamiento médico por parte del paciente.

V.- Derivación oportuna a segundo nivel para evitar brotes y extensión de las lesiones sobre todo en pacientes jóvenes o que no mejoran al tratamiento inicial en primer nivel.

XI. Bibliografía

Abeldaño A, Woscoff A, Retamar R, Blaustein A, Dahbar MA, Leiro V, et al. Consenso Latinoamericano de Psoriasis. Guías de tratamiento. Soc argentina dermatología. 2018; 8411:29.

Acuña J, Perfil clínico de psoriasis en pacientes de la consulta de dermatología de la coordinación universitaria del hospital civil de Culiacán. Rev Med. UAS. 2020; 12:19.

Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetche T, Paul C, Richard MA, et al. Alcohol consumption and psoriasis: A systematic literature review. Vol. 27, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2013. p. 30–5

Cardona R, Vázquez E, Calidad de vida en el paciente con psoriasis, PubMed, Gaceta medica de México, 2018; 153-185.

Dauden E, Herrera E, Puig L, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Caloto MT, et al. Validation of a new tool to assess health-related quality of life in psoriasis: the PSO-LIFE questionnaire. Health Qual Life Outcomes. el 24 de mayo de 2020;10.

Gutierrez-Ylave Z. evaluación del índice de severidad y área de psoriasis (PASI), en 157 pacientes del club de psoriasis del servicio de dermatología del hospital nacional Daniel Alcides Carrión , año 2001. Dermatologia Perú. 2017; 13:185–8.

Lizán L, Gabás-rivera C, Belinchón I, Dilla T, Huete T, Díaz S, et al. Instrumentos para la valoración de los resultados na: percibidos por el paciente con psoriasis en España revisión sistemática de la literatura. 2019;110(7).

Martín Martín A. Psoriasis y consecuencias en la vida de personas entre 15 y 65 años tratadas en el hospital general de la Palma. Univ la Laguna. 2015; 1:1–27.

M AU, Caqueo-urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life : A theoretical review. Soc Chil Psicol Clin. 2017; 30:61–71.

Mendoza R, Ponce-Rodriguez MS. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. Dermatol Perú. 2017;22(3):144–50.

Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. 2016;1–4

Ortega-hernández Á, Restrepo-lópez N, Rosero YS, Úsuga-úsuga F, Correa-londoño A, Marín-agudelo ND, et al. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. Dermatol Rev Mex. 2018;62(3):193–205.

Robles-espinoza AI, Rubio-jurado B, Rosa-galván EV De, Navazavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Resid. 2016; 11:120–5.

Vanaclocha F, Puig L, Daudén E, Escudero J, Hernanz JM. ESTUDIOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO Validación de la versión española del cuestionario Psoriasis Disability Index en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis moderada-grave. 2005;96(10):659–68

Vega-Morquecho OA. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mexicanos con psoriasis. Inst Nac salud pública. 2016; 1:35.

XII. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

XI.2 Instrumentos



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de afección a la calidad de vida en pacientes con Psoriasis que acuden a la consulta externa de dermatología.”

Folio: _____

- **Gracias por rellenar este cuestionario.**
- Por favor, marque con una cruz una casilla para cada pregunta.
- Cada pregunta hace referencia **SÓLO A LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.**

Todas las preguntas hacen referencia a las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

ACTIVIDADES DIARIAS:

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha interferido su psoriasis para hacer las tareas de la casa o del jardín?

Muchísimo
Mucho
Un poco
En absoluto
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que llevar ropa de distintos tipos o colores a causa de su psoriasis?

Muchísimo
Mucho
Un poco
En absoluto
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que cambiarse de ropa o lavarla con más frecuencia de lo habitual?

Muchísimo
Mucho
Un poco
En absoluto

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis ha sido un problema cuando ha ido a la peluquería o al barbero?

- Muchísimo**
Mucho
Un poco
En absoluto

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que bañarse o ducharse con más frecuencia a causa de su psoriasis?

- Muchísimo**
Mucho
Un poco
En absoluto

Hay dos versiones diferentes de las preguntas 6, 7 y 8.

