



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**IMPACTO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON  
ADALIMUMAB EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES  
CON PSORIASIS COMPLEJO HOSPITALARIO LUIS NICASIO  
SAENZ POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ 2015-2020**

**PRESENTADO POR  
ROSEMARIE MILAY MELGAR CHOY**

**ASESOR  
PAMELA VILLANUEVA ZÚÑIGA**

**TESIS PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN  
MEDICINA**

**LIMA- PERÚ  
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**IMPACTO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON  
ADALIMUMAB EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES  
CON PSORIASIS  
COMPLEJO HOSPITALARIO LUIS NICASIO SAENZ POLICÍA  
NACIONAL DEL PERÚ 2015-2020**

**TESIS**

**PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR  
ROSEMARIE MILAY MELGAR CHOY**

**ASESORA  
MGTR. PAMELA VILLANUEVA ZÚÑIGA**

**LIMA, PERÚ  
2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. José Luis Pacheco De la Cruz

**Miembro:** Mtro. Joseph Jesús Sánchez Gavidia

**Miembro:** Dra. María del Carmen Castro Rodríguez

A Dios por bendecirme, escucharme y guiarme; a mi familia, quienes con su apoyo y comprensión me han guiado para poder culminar una etapa más de mi vida con gran éxito. A mi esposo Arnaldo, a mis hijas Alessandra y Ayleen, que forman parte de mi vida y que siguen brindándome todo su apoyo en la realización de este trabajo

## **AGRADECIMIENTOS**

A los docentes de la Universidad de San Martín de Porres, por brindarme todos sus conocimientos durante el transcurso de la maestría en Medicina.

A mi asesora, quien ha estado siempre guiándome para la realización del trabajo.

A mi hospital, en especial al departamento de Dermatología que contribuyeron con nuestras actividades diarias.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	12
<b>III. METODOLOGÍA</b>	26
<b>IV. RESULTADOS</b>	31
<b>V. DISCUSIÓN</b>	40
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	43
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	44
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	45
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

El objetivo fue Determinar la evolución y calidad de vida en pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab en el Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú 2015-2020. La investigación es cuantitativa observacional, correlacional, longitudinal, y retrospectiva. La muestra fue de 20 pacientes. La técnica de recolección fue observación de las historias clínicas. Para el análisis de datos, se utilizó la prueba de Correlación de Spearman. En los resultados, se observa que el grupo edad más frecuente estuvo conformado por los adultos mayores a 65 años y el 75% es de sexo masculino. El 35% de pacientes tiene 4 y 8 años de tiempo de enfermedad. Con respecto al grado de afectación de la calidad de vida de la psoriasis, según índice DLQI, evolucionó de afectación moderada 45%; severa, 50%; muy severa, 5%; de manera favorable a afectación mínima, 85% y moderada 15%. Dichos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p=0.025$ ). Por otro lado, en relación con el grado de severidad de la psoriasis, según Índice PASI, desarrollaron a estadio grave con 90% y muy grave, con 10%, mientras que, de manera favorable a psoriasis leve, con 85% y moderada, 15%. Dichos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p=0,001$ ). Respecto al análisis de la relación entre la calidad de vida y grado de afectación se obtiene valores de  $p=0.052$  y  $p=0.036$  de la primera y segunda evaluación, respectivamente. La conclusión fue que en la evolución de estos 5 años no se describe una diferencia estadística significativa entre la relación del grado de afectación con el índice PASI y la calidad de vida con el índice DLQI.

**Palabras clave:** Psoriasis, calidad de vida, adalimumab (fuente DeCS BIREME)



## ABSTRACT

The objective was to determine the evolution and quality of life in patients with psoriasis in biological treatment with adalimumab in the Luis Nicasio Sáenz National Police Hospital Complex of Peru 2015-2020. The research is quantitative observational, correlational, longitudinal, and retrospective. The sample was 20 patients. The collection technique was observation of medical records. For data analysis, the Spearman Correlation test was used. In the results, it is observed that the most frequent age group was made up of adults over 65 years of age and 75% are male. 35% of patients have 4 and 8 years of disease time. Regarding the degree of affectation of the quality of life of psoriasis, according to the DLQI index, 45% evolved from moderate affectation; severe, 50%; very severe, 5%; favorably to minimal involvement, 85% and moderate 15%. These changes were statistically significant ( $p=0.025$ ). On the other hand, in relation to the degree of severity of psoriasis, according to the PASI Index, they developed a severe stage with 90% and very severe, with 10%, while, in a favorable way, mild psoriasis, with 85% and moderate, fifteen%. These changes were statistically significant ( $p=0.001$ ). Regarding the analysis of the relationship between quality of life and degree of involvement, values of  $p=0.052$  and  $p=0.036$  are obtained from the first and second evaluations, respectively. The conclusion was that in the evolution of these 5 years there is no significant statistical difference between the relationship between the degree of involvement with the PASI index and the quality of life with the DLQI index.

**Key words:** Psoriasis, quality of life, adalimumab (Source: MeSH NLM)

## I. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que tiene como principio la teoría autoinmunitaria, en la que se describe una queratopoyesis acelerada. Tiene factores predisponentes como las infecciones, el estrés, traumatismos, factores genéticos y ambientales, pero su etiología aún es desconocida. Asimismo, se puede concluir que esta patología tiene dos dimensiones: la afectación física, que es específica de la psoriasis y la psicosocial, las cuales aminoran la calidad de vida del paciente, lo que resulta en una discapacidad en dichas áreas e inclusive puede convertirse en una enfermedad incapacitante, sobre todo en el grado severo de esta afección <sup>(1)</sup>.

La psoriasis está presente aproximadamente en el 2.5% de la población caucásica y en el 1.3% de la afroamericana con una incidencia menor en los asiáticos de un 0,4% aproximadamente <sup>(2)</sup>. Por lo general, es más común identificar esta enfermedad en pacientes que habitan en regiones más altas que la costa o en zonas más frías, por lo que se puede inferir que es poco común en aquellos que se encuentran más expuestos al sol <sup>(3)</sup>. A nivel de Europa, tiene una distribución equitativa entre ambos sexos, pero en Latinoamérica es mayor en varones que en mujeres 4:2.1.

Presenta una distribución bimodal de edad, donde la primera aparición considerable se da entre los 18 y 30 años, y el segundo punto más alto se encuentra entre los 50 y 69 años <sup>(4)</sup>.

A nivel mundial, Chandran et al. informaron que existen más de 125 millones de personas con psoriasis, con una prevalencia que oscila entre 0.09% y 11.43%. <sup>(2)</sup> Asimismo, Vivas et al. informaron, en Estados Unidos, de una cifra del 0.02% - 4.6% y en Europa una menor de 2% - 4% de psoriasis severa <sup>(5)</sup>. En Latinoamérica, Cardona et al. reportaron que, en los últimos años, se ha incrementado la psoriasis severa, la cual se reporta en un 12% <sup>(6)</sup>.

En el Perú, Rodríguez, en su investigación acerca de psoriasis y síndrome metabólico, reporta que existen 500 mil pacientes con psoriasis, de los cuales el 25% corresponde a la severa <sup>(7)</sup>.

En el Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú, según estadísticas internas no publicadas, el 20% de los pacientes con psoriasis corresponden a cuadros moderados a severos.

Por su característica de ser crónica y que se encuentra asociada con enfermedades sistémicas, estos pacientes requerirán consultas con tratamientos frecuentes, todo esto produce un deterioro funcional que termina por afectar a los pacientes y como resultado se obtendrá que se restrinja las actividades sociales, recreativas, laborales, además de posiblemente perjudicar las relaciones afectivas y sexuales. Por eso, en la actualidad, se acepta que la evaluación de la severidad de la psoriasis se incluirá los factores clínicos, psicológicos, sociales y también la calidad de vida<sup>(8, 9)</sup>, la cual, en pacientes con psoriasis, cada vez se torna más importante, por lo que existen varias pruebas para su medición objetiva.

El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es un instrumento que sirve para medir el impacto en las actividades diarias en pacientes con enfermedades crónicas de la piel. El Índice de Severidad y Área afectada en Psoriasis (PASI) es un instrumento de medida para la gravedad de esta patología valorando el eritema, escama e induración de las lesiones por separado en diferentes zonas del cuerpo<sup>(10)</sup>.

Por lo antes expuesto, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo el tratamiento biológico con adalimumab impacta en la evolución y calidad de vida de pacientes con psoriasis en el Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz-Policía Nacional del Perú durante el periodo 2015-2020?.

El objetivo general fue Determinar la evolución y calidad de vida en pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab en el Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú 2015-2020

Los objetivos específicos que se plantearon fueron: Describir las características sociodemográficas de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab, establecer la calidad de vida en paciente con psoriasis que se encuentran en tratamiento biológico a través el cuestionario de calidad de vida "DLQI", conocer la severidad de los pacientes con psoriasis que se encuentran en tratamiento biológico con adalimumab según la escala de severidad PASI, analizar

la relación entre la severidad y el grado de afectación de la calidad de vida, en pacientes con psoriasis que se encuentran en tratamiento biológico con Adalimumab.

En la actualidad, la psoriasis es una enfermedad, sin tratamiento específico, por lo que el paciente, según su gravedad, suelen pasar largas temporadas con tratamientos diversos; esto puede generar diferentes grados de afectación tanto física como psicológica, que podrían impactar en la calidad de vida. Diversos autores han investigado acerca de la estigmatización y la incomodidad social derivadas de la afectación estética de la psoriasis e inclusive en casos severos, los pacientes desarrollan fobias sociales.

En el Perú, las investigaciones al respecto son escasas, en especial las relacionadas a la calidad de vida de estos pacientes, por lo que el presente estudio significará un aporte científico relevante tanto a nivel nacional como internacional, para plantear estrategias respecto al tratamiento de los pacientes con psoriasis.

Asimismo, es un estudio interesante, debido a que la medicina actual busca la atención integral de los pacientes, teniendo como uno de los factores más importante la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes.

