



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON PSORIASIS”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

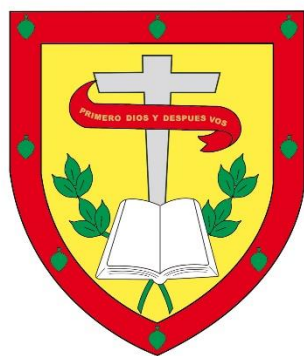
AUTOR: DIANA CAROLINA MENA COYAGO

DIRECTOR: CARLOS ROLANDO ESPINOZA CÁRDENAS

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS
PACIENTES CON PSORIASIS”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: DIANA CAROLINA MENA COYAGO

DIRECTOR: CARLOS ROLANDO ESPINOZA CÁRDENAS

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Diana Carolina Mena Coyago portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706975802**. Declaro ser el autor de la obra: **"Impacto de la calidad de vida en los pacientes con psoriasis"**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **25 de julio de 2023**

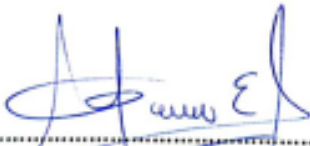
F:


Diana Carolina Mena Coyago
C.I. **0706975802**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado " IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS" realizado por MENA COYAGO , DIANA CAROLINA con documento de identidad No. 0706975802, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 24 de julio de 2023


F:
Dr. Rolando Espinoza Cárdenas

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres Priscila y Homero, quienes con su esfuerzo, amor y paciencia me han acompañado en este trayecto a pesar de estar lejos de mi ciudad natal y de inculcarme que todo lo que me proponga lo lograré.

A mis hermanos Yadira, Josué y Heydi, que con su apoyo me ha ayudado a seguir adelante y con sus ocurrencias me han elevado el ánimo día, tras día.

A mi novio, por ser un gran compañero de vida y que gracias por sus consejos me ha motivado día a día.

A mi amiga Alejandra, por ser un gran apoyo, por sus consejos, ocurrencias, por acompañarme en tantas malas rachas de la vida y sobre todo por saberme consolar cada que lo necesito.

A mi mejor amigo David, que tuve oportunidad de conocerlo en pandemia, por estar conmigo en todas, por ser esa persona que todo individuo necesita en su vida, alguien que no juzgue y te aconseje.

A mi prima Solange, que siempre me apoyó en cada paso que daba, sobre todo en la parte social y emocional.

A mi grupo denominado EC, que están conformado por Pauleth, Darío, Anthony, Gabriel, Melanie, Cristina, Vanessa y Andrés, que les agradezco enormemente por haberlos conocido, ya que todos somos de distintas ciudades e hicieron que mi vida sea menos difícil sin mis padres cerca, por siempre sacarme sonrisas y las salidas a comer juntos como una familia, eso siento como un hogar.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por darme salud, vida y bienestar para realizar y acabar con éxito esta tesis, sin Dios y sin su fuerza dada hacia mí no hubiera dado completamente todo de mí.

Le agradezco profundamente a mi tutor, de esta tesis, Dr. Ronaldo Espinoza, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas, y por su paciencia, tiempo de demostrar interés en mi trabajo lo que me ha facilitado extensamente. Gracias por ver en mí el potencial que tengo.

Asimismo, agradezco al Dr. Fabricio Guerrero por ser un gran docente y abogar por nosotros y nuestro trabajo, por tener el tiempo para dedicarnos a cada uno de los estudiantes de él y sobre todo alentarnos a realizar las cosas perfectamente.

Resulta importante reconocer que agradezco de todo corazón el apoyo de mis padres, de su amor, de su paciencia, de que, al no poder vernos todos los días, ellos siempre están pendientes de mí y demostraban interés en mi futuro.

También agradezco a todos mis docentes desde el propedéutico de la Universidad Católica de Cuenca hasta mi último ciclo, cada docente ha aportado un granito de arena en mi formación académica.

Finalmente, agradezco inmensamente al Dr. Luis Cervantes por siempre ayudarme a ser mejor persona y futura médica, por su apoyo, por confiar en mí y por siempre levantarme el ánimo no solo a mí, sino a varios de mis compañeros, con sus consejos y anécdotas.