Si **trabaja o estudia habitualmente**, por favor conteste a las primeras preguntas **6–8**.

Si **NO trabaja ni estudia habitualmente**, por favor conteste a las segundas preguntas **6-8**.

Todas las preguntas hacen referencia a las ÚLTIMAS 4 SEMANAS

TRABAJA O ESTUDIA (si procede)

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto no ha podido ir al trabajo o a la escuela a causa de su psoriasis?

- Muchísimo**
Mucho
Un poco
En absoluto

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido hacer algunas cosas en el trabajo o en la escuela?

- Muchísimo**
Mucho
Un poco
En absoluto

8. ¿Su vida profesional se ha visto afectada por su psoriasis? Por ejemplo: ascensos rechazados, ha perdido un trabajo, le han pedido que cambie de trabajo.

- Muchísimo**
Mucho
Un poco
En absoluto

SI NO TRABAJA NI ESTUDIA: PREGUNTAS ALTERNATIVAS

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido realizar sus actividades diarias habituales?

- Muchísimo**
Mucho
Un poco
En absoluto

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis ha alterado la forma en que realiza sus actividades diarias habituales?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

8. ¿Su vida profesional se ha visto afectada por su psoriasis? Por ejemplo: ascensos rechazados, ha perdido un trabajo, le han pedido que cambie de trabajo.

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

Todas las preguntas hacen referencia a las ÚLTIMAS 4 SEMANAS

RELACIONES PERSONALES:

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido dificultades en su vida sexual a causa de su psoriasis?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha provocado algún problema con su pareja o con alguno de sus mejores amigos o con sus familiares?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

TIEMPO LIBRE:

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido salir y asistir a actos sociales?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha dificultado la práctica de algún deporte?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿no ha podido usted usar baños o vestuarios públicos, o ha sido criticado o le han impedido hacerlo?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha fumado usted más o ha bebido más alcohol de lo habitual a causa de su psoriasis?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

TRATAMIENTO:

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su casa ha estado desordenada o sucia a causa de su psoriasis o de su tratamiento?

- Muchísimo**
- Mucho**
- Un poco**
- En absoluto**

Por favor, compruebe que ha contestado todas las preguntas.

Gracias por su ayuda.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“Asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de afección a la calidad de vida en pacientes con psoriasis que acuden a la consulta externa de dermatología”.

INDICE DE SEVERIDAD DEL ÁREA DE PSORIASIS. (PASI)