En pacientes con psoriasis en tratamiento con adalimumab, que acuden a hospitales de las fuerzas armadas y policiales, este estudio se considera necesario porque existe información limitada sobre el tema en dichos hospitales. En este sentido el desarrollo de la investigación aportaría de información válida para implementar las estrategias adecuadas a la población estudiada.

El trabajo fue realizado por la autora del mismo, para lo cual se solicitó. Se solicitará la autorización respectiva para poder recolectar los datos de las historias clínicas. La investigadora forma parte del *staff* de Dermatología del hospital donde se realizará el estudio, lo cual es considerado una fortaleza, ya que se tiene acceso a la información requerida para la presente investigación.

La presente investigación ha sido autofinanciada por la investigadora, la cual cuenta con tiempo suficiente para realizar este trabajo; además, se cuenta con los recursos

humanos necesarios para su ejecución; también se dispone de recursos financieros y materiales suficientes para la necesidad de desarrollo; se tiene experiencia en tipo y diseño de investigación que se utilizara y no existen problemas éticos.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Mumtaz K et al., en 2020, publicaron una investigación en la que se empleó el DLQI en pacientes con diagnóstico de psoriasis en el hospital militar de Pakistán. El estudio fue hecho con 160 pacientes mayores de 18 años, desde 2013 hasta 2014. Fue un trabajo de corte transversal, en el que se vieron pacientes de 18 años hasta los 74 años; 118 eran varones y 42, mujeres, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión; se evaluó el impacto que tiene la psoriasis con respecto a la calidad de vida con los índices de DLQI.

Los resultados fueron 69 pacientes con enfermedad leve (BSA menor 25%); 20 de ellos no tuvieron impacto negativo; 35, un efecto pequeño en cambiar la calidad de vida; 13, un efecto moderado y 1, muy grande. Se concluyó que a mayor tiempo de la enfermedad y con un mayor grado de severidad, existe mayor afectación de la calidad de vida, con respecto a que hay mayor impacto en la discapacidad que pueda producir, en el día a día <sup>(11)</sup>.

Jankowiak B et al., en 2020, ejecutaron un trabajo que utilizó al DLQI como herramienta para ver la calidad del paciente con psoriasis, durante este estudio. Se incluyó a 166 pacientes con psoriasis en placa, con un PASI moderado. La edad promedio 21 años. Les aplicaron el índice DLQI leve con valor de  $p=0.05$  y DLQI moderada con un valor de  $p=0.0362$ ; DLQI severo con un valor de  $p=0.002$  y la relación PASI/DLQI según edad del paciente  $p=0.000$  entre las variables; se encontró que la psoriasis acarrea también un problema social, por lo que se recomendó ser positivos con ellos, para que mejoren su calidad de vida y acudir a terapia psicológica <sup>(12)</sup>.

Lanna C et al., en 2019, desarrollaron una investigación, en la que se empleó el método del PASI y el DLQI para evaluar la calidad de vida en pacientes con psoriasis adultos como a niños <sup>(13)</sup>. Incluyó a 39 pacientes entre 12 a 60 años de edad; se utilizó el PASI, el DLQI, PAIN VAS y se realizó por un periodo de más de

24 semanas. Se concluyó que 30 pacientes (88.24%) obtuvieron un PASI leve a la semana 16 con un valor de  $p=0.004$ , PASI moderado a la semana 16 con un valor de  $p=0.05$  <sup>(13)</sup>.

Mahil S et al., en 2019, publicaron un estudio, en el que utilizaron los índices como el de severidad el PASI, que tiene como estado basal PASI 75% y el PGA (evaluación médica Global), para ver su relación con el índice de severidad (PASI) y la relación de PASI con el DLQI en pacientes con tratamiento biológico.

Se concluyó que el 98% de los pacientes tuvieron psoriasis en placas; el 18.9%, artritis psoriásica; se obtuvo como valor absoluto PASI leve con un valor de  $p= 0.04$ , con lo que se refleja que sí mejora con el tratamiento con terapia biológica donde su punto más alto es en la semana 24 <sup>(14)</sup>.

Korman, N et al., en 2019, desarrollaron, en Cleveland (EE. UU.), una investigación en la que emplearon el índice de severidad como el PASI y otro llamado CRP. Se utilizaron varios estudios con un total de 25 mil pacientes; el trabajo fue retrospectivo y centralizado en uso temprano de agentes biológicos para la psoriasis moderada a severa como el adalimumab, etanercept, certolizumab e infliximab; se vio mejoría en el índice de severidad PASI 75 y en el CRP con respecto a las comorbilidades. Se concluyó que el uso temprano de estos biológicos reduce el daño inflamatorio causado y disminuye el riesgo de comorbilidad cardiaca y cuando ya existe daño estructural o inflamatorio, mejora la calidad de vida <sup>(15)</sup>.

Kouwenhoven T et al., en 2018, en los Países Bajos, elaboraron una investigación donde se utilizó el índice de severidad PASI, el índice de calidad de vida DLQI. Es un estudio con pocos pacientes: 15; 8 hombres de promedio 43 años, a quienes se les aplicó una entrevista personalizada como instrumento de recolección de datos que fueron desde marzo a mayo 2017; para ello, utilizaron tratamiento tópico; 20%, tratamiento biológico; 20%, fototerapia y 20%, sistémico. Se concluyó que este estudio sirve para ver que tanto están informados de su enfermedad y que pasa con ella y los objetivos del tratamiento <sup>(16)</sup>.

Hjalte et al., en 2016, publicaron, en EE. UU. Un trabajo, en el cual se empleó PASI, DLQI y EQ-5D, como evaluación para obtener resultados de dicho estudio.

Obtuvo como resultados de una estadística descriptiva, con el rango de Wilcoxon para determinar si hubo o no cambio en el PASI por cambiar de biológico durante el estudio; se dividieron en dos subgrupos. Con el DLQI y la relación con el grado de afectación tuvo un valor de  $p=0.01$  Se concluyó que el tratamiento biológico usado a largo plazo tuvo diferencias significativas con las variables o índice PASI, DLQI, EQ-5D; y estos cambios se mantuvieron durante el largo periodo del estudio (17).

Dauden E et al., en 2016, elaboraron, en España, una investigación sobre el efecto de la psoriasis relacionada con la respuesta a la calidad de vida diaria. El tipo de estudio fue observacional, prospectivo, estratificado. Se evaluó una muestra que estuvo conformada por 182 con psoriasis activa y 122, con la estacionaria. Entre los principales resultados, se observó que la edad aproximada fue de 45.3 años y el 56.3% fueron de sexo masculino. Se concluyó que la puntuación media basal del PASI en pacientes con psoriasis moderada fue 17% y en psoriasis estacionaria fue de 5.6%; se reflejó  $p=0.001$ . Estos cambios se reflejaron en el PASI y mostraron una correlación moderada ( $\rho=-0.4$ ) y significativa ( $p<0.01$ ). Se concluyó que el paciente con enfermedad activa tiene una mayor afectación en los cuestionarios de evaluación con respecto a su calidad de vida. La relación PASI/DLQI, según edad y sexo de los pacientes con biológicos, fue  $p=0.001$ . La localización de las lesiones y la gravedad, según el PASI, se correlacionaron de forma significativa con las puntuaciones PSO-LIFE (18).

Milcic D et al., en 2016, publicaron, en Serbia, una investigación donde se obtuvo el efecto de severidad clínica de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes y determinar los efectos del estrés relacionado con la psoriasis en la vida cotidiana de los pacientes. Fue un estudio transversal realizado en el Instituto de Dermatovenereología del Centro Clínico de Serbia en Belgrada, donde se incluyó a 201 pacientes de 18-70 años con diagnóstico de psoriasis, hospitalizados o tratados como pacientes externos en 2009. Para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, utilizaron el índice de discapacidad de la psoriasis (PDI).



Se concluyó una correlación moderada entre PASI y todas las subescalas PDI y la puntuación global (coeficientes de correlación varió de 0.334 a 0.521). La correlación entre PASI y PDI fue débil ( $r=0.288$ ,  $p<0.001$ ), mientras que no hubo ninguna correlación significativa entre PASI y el PLSI  $p>0.000$  <sup>(19)</sup>.

Cajas M et al., en 2018, en Ecuador, desarrollaron un estudio en el que se empleó el perfil epidemiológico y la mejoría de pacientes con psoriasis de moderada a severa fue con el uso de tratamiento biológico. La muestra fue de 115 pacientes con manifestaciones clínicas de psoriasis de moderada a severa con un PASI moderado que fracasó con tratamiento tópico, sistémico o fototerapia.

Se obtuvo como resultados que utilizaron los biológicos que tenían disponibles como infliximab y hubo una mejoría de PASI del 46.1%; 33.1% utilizó y mejoró con etanercept; 19.1% utilizó y mejoró con el adalimumab y 1.7% utilizó el secukinumab. Se concluyó que con el uso de tratamiento biológico en pacientes con psoriasis moderada y severa que son refractarios a varios de los tratamientos convencionales, hubo un alto porcentaje con buenos resultados en lo que respecta a la mejoría del PASI que alcanzó un 75 <sup>(20)</sup>.

García L et al., en 2016, publicaron, en México, una investigación, cuyo objetivo fue la relación entre la severidad de esta patología con su respectiva calidad de vida. Realizaron una investigación de corte transversal. Se empleó una muestra de 72 pacientes con diagnóstico de psoriasis, que cumplieron con el criterio de inclusión de ser mayores a 18 años de edad. Se aplicó dos instrumentos para medir la calidad de vida y la psoriasis. El instrumento para medir la calidad de vida fue el Índice Dermatológico de Calidad de Vida DLQI, y para medir la severidad de la psoriasis, se utilizó la herramienta llamada PASI. En el índice de calidad de vida, se observó un efecto moderado (33.3%) y afectación importante (2.8%). Se resolvió que la relación entre el DLQI y el PASI fue significativa  $p=0.000$ ; con un valor de  $\rho=0.657$  y la relación según el tiempo de enfermedad  $p=0.530$  <sup>(21)</sup>.

Pereira M et al., en 2016, elaboraron, en Brasil, un trabajo para determinar la correlación entre el índice de gravedad de psoriasis y el índice de calidad de vida dermatológico (DLQI). El tipo de estudio fue descriptivo, de corte transversal. Se

empleó una muestra estuvo conformada por 35 pacientes. Entre los principales resultados, se observó que la edad promedio de los pacientes fue 46 años, el 74.3% fue de sexo masculino. La relación PASI/DLQI según sexo fue con un valor de  $p=0.000$ . La mayor parte de pacientes tenían como profesión ser funcionarios civiles (37.1%), con grado de instrucción intermedia (40%), con estado civil casado (54.3%). No se observó correlación entre índice de severidad de psoriasis (PASI) y DLQI  $p>0.052$  <sup>(22)</sup>.

## **2.2 Bases teóricas**

### **Psoriasis**

Es una enfermedad inflamatoria, crónica y sistémica que afecta al tejido epitelial comprendido por la piel, la dermis y las uñas, lo que ocasiona escamas e inflamación en la zona de la piel afectada, y se acompaña de prurito, dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento. Diversos autores refieren que esta patología se encuentra predispuesta genéticamente facilitada por mecanismos inmunológicos y que su evolución depende de diversos factores ambientales, los cuales pueden agravar dicha enfermedad <sup>(22, 23)</sup>.

Normalmente, las células epiteliales nacen y crecen en las capas más profundas de la piel; luego, ascienden hacia las capas superficiales mediante un proceso denominado rotación celular, el cual demora aproximadamente un mes en llevarse a cabo en su totalidad y de forma natural. En cambio, cuando una persona tiene psoriasis, este proceso sucede en pocos días, lo que ocasiona que las células se eleven rápidamente y se acumulen en la superficie <sup>(24, 25)</sup>.

### **Epidemiología**

La psoriasis es una enfermedad presente, aproximadamente en el 2.5% de la población caucásica y en el 1.3% de la población afroamericana, con una incidencia menor en los asiáticos de un 0.4%, aproximadamente.

Por lo general, es más común identificar esta enfermedad en pacientes que habitan en regiones más altas que la costa o en zonas más frías, por lo que se puede inferir que es poco común en aquellos que se encuentran más expuestos al sol. Presenta

una distribución bimodal de edad, en la que la primera aparición considerable se da entre los 18 y 30 años de edad y el segundo punto más alto se encuentra entre los 50 y 69 años <sup>(6, 24)</sup>.

## **Características clínicas**

### **a. Psoriasis vulgar o en placas**

Se denomina así, porque se presenta en forma de placas escamosas, eritematosas con bordes bien delimitados y pápulas comúnmente pruriginosas, las cuales se distribuyen simétricamente en la superficie corporal. Generalmente, no presentan síntomas, aunque en algunos casos puede haber prurito. Suele manifestarse con más frecuencia en zonas de las salientes óseas, quiere decir los codos, las rodillas y la región sacra de la cadera, además del cuero cabelludo. Puede asociarse con otros padecimientos inflamatorios como artritis psoriásica, enfermedad intestinal inflamatoria y coronaria. Esta clasificación es la más frecuente y tienen aproximadamente una frecuencia de un 80 a 85% de los pacientes <sup>(26, 27)</sup>.

### **b. Psoriasis en gotas**

Se caracteriza por la erupción de pequeñas pápulas rojas en la parte superior del tronco, en las extremidades superiores y en el cuero cabelludo. Las placas no son tan gruesas como en la psoriasis en placas;<sup>(28)</sup> mayormente, se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes. Antes de su aparición, hay una infección estreptocócica de la garganta y, en menos frecuencia, una estreptocócica perianal. En su mayoría, los antibióticos no son útiles para el tratamiento y no modifican la evolución de la enfermedad, un tercio de la mitad de los pacientes con psoriasis en gota desarrollarán; luego, psoriasis crónica en placas <sup>(29)</sup>.

### **c. Psoriasis invertida**

Llamada también en pliegues; tiene como característica que las lesiones aparecen en los principales pliegues cutáneos, como son las axilas, pliegues inguinales, hendidura interglútea, ombligo y pliegues submamaros. Las lesiones que se encuentran son bien delimitadas y eritematosas, con un aspecto brillante y con escasas o sin escamas; estas características ayudan a diferenciarlas de otras enfermedades que afectan los pliegues cutáneos, en las áreas afectadas hay poca

sudoración y, además, se puede producir infecciones fúngicas o bacterianas de manera localizada <sup>(28, 29)</sup>.

#### **d. Psoriasis eritrodérmica**

Es la enfermedad generalizada, la cual afecta a todas las áreas del cuerpo (cara, tronco, extremidades, superiores e inferiores, manos y pies). La piel se encuentra enrojecida de manera excesiva y puede presentarse de manera húmeda que tiene un peor pronóstico o seca, <sup>(28)</sup> además de ser más superficial y difusa. Los que sufren de esta presentación clínica pierden el control de su temperatura corporal y pueden presentar síntomas sistémicos; por ello, pierden calor en exceso y, por ello, pueden temblar para su compensación, la vasodilatación generalizada hace que el paciente tenga riesgo de tener una insuficiencia cardíaca de alto gasto, una alteración hepática y renal y edemas en las extremidades inferiores <sup>(29, 30)</sup>.

#### **e. Psoriasis pustulosa**

Es una clasificación rara o muy poco común; esta se caracteriza por la presencia de micropústulas estériles de 2 a 3 mm. <sup>(31)</sup> Los estudios histopatológicos muestran una infiltración de neutrófilos por debajo de la capa córnea. Su evolución puede ser aguda, subaguda o crónica; además, puede ser generalizada o localizada y se da mayormente en las palmas y plantas <sup>(29, 30)</sup>.

Las principales formas de psoriasis pustulosa son:

Pustular generalizada o Von Zumbusch: Es una variante aguda caracterizada por la presencia de fiebre que aparece antes de la aparición de pústulas, <sup>(30)</sup> las cuales se encuentran en grandes zonas de la piel que están enrojecidas y existen pústulas dolorosas; estas se secan y otras vuelven a aparecer. <sup>(28)</sup> Las complicaciones pueden poner en peligro la vida del paciente, como la presencia de hipocalcemia, síndrome de dificultad respiratoria aguda, infección bacteriana grave provocando sepsis y deshidratación <sup>(29)</sup>.

A continuación, en el cuadro 1 se muestra la clasificación de severidad de la psoriasis:

### **Clasificación de la psoriasis según gravedad**

Se considera la extensión de esta enfermedad, signos localizados, alteración de la calidad de vida diaria, comorbilidades y enfermedades asociadas, tratamiento previo <sup>(25)</sup>.

**Cuadro 1.** Clasificación de la psoriasis según gravedad <sup>(30)</sup>

<b>Clasificación de la psoriasis según gravedad <sup>(31)</sup></b>	
Psoriasis leve	<ul style="list-style-type: none"><li>- Afecta las actividades diarias del paciente en forma mínima.</li><li>- Se inicia con terapéutica tópica.</li><li>- Existe un compromiso menor al 3% de la superficie corporal.</li></ul>
Psoriasis moderada	<ul style="list-style-type: none"><li>- Afecta las actividades diarias del paciente.</li><li>- Estado psicológico del paciente no excesivamente afectado.</li><li>- Compromete del 3 hasta el 10% de la superficie corporal, excepto si afecta la cara, manos y pies, genitales o pliegues, y siempre que no exista afectación articular.</li></ul>
Psoriasis severa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Afecta las actividades diarias del paciente significativamente.</li><li>- No hay un efecto satisfactorio con los tratamientos tópicos ni sistémicos por vía oral.</li><li>- Hay un compromiso del más del 10% de la superficie corporal; si afecta a cara, manos y pies, genitales o pliegues.</li><li>- Se encuentra afectado las articulaciones con limitación de la movilidad.</li><li>- Perturbación emocional que impida el desarrollo de las actividades normales.</li></ul>

Extraído de: Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Infac. 2011; 19(3): 12-20 <sup>(30)</sup>.

## **Tratamiento**

El tratamiento va a depender según el área de superficie corporal que se encuentra afectado. Para las lesiones leves o localizadas, se utiliza tratamiento tópico y para las formas moderadas, severas y generalizadas, se va a emplear tratamiento sistémico, como la fototerapia, el uso de retinoides sistémicos, metotrexato, ciclosporina y tratamiento biológicos como el adalimumab, que es usado en este trabajo <sup>(32)</sup>.

## **Terapia tópica**

Se encuentra indicado para la psoriasis leve y como coadyuvante en las etapas severas de la psoriasis. Se tiene que tener en cuenta la adhesión al tratamiento <sup>(25, 32-34)</sup>.

## **Corticosteroides**

Potencia baja: hidrocortisona 1%, desonida 0,5%, de preferencia para aplicación en el rostro y de mucosas.

Potencia media: mometasona furoato y valerato de betametasona <sup>(33, 34)</sup>.

Potencia alta: clobetasol propionato, dipropionato de betametasona <sup>(33, 34)</sup>.

## **Inmunomoduladores** <sup>(25, 34)</sup>

Tacrolimús 0.1%: rostro, mucosas y pliegue interglútea.

Efecto máximo a las 2 semanas.

Reacciones adversas: leve irritación a las pocas semanas <sup>(25, 33-35)</sup>.

## **Terapia sistémica**

Alrededor del 40% de los pacientes con psoriasis tienen tratamiento sistémico.

Acitretino: Es un retinoide derivado de la vitamina A, que se utiliza en psoriasis severa. Se utiliza como tratamiento secundario y se puede acompañar de tratamiento tópico <sup>(33, 36)</sup>.

Metotrexato: Es un derivado artificial del ácido fólico, tiene su estímulo en la degranulación de los queratinocitos y también de la privación de algunas moléculas de adhesión <sup>(32)</sup>.

Dosis: 7.5-15 mg/semana, con mejoría de la sintomatología a las 8 semanas como promedio. Su administración es por vía oral o subcutánea <sup>(36,37)</sup>.

Ciclosporina: Es adecuada para la etapa severa <sup>(32,35)</sup>. Dosis: 2.5 a 5 mg por kg en promedio <sup>(35)</sup>. Se administrará por 14 a 16 semanas, después de lo cual tendrá un alivio casi completo en la mayoría de los pacientes con la patología de moderada a severa <sup>(32, 35)</sup>.

### **Tratamiento con agentes biológicos:**

Han surgido como alternativa para los pacientes que han fallado las terapias sistémicas tradicionales, o no se pueden tolerar los efectos adversos <sup>(32, 35)</sup>. Los primeros en utilizar fueron inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa ( $\alpha$ ) como, por ejemplo <sup>(32,35)</sup>:

Se utilizan en: <sup>(25, 38, 39)</sup>

Etapas severas PASI  $\geq$  10 <sup>(25)</sup>:

Agresividad de la enfermedad;

Compromete áreas corporales visibles <sup>(38, 39)</sup>;

Cuando hay afectación física (palmo plantar, genital) <sup>(38, 39)</sup>

Disminución de la calidad de vida (DLQI > 10);

Eritrodérmica o psoriasis pustulosa extensa;

Cuando se asocia a artropatía psoriásica <sup>(25, 32)</sup>.

### **Adalimumab**

Es un anticuerpo monoclonal IgG1 humano <sup>(40)</sup> que se va a unir con mayor especificidad a los TNF $\alpha$ . Según los estudios; en teoría tiene menor capacidad inmunogénica que los otros fármacos anti-TNF <sup>(40)</sup>.

Se utiliza por primera vez en 2008. Actúa como un anti-TNF- $\alpha$ , este se unirá al receptor de membrana, donde se ve reflejado una cantidad disminuida de las células epidérmicas de Langerhans, que son encontradas en todas las lesiones de la psoriasis y se normalizaran las células afectadas <sup>(32, 41)</sup>.

## **Indicaciones**

Se utilizará en artritis psoriásica y, a partir del año 2008, se utiliza en pacientes con psoriasis moderada-severa <sup>(41)</sup>.

Dosis inicial de 80 mg seguida de 40 mg a la semana y luego para el mantenimiento, se colocará por vía subcutánea 40 mg cada 14 días <sup>(32)</sup>.

Las investigaciones nos indican que entre el 70 a 80%, obtuvieron unos resultados de PASI de 75 en el término del lapso de dicha semana 16 y al PASI 90 donde el 48% de los que los que se fueron colocando semana a semana y el 24% de los que se colocaron cada 15 días, donde se reflejó el resultado máximo y en el mantenimiento a la semana 30 y podría durar hasta los 2 a 3 años de esta terapéutica <sup>(39, 41)</sup>.

Al pasar estas 12 semanas con adalimumab de 40mg que fueron colocados por semana; de estos, el 87% alcanzaron PASI 75 y el 83% de los pacientes lo mantuvieron a las 24 semanas <sup>(39, 41, 42)</sup>.

Es tan efectivo el adalimumab, que fueron medicados con otros agentes biológicos y no consiguieron controlar la enfermedad <sup>(41, 42)</sup>. También, el adalimumab ha obtenido buenos resultados con respecto a la evaluación de los Índices de DLQI, que obtuvieron buenas respuestas <sup>(39, 41)</sup>.

## **Reacciones adversas**

Los más frecuentes son rash leve, prurito, dolor o leve aumento de volumen en la zona de administración subcutánea. <sup>(38, 42)</sup> La aparición de reacciones de hipersensibilidad que incluyen sarpullido, urticaria o anafilaxia son raras. También, se podrían encontrar infecciones tracto respiratorio superior, cefalea y elevación de enzimas hepáticas <sup>(39, 42)</sup>.

Las reacciones adversas más infrecuentes son:

Tuberculosis: los agentes anti-TNF pueden provocar que se haya una reactivación de tuberculosis latente sobre todo extra pulmonares potencialmente graves <sup>(38, 40)</sup>.



Enfermedades linfoproliferativas y otras neoplasias: el peligro de aparición de linfomas observados en algunas investigaciones es controversial (35, 38, 39). Muestran un riesgo mayor de producirse cáncer de piel no-melanoma (basocelular y espinocelular) (38, 40).

### **Calidad de vida en pacientes con psoriasis**

Se encuentra muy estrechamente relacionada con la salud; se ha convertido en los últimos años de una gran importancia, por lo que esta medida se verá acrecentada en la expectativa de vida de los pacientes, con lo que se podría obtener una mayor longevidad natural o para una supervivencia más larga, tener algún grado de discapacidad o que presenten enfermedades crónicas (6, 21, 43).

### **Cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI)**

El DLQI es una evaluación autoadministrada que tiene 10 preguntas que podrán causar a una semana previa a la aplicación mediante un cuestionario que incluyen temas de aspecto personal, social y laboral de los pacientes (44).

#### **Cuadro 2 calificación del DLQI (44)**

<b>Calificación</b>	<b>Significado</b>
0 a 1	No hay afectación la vida diaria del paciente
2 a 5	Leve afectación en la vida diaria del paciente
6 a 10	Moderada afectación en la vida diaria del paciente
11 a 20	Gran afectación en la vida diaria del paciente
21 a 30	Extrema afectación en la vida diaria del paciente. (44)

### **Índice de la severidad del área de Psoriasis (PASI)**

El PASI tuvo su definición por Fredricksson y Peterson en 1978, el cual es una herramienta que mide la severidad de la enfermedad y se valora el adecuado tratamiento de la psoriasis moderada a severa con tratamiento sistémico. Por eso, se ha transformado, pese a poseer algunas limitaciones, en el *gold standard* para la medida de la severidad de la psoriasis, sobre todo cuando la FDA (Food and

Drug Administration) registro que el PASI75 (porcentaje de pacientes que alcanzan un alivio de las manifestaciones clínicas mayor o igual al 75% del PASI estándar). Esto ha sido una gran herramienta para demostrar lo eficaz en los ensayos clínicos de los nuevos agentes biológicos <sup>(44)</sup>.

El PASI refleja el eritema, la induración y la descamación de las diferentes zonas de presentación de la psoriasis como es cabeza, región cervical, tronco, extremidades superiores, extremidades inferiores, además de la zona interglútea <sup>(44)</sup>. Además, como se menciona anteriormente se anota:

El eritema, la infiltración y la descamación de las lesiones en una escala de 0 a 4, en la que 1 es leve; 2, moderado; 3, marcado y 4, muy marcado o grave <sup>(18)</sup>.

La extensión de las lesiones en la zona determinada se valora de 0 a 6, es 0 la ausencia; 1 <10%; 2, 10 a <30%; 3, 30 a <50%; 4, 50 a 70%, 5, 70 a <90%, y 6, 90 a 100% <sup>(14, 16, 45)</sup>.

Este índice, en la mayoría de los casos, evalúa la severidad de la psoriasis en placas; donde consisten en múltiples escalas, con diferentes grados de severidad. Por lo general, se acepta un:

PASI menor a 7; leve estadio de la patología

PASI entre 7 a 12 corresponde a moderada

PASI: mayor a 12 es estadio grave <sup>(44)</sup>

En nuestra práctica clínica, se debería insistir en que el PASI como el DLQI, (valoración de calidad de vida). Esta herramienta debería reflejar una atención integral del enfermo. Por eso, en las investigaciones con agentes biológicos, este PASI de 7 a 12 corresponde a una patología moderada a severa; esta última tendría un PASI mayor a 12 <sup>(38, 39, 44, 46)</sup>.

### 2.3 Definición de términos básicos

**Psoriasis:** Es una dermatosis inflamatoria de curso crónico recidivante que puede

tener manifestación clínica cutánea y articular. Tiene una base genética sobre la que pueden actuar múltiples factores desencadenantes que estimulan una determinada respuesta inmunológica <sup>(1-2)</sup>.

**Calidad de vida:** Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo <sup>(53,60)</sup>.

**PASI:** Índice de la severidad del área de Psoriasis PASI; es una herramienta muy utilizada para la medida de la severidad de la psoriasis. Se da por la valoración de la severidad de lesiones y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 donde no hay enfermedad hasta 72, donde la enfermedad se encuentra al máximo <sup>(56)</sup>.

**DLQI:** Es un cuestionario donde se emplea la medición de la calidad de vida que se relaciona con la salud que conviven con una enfermedad de la piel. <sup>(53)</sup>.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipos y diseño**

El presente estudio, según la intervención del investigador, es observacional, porque no se controlaron las variables de estudio; según el alcance, es correlacional, dado que el propósito fue buscar una relación entre dos o más variables; según el número de mediciones de la o las variables de estudio, es longitudinal, pues se midió en dos momentos: al inicio y después del tratamiento; según el momento de la recolección de datos, es retrospectivo, dado que cuando se recolectaron, los datos estuvieron presentes en una fuente antes de la ejecución del estudio.

#### **3.2 Diseño muestral**

##### **Población universo**

Fueron todos los pacientes que tenían como diagnóstico psoriasis y que fueron atendidos en el periodo de marzo 2015 a marzo de 2020.

##### **Población de estudio**

Pacientes con psoriasis con tratamiento biológico con adalimumab del Departamento de Dermatología del Complejo Hospitalario Luis N. Sáenz PNP, durante 2015 a 2020.

##### **Criterios de selección**

##### **De inclusión**

Pacientes con diagnóstico de psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab.

Adultos mayores de 18 años.

Los que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú. durante el periodo 2015 -2020.

Los que hayan dado su consentimiento informado de poder revisar su historia clínica.

## **De exclusión**

Mujeres en gestación o lactancia.

Enfermedad crónica descompensada asociada, hepatopatías o enfermedad renal.

Enfermedades infecciosas agudas o graves.

Historias clínicas incompletas e ilegibles.

## **Tamaño de la muestra**

Dado el reducido tamaño de la población de pacientes con psoriasis que se encuentran recibiendo tratamiento biológico con adalimumab que se atendieron mensualmente en el del Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú, durante 2015 a 2020, no fue necesario calcular un tamaño de muestra, por lo que se utilizó toda la población de estudio. El tamaño de la muestra fueron 20 pacientes.

## **Muestreo**

Dado que se hizo un análisis con todos los participantes, se utilizó un muestreo tipo censal.

### **3.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se usó la técnica documental, ya que se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con psoriasis atendidos en el Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú durante el periodo planteado.

### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

Se conformó un instrumento que integró tres secciones:

La primera sirvió para recolectar los datos generales de los pacientes, como la edad, sexo, ocupación, comorbilidades, tiempo de enfermedad y tipo de tratamiento.

La segunda sección se utilizó como herramienta para denotar la severidad de la psoriasis, la cual consta del cálculo del índice PASI. Este es un índice y una escala que evalúa <sup>(41, 47)</sup>.

El grado de eritema, descamación e infiltración en una escala de 0 (0=ninguno, 1=leve, 2=moderado, 3=marcado, 4=muy marcado) tanto en la cabeza, como en el tronco, en las extremidades superiores y en las extremidades inferiores del cuerpo a fin de determinar la gravedad de la psoriasis <sup>(12, 15)</sup>.

Se realizaron las operaciones respectivas y se obtuvo una puntuación única que oscila entre 0=no psoriasis y 72 = psoriasis muy grave.

Esta puntuación se clasificó en: <sup>(41)</sup>

Leve: PASI < 7

Moderado:  $7 \leq \text{PASI} \leq 12$

Severa: PASI > 12" <sup>(12,15)</sup>.

La tercera sección sirvió para evaluar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis; para ello, se utilizó el cuestionario que es el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI, por sus siglas en inglés). El DLQI fue elaborado por Finlay et al., <sup>(48)</sup> en 1994, en Gran Bretaña; sin embargo, en 1998, se realizó su adaptación al español, la cual se utilizó en el presente estudio.

El instrumento consta de 10 ítems medidos en escala Likert con cuatro opciones de respuesta, 3=muchísimo, 2=mucho, 1=un poco, 0=en absoluto/sin importancia. El instrumento proporciona 5 dimensiones, las cuales son síntomas y percepciones (ítems 1 y 2), actividades diarias (ítems 3 y 4), ocio (ítems 5 y 6), trabajo/estudio (ítem 7), relaciones interpersonales que incluyen la sexualidad (ítems 8 y 9) y tratamiento (ítem 10) <sup>(21)</sup>.

Las sumas de puntajes de todos los ítems de todas las dimensiones determinaron el efecto que esta patología pueda observar en la calidad de vida de los pacientes, la mínima puntuación fue 0 y el máximo, 30. Esto se clasificará en: <sup>(21)</sup>

Sin efecto: 0 – 1 puntos.

Mínimo: 2 – 5 puntos.

Moderado: 6 – 10 puntos.

Severo: 11 – 20 puntos.

Muy severo: 21 – 30 puntos <sup>(21)</sup>

De acuerdo al protocolo del Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz de la Policía Nacional del Perú, a todo paciente con psoriasis se le evalúa la severidad de psoriasis con el instrumento PASI y se le mide su calidad de vida a través del instrumento DLQI.

### **3.4 Procesamiento y análisis de datos**

#### **Procesamiento**

Se creó una base de datos en el programa estadístico STATA versión 16. Luego, se realizó el control de calidad de registro de datos. Ello consistió en la depuración, proceso que permitió verificar y corregir los errores de digitación, datos erróneos y/o datos faltantes.

#### **Análisis descriptivo**

Para análisis de las variables cualitativas (severidad de la psoriasis, calidad de vida, sexo, ocupación, comorbilidades y tipo de tratamiento) se calcularon las frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para el análisis de las variables cuantitativas (edad y tiempo de enfermedad), según la distribución de normalidad, se calcularon las medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (rango intercuartílico).

#### **Análisis inferencial**

Para establecer la relación entre el grado de severidad de los pacientes con psoriasis y la calidad de vida de estos pacientes estudiados, se calculó el coeficiente r de correlación de Spearman <sup>(49,50)</sup>. Este coeficiente mide la fuerza de la relación lineal entre los valores cualitativos ordinales pareados en una muestra, a pesar de que las variables en mención se mostrarán cualitativamente (como se muestra en la operacionalización de variables). En primera instancia, fue necesario obtener sus valores numéricos del Coeficiente de rho; que se encuentra entre -1 y 1, mientras este cercano a 0 este coeficiente, habrá una diferencia mucho menor entre las variables; y mientras más distante se encuentre del 0, habrá una diferencia mucho mayor entre las variables. Si el coeficiente se acerca a -1 indica relación inversa: mientras uno aumenta el otro disminuye, o viceversa; si se acerca a +1

indicará relación directa: mientras uno aumenta (o disminuye) el otro también aumenta (o disminuye).

### **3.5 Aspectos éticos**

Debido al diseño retrospectivo del estudio, no fue necesaria la participación de los pacientes, ya que se revisaron las historias clínicas para el levantamiento de datos. Sin embargo, es importante tener en cuenta la confidencialidad de los datos personales de los pacientes que se revisaron sus historias clínicas.

Se garantiza la veracidad de los datos presentados en los resultados a futuro, sin manipulación deliberada de los datos por parte de la investigadora.

Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes que se le revisará sus historias clínicas.

Los datos recolectados fueron utilizados para fines estrictos de la investigación y no para otros fines.



### III. RESULTADOS

Se presentan los resultados para los 20 pacientes con psoriasis severa con tratamiento biológico con adalimumab del Departamento de Dermatología del Complejo Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú. De la población estudiada, 11 personas (55%) es mayor o igual a 65 años, mientras que 15 (75%) era de sexo masculino. Por otro lado, el 35% de la población estudiada tenía un tiempo de enfermedad de 4 años, y el mismo porcentaje era de 8 años. La mediana del tiempo de enfermedad fue de 6,15 años con rango intercuartílico de 4 a 8 años. Finalmente, el 35% de estos pacientes se encuentran en situación de retiro (tabla 1).

**Tabla 1.** Características de la población de estudio

Características	n (%)
<b>Sexo</b>	
Femenino	5 (25,0)
Masculino	15 (75,0)
<b>Edad</b>	
Adulto	9 (45,0)
Adulto mayor	11 (55,0)
<b>Tiempo de enfermedad (años)</b>	
4 años	7 (35,0)
5 años	1 (5,0)
6 años	3 (15,0)
7 años	1 (5,0)
8 años	7 (35,0)
9 años	1 (5,0)
<b>Tiempo de enfermedad</b>	6,15 (4 – 8)*
<b>Situación laboral</b>	
Actividad	1 (5,0)
Incapacidad laboral	2 (10,0)
Retiro	13 (65,0)
Estudiante	4 (20,0)

\* mediana y rango intercuartílico

Con respecto al grado de afectación de la calidad de vida de la psoriasis, según Índice DLQI, evolucionó de afectación moderada 45%, severa 50% y muy severa 5% evolucionaron de manera favorable a afectación mínima 85% y moderada 15%. Dichos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p=0.025$ ). Ver tabla 2.

Por otro lado, en relación con el grado de severidad de la psoriasis según Índice PASI, evolucionaron de estadio grave con 90% y muy grave con 10%; mientras que evolucionaron de manera favorable a psoriasis leve con 85% y moderada 15%. Dichos cambios fueron estadísticamente significativos ( $p=0.001$ ). Ver tabla 2

**Tabla 2.** Grado de afectación de la calidad de vida y grado de severidad de la psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab según el índice PASI y DLQI

Prueba	Evaluación		p*
	Primera n (%)	Última n (%)	
<b>Calidad de vida (índice DLQI)</b>			0,025
Mínimo	0 (0,0)	17 (85,0)	
Moderado	9 (45,0)	3 (15,0)	
Severo	10 (50,0)	0 (0,0)	
Muy severo	1 (5,0)	0 (0,0)	
<b>Severidad de la psoriasis (índice PASI)</b>			0,001
Leve	0 (0,0)	17 (85,0)	
Moderada	0 (0,0)	3 (15,0)	
Grave	18 (90,0)	0 (0,0)	
Muy Grave	2 (10,0)	0 (0,0)	

\* Prueba de Willcoxon

Con respecto al análisis de correlación entre la severidad de la psoriasis (índice PASI) y Calidad de vida (índice DLQI) se encontró que:

- En pacientes con psoriasis muy grave: en la primera evaluación presentaban un grado de afectación de la calidad de vida severo 50% y muy severa 50%. En la última evaluación no se registraron pacientes con psoriasis muy grave.
- En pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación presentaban un grado de afectación de la calidad de vida de vida moderado 50% y severa 50%. En la última evaluación no se registraron pacientes con psoriasis grave.
- En pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación no se registraron pacientes con psoriasis moderada. En la última evaluación, se registró pacientes con un grado de afectación de la calidad de vida mínima 66,7% y moderada 33,3%.
- Por último, los pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes con psoriasis leve. En la última evaluación se registró

pacientes con un grado de afectación de la calidad de vida mínima 88,2% y moderada 11,8%.

Los cambios entre la primera evaluación, antes de iniciar el tratamiento biológico con adalimumab, no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la severidad (Índice PASI) y el grado de afectación de la calidad de vida (Índice DLQI) ( $p = 0.052$ ) ni la última evaluación ( $p = 0.361$ ) (tabla 3).

**Tabla 3.** Relación entre la calidad de vida y grado de afectación en pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab en el Departamento de Dermatología

Severidad de la psoriasis (índice PASI)	Calidad de vida (Índice DLQI)									
	Primera evaluación n (%)					Última evaluación n (%)				
	mínimo	moderado	severo	muy severo	p*	mínimo	moderado	severo	muy severo	p*
<b>Muy grave</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>1</b> (50,0)	<b>1</b> (50,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Grave</b>	0 (0,0)	<b>9</b> (50,0)	<b>9</b> (50,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Moderada</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,052	<b>2</b> (66,7)	<b>1</b> (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,361
<b>Leve</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		<b>15</b> (88,2)	<b>2</b> (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	

\*Prueba de correlación de spearman

Con respecto a la edad adulta:

- En los pacientes con psoriasis muy grave: en la primera evaluación pacientes con afectación severa y en la última evaluación no se registraron pacientes.
- En los pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación, pacientes con afectación moderada 50%, severa 50% y en la última evaluación no se registraron pacientes.
- En los pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la última evaluación, se registraron solo pacientes con afectación mínima 50% y moderada 50%.

- En los pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la última evaluación se registraron pacientes con afectación mínima, moderada.

Con respecto a la edad adulta mayor:

- En los pacientes con psoriasis muy grave: en las primeras evaluaciones pacientes con afectación severa y en la última evaluación no se registraron pacientes.
- En los pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación; pacientes con afectación moderada 50%, severa 50% y en la última evaluación no se registraron pacientes.
- En los pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la última evaluación se registraron pacientes con afectación mínima.
- En los pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la última evaluación se registraron pacientes con afectación mínima 80% y moderada 20%.

En conclusión: en la primera evaluación, antes de iniciar el tratamiento biológico con adalimumab no se existe una diferencia estadísticamente significativa entre la severidad (Índice PASI) y el grado de afectación de la calidad de vida (Índice DLQI), según edad del paciente con valores de  $p=0.088$  y valor de  $p=0.389$ , respectivamente; ni la última evaluación teniendo como valores de  $p=0.052$  y valor de  $p=0.662$ . Ver tabla 4.

Con respecto al sexo femenino:

- En los pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación; pacientes con afectación moderada 46,2%, severa 53,8% y en la última evaluación no se registraron pacientes.
- En los pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la última evaluación; se registraron pacientes con afectación mínima 80% y moderada 20%

Con respecto al sexo masculino:

- En los pacientes con psoriasis muy grave: en la primera evaluación pacientes con afectación severa 50%, muy severa 50% y en la última evaluación no se registraron pacientes.
- En los pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación; pacientes con afectación moderada 46.2, severa 53.8% y en la última evaluación no se registraron pacientes.
- En los pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la última evaluación; se registraron pacientes con afectación mínima 66.7%, moderada 33.3%.
- En los pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la última evaluación; se registraron pacientes con afectación mínima 91.7% y moderada 8.3%.

En conclusión: en la primera evaluación, antes de iniciar el tratamiento biológico con adalimumab no se objetiva una diferencia estadísticamente significativa entre la severidad (Índice PASI) y el grado de afectación de la calidad de vida (Índice DLQI), según sexo del paciente con valores de p=NC y valor de p=0.066; ni la última evaluación teniendo como valores de p=NC y valor de p= 0.267. Ver tabla 4.

**Tabla 4.** Relación entre la severidad de la psoriasis y grado de afectación de la calidad de vida según edad y sexo de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab

	Severidad de la psoriasis (índice PASI)	Calidad de vida (Índice DLQI)									
		Primera evaluación n (%)					Última evaluación n (%)				
		mínimo	moderado	severo	muy severo	p*	mínimo	moderado	severo	muy severo	p*
Adulto (edad)	muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	grave	0 0.0%	4 (50,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0.088	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0.052
	moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Adulto mayor	muy grave	0	0	1	0	0.389	0	0	0	0

(edad)		(0,0)	(0,0)	(100,0)	(0,0)		(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)
	grave	0 0,0%	5 <b>(50,0)</b>	5 <b>(50,0)</b>	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		8 <b>(80,0)</b>	2 <b>(20,0)</b>	0 (0,0)	0 (0,0)
	muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sexo femenino	grave	0 (0,0)	3 <b>(60)</b>	2 <b>(40)</b>	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	NC	0 <b>(0,0)</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		4 <b>(80,0)</b>	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)		0 <b>(0,0)</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sexo masculino	grave	0 (0,0)	6 46,2%	7 (53,8)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	moderada	0 (0,0)	0 <b>(0,0)</b>	0 <b>(0,0)</b>	0 (0,0)	0,066	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
	leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		10 <b>(91,7)</b>	2 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
	muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)		0 <b>(0,0)</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

\*Prueba de correlación de Spearman  
NC: no calculable

Con respecto a la evaluación de la relación entre el grado de severidad y calidad de vida, según el tiempo de enfermedad. Ver tabla 5.

Pacientes con cuatro años de tiempo de enfermedad:

- En pacientes con psoriasis muy grave: en la primera evaluación presentaban con afectación muy severa 100% y en la segunda evaluación no se registraron pacientes.
- En pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación se presentaban con afectación moderada 50%, severa 50% y en la segunda evaluación no se registraron pacientes.
- En pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación, no se registraron pacientes presentaban y en la segunda evaluación con afectación mínima 50% y moderada 50%.
- En pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación; afectación mínima 80% y moderada 20%.

#### Pacientes con 5 años de tiempo de enfermedad

- En pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación presentaban con afectación severa y en la segunda evaluación no se registraron pacientes.
- En pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación afectación mínima.

#### Pacientes con 6 años de tiempo de enfermedad

- En pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación; presentaban con afectación moderada 66,7%, severa 33,3% y en la segunda evaluación no se registraron pacientes.
- En pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación afectación mínima.

#### Pacientes con siete años de tiempo de enfermedad

- En pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación presentaban con afectación severa y en la segunda evaluación no se registraron pacientes.
- En pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación afectación moderada.
- En pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación afectación moderada.

#### Pacientes con ocho años de tiempo de enfermedad

- En pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación presentaban con afectación moderada 66,7%, severa 33,2% y en la segunda evaluación no se registraron pacientes.
- En pacientes con psoriasis moderada: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación afectación mínima.
- En pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación afectación mínima.

#### Pacientes con 9 años de tiempo de enfermedad

- En pacientes con psoriasis grave: en la primera evaluación presentaban con afectación severa y en la segunda evaluación no se registraron pacientes.

- En pacientes con psoriasis leve: en la primera evaluación no se registraron pacientes y en la segunda evaluación afectación mínima.

En conclusión: en la primera evaluación, antes de iniciar el tratamiento biológico con adalimumab, no se existe una diferencia estadísticamente significativa entre la severidad (Índice PASI) y el grado de afectación de la calidad de vida (Índice DLQI), según el tiempo de enfermedad con valores de  $p=0.105$ , y valor de  $p=0.206$ ; ni la última evaluación teniendo como valores de  $p=0.513$  y valor de  $p=0.285$ .

**Tabla 5.** Relación entre la severidad de la psoriasis y grado de la afectación de la calidad de vida según tiempo de enfermedad de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab

Años	Severidad de la psoriasis (índice PASI)	Calidad de vida (Índice DLQI)									
		Primera evaluación n (%)					Última evaluación n (%)				
		mínimo	moderado	mínimo	muy severo	$p^*$	mínimo	moderado	mínimo	muy severo	$p^*$
4	Muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	<b>0.105</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>0.513</b>
	Grave	0 (0,0)	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
5	Muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>NC*</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	<b>NC*</b>
	Grave	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
6	Muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>NC*</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>NC*</b>
	Grave	0 (0,0)	3 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	



7	Muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	NC*
	Grave	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
8	Muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,286
	Grave	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
9	muy grave	0 (0,0)	0 (0,0)	0 0.00%	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	NC*
	grave	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	moderada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	leve	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

\*Prueba de correlación de Spearman  
NC: no calculable

## V. DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad que afecta la calidad de vida de los pacientes, donde se relaciona con el grado de afectación y la severidad de la patología <sup>(1)</sup>. Debido a la falta de evidencia en nuestro medio, el presente trabajo tuvo como objetivo

El impacto en la calidad de vida de los pacientes se puede comparar e incluso superar al de otras patologías crónicas como la hipertensión, cáncer o las enfermedades coronarias, ya que la psoriasis podría afectar o disminuir la calidad de vida hasta en un 60% de los pacientes <sup>(51)</sup>.

En los últimos años, la dermatología tiene una visión integral del tratamiento de los pacientes con psoriasis, incluyendo la calidad de vida, debido a que se reconoce el impacto psicosocial, que influye en el resultado terapéutico de esta enfermedad <sup>(52)</sup>. En el presente estudio, se reportó que el 55% de los pacientes eran adultos mayores, lo cual está en concordancia con Armstrong, April et al., <sup>(4)</sup> quienes reportaron que el 70% de su población eran mayores de 65 años.

En cuanto al sexo, la mayor parte de la población estudiada fueron varones (75%), lo cual está acorde con la relación 4: 2 a: 1. Asimismo, Mumtaz K et al. <sup>(11)</sup> encontraron una predominancia del sexo masculino en relación con la psoriasis. En contraparte, en Europa se evaluó una distribución equitativa entre ambos sexos. E

Con respecto al tiempo de enfermedad, se obtuvo como resultado 35% con 4 y 8 años, que según el estudio de Mumtaz K et al., <sup>(11)</sup> en 2020, refirió que a mayor tiempo de enfermedad y mayor severidad de la enfermedad hay mayor afectación de la calidad de vida. García, L et al. <sup>(21)</sup> refirieron que la media del tiempo de enfermedad fue de 12,25 lo cual difiere con nuestro trabajo donde la media fue de 6,15.

Se encontró también que hay una diferencia estadísticamente significativa en el grado de afectación de la calidad de vida con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab; según el índice de calidad de vida DLQI. Este resultado fue similar al

de la investigación de Lanna, C et al., <sup>(13)</sup> que, en 2019, encontraron la misma asociación. De la misma manera, para el estudio de Hjalte F et al., <sup>(17)</sup> en 2016, se demostró que existe una relación positiva con variables antes mencionadas.

A su vez, el presente estudio encontró una correlación positiva entre la severidad de los pacientes con psoriasis, según escala de severidad PASI. Dicho resultado es coherente a la investigación de Dauden E et al., <sup>(18)</sup>, que, en 2016, concluyeron que existe una relación positiva entre la severidad de los pacientes con Psoriasis, según la escala de severidad PASI. Una situación muy similar fueron los hallazgos del estudio de Milcic D et al., <sup>(19)</sup> quienes en el mismo año obtuvieron como resultado que, a partir de la semana 24, el grado de afectación mejora y se estabiliza con el tiempo.

También se encontró que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas evaluaciones con respecto al índice de calidad de vida y el grado de afectación en pacientes; a pesar que en la 1ra evaluación demuestra que se encuentra 9 pacientes con enfermedad grave y moderada calidad vida y 9 pacientes con enfermedad grave y severa calidad de vida que, en la 2da evaluación, evolucionan favorablemente a enfermedad leve con mínimos cambios en su calidad de vida. Ello expresa que no existe relación entre el índice de calidad de vida y el grado de afectación. Resultado que es coherente a la investigación de Pereira M <sup>(22)</sup>, que, en 2016, tampoco encontró asociación. No obstante, según García L et al., <sup>(21)</sup> si encontró relación entre el índice de calidad de vida y el grado de afectación de la psoriasis, y concluyó que la calidad de vida en los pacientes con psoriasis y el grado de afectación de esta tienen una correlación moderada inversamente proporcional.

No se encontró relación entre la severidad de la psoriasis y el grado de afectación de la calidad de vida, según el tiempo de enfermedad de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab, tanto en la primera como en la segunda evaluación. Este resultado es coherente con la investigación de Jankowiak B et al., <sup>(12)</sup> y García L et al., en 2017. Llegan a la conclusión que la psoriasis es una presentación crónica con exacerbación y remisión <sup>(21)</sup>.

No existe una correlación entre la relación entre la severidad de la psoriasis y grado de afectación de la calidad de vida según edad con valores en la primera y segunda evaluación. Este resultado difiere de la investigación de Jankowiak B et al., <sup>(12)</sup> y Dauden E et al. <sup>(18)</sup> donde si encontraron diferencias. La razón principal de este contraste es la cantidad del tamaño de muestra de la población. Otra diferencia importante sería por las características que difieren entre cada grupo que se ha estudiado.

Finalmente, en el caso de la relación entre la severidad de la psoriasis y el grado de afectación de la calidad de vida, según sexo, no se encontraron diferencias entre la primera y la segunda evaluación. Este resultado que difiere de la investigación de Daudén E et al., <sup>(18)</sup> en donde encontraron una relación significativa entre estas variables. Lo mismo con la investigación de Pereyra M et al. <sup>(22)</sup> Al igual que en el caso anterior, el rol del tamaño de muestra y las diferencias poblacionales pueden haber jugado un rol fundamental con respecto al por qué los resultados no fueron similares.

## VI. CONCLUSIONES

1. El tratamiento biológico como adalimumab se encuentra asociado a la calidad de vida de los pacientes con psoriasis
2. El PASI y el DLQI son instrumentos útiles y confiables para la evaluación de la severidad y de la calidad de vida en los pacientes con psoriasis.
3. Según las características sociodemográficas: la edad más frecuente fue la del adulto mayor con 55%; sexo masculino fue más frecuente con 75%; tiempo de enfermedad que se halló con un 35% fue con un periodo de 4 y 8 años, respectivamente. Respecto a su situación laboral, un 65% se encontraron en situación de retiro.
4. Respecto al grado de afectación de la calidad de vida con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab, según el índice de calidad de vida DLQI; mostraron los resultados que sí hay una diferencia significativa entre las 2 evaluaciones pasando de 10 pacientes con cambios severos; cambiando a 17 con cambios mínimos.
5. En relación con la severidad de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab en el Departamento de Dermatología; según la escala de severidad PASI, según los resultados se encuentra una diferencia significativa entre las dos evaluaciones, en la que se ve una disminución marcada en la afectación severa con 18 pacientes cambiando a 17 pacientes con afectación leve en la última evaluación.
6. No se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la severidad (Índice PASI) y el grado de afectación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis en tratamiento biológico con adalimumab; esto se demuestra en la 2 evaluaciones.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Se debería realizar estudios con mayor tamaño muestral para evaluar mejor la asociación entre las variables descritas.

De confirmarse los resultados: se deberían incorporar medidas para mejorar la calidad de vida, implementando terapias multidisciplinarias adicionales o complementarias al tratamiento de la enfermedad.

Realizar más estudios para investigar la evolución de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gudjonsson J; et al; "Psoriasis: epidemiology". Clin Dermatol 2012; 25(6):535-46.
2. Chandran V; Raychaudhuri S; "Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis; J Autoimmun"; 2013; 34(3); J314-21.
3. Arenas R; Psoriasis; Dermatología Atlas; Diagnóstico y Tratamiento; 5ta Edición; México; Mc Graw Hill; 2013; p: 609-619.
4. Armstrong, A; Read, C; "Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis a Review"; JAMA May 19, 2020 Volume 323, Number 19.
5. Vivas, S; et al; "Calidad de Vida en Pacientes con Diagnóstico de Psoriasis. Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria "Enrique Tejera". Valencia, Venezuela 2014; Comunidad y Salud vol.10 no.1 Maracay jun. 2015
6. Cardona, J; et al; "Efecto de la psoriasis sobre calidad de vida relacionada con la salud: meta-análisis 2005-2015"; Rev. argent. dermatol. 2014; vol.95 no.2; 5-15; Buenos Aires-Argentina.
7. Rodríguez-Zúñiga M; "Psoriasis y síndrome metabólico en el Perú"; Acta Méd. Peruana vol.33 no.2 Lima abr. /jun. 2016.
8. Ponce M, Mendoza R; Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. Dermatología Perú. 2012;22(3):144–50.
9. Delgado M, Quincha M, Méndez M; Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test SF-36V2 en pacientes de la fundación de Psoriasis de la Ciudad De Quito. Dermatología Peru. 2003; 13:172–84.
10. Schmitt J, Wozel G; The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. Dermatology. 2005; 210:194–9.
11. Mumtaz K, et al; Dermatology life quality index in patients of psoriasis and its correlation with severity of disease; J Ayub Med Coll Abbottabad 2020; 32.
12. Jankowiak, B; et al; "Stigmatization and Quality of Life in Patients with Psoriasis"; Dermatol Ther (Heidelb) (2020) 10:285–296.
13. Lanna, C; et al; "Efficacy and safety of Adalimumab in difficult-to-treat psoriasis"; Dermatologic Therapy; Abril 2020; vol 33; página 1-6; Rome, Italy
14. Mahil, N; Wilson, N; et al; "Psoriasis treat to target: defining outcomes in psoriasis using data from a real-world, population-based cohort study (the

- British Association of Dermatologists Biologics and Immunomodulators” Register, BADBIR; British Journal of Dermatology 2019.
15. Korman, N; “Management of psoriasis as a systemic disease: What is the evidence? The Authors British Journal of Dermatology published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British Association of Dermatologists”;2019.
  16. Kouwenhoven, T; et al; Treatment goals in psoriasis from a patient perspective: a qualitative study; 2018; Disponible en: (<http://www.tandfonline.com/loi/ijdt20>).
  17. Hjalte, F; et al; “Sustained PASI, DLQI and EQ-5D response of biological treatment in psoriasis: 10 years of real-world data in the Swedish National Psoriasis Register”; Department of Public Health and Clinical Medicine, Dermatology, Umeå University; 2018.
  18. Daudén, E; et al; “Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable”. Estudio PSO-LIFE. Actas Dermosifiliogr. 2016; 104(8):685-693.
  19. Milčić D; et al. “Assessment of quality of life in patients with psoriasis: a study from Serbia. International journal of dermatology”. Serbia. 2015; 54(5): 523-528.
  20. Cajas, M; Santamaría G; “Terapia Biológica en psoriasis: experiencia de siete años en un hospital de tercer nivel de Ecuador”; Med Cutan Iber Lat Am 2018; 46 (3): 186-190.
  21. García L; “Calidad de vida en el paciente con psoriasis”; Gac Med Mex. 2017; 153:185-9.
  22. Pereira M; Bartoli; Parise M; Alencar; “Psoriasis: correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) in patients assessed before and after systemic treatment. An Bras Dermatol. 2016; 88(5): 760-773.
  23. Kivelevitch, D; et al; “Pharmacotherapeutic approaches for treating psoriasis in difficult-to-treat areas”. Expert Opinion on Pharmacotherapy, 19(6), 561–575; 2018.
  24. Poggioli L; et al. “Infliximab in the treatment of Crohn’s disease”; Therapeutics and Clinical Risk Management; 3(2) 301–308; [internet]; 2008. [Extraído el 25 abril 2020]. Disponible en: (<https://scihub.tw/https://www.dovepress.com/infliximab-in-the-treatment-of-crohns-disease-peer-reviewed-article>).
  25. Menter A; et al; “Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis”. Section 3; J Am Acad Dermatol; 60(4):643-659. Internet;



- 2009; [Extraído el 10 de enero 2020]; Disponible en: (<https://scihub.tw/10.1016/j.jaad.2008.12.032>).
26. Valdivia L; "Patogenia de la Psoriasis"; *Dermatol Per*; 18:340-345. [internet].2008; Extraído el [12 de marzo 2020]. Disponible en ([https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v18\\_n4/pdf/a04v18n4.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v18_n4/pdf/a04v18n4.pdf)).
27. García F; et al. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Boletín farmacoterapéutico de Castilla – La Mancha*. 2013; XIV (1): 1-8
28. Sánchez I; Romero R; Falcón M; García B; Protocolo para pacientes con psoriasis. *Ciencias* [internet]. 2015; [Extraído el 8 febrero 2020]. Disponible en: (<https://goo.gl/P7GURA>).
29. Wu J; Feldman S; Lebwohl M; Terapias para el tratamiento de la psoriasis grave. *Elsevier* [internet]. 2017. [Extraído el 10 febrero 2020]. Disponible en: (<https://goo.gl/5faWgd>).
30. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Infac*. 2011; 19(3): 12-20. [Extraído el 18 marzo 2020]. Disponible en:([https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2011/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_v19\\_n3.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/INFAC_v19_n3.pdf)).
31. Nast, A; et al." European S3-Guideline on the systemic
- i. treatment of psoriasis vulgaris - Update Apremilast and Secukinumab - EDF in cooperation with EADV and IPC"; *J EADV* 31(12):1951-1963. [internet]; 2017. Extraído el [02 febrero 2020]. Disponible en (<https://scihub.tw/10.1111/jdv.14454>).
32. Koo J; "Systemic sequential therapy of psoriasis: a new paradigm for improved therapeutic results". *J Am Acad Dermatol* vol 41: S25-8. [internet] 2006. [Extraído el 6 de enero de 2020]. Disponible en ([https://scihub.tw/10.1016/s0190-9622\(99\)70363-4](https://scihub.tw/10.1016/s0190-9622(99)70363-4)).
33. Consenso Nacional de Psoriasis". *Sociedad Argentina de Dermatología (SAD)* 2010.
34. Stain L; Topical Therapies for Psoriasis: Improving Management Strategies and Patient Adherence. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 35(2): S36-44. [internet]. 2016. [Extraído el 25 marzo de 2020]. Disponible en: (<https://scihub.tw/10.12788/j.sder.2016.006>).

35. Kim W; Jerome D; Yeung J; Diagnosis and management of psoriasis. *Canadian Family Physician*. 2017; 63(4); 278-285.
36. Greb, J; Goldminz A; "Insights on methotrexate in psoriatic disease". *Clin. Immunol.* [internet]; 172: 61-64; 2016; [Extraído el 28 marzo 2020]. Disponible en: (<https://sci-hub.tw/10.1016/j.clim.2016.07.008>).
37. Zhu X; et al; "Efficacy and safety of ustekinumab in Chinese patients with moderate to severe plaque-type psoriasis: results from a phase 3 clinical trial (LOTUS)"; *J Drugs Dermatol* 12:166-174; [internet]; 2013. [Extraído el 27 febrero 2020]. Disponible en (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23377389/>).
38. Puig L; Infliximab: patient's selection. *Actas Dermosifilogr* 2008; 99 Suppl 4:23-29.
39. Medicamentos anti-TNF. "Aspectos prácticos en Atención Primaria". *Boletín INFAC*. 2009; 17(3):13-18.
40. Papoutsaki M, Chimenti M; et al; "Adalimumab for severe psoriasis and psoriatic arthritis: an open-label study in 30 patients previously treated with others biologics". *J Am Acad Dermatol* 57: 269-75. [internet] 2007. [Extraído el 5 de abril 2020]. Disponible en: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962206041041>).
41. Puig, L; Carrascosa J; et al. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Spanish evidence-based "guidelines on the treatment of psoriasis with biologic agents", 2013. Part 1: on efficacy and choice of treatment. *Actas Dermosifilogr* 2013; 104; 694-709.
42. Restrepo C; et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *IATREIA*. 2013; 26(4): 467-475.
43. Barrios M; et al. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia. *Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*. 2012.
44. Chiricozzi, A; et al;" Reallife 9-year experience with adalimumab in psoriasis and psoriatic arthritis: Results of a singlecentre, retrospective study". [internet]; 2017; [Citado el 15 de marzo 2020]. Disponible en: (<https://doi.org/10.1111/jdv.13771>).
45. Puig L; ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?; *Editorial: Piel* 22(8):367-369. [internet].2007. [Extraído el 25 febrero 2020]. Disponible en: ([https://sci-hub.tw/10.1016/S0213-9251\(07\)73097-6](https://sci-hub.tw/10.1016/S0213-9251(07)73097-6)).

46. García L; Montiel A; Vásquez E; May A, Gutiérrez I; Loría J; Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex.* 2017; 153: 185-189.
47. De la Riva A; Maquillaje Terapéutico en personas con lesiones desfigurantes. (Tesis doctoral) Universidad de Alcalá. Madrid, España. 2012.
48. Ceballos, L; Psoriasis y comorbilidades en el personal militar hospital militar central 2016; pág. 12-13; [internet]. 2017. [Extraído el 9 marzo 2020]. Disponible en:  
([http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2815/ceballos\\_ik.pdf](http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2815/ceballos_ik.pdf)).
49. Triola M; Estadística. 10ma ed. Ed. Pearson Educación. México. 2009.
50. Acosta D; Alfonso I; Toledo M; Calidad de vida, actividad y severidad de la psoriasis en pacientes de un policlínico de La Habana - Cuba: enero-julio 2008. *Dermatol Peru* [Internet]. 2009;19(1):44–7. Available from: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/dp/v19n1/a07v19n1.pdf>
51. López M; Greenberg P; Valoración de la calidad de vida en pacientes con psoriasis vulgar. *Rev la Fac Med Univ. Fr Marroquín.* 2012; 1:10–2
52. Tuckman A. The Potential Psychological Impact of Skin Conditions. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2017(Suppl 1): 53–57
53. García Sánchez, Liliana; “Calidad de vida en el paciente con psoriasis”; *Gac Med Mex.* 2017; 153:185-9.
54. Restrepo C; Escobar C; Mejía A; et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *IATREIA.* 2013; 26(4): 467-475.
55. Barrios M; Beltrán A; Castellanos H; Cortés C; et al. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. 2012.
56. Lluís Puig; ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?; *Editorial: Piel* 22(8):367-369. [internet].2007. [Extraído el 25 febrero 2020]. Disponible en: ([https://sci-hub.tw/10.1016/S0213-9251\(07\)73097-6](https://sci-hub.tw/10.1016/S0213-9251(07)73097-6)).
57. García L, Montiel A, Vásquez E, May A, Gutiérrez I y Loría J. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex.* 2017; 153: 185-189.
58. De la Riva A. Maquillaje Terapéutico en personas con lesiones desfigurantes. (Tesis doctoral) Universidad de Alcalá. Madrid, España. 2012
59. Triola M. Estadística. 10ma ed. Ed. Pearson Educación. México. 2009.

60. Ordóñez; Palacios A; et al; "Medición de la calidad de vida por medio del Dermatology Life Quality Index en pacientes con psoriasis: una revisión sistemática"; Rev Asoc Colomb Dermatol; 2013; 21:305-13.

## ANEXOS

### 1. Instrumento de recolección de datos

#### I. Índice de severidad del área de psoriasis (PASI)

Especificar: \_\_\_\_\_

“No psoriasis = 0 ( )

Psoriasis muy grave = 72 ( )

Psoriasis grave = > 12 ( )

Psoriasis moderada = 7-12 ( )

Psoriasis leve = < 7 ( )

#### II. Índice dermatológico de calidad de vida (DLQI) <sup>(45)</sup>

El propósito de este cuestionario es medir cuánto su problema de la piel ha afectado su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Marque una casilla para cada pregunta.

**Tabla cuestionario DLQI <sup>(45)</sup>**

1. Durante esta última semana, ¿cuánto le pica o qué tan “ <b>sensible, adolorida o con prurito</b> ” ha estado su piel?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>		
	Mucho	<input type="checkbox"/>		
	Poco	<input type="checkbox"/>		
	Nada	<input type="checkbox"/>		
2. Durante esta última semana, ¿cuán <b>avergonzado/a o cohibido/a</b> ha estado usted debido a su piel?”	Muchísimo	<input type="checkbox"/>		
	Mucho	<input type="checkbox"/>		
	Poco	<input type="checkbox"/>		
	Nada	<input type="checkbox"/>		
3. Durante esta última semana, ¿cuánto ha interferido su piel con que	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	Sin Relevancia	
	Mucho	<input type="checkbox"/>		

usted <b>“salga a comprar o cuide de su hogar o jardín”</b> ?	Poco			
	Nada			
4. Durante esta última semana, ¿cuánto ha influido su piel en la <b>ropa</b> que se pone?	Muchísimo		Sin Relevancia	
	Mucho			
	Poco			
	Nada			
5. Durante la última semana, ¿cuánto ha afectado su piel cualquier actividad <b>social o de esparcimiento</b> ?	Muchísimo		Sin Relevancia	
	Mucho			
	Poco			
	Nada			
6. Durante la última semana, ¿cuánto le ha dificultado su piel hacer cualquier <b>deporte</b> ?	Muchísimo		Sin Relevancia	
	Mucho			
	Poco			
	Nada			
7. Durante la última semana, ¿le ha impedido su piel <b>trabajar o estudiar</b> ?	Muchísimo		Sin Relevancia	
	Mucho			
	Poco			
	Nada			
Si la respuesta es “No”, durante la última semana ¿cuánto problema ha significado su piel en el <b>trabajo o para estudiar</b> ?	Muchísimo			
	Mucho			
	Poco			
	Nada			
8. Durante la última semana, ¿cuánto problema ha creado su piel con su pareja o con cualquiera de sus <b>amigos cercanos o parientes</b> ?	Muchísimo		Sin Relevancia	
	Mucho			
	Poco			
	Nada			

9. Durante la última semana, ¿en qué medida su problema de la piel le ha ocasionado <b>dificultades sexuales</b> ?	Muchísimo		Sin Relevancia	
	Mucho			
	Poco			
	Nada			
10. Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha significado el <b>tratamiento</b> de su piel, por ejemplo causando desorden en su casa o quitándole tiempo?	Muchísimo		Sin Relevancia	
	Mucho			
	Poco			
	Nada			

¿Es realmente útil el PASI como parámetro de la gravedad de la psoriasis?;  
 editorial: Piel 22(8):367-369.