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel afectando el 2% a nivel global. Esta enfermedad es de causa idiopática, sin embargo, existen factores relacionados que estimulan la enfermedad, como el estrés físico, mental, exposición prolongada al sol, medicamentos, tabaquismo, obesidad, la genética y enfermedades metabólicas. El objetivo de este trabajo es describir el impacto en la calidad de vida en los pacientes con psoriasis y cómo enfrentan su día a día por las consecuencias que conlleva la psoriasis a nivel físico y emocional siendo importante recalcar que depende el tipo de psoriasis que presente el individuo, ya que algunos son más afectados que otros, todo esto depende por la aparición más marcada de las características clínicas de la enfermedad, así como la psoriasis pustulosa ya que al ser un tipo de psoriasis poco frecuente puede provocar ampollas pustulosas, siendo esta más difícil de sobrellevar diariamente, por lo tanto, esto es lo que desencadenaría el cómo se siente cada persona según sus manifestaciones clínicas y cómo afecta la parte física y social, de modo que el impacto en la calidad de vida del paciente no solo es físico, sino también afecta emocionalmente al individuo, desarrollando tensión al momento de relacionarse con otras personas, agresividad e incluso depresión. De esta manera, es de vital importancia conocer e investigar los distintos tipos de psoriasis y sobre cómo afecta las características clínicas en un paciente con esta patología en relación a su calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida; estrategia; psoriasis

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease affecting 2% globally. This disease is idiopathic in cause; however, related factors stimulate the disease, such as physical and mental stress, prolonged exposure to the sun, medications, smoking, obesity, genetics, and metabolic diseases. This study aims to describe the impact on the quality of life in patients with psoriasis and how they cope with their daily lives due to psoriasis's physical and emotional consequences. It is essential to emphasize that it depends on the type of psoriasis that the individual presents since some are more affected than others; all this depends on the more marked appearance of the clinical characteristics of the disease. This is what triggers how each person feels according to its clinical manifestations and how it affects the physical and social part so that the impact on the patient's quality of life is not only physical but also affects the individual emotionally, developing tension when relating to other people, aggressiveness and even depression. Thus, it is vital to know and investigate the different types of psoriasis and how it affects the clinical characteristics of a patient with this pathology concerning their quality of life.

Keywords: quality of life; strategy; psoriasis

ÍNDICE

CONTENIDO

1. RESUMEN.....	7
2. ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
MÉTODOLÓGÍA.....	11
2.1. Diseño del estudio.....	11
2.2. Fuente de búsqueda.....	11
2.3. Criterios de inclusión.....	11
2.4. Criterios de exclusión.....	11
2.5. Estrategia de búsqueda.....	11
2.6. Instrumentos.....	11
DEFINICIÓN.....	12
ETIOLOGÍA.....	12
EPIDEMIOLOGÍA.....	12
FISIOPATOLOGÍA.....	13
CLASIFICACIÓN.....	13
Morfológica:.....	13
Edad:.....	13
Localización:.....	13
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	14
DIAGNÓSTICO.....	16
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS.....	16
ESTRATEGIAS APLICADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.....	18
Estrategia de tratamiento farmacológico.....	19
PRONÓSTICO.....	21
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
GLOSARIO.....	26

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se manifiesta por distintas características clínicas. La causa de esta enfermedad es idiopática, sin embargo, existen factores asociados que pueden estimular la psoriasis, como son: el estrés físico-mental, la exposición al sol, contaminantes del medio ambiente, medicamentos, tabaquismo, obesidad, la genética y enfermedades metabólicas (1,2). Asimismo, se estima que a nivel mundial existen cifras de 100 millones de individuos que presentan psoriasis, adquiriendo un porcentaje del 2% en el mundo. En el Ecuador no se reportan datos epidemiológicos actualizados acerca de pacientes que presenten esta enfermedad, sin embargo, esto no lo vuelve irrelevante (3,4).

A menudo, la psoriasis afecta la parte social, laboral y emocional de pacientes que lo padecen, estas circunstancias son totalmente dependientes del individuo, por lo tanto, dos personas con el mismo diagnóstico pueden tener una calidad de vida distinta, por consiguiente, los individuos que son afectados con dicha patología suelen manifestar niveles de discapacidad semejantes a aquellos que tienen una enfermedad cardíaca, cáncer y depresión (5,6).

Asimismo, cada persona debe proceder con un tratamiento individualizado para presentar mejorías a nivel físico y a su vez la parte emocional, por lo que es necesario que tanto un especialista en la salud física como el dermatólogo; y mental como el psicólogo sean parte del equipo multidisciplinario para tratar la psoriasis, y en casos más extremos obtener la ayuda de un reumatólogo debido a la amplia clasificación de la patología (7,8).

De esta manera, es vital conocer la calidad de vida en las personas que padecen psoriasis y comprender a profundidad más sobre la patología, sobre todo la importancia de los factores de riesgo que son causantes de activar la enfermedad y empeorar el cuadro en un paciente con psoriasis (9,10). Por lo descrito y por la necesidad de ampliar el conocimiento acerca de las distintas manifestaciones clínicas del psoriasis y como esto afecta su estilo de vida, surgió la siguiente interrogante de investigación: ¿Qué relación tiene la calidad de vida a causa de las manifestaciones clínicas de pacientes que presentan psoriasis?

MÉTODOLÓGÍA

1.1. Diseño del estudio

Revisión bibliográfica de artículos científicos.

1.2. Fuente de búsqueda

Se revisó artículos científicos que contengan información sobre la psoriasis en bases de datos, como: Scielo, Science direct, Google.

1.3. Criterios de inclusión

Se consideró algunos requisitos en la revisión bibliográfica, las cuales fueron puntos importantes en el tema investigado, como son:

- Artículos en inglés y español.
- Artículos que describan sobre la psoriasis.
- Artículos no más de 5 años de antigüedad.
- Artículos de revistas indexadas.

1.4. Criterios de exclusión

Se excluyó artículos que no describan con claridad acerca del psoriasis.

- Artículos que no cumplen con el límite de no más de 5 años de antigüedad.
- Libros
- Tesis.

1.5. Estrategia de búsqueda

Se utilizó artículos científicos en el idioma inglés y español, aplicando así una estrategia de búsqueda con terminología como: “Psoriasis”, “Treatment psoriasis”, “Etiology”, “Classification”, “Definición”.

1.6. Instrumentos

Guías PRISMA-SR

DEFINICIÓN

La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria de tipo crónica y recurrente. Su presentación clínica varía según la clasificación de psoriasis, sin embargo, comúnmente esta afecta en la piel, aunque también puede afectar a nivel articular, sus lesiones se caracterizan por la presencia de pápulas y placas bien delimitadas de tipo escamosas con coloración blanco-nacaradas encontrándose con mayor frecuencia en zonas de flexión, cuero cabelludo, palmas y plantas de la piel (11,12).

ETIOLOGÍA

En la actualidad la etiología del psoriasis es idiopática, sin embargo, eventualmente esta puede ser de tipo multifactorial. No obstante, se acepta que los factores genéticos predisponentes y los factores que lo puedan desencadenar sean la causa del empeoramiento de la patología (13,14).

Esta enfermedad es multigénica, ya que presenta genes en distintos locus y cromosomas distintos. Se detallan combinaciones de genotipos que originan fenotipos variables, por lo tanto, estos factores genéticos más el factor ambiental se fusionan para determinar el peligro de padecer psoriasis, con un umbral que debe ser más alto del límite para que la patología pueda expresarse de manera clínica, siendo los factores ambientales los que afectan en la afección para que se desencadenen (15,16).

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que a nivel mundial existen cifras de 100 millones de individuos que presentan psoriasis, adquiriendo un porcentaje del 2% en el mundo. En el Ecuador no se reportan datos epidemiológicos actualizados acerca de pacientes que presenten esta enfermedad, sin embargo, esto no lo vuelve irrelevante (3,4).

FISIOPATOLOGÍA

En la inmunopatogenia esta enfermedad presenta una activación inmune de los queratinocitos, que se acompaña con múltiples alteraciones de característica inflamatoria, mediada por la inmunidad innata y la adquirida. Intervienen los linfocitos T que mantienen un papel importante en el establecimiento de la inflamación en las lesiones cutáneas, así como también las citoquinas que impulsan la inflamación psoriásica, dentro de las que se incluye TNF, IL-23, IL-27 e IL-22, estas promueven la respuesta inflamatoria de queratinocitos y la producción de péptidos antimicrobianos, citoquinas y quimiocinas, perpetuando la respuesta inflamatoria (17–19).

Referente a los factores ambientales que puedan desencadenar la psoriasis, estas activan la enfermedad, existen varios factores, lo que nos indica que es una enfermedad multifactorial, dentro de estos existen los agentes externos e internos, en los externos se conocen como los traumas, infecciones, alcohol, estrés, hábitos tabáquicos, alcohol, radiación ultravioleta, microflora cutánea y en los agentes internos se encuentran síndromes metabólicos, reacciones fototóxicas, y alteración de la inmunidad (19).

CLASIFICACIÓN

La clasificación del psoriasis va a variar dependiendo de la edad, la localización, su morfología y sobre su gravedad (20).

Morfológica: Consiste en el análisis, la descripción de la forma y estructura con respecto a las lesiones que provocan la psoriasis, estas pueden ser: psoriasis en placa, gota o guttata, pustulosa, gyrata, psoriasis rupioide, psoriasis artropática, eritrodermia psoriásica (20).

Edad: consiste en la aparición del psoriasis según la edad adquirida, tales como: tipo I (juvenil), tipo II del adulto (20).

Localización: se pueden localizar en cuero cabelludo, ungueal, palmas y plantas (20).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas que presenta el individuo va a variar según la clasificación que presente el paciente, por lo tanto, depende del tipo de psoriasis que afecta al individuo lo que le hará empeorar su calidad de vida.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas del psoriasis

TIPO	OBSERVACIÓN
Psoriasis en placa o vulgar ^(a)	Es la más frecuente, aproximadamente el 80% de pacientes presentan este tipo de psoriasis, se presentan en codos, rodillas, tronco, parte lumbar, cuero cabelludo de manera simétrica, se caracteriza por presentar placas con escamas eritematosas platinadas/nacaradas, son delimitadas y su tamaño varía (21).
Psoriasis en gota o guttata ^(a)	Este tipo de psoriasis es más común en niños y adolescentes que en adultos y se puede activar mediante infecciones estreptocócicas. Las personas que presentan este tipo de psoriasis manifiestan que aparecen pápulas y placas pequeñas, escamosas, en forma de gota con un diámetro de 0,3 – 0,5 (21).
Psoriasis pustulosa ^(a)	Se caracteriza por brotes de pústulas asépticas y son de dos tipos, la pustulosa localizada que se presenta en palmas y plantas.; y la pustulosa generalizada esta es mucho más grave ya que se puede observar un brote de eritema y pústulas por toda la superficie del cuerpo, afectando así el estado

	general del paciente, fiebre elevada, alteraciones analíticas y un alto grado de mortalidad (21).
Psoriasis gyrata^(b)	Son daños en la piel de forma anular que delimitan en su centro áreas de piel sana (22).
Psoriasis rupioide^(b)	Son placas de tipo crónica recubiertas con escamas de color grisácea (22).
Psoriasis artropática^(b)	Estas pueden llegar a afectar a las articulaciones por lo que la parte más afectada es en las manos y de los pies, a su vez afecta la columna vertebral dando así lugar a una espondiloartritis (22).
Eritrodermia psoriásica^(c)	Esta es una variante inusual y muy grave de la psoriasis, se presenta comúnmente con eritema, descamación, lesiones y afecta al 90% o más de la piel, está siempre se acompaña con síntomas sistémicos, tales como; fiebre, deshidratación, escalofríos, malestar gastrointestinal, por lo tanto, debido a la mayor parte que afecta la piel son más propensos de presentar infecciones graves hasta sepsis (23).
Tipo I juvenil^(d)	Generalmente, la edad promedio en el tipo juvenil se presenta a los 20 años, es más generalizada, más resistente al tratamiento y más grave (24).

Tipo II del adulto^(d)	Se presenta alrededor de los 50-60 años, no se evoluciona de manera maligna que puede a su vez coincidir con alteraciones metabólicas (24).
---	---

Fuente: ^(a)Navarini A, et al. (2019); ^(b)Solíís M, et al. (2021); ^(c)Arellano J, et al. (2023); ^(d)Puchades M, et al. (2022)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del psoriasis se basa en la historia y apariencia clínica, esta última se justifica en las lesiones de la piel (tabla 1) y el cuero cabelludo que por lo general se basa en presencia de placas rojas y escamosas, que a menudo presenta borde bien definido. En algunos casos, se puede realizar una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico. Además, es importante valorar si existe síntomas complementarios, como dolor o inflamación en las articulaciones o los ojos, que podrían indicar la presencia de artritis psoriásica o conjuntivitis psoriásica (25).

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS

Se ha visto que la calidad de vida en pacientes que presentan psoriasis puede afectar según el impacto físico y emocional que la enfermedad tiene en cada persona; su severidad va a variar en cada individuo, ya sea en la autoestima, comportamientos y experiencias de los que la padecen, lo cual se relaciona con la extensión de la afectación y la intensidad de las manifestaciones clínicas (26).

Pacientes con psoriasis indican que al tener esta afección hace que su estrés aumente, y se sugiere que el estrés y la capacidad de la persona para lidiar con la afección juegan un papel de exacerbación de la enfermedad ocasionando un “síndrome de lucha”, que a su vez el organismo libera una sobreabundancia de hormonas y sustancias químicas para preparar a tu cuerpo para lo peor, por lo que la piel puede sufrir bastante, también se ha asociado a sentimientos de tristeza, incomodidad social y estigmatización, miedo al rechazo y en algunas ocasiones interferencia en el trabajo. Otros puntos importantes es la afectación en el ámbito sexual, ya que muchos pacientes se sienten juzgados al poder mostrarse debido a las placas que presentan según su tipo (26,27)

Referente al género se determinó que los hombres presentan un mayor porcentaje (57%) que las mujeres (43%), aunque la cifra sea mayor del sexo masculino, las mujeres son las más afectadas, esto debido a la presión social que constantemente las mujeres desde siglos atrás han tenido que cumplir ciertos estándares de belleza, esto dando lugar a mayores inseguridades en su aspecto físico y sobre el miedo al ser rechazados en la sociedad (27).

Hombres y mujeres dependen de la confianza de sí mismo para enfrentar la inseguridad de su enfermedad, por lo que si el individuo es inseguro podría aislarse de realizar situaciones placenteras para sí mismo, como lo es la actividad física; algunos individuos al sentirse mal con su aspecto dejan a un lado los ejercicios físicos, volviéndose sedentarios, lo que está relacionada con la inflamación como con el estrés oxidativo, que pueden repercutir potencialmente en el desarrollo y la gravedad de la psoriasis (27).

Para poder evaluar el impacto en la calidad de vida depende de la gravedad de la enfermedad propiamente dicha existe índices de medición, siendo el más utilizado el PASI (Psoriatic Area Severity Index) que evalúa según el grado de eritema, infiltración y descamación, siendo: Leve 0-7, moderado de 7 a 10 y severo mayor a 10. Se demuestra que el tratamiento es efectivo cuando existe una baja del 50 al 75% (28).

Otro cuestionario realizado se denomina Dermatology life quality index (DLQI), del siendo específico para medir la calidad de vida en dermatología, la finalidad de este score es evaluar el efecto en las actividades diarias de enfermedades inflamatorias de la piel, como la psoriasis y otras enfermedades dermatológicas al igual que la parte emocional de las personas con esta enfermedad (29).

El DLQI es una escala que consta de un cuestionario que se puede autorealizar, además escorto, simple y fácilmente desarrollable. Se emplean 10 preguntas y se responden en aproximadamente 5 minutos. Así como los demás cuestionarios, este score se relaciona sobre como la enfermedad de la piel a afectado su vida, abarcando preguntas sobre sus síntomas, sentimientos, actividades diarias, trabajo, escolaridad, relaciones interpersonales y efectos secundarios del tratamiento (29).

Otro índice utilizado es del área de superficie corporal BSA (Body Surface Area) consistiendo en calcular el BSA que está afectada, estableciendo a la clasificación de los grados de clasificación graves. Para poder realizar el procedimiento se toma en cuenta la

regla de los 9% que es práctico para la determinación de quemaduras. Siendo leve cuando es $\leq 3\%$, moderada de 3-10% y severa $>10\%$ (30).

Independientemente del cuestionario que se utilice los resultados señalan un impacto del psoriasis en diversos puntos, como: (30).

- Malestar físico: siendo estos el prurito o escozor el 90%(30).
- Relaciones sociales: más de 2/3 de los pacientes refieren vergüenza en relación con la enfermedad, que esta interfiere en su elección de la ropa, y más de la mitad reconoce que interfiere en actividades sociales o de tiempo libre (30).
- Vida en pareja: la mayoría reconoce que afecta a su vida de pareja como a sus relaciones sexuales (30).
- Desarrollo profesional: El 30% reconoce que se les complica mucho más de lo normal a la hora de estudiar (30)
- Percepción sobre uno mismo: más de la mitad reconoce que afecta en su bienestar, merma su autoestima y no hay entusiasmo .(30).

ESTRATEGIAS APLICADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

A pesar que la psoriasis es una enfermedad que no tiene cura y una de las dificultades de la enfermedad se asocian a la visibilidad de las lesiones, ya sea en codo, rodillas, cuero cabelludo, los pacientes pueden llegar a tener una piel sana con el tratamiento adecuado. Cabe recalcar que aunque el paciente lleve un control de su enfermedad mediante tratamiento médico dado por un especialista en dermatología, se debe destacar que existen factores desencadenantes que logran agravar la enfermedad, por lo que se debe mejorar hábitos de la vida diaria para mejorar progresivamente la forma en cómo se percibe el individuo a la hora de relacionarse socialmente, como por ejemplo, las siguientes estrategias (31).

- **Dieta balanceada:** se ha demostrado que lo que la gente se alimenta incide en su apariencia y en cómo se siente. Por lo que la OMS nos indica que se debe enseñar desde los primeros años de vida hábitos alimenticios saludables, ya que puede facilitar beneficios a largo plazo, por lo que nos indica que debemos limitar el azúcar al menos el 10% de nuestra ingesta calórica, mantener el consumo de sal por debajo de 5 gramos diarios, y además consumir frutas, verduras, legumbres,

frutos secos y proteínas de gran calidad, por lo tanto alimentándose de una manera correcta y balanceada evitaremos el sobrepeso y a su vez muchas enfermedades(32).

- **Evitar consumo de alcohol y tabaco:** El consumo de alcohol y tabaco puede deprimir el sistema inmunitario, por lo tanto, eleva el riesgo de activar la enfermedad aumentando así las manifestaciones clínicas en el paciente con psoriasis (32).
- **Actividad física:** según la OMS menciona que la salud está conectado con la parte mental y social, no únicamente las manifestaciones que mantenga una enfermedad físicamente , por lo que incentiva a realizar la actividad física mínimo 30 minutos diarios ya que puede mejorar el estado de ánimo del paciente, liberando estrés y así pudiendo mejorar su calidad de vida (32).

Estrategia de tratamiento farmacológico

➤ **Psoriasis leve.**

1. **Corticosteroides tópicos:** reducen la inflamación y aclaran las placas, para esto se usan corticoides de acción baja en lugares delicados de la piel.

Es recomendable usar este tipo de medicamento al principio de la semana que se usa y posteriormente ajustar la dosis a una más baja, incluso se puede alternar los días y combinarlos con otras terapias. Por lo general se aplica los corticosteroides 2 veces al día (33).

El efecto de este tipo de tratamiento ayuda a que en 3 a 7 días las placas sean menos visibles, si bien los corticoides ayudan rápidamente, el efecto baja tras 1 o 2 semanas de iniciar con la aplicación (33).

2. **Análogos de la vitamina D:** El más eficaz es el calcipotriol. La respuesta clínica es más lenta que la de los corticoides, pero ayuda a mejorar la parte física y es seguro por lo que es útil para tratamiento de largo plazo.

Es importante combinar estos análogos con corticoides y se recomienda ciclos cortos para mejorar su sintomatología de manera instantánea (33).

3. **Retinoides:** El tazorac es el principal tazorano que ayuda a normalizar y aplacar las lesiones del paciente, colocándose solamente una vez al día (33).
4. **Inhibidores de la calcineurina:** Existen inmunomoduladores tópicos, como: tacrólimus 0,1% o pimecrólimus 1%, actúan bloqueando IL 13,5,4, GM-CSF,

INF- γ , FNT-ALFA, habiendo efectos secundarios como cefalea, náuseas y vómitos (33).

5. **Queratoíticos (ácido salicílico):** Al igual que los corticoides ayudan a aplacar y a suprimir las lesiones y así ayudando a mejorar el tejido (33).
6. **Emolientes:** La vaselina, parafinas, aceites ayudan a evitar sequedad de las placas, siendo completamente seguros y ayuda a la prevención de la irritación (33).

➤ **Terapia sistémica**

Se reserva para las formas de moderada-graves y que sean incapacitantes como la pustulosa o artropática y aquellos que no respondan a los tratamientos tópicos.

1. **Fototerapia:** disminuyen al aumento celular de las células queratósicas. Este consiste en aplicar radiación UVA con la administración de metoxaleno 3 horas antes (34).

➤ **Terapia sistémica vía oral**

1. **Metotrexato:** Es un análogo sintético de la vitamina B9 , actuando como inhibidor competitivo de la enzima reductasa del ácido dihidrofólico. Consiste en dosis por una vez a la semana, generalmente hay mejoría posterior a 6 u 8 semanas (34).
2. **Ciclosporina:** Es menos tóxica que el metotrexato, con una dosis de 3-5 mg/kg/día (34).

➤ **Terapia biológica**

Los medicamentos para la terapia biológica incluyen infliximab, etanercept, adalimumab, efalizumab y alefacept. Todos estos medicamentos ayudan a dirigirse en la parte genética del proceso patológico (34).

1. **Alefacept:** Bloquea la interacción lfa-3 cd2 competitivamente generando apoptosis de la célula (34).
2. **Efalizumab:**inhibe la proteína del complemento C5 humano. (34).
3. **Etanercept:** proteína recombinante que inhibe el TNF alfa, disminuyendo las acciones pro-inflamatorias (34).
4. **Adalimumab:** Bloquea la interacción con el MCHII (antígeno de histocompatibilidad mayor tipo II) (34).

PRONÓSTICO

El pronóstico es impredecible, ya que al ser una enfermedad crónica que evoluciona a brotes de intensidad variable. La mayoría de los pacientes con psoriasis presentan a lo largo de sus vidas placas, sin embargo, al mantener con las estrategias ya mencionadas tanto farmacológica como no farmacológica ayudan a que la calidad de vida del individuo afectado no empeore. Caso contrario, existen algunos pacientes que tienen más probabilidad de que la enfermedad empeore, ya sea con patologías adyacentes, como: hipertensión, diabetes, sobrepeso o incluso depresión, por lo que para mejorar su calidad de vida se han añadido terapias sistemáticas para controlar la enfermedad (35).

CONCLUSION

La psoriasis al ser una enfermedad de la piel y al no ser tratada debidamente puede relacionarse con problemas en la salud mental, por lo que la relación piel-mente es de gran relevancia, siendo un tema importante de que dialogar. La salud mental va de la mano con la salud física, de modo que una persona con afecciones en la piel no se sentirá bien y acudirá a un especialista en el área y este a su vez deberá identificar si el paciente necesita apoyo emocional y así derivar a un psicólogo y hablar abiertamente de la enfermedad con la familia.

Cabe recalcar que la detección temprana de la enfermedad, el tratamiento, el apoyo emocional y evitando los factores que activan la patología ayudarán a mantener un día a día mejor del paciente, por lo que se insiste la necesidad del manejo multidisciplinario de dermatólogo y psicólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. *Clin Med (Lond)*. 2021;21(3):170-3.
2. Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, Komine M, Ohtsuki M. Risk Factors for the Development of Psoriasis. *Int J Mol Sci*. 2019;20(18):E4347.
3. Rizzo BLC, Jurado AIC, Chávez ABC, Flores M del CN. Actualización terapéutica de la psoriasis. *RECIMUNDO*. 2022;6(2):318-29.
4. Nabieva K, Vender R. Quality of Life and Body Region Affected by Psoriasis: A Systematic Review. *Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]*.2022 [citado 15 de noviembre de 2022];[Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731022007608>
5. Altavista CA, Suarez DV, Julián Y, Richard MP, Dumas L, Rangone N, et al. Paciente afectado de psoriasis, quien desarrolla una enfermedad ampollar intercurrente: a propósito de un caso. *Revista argentina de dermatología*. 2021;102(3):9-16.
6. Agranatti AF, Ronchino S, Bellocq MB, Nusynkier AI, Avenatti R, Guggiari J, et al. Alexitimia y Psoriasis. Revisión bibliográfica. *Revista argentina de dermatología*. 2019;100(4):41-50.
7. López-Mejía R, Ramales-Montes EM, Ley-Silva LS, Romero-Sansalvador CY, Gutiérrez-Gabriel I. [Quality of life, depression and its relation to the severity in psoriasis]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(3):315-20.
8. Delgado-Borja F, Rodríguez-Orozco AR, García-Pérez ME, Pérez-Molina JL, Cortés-Rojo C, Gómez-Alonso C, et al. La satisfacción con el tratamiento y la calidad de vida en pacientes con psoriasis pueden no estar directamente asociados. Estudio preliminar. *Cirugía y cirujanos*. 2021;89(6):846-7.
9. Furue K, Ito T, Tsuji G, Nakahara T, Furue M. The CCL20 and CCR6 axis in psoriasis. *Scand J Immunol*. 2020;91(3):e12846.
10. Rousset L, Halioua B. Stress and psoriasis. *Int J Dermatol*. 2018;57(10):1165-72.
11. Burden-Teh E, Phillips RC, Thomas KS, Ratib S, Grindlay D, Murphy R. A systematic review of diagnostic criteria for psoriasis in adults and children: evidence from studies with a primary aim to develop or validate diagnostic criteria. *Br J Dermatol*. 2018;178(5):1035-43.
12. Rigopoulos D, Baran R, Chiheb S, Daniel CR, Di Chiacchio N, Gregoriou S, et al. Recommendations for the definition, evaluation, and treatment of nail psoriasis in adult patients with no or mild skin psoriasis: A dermatologist and nail expert group consensus. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):228-40.

13. Zhang Y, Shi Y, Lin J, Li X, Yang B, Zhou J. Immune Cell Infiltration Analysis Demonstrates Excessive Mast Cell Activation in Psoriasis. *Front Immunol.* 2021;12:773280.
14. Cai J, Cui L, Wang Y, Li Y, Zhang X, Shi Y. Cardiometabolic Comorbidities in Patients With Psoriasis: Focusing on Risk, Biological Therapy, and Pathogenesis. *Front Pharmacol.* 2021;12:774808.
15. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 1. «Conceptos y manejo general de la psoriasis con terapia biológica». *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2022;113(3):261-77.
16. Mesa C, Estrada MP, Vásquez-Trespalcios EM, Jaramillo A, Morales D, Madrigal-Cadavid J, et al. Caracterización clínica, sociodemográfica, farmacológica y calidad de vida de pacientes con diagnóstico de psoriasis moderada a severa atendidos en una clínica especializada en psoriasis. *CES Medicina.* 2022;36(1):17-29.
17. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci.* 2019;20(6):1475.
18. Boehncke WH, Brembilla NC. Unmet Needs in the Field of Psoriasis: Pathogenesis and Treatment. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;55(3):295-311.
19. Blauvelt A, Chiricozzi A. The Immunologic Role of IL-17 in Psoriasis and Psoriatic Arthritis Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol.*;55(3):379-90.
20. Yan BX, Chen XY, Ye LR, Chen JQ, Zheng M, Man XY. Cutaneous and Systemic Psoriasis: Classifications and Classification for the Distinction. *Front Med (Lausanne).* 2021;8:649408.
21. Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, et al. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;31(11):1792-9.
22. Solís MJH, Redondo KFV, Carvajal MM. Psoriasis: visión general. *Revista Medica Sinergia.* 2021;6(11):e732-e732.
23. Arellano J, Yagnam M, Vidal M, Corredoira Y. Eritrodermia psoriática en un hombre joven: sospechar infección por VIH. [citado 13 de junio de 2023] 2023; Disponible en:<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tzKqMjFXTUAJ:https://www.scielo.cl/pdf/rci/v34n6/0716-1018-rci-34-06-0603.pdf&cd=8&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec>
24. Mateu-Puchades A, Sáez-Belló M, Carmena-Ramón R, Santos-Alarcón S, Zayas-Gávila A, Gimeno-Carpio E, et al. Efectividad, seguridad, calidad de vida y satisfacción de pacientes con psoriasis palmo-plantar tratados con espuma de calcipotriol y betametasona. *Revista de la OFIL.* 2022;32(1):22-8.

25. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, Rich P, Bakewell CJ. Nail Psoriasis: Diagnosis, Assessment, Treatment Options, and Unmet Clinical Needs. *J Rheumatol*. 2021;48(8):1208-20.
26. Reid C, Griffiths CEM. Psoriasis and Treatment: Past, Present and Future Aspects. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(3):adv00032.
27. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020;323(19):1945-60.
28. Belinchón Romero I, Dauden E, Ferrándiz Foraster C, González-Cantero Á, Carrascosa Carrillo JM, Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. PASI 100 response rates in moderate to severe psoriasis: a systematic literature review and analysis of clinical practice guidelines. *J Dermatolog Treat*. 2022;33(3):1661-9.
29. Guavita Falla PM, Castro Ayarza JR, Cortés Correa C, Peñaranda Contreras E. Evaluación de los resultados del índice de calidad de vida en Dermatología (DLQI) en pacientes con diagnóstico de psoriasis: un estudio transversal y de correlación durante un periodo de 6 años. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. [citado 18 de enero de 2023]; Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es-evaluacion-resultados-del-indice-calidad-articulo-S0001731022009024>
30. Nicolescu AC, Ionescu MA, Constantin MM, Ancuta I, Ionescu S, Niculet E, et al. Psoriasis Management Challenges Regarding Difficult-to-Treat Areas: Therapeutic Decision and Effectiveness. *Life (Basel)*. 2022;12(12):2050.
31. Hernández Batista S de la C, Villafuerte Morales JE, Chimbolema Mullo SO, Pilamunga Lema CL, Hernández Batista S de la C, Villafuerte Morales JE, et al. Relación entre el estado nutricional y la actividad clínica en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2022];2020;22(2).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962020000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Actividad física [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
33. Garbicz J, Całyniuk B, Górski M, Buczkowska M, Piecuch M, Kulik A, et al. Nutritional Therapy in Persons Suffering from Psoriasis. *Nutrients*. 2021;14(1):119.
34. Wu JJ, Kavanaugh A, Lebwohl MG, Gniadecki R, Merola JF. Psoriasis and metabolic syndrome: implications for the management and treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(6):797-806.
35. Muralidharan E, Malhotra SK, Singh A. Can Dermoscopy and Ultrasonography be Considered a Prognostic Tool in Management of Psoriasis? *Indian J Dermatol*. 2021;66(6):704.

GLOSARIO

TNF: Factor de necrosis tumoral

IL: Interleucina

PASI: Psoriasis area and severity index (Evaluación del índice de severidad y área de psoriasis).

DLQI: Dermatology life quality index (índice de la calidad de vida en dermatología)

BSA: Body Surface Area (Área superficial del cuerpo)

GMCSF: Factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos

INF Y: Interferón

FNT-ALFA: Factor de necrosis tumoral alfa

MCHII: antígeno de histocompatibilidad tipo II

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Mena Coyago Diana Carolina portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706975802**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Impacto de la calidad dde vida en los pacientes con psoriasis”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **25 de julio de 2023**

F: 

Mena Coyago Diana Carolina
C.I. **0706975802**