Folio: _____

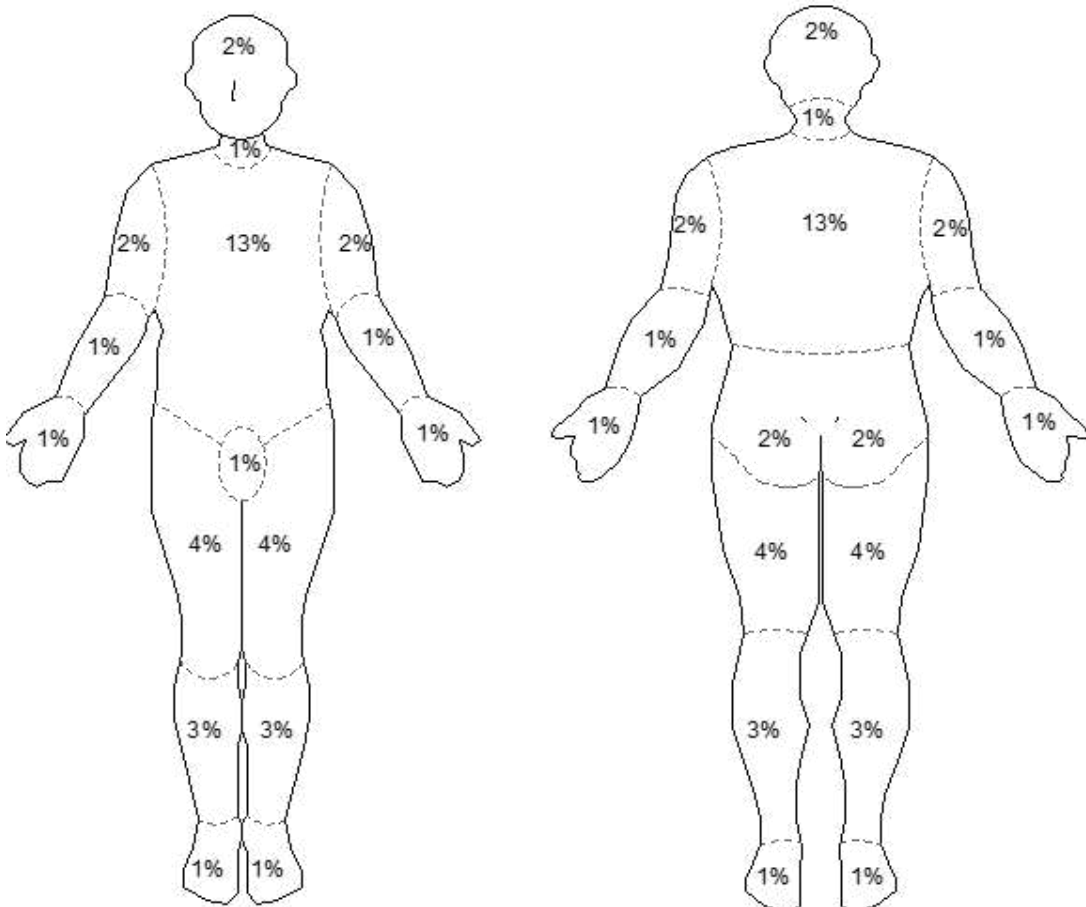
Nombre: _____

Género: _____

Ocupación: 1= Hogar 2=Obrero 3= Empleado 4= Profesionista 5= Comerciante 6= Estudiante 7= Jubilado

Grado de escolaridad: 0 =Analfabeta 1 =Primaria 2 =Secundaria 3 =Preparatoria 4 =Licenciatura 5 =Maestría 6 =Doctorado

Sistema de puntaje	1	2	3	4	5	6
Eritema	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	-	-
Infiltración						
Descamación						
Área	<10	10<30	30<50	50<70	70<90	90<100



Fecha nacimiento _____ Peso _____ Talla _____
 Temp. _____ Presión arterial _____ Frecuencia Resp. _____

Cabeza (C)	Porcentaje
Eritema	<input type="text"/>
Induración	<input type="text"/>
Descamación	<input type="text"/>
Suma	<input type="text"/>
X Área	<input type="text"/>
=	<input type="text"/>
X 0.1 =	<input type="text"/>

Tronco (T)	Porcentaje
Eritema	<input type="text"/>
Induración	<input type="text"/>
Descamación	<input type="text"/>
Suma	<input type="text"/>
X Área	<input type="text"/>
=	<input type="text"/>
X 0.3 =	<input type="text"/>

Miembros superiores (MS)	Porcentaje
Eritema	<input type="text"/>
Induración	<input type="text"/>
Descamación	<input type="text"/>
Suma	<input type="text"/>
X Área	<input type="text"/>
=	<input type="text"/>
X 0.2 =	<input type="text"/>

Miembros inferiores (MI)	Porcentaje
Eritema	<input type="text"/>
Induración	<input type="text"/>
Descamación	<input type="text"/>
Suma	<input type="text"/>
X Área	<input type="text"/>
=	<input type="text"/>
X 0.4 =	<input type="text"/>

PASI-C = (T) + (MS) + (MI) =



**MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Asociación entre la severidad del área cutánea afectada con el grado de afectación a la calidad de vida en pacientes con psoriasis, que acuden a la consulta externa de medicina familiar, delegación Querétaro.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica.

Lugar y Fecha: Santiago de Querétaro, Querétaro.

Número de registro

Justificación y

Objetivo del estudio: Las personas con psoriasis dependiendo del grado y localización de la lesión en piel cursan con afectación en su calidad de vida, por lo que el objetivo es conocer la asociación entre la severidad de piel afectada con la repercusión a la calidad de vida.

Procedimiento: Se le aplicara una encuesta relacionada a las lesiones que presenta en la piel debido a la psoriasis, en un consultorio privado que cuenta con escritorio proporcionándole pluma, en esta encuesta se le preguntara sobre las actividades que se suele realizar diariamente en casa, trabajo o escuela, cómo son sus relaciones con otras personas, tiempo libre y tratamiento para la psoriasis, con la finalidad de saber que tanto le ha interferido en las últimas 4 semanas, posterior a contestar la encuesta, será necesario una exploración física detallada de su cuerpo para la cual será necesario que se retire la blusa, camisa y pantalón, esto con la finalidad de observar en que partes de su cuerpo presenta lesiones dermatológicas, que tan grandes son y obtener un porcentaje de afectación total, esta exploración será realizada en un consultorio privado siendo en todo momento acompañado(a) por el médico investigador, si el paciente es menor de edad este se encontrara acompañado en todo momento por su padre o tutor, teniendo a su disposición una bata para resguardar su pudor, se le pedirá que señale las áreas donde usted ha visto lesiones de psoriasis, siendo necesario tener un contacto físico o acercamiento con usted para pedirle que se dé vuelta o levante los brazos, siendo siempre avisado de manera clara y verbal por parte del médico investigador antes de realizar cualquier tocamiento o acercamiento y previo su asentimiento verbal, si en algún momento se siente incómodo con la valoración física está en su derecho de decirlo o negarse, concluyendo en ese momento la valoración.

Posible riesgo y

Molestias: La investigación no se considera que provoque riesgo para usted, sin embargo, si puede llegar a presentar incomodidad o vergüenza por responder los cuestionarios o al realizarse la exploración física de todas las áreas del cuerpo afectadas por la psoriasis por lo que se le recuerda que en este estudio se respeta su decisión y en todo momento se pedirá de su consentimiento mientras se esté realizando la exploración física.

Posibles beneficios que

Recibirá al participar en

El estudio: Se le entregarán a usted los resultados y se le explicarán, y posteriormente, se realizará el envío con su médico familiar para que este determine envío a segundo nivel mediante solicitud 430.200 para su referencia al servicio de trabajo social y psicología, servicios que se encuentran capacitados para atenderlo y en caso de ser necesario al servicio de Dermatología. También se le entregará un volante informativo marcando día y hora de la aplicación de la encuesta y exploración física, aclarando dudas que puedan existir sobre la psoriasis.

Información sobre

Resultados y alternativas

De tratamiento: Como participante tienen derecho a que se le entreguen sus resultados, siendo los resultados solo entregados a usted y no se compartirán con nadie más, también puede solicitarlos a los correos y números de colaboradores o investigador responsable, reflejados en este mismo documento en la parte inferior de color azul. A partir de sus resultados se le derivará con su médico familiar para que éste determine envío a segundo nivel con 4.30.200 de acuerdo a sus respuestas.

Participación o retiro: La participación del estudio es voluntaria y tiene el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad: Se conservará su privacidad no se colocarán sus datos en presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, los datos serán manejados en forma confidencial, tampoco se darán resultados a familiares o personas que acudan solicitando sus resultados o información, ya que toda información que nos proporcione siempre se mantendrá en privado estando solo disponible para usted.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autorizo que se me tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento en derechohabientes (si aplica): _____
Beneficios al término del estudio: Mayor conocimiento sobre su enfermedad y atención en su calidad de vida.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Colaboradores: Dra. Atilano Martínez Reyna Inés, adscripción: UMF-9, Matricula: 98231756, correo: reyna.a.mtz@hotmail.com, teléfono: 833-311-86--35.

Dra. Cadena Moreno Ericka Esther, Adscripción: UMF-9, matricula: 99235437, correo: dra.ecadena@gmail.com, teléfono:442-106-4061.

Investigador Responsable:Dra. Cadena Moreno Ericka Esther, Adscripción: UMF-9, matricula: 99235437, correo: dra.ecadena@gmail.com, teléfono:442-106-4061.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" del a Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien
Obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma