



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“IDENTIFICACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON PSORIASIS DE LA CONSULTA EXTERNA DE
DERMATOLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8”**

TESIS

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MA. GUADALUPE HIDALGO PARRA

**ASESOR CLINICO
DR. ANA ELENA DOMINGUEZ ESPINOSA**

**ASESOR METODOLÓGICO
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE 2012.
No. DE REGISTRO: R-2012-3605-24**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

TITULO:

“IDENTIFICACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS DE LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8”

AUTORES:

Dra. Ma. Guadalupe Hidalgo Parra, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio; Asesor Metodológico, HGZ /Unidad de Medicina Familiar No 8, Dra. Ana Elena Domínguez Espinosa, Asesor clínico.

OBJETIVO:

Identificar la calidad de vida en pacientes con psoriasis de la consulta externa de dermatología del HGZ/UMF No. 8.

MATERIALY METODOS:

Tipo de investigación: Transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: Pacientes portadores de Psoriasis. Criterios de exclusión: Pacientes que no permitan participar en dicho estudio, que no firmen carta de consentimiento informado. Tamaño de la muestra 62 pacientes. 0.10. Variables: calidad de vida, test llamado, “Índice dermatológico de valoración de la calidad de vida” (DLQI).

Resultados: Se observó que en la población estudiada predominó el sexo femenino, siendo a su vez el género con mayor afección en la calidad de vida, predominó en un rango de edad 50-83 años y se encontró afectada moderadamente la calidad de vida, se analizó que el tratamiento tópico afecta aun más la calidad de vida.

Conclusiones: Se logró identificar la frecuencia de psoriasis así como la calidad de vida de acuerdo a sexo, edad, ocupación, estado civil y el tratamiento prescrito en cada uno de los pacientes, se determinó el nivel de afectación en la calidad de vida de la población estudiada con psoriasis, la cual se encuentra evidentemente afectada en un 32.3 %.

PALABRAS CLAVE:

Psoriasis, calidad de vida

**“IDENTIFICACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON PSORIASIS DE LA CONSULTA EXTERNA DE
DERMATOLOGÍA DEL HGZ/UMF No.8”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro

Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Médico Familiar

Jefe de Enseñanza e Investigación del HGZ/UMF No.8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Ana Elena Domínguez Espinosa

Especialista en Dermatología

Adscrito al HGZ/UMF #8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Asesor clínico de tesis

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Asesor metodológico de tesis

AGRADECIMIENTOS

A dios por darme la vida y permitirme lograr uno más de mis sueños.

A mi esposo por recorrer este camino tan largo a mi lado y por ser apoyo en mis logros y fracasos, gracias porque has despertado en mí sentimientos que nunca imaginé.

A mis padres que si no fuera por su apoyo incondicional, su ejemplo, sus grandes esfuerzos y enseñanzas día con día no fuera la mujer que soy ahora, Gracias por guiarme y educarme y ser uno más de mis motores para seguir en esta lucha.

A mi hermana por ser mi cómplice y confidente en muchos de mis proyectos de vida, gracias por enseñarme que existe un amor sincero e incondicional que se lleva en la sangre y está dispuesto a estar cuando más lo necesitas.

A ti MAMI, abuelita que me apoyo siempre en todo sentido a lo largo de mi vida, gracias por tus consejos y bendiciones que me impulsaron a nunca abandonar mis sueños, TE AMO MAMI, siempre vivirás en mi corazón.

A mi abuelito por su experiencia y sabiduría que me ha brindado, porque gracias a ti se que nunca hay que rendirse aún en las situaciones más adversas, gracias por ser ahora el pilar de esta gran familia que formaron tu y mami.

A mis tíos y primos por las porras y ánimos que me han dado desde que comencé mi carrera, este logro quiero compartirlo con ustedes, porque somos una gran familia.

INDICE

Resumen	2
Marco Teórico	8
Planteamiento del problema	18
Justificación	19
Objetivos	20
Hipótesis	21
Materiales y métodos	22
Tipo de estudio	22
Diseño de investigación	23
Población lugar y tiempo	24
Muestra	25
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	26
Variables	27
Diseño estadístico	32
Instrumento de recolección	33
Método de recolección de datos	34
Maniobras para evitar y controlar sesgos	35
Hoja de recolección de datos	36
Cronograma	37
Recursos humanos y materiales	38
Consideraciones éticas	39
Resultados	40
Discusión	52
Conclusiones	54
Bibliografía	56
Anexos	58

MARCO TEÓRICO

PSORIASIS

Antecedentes históricos

La primera descripción de la enfermedad la realizó Robert Willan (1757-1812) en su texto histórico sobre la clasificación a las enfermedades de la piel. Al parecer, durante la época de Willan, fue cuando se empezó a utilizar la palabra, específicamente en 1798. Glickman por su parte, en 1986, informa que Willan acredita a su vez a Galeno (133-200 d.C.); esta acreditación no es clara, ya que para entonces las lesiones descamativas podían fácilmente confundirse con la lepra, que era la enfermedad conocida. (1)

La palabra psoriasis, derivada del griego, etimológicamente significa: *psor*: prurito, *iasis*: estado.

Se define como una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante de la piel, de características clínicas variables, caracterizada por pápulas y placas eritemato escamosas, secas, de variados tamaños y configuración (redondeadas, circinadas, arcuata, serpiginosa, anular, gutata, rupioide) cubiertas por escamas estratificadas, imbricadas y abundantes, de color grisáceo o blanco nacarado y de localización casi siempre simétrica. (2)

Epidemiología

Se considera en México una frecuencia probable de 1% a 3% de la población general. En el ámbito internacional, se refieren frecuencias desde el 0.6 al 4.8% de la población. Se han observado tasas de prevalencia que oscilan entre el 1 y el 2% en Estados Unidos, entre el 1 y 3% en España. Se aproximan al 5% en los adultos de países Escandinavos y, en algunas zonas de Europa superan el 2%. En cambio, en las poblaciones andinas de Sudamérica rara vez se presenta, mientras que en Cuba, la tasa de prevalencia es del 2%. (3)

La edad al parecer tiene influencia ya que es más frecuente el inicio y la ocurrencia de brotes en edades productivas (18-45 años) y reproductivas. El género y la raza pudieran tener una influencia en la presentación de la psoriasis aunque muchos consideran que afecta indistintamente a hombres y mujeres y se han identificado dudosas diferencias de ocurrencia entre diferentes grupos raciales. (4)

Etiopatogenia

Es una afección multifactorial, este aspecto se sustenta en la tendencia de transmitirse de forma hereditaria, o sea si ambos progenitores la sufren, las posibilidades del hijo son de 60 %, en tanto que si un solo padre está afectado, las posibilidades bajan de 20 a 30 %. El hermano de un gemelo no idéntico tiene 70 % de posibilidades de estar afectado, pero si un gemelo es idéntico, el riesgo asciende a 90 %. (5)

Los estudios con antígenos leucocitarios humanos (HLA) muestran una asociación con los antígenos de clase I: B13, B17, B37, CW6 y en los de clase II: DR7. El más definitivo es el HLA-CW6, y otros relacionados con el gen que causa la expresión de este: B13, B17 y B37. Los últimos avances en la investigación del gen o los genes de la susceptibilidad psoriásica evidencian que se encuentran localizados en el brazo

corto del cromosoma 6, y probablemente, en las regiones de los locus C y D del complejo mayor de histocompatibilidad humano (CMH). (6)

Existen evidencias de que la psoriasis es una enfermedad mediada por células T. Se sugiere que esta es una enfermedad antígeno dependiente. Ciertos autoantígenos atraen a las células presentadoras de antígenos (CPA): macrófagos, células dendríticas, células de Langerhans CD1a y así comienza la cascada de fenómenos inmunológicos, que dan lugar al cuadro clínico de esta enfermedad. Existen evidencias de que la psoriasis es una enfermedad mediada por células T. (6,7)

Se sugiere que esta es una enfermedad antígeno dependiente. Ciertos autoantígenos atraen las células presentadoras de antígenos (CPA): macrófagos, células dendríticas, células de Langerhans CD1a y así comienza la cascada de fenómenos inmunológicos, que dan lugar al cuadro clínico de esta enfermedad (7)

Factores de riesgo para exacerbación de la psoriasis

Entre los factores descritos en la literatura capaces de activar la psoriasis, se encuentran las infecciones, fundamentalmente bacterianas; fármacos como el litio, la cloroquina (aunque se discute si en verdad, tiene esta última alguna influencia en la promoción de la psoriasis), betabloqueadores, psicotrópicos, entre otros; las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial; los hábitos como el tabaquismo y alcoholismo; la obesidad; condiciones fisiológicas como el embarazo; el trauma físico; el estrés psicológico y los factores climáticos.(8)

Características clínicas

Se caracteriza por placas y pápulas eritematosas secas de varios tamaños, redondeadas, circunscritas y cubiertas por escamas abundantes de color blanco plateado-grisáceo, de aspecto "micáceo", rodeadas de piel sana y curiosamente poco pruriginosas.

La lesión es eritematosa por la acentuada vascularización de la dermis y al levantar las escamas con un objeto como se observa un puntillado hemorrágico (signo de Auspitz). Las lesiones pueden ser limitadas o extensas, son simétricas y afectan preferentemente las extremidades (codos y rodillas), cuero cabelludo, región sacra, palmas y plantas. Los traumatismos ligeros, producen lesiones semejantes a las ya existentes y se denomina fenómeno de Köebner o respuesta isomórfica. (9)

Patrones clínicos

- **PSORIASIS VULGAR:** También llamada psoriasis en placa, es la forma más frecuente de presentación de la psoriasis y está presente en el 80 a 90 % de los pacientes. (10)
- **PSORIASIS EN GOTA:** Caracterizada por erupción de pequeñas pápulas eritemato descamativas, entre 2 y 10 mm, que afecta tronco y extremidades en forma generalizada y respeta palmas y plantas. (10,11)
- **PSORIASIS INVERTIDA:** Lesiones localizadas en zonas de pliegues cutáneos como axilas, región cuello, en ocasiones la cara. La descamación es mínima o ausente mostrando un eritema intenso, brillante, claramente demarcado, siendo afectada notoriamente por la sudoración. (11)

- ERITRODERMIA PSORIASICA: Representa la forma generalizada, que afecta a más del 90% de la superficie corporal: están presentes todos los síntomas pero el eritema es el más pronunciado. Existen algunas formas de presentación de eritrodermia, como progresión de una psoriasis en placa, abruptamente por intolerancia a fototerapia o reversión de una psoriasis pustulosa generalizada, con disminución y ausencia de pústulas.⁽¹⁰⁾
- PSORIASIS PUSTULOSA TIPO ANULAR: Es una variante rara, que puede aparecer como el inicio de una psoriasis pustulosa, son lesiones tipo pústulas sobre eritema en forma circinada o anillos alargados que semeja al eritema anular centrífugo pero sin compromiso sistémico.⁽¹⁰⁾
- PSORIASIS UNGUEAL: Las lesiones más comunes son los hoyuelos o “pitting”, y la onicolisis distal, pero la decoloración amarillo naranja, o “uñas con gotas de aceite”, y la hiperqueratosis también son comunes.
- ARTRITIS PSORIÁTICA: Enfermedad autoinmune genéticamente determinada, caracterizada por la presencia de artritis seronegativa, oligo o poliarticular con compromiso cutáneo y ungueal de psoriasis.^(10,11)

La artritis psoriasisica, tiene una prevalencia de 0,02-0,24% en la población general, del 5-8% en pacientes con psoriasis leve a moderada y 30 - 40% en pacientes con psoriasis moderada a severa 104. Presenta un pico de incidencia entre los 30-50 años, excepto la forma mutilante que aparece en una etapa más temprana con igual incidencia por sexo, a excepción de la forma espinal que predomina en hombres y la forma juvenil en mujeres se caracteriza por presentar factor reumatoide negativo, y se relaciona a la presencia del alelo HLA-B27, principalmente en pacientes con compromiso del esqueleto axial. ⁽¹¹⁾

Diagnóstico:

El diagnóstico se establece por clínica, se sustenta con los antecedentes personales y familiares y se confirma por estudios histopatológicos.

La psoriasis tiene diferentes formas de manifestaciones clínicas:

1. En placas: es la forma de presentación más común, son lesiones eritematosas cubiertas por escama de aspecto yesoso.
2. En gotas: son lesiones pequeñas y numerosas, que se asocian a focos infecciosos.
3. Pustulosa: es la presencia de pústulas asépticas secundarias al uso de medicamentos, infecciones, estrés y exposición a sustancias químicas.
4. Invertida: afecta a pliegues flexurales como ingles, axilas y región submamaria.
5. Psoriasis eritrodérmica: afecta más del 90% de la superficie corporal y es el resultado de la exposición solar prolongada, uso de esteroides u otros medicamentos. ^(11,12)

La artritis psoriásica es la principal manifestación sistémica asociada, se presenta en el 30% de los pacientes, principalmente como oligoartritis asimétrica de articulaciones de manos y pies. En uñas pueden ocurrir diversas deformidades desde pozuelos,

onicolisis e hiperqueratosis subungueal. Es relativamente frecuente la afección a mucosas principalmente genital y oral.

Para establecer la severidad de la psoriasis y valorar la respuesta terapéutica se utilizan diferentes mediciones, la más empleada es el índice de la severidad de la Psoriasis (PASI), que la en clasifica en leve, moderado y severa. (11,12)

Datos de laboratorio y gabinete específicos:

El estudio histopatológico generalmente es confirmatorio. Los estudios radiográficos son de utilidad en los casos donde se presenta afección articular. Se debe de establecer diagnóstico diferencial con un gran número de enfermedades dentro de las cuales figuran: parapsoriasis en grandes placas, dermatitis seborrética, micosis fungoide, pitiriasis rubra pilaris, dermatofitosis, lupus eritematoso discoide y subagudo cutáneo, liquen plano entre otras. (11,12)

Tratamiento:

El manejo de la psoriasis incluye la educación del paciente sobre la cronicidad de la enfermedad, expectativas realistas y el uso de medicamentos apropiados.

Modalidades:

- a. Monoterapia: se usa sólo un agente terapéutico.
- b. Combinaciones: puede aumentar la eficacia; permite reducir las dosis de cada agente y la toxicidad de los mismos.
- c. Rotacional: uso de una terapéutica por cierto tiempo (uno o dos años) para luego rotar a otra alternativa. Esto reduce la toxicidad y puede disminuir la resistencia al tratamiento.
- d. Secuencial: uso inicial de medicaciones muy eficaces para inducir remisiones, para luego reemplazarlas por terapéuticas menos eficaces pero con significativa menor toxicidad.
- e. Intermitente: pacientes con remisiones prolongadas pueden suspender un tratamiento por períodos variables. (13)

Tratamiento Tópico:

El tratamiento tópico es la terapia de elección para la mayoría de los pacientes. Los candidatos para tratamiento tópico son los pacientes con psoriasis en placas leve a moderada. Sin embargo, aun los pacientes con enfermedad limitada a palmas, plantas, cabeza, cuello o genitales pueden considerarse con enfermedad moderada a severa y probablemente ameritan también tratamiento sistémico. El tratamiento tópico debe individualizarse y simplificarse. Existe un arsenal terapéutico variado disponible, entre los que se encuentran:

Corticoides tópicos:

Los esteroides tópicos continúan siendo los medicamentos más ampliamente prescritos para psoriasis en placas.

El efecto antiinflamatorio: reduce el número y la función las células de Langerhans, polimorfonucleares, monocitos, linfocitos y mastocitos; reduce la síntesis de citocinas como IL-1, 2, interferón gamma, factor de necrosis tumoral; efecto vasoconstrictor: aumenta la respuesta vascular a epinefrina y norepinefrina; efecto antiproliferativo y

atrofógeno: reduce la actividad mitótica en la epidermis, aplanar la capa basal y adelgaza el estrato córneo y promueve la atrofia al inhibir la proliferación, migración, quimiotaxis y síntesis de proteínas de los fibroblastos; reducción de elastina y colágeno. Estos mecanismos son los responsables de los efectos beneficiosos de los esteroides tópicos en la psoriasis y justifica su uso. (13)

Análogos de la vitamina D

Se presentan como la segunda elección terapéutica en el tratamiento de la psoriasis leve a moderada. Son más eficaces combinados con esteroides tópicos y se utilizan como tratamiento de mantenimiento. Actualmente existen tres compuestos: calcitriol, calcipotriol y tacalcitol; inhiben la proliferación de los queratinocitos y modula la diferenciación epidérmica in vitro. Tiene además, efecto antiinflamatorio, al inhibir la producción de IL-2, IL-6, IFN-gamma y el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF), bloqueando la actividad de las células T citotóxicas y asesinas naturales. (14)

Retinoides

Es un derivado sintético acetilénico de la vitamina A. Su uso como monoterapia una vez al día, es moderadamente efectivo para el tratamiento de la psoriasis; por ello se combina con corticosteroides tópicos. (15)

Inhibidores de calcineurina

Tacrolimus se halla disponible en ungüento al 0.03% y 0.1% y pimecrolimus en crema al 1%; no son eficaces en el tratamiento de la psoriasis en placa a menos que se utilicen en oclusión; la eficacia en esta forma es superior a calcipotriol pero menor que la de propionato de clobetasol. Su indicación como uso complementario es de terapia adyuvante en psoriasis facial y/o de las zonas flexurales o intertriginosas. (15)

Ditranol o Antralina

Es menos eficaz que los esteroides tópicos o los análogos de vitamina D3, pero cuando se combina con fototerapia UVB (régimen de Ingram) se aprecia una respuesta superior a la que se obtiene con fototerapia UVB sola. Aunque ha sido una terapia clásica para la psoriasis por más de 80 años, ha caído en desuso por el advenimiento de drogas cosméticamente más aceptables e igual o más efectivas. (16)

Alquitrán de hulla

El alquitrán de hulla crudo es ampliamente usado en la dermatología. Consiste en una compleja mezcla de miles de componentes orgánicos. Se obtiene de la carbonización y destilación del alquitrán; es un líquido espeso, oscuro y maloliente que se ha utilizado para el tratamiento de la psoriasis por más de un siglo. Al combinarlo con luz UVB reduce la proliferación epidérmica más efectivamente que como monoterapia. (17)

Terapia tópica complementaria

Consiste en sustancias que por sí solas carecen o tienen muy poca eficacia terapéutica pero que favorecen la acción de las terapias utilizadas, mejoran el confort del paciente, permitiendo una mayor tolerabilidad de los tratamientos y de la enfermedad en sí. Entre ellas se encuentran los agentes queratolíticos como el ácido

salicílico, ácido láctico y urea, disponibles en lociones, cremas, ungüentos, champús, así como emolientes y humectantes del tipo de la vaselina. (15,16)

Tratamiento sistémico:

Pautas para el tratamiento sistémico:

- Pacientes con psoriasis de moderada a severa.
- Falla o resistencia del tratamiento tópico.
- Artritis psoriática.
- Formas eritrodermicas.
- Psoriasis pustulosa.
- Formas clínicas con alto impacto en la calidad de vida (afectación facial, palmoplantar, cuello, cuero cabelludo, genitales).
- Pacientes con terapias tópicas de largo uso con aparición de efectos adversos relacionados a las mismas (atrofia cutánea extensa, supresión del eje hipotálamo suprarrenal, etc).
- Afectación psicológica por el alto impacto en la calidad de vida del paciente.

Metotrexate:

Es un antagonista del ácido fólico, inhibe la replicación celular vía inhibición de la síntesis de ADN, por interferencia de la síntesis de purinas. Además suprime de manera específica la actividad de las células T.

Es un medicamento útil y efectivo en el tratamiento de la Psoriasis y de la artritispsoriática. Se indica en dosis semanales desde 7.5 hasta 15 mgs en la mayoría de los casos, pidiéndose llegar a 30mg en casos seleccionados.

Se recomienda usar ácido fólico 5-10 mgs diarios para prevenir la estomatitis y la anemia macrocítica, también para disminuir los síntomas gastrointestinales.

Tratamientos sistémicos de segunda línea

Aunque no tienen estudios controlados que evidencien su efectividad, se han usado: micofenolato de mofetilo, 6-tioguaninas, hidroxycarbamida, sulfazalasina, azatioprina, y leflunomida. (18)

Terapias biológicas

Son proteínas producidas in vitro diseñadas para unirse a blancos extracelulares con la finalidad de bloquear la activación molecular en algún sitio de la cascada de eventos involucrados en el desarrollo de la psoriasis. Los tipos de proteínas utilizados son de tres tipos: anticuerpos, proteínas de fusión y las citoquinas recombinantes.

De acuerdo a su mecanismo de acción se dividen en 2 grupos principales: Moduladores de células T (alefacept) y los inhibidores del Factor de necrosis tumoral (infliximab,etanercept y adalimumab).Estas drogas son efectivas en el control de la enfermedad y con menores efectos colaterales en comparación con los agentes sistémicos tradicionales. (19)

CALIDAD DE VIDA

Historia

La utilización del concepto de Calidad de Vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). (20)

Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en calidad de vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la calidad de vida individual.

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la calidad de vida de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999). (20)

Para algunos autores, el concepto de calidad de vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999).

Definiciones:

Ferrans (1990)

Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. (21)

Hornquist (1982)

Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural

Lawton (2001)

Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo. (21)

Haas (1999)

Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.

Bigelow et al., (1991)

Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

Calman (1987)

Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.

Martin & Stockler (1998)

Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.

Opong et al., (1987)

Condiciones de vida o experiencia de vida.

Categorías:

Calidad de Vida = Condiciones de vida

Bajo esta perspectiva, la calidad de vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. (Hollanflsworth, 1988). (22,23)

Calidad de vida = Satisfacción con la vida

Bajo este marco, se considera a la calidad de vida como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida.

Este tipo de definiciones también tiene sus detractores, ya que al otorgar el principal foco de interés al bienestar subjetivo y dejar de lado las condiciones externas de vida, supone un individuo capaz de abstraerse, por ejemplo, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal.

Calidad de vida = Condiciones vida + Satisfacción de vida

Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general.

*Calidad de vida = Condiciones de vida + Satisfacción con la vida * Valores*

Para estos autores, la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales.

Calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

Tal como se puede apreciar, no existen criterios únicos para definir la calidad de vida, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición global de calidad de vida como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. (24)

La calidad de vida según la OMS es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

El concepto de calidad de vida en salud y enfermedad no se separa mucho del anterior, ya que el desarrollo de la cultura moderna presiona cada vez más para que se amplíe el concepto de salud en dirección al bienestar y a la felicidad.

Se ha definido a la salud relacionada con la calidad de vida como la percepción de un paciente de los efectos funcionales de su enfermedad y tratamiento. (25, 26)

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del individuo.

La repercusión negativa de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes es similar en magnitud al deterioro observado en otras patologías crónicas, pudiendo llegar a ser considerablemente inhabilitante, pues afecta significativamente tanto a la salud física como a la salud mental.

Los pacientes con psoriasis pueden presentar mayor riesgo de sufrir obesidad, hipertensión, insuficiencia cardíaca y comorbilidades asociadas. (27)

El impacto personal y social que tiene la psoriasis en la vida de los afectados varía de persona a persona, en función de diversas variables (profesión, actividad social, etc.), pero desgraciadamente es una de las enfermedades con mayor impacto en la calidad de vida.

Son muchos los pacientes con psoriasis que presentan discapacidad y limitaciones físicas que afectan a sus actividades diarias y al desarrollo de su vida profesional.

Aparte de las incomodidades propias de la enfermedad y del tratamiento, estaban las de la vida diaria de los psoriásicos.

Por ello, se han diseñado métodos para evaluar la calidad de vida y optimizar el tratamiento de los pacientes.

La posibilidad de evaluar cuantitativamente la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas por medio de tests o escalas estandarizadas, es un instrumento importante que se utiliza cada vez con mayor frecuencia tanto en ensayos clínicos, estudios epidemiológicos, auditoría médica, evaluación de costos en salud y determinación de políticas sanitarias. (28)

Antes de utilizar un cuestionario de calidad de vida en salud, este debe ser validado, es decir comprobarse que puede ser usado en la práctica clínica (validez), que sus resultados sean reproducibles (fiabilidad) y que cambios en el estado de salud se traduzcan en modificaciones del *score* (sensibilidad al cambio).

Para evaluar la calidad de vida en los pacientes con psoriasis se han utilizado distintos *scores*. Algunos de estos determinan calidad de vida en salud en general, Calidad de vida en dermatología y otros Calidad de vida específicamente en psoriasis.

Entre ellos está la escala IMPACT, el inventario de estrés de la vida con psoriasis (*Psoriasis Live Stress Inventory*, PLSI), el índice dermatológico de calidad de vida (*Dermatology Life Quality Index*, DLQI), el índice de discapacidad por psoriasis (*Psoriasis Disability Index*, PDI), el índice de calidad de vida de la Organización

Mundial de la Salud (*World Health Organization quality of life*, WHOQOL-100)³¹ y el cuestionario corto 36 (*Short Form 36*, SF-36), entre otros. ⁽²⁹⁾

Los cuestionarios han tratado de reflejar diferentes aspectos; no obstante, es difícil correlacionar los hallazgos clínicos con el estado emocional de los pacientes. Hay que destacar el reto que implica analizar la calidad de vida de acuerdo con el temperamento de los individuos y la unidimensionalidad que se encuentra en los aspectos a evaluar de los cuestionarios. Se han valorado, incluso, elementos de desesperanza, como no sentirse bien consigo mismo, incapacidad para disfrutar la vida, sensación de rechazo o retiro de actividades personales.

Se ha considerado que no es una buena medida diseñar cuestionarios muy largos, aunque en teoría no hay gran diferencia con los breves. También se han utilizado métodos de autoevaluación para lograr resultados aceptables; sin embargo, no se ha llegado a ningún punto de equilibrio que permita su aplicabilidad a la consulta diaria o a la realización de estudios clínicos comparables. ⁽³⁰⁾

INSTRUMENTO DLQI

El Índice Dermatológico de valoración de Calidad de Vida, **DLQI** (siglas en inglés: Dermatology Life Quality Index) es un instrumento específico en dermatología para medir Calidad de Vida.

Este cuestionario validado de 10 preguntas, es el instrumento más utilizado y el que más experiencia aporta donde se evalúan seis aspectos de la calidad de vida del paciente (síntomas y sentimientos, actividades diarias, ocio, rendimiento en trabajo o escuela, relaciones personales y tratamiento), validado en el idioma español por G. de Tiedra y sus colaboradores en 1998. ^(31,32)

El DLQI evalúa en una gama del 0 al 30, con una escala simple tipo Likert, que incluye 10 preguntas con cuatro respuestas posibles a cada una (muchísimo, mucho, un poco y en absoluto) con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, cuyo marco temporal se refiere a los últimos 7 días. La puntuación final se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida), como se muestra a continuación:

De 0 a 1 No afecta calidad de vida

De 2 a 5 Mínima afectación calidad de vida

De 6 a 10 Moderada afectación calidad de vida

De 11 a 20 Muy afectada

De 21 a 30 Extremadamente afectada

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, predominantemente eritemato escamosa, de etiología desconocida, incurable y recidivante, que se puede presentar en brotes o de manera constante.

Afecta el 2.6% de la población a nivel mundial. La aparición de la psoriasis con mayor frecuencia ocurre entre la segunda y quinta década de la vida, sin distinción de género.

La repercusión negativa de la psoriasis en la calidad de vida de los pacientes es similar en magnitud al deterioro observado en otras patologías crónicas, pudiendo llegar a ser considerablemente inhabilitante, pues afecta significativamente tanto a la salud física como a la salud mental. El impacto personal y social que tiene la psoriasis en la vida de los afectados varía de persona a persona, en función de diversas variables (profesión, actividad social, etc.), pero desgraciadamente es una de las enfermedades con mayor impacto en la calidad de vida.

Por ello se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con psoriasis de la consulta externa de dermatología del HGZ /UMF No. 8?

JUSTIFICACION:

La psoriasis es una enfermedad crónica, mediada inmunológicamente, de etiología desconocida, susceptible de control mediante tratamiento médico prolongado, no curable, con grados diferentes de afectación que se caracteriza en la mayoría de las veces por la presencia predominante y característica de lesiones eritemato escamosas.

Entre la población general mundial se estima que existe un 2% que sufre de psoriasis. Esto en México significa 2.5 millones, de los cuales del 25 al 30% (500 mil a 600 mil) pueden cursar con un cuadro clínico de moderado a severo. Esto implica una afectación importante en su calidad de vida, productividad y altos costos de tratamiento.

La psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes que la sufren, lo cual se relaciona con la extensión de la afectación y la intensidad de las manifestaciones clínicas. Son muchos los pacientes con psoriasis que presentan discapacidad y limitaciones físicas que afectan a sus actividades diarias y al desarrollo de su vida profesional.

Por ello es de gran importancia efectuar un estudio que permita evaluar de manera cuantitativa la calidad de vida en los pacientes afectados, para proporcionar seguridad y eficacia en el diagnóstico y tratamiento y minimizar el impacto negativo de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis.

OBJETIVOS:**GENERAL:**

Identificar la calidad de vida en pacientes con psoriasis de la consulta externa de dermatología del HGZ/UMF No. 8.

HIPOTESIS:**HIPOTESIS ALTERNA:**

H1: Los pacientes con psoriasis de la consulta externa de dermatología del HGZ/UMF No.8, tienen muy mala calidad de vida.

HIPOTESIS NULA:

H0: Los pacientes con psoriasis de la consulta externa de dermatología del HGZ/UMF No.8, no tienen mala calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se incluyeron a pacientes que asistieron al servicio de consulta externa de Dermatología del HGZ/UMF#8 "Gilberto Flores Izquierdo" de Marzo 2011 a Febrero 2012

Previo conocimiento informado, se les aplicó el cuestionario DLQI, desarrollado para medir la afectación en la calidad de vida de cada uno de los pacientes.

Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes adscritos a este servicio para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.

TIPO DE INVESTIGACION:

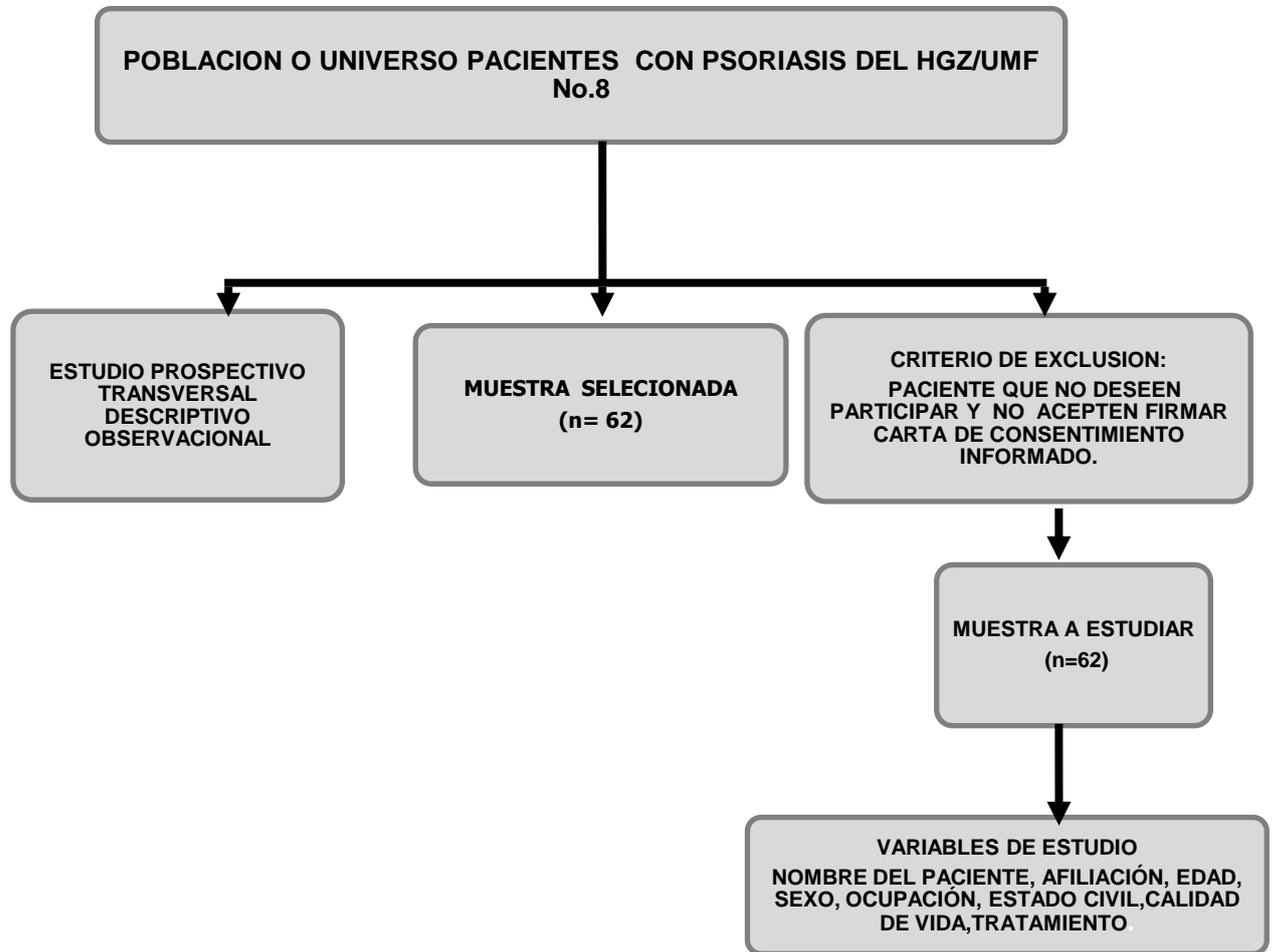
a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Elaboró Dra. Ma Guadalupe Hidalgo Parra

POBLACION Ó UNIVERSO:

El presente estudio se realizó en la consulta externa de dermatología con diagnóstico de psoriasis, del Hospital General de Zona, UMF No. 8. Esta es una población urbana.

El total de pacientes que se estudió fue de 62

Fuente: Base de datos de Pacientes de la consulta externa de dermatología con diagnóstico de psoriasis, del HGZ/UMF No. 8 con psoriasis en un periodo comprendido 2011-2012.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina familiar No.8, ubicada en Av. Río Magdalena, Col: Tizapán, Del: Álvaro Obregón

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica en una población finita necesaria será de: 62 pacientes (del HGZ /UMF No. 8), con un intervalo de confianza del 95 % con una proporción del 0.30, con una amplitud de intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{z^2 (N) (P) (q)}{i^2 (N-1) + z^2 (p) (q)}$$

N= Número total de individuos requeridos

n= Tamaño muestral

Z α = Valor correspondiente a la distribución de gauss: 1.96 α = 0.05, 2.58 para α = 0.01

P= prevalencia esperada parámetro a evaluar

i= error que se provee

q= 1- p

$$n = \frac{1.96^2 (281) (0.3) (1-0.3)}{(0.1)^2 (281-1) + 1.96^2 (0.3) (1-0.3)}$$

$$n = \frac{(1.96^2) = 3.8416 (281) (0.3) (.7)}{(.01) (280) + 3.8416 (.21)}$$

$$n = 3.8416 \frac{59.01}{2.8 + 0.8067} = \frac{59.01}{3.60}$$

$$3.8416 (16.39) = 62.96$$

CRITERIOS DE INCLUSION:

La población que se estudió, fueron pacientes con diagnóstico de psoriasis que acudieron a la consulta externa de dermatología del HGZ/UMF No. 8 sin distinción de sexo, edad o comorbilidades.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyó a pacientes que no desearon participar y no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Se excluyó a pacientes que no acudieron a su cita, fallecimiento o algún otro motivo por el que ya no acudieron a la institución.

VARIABLES

Datos de identificación:

- 1.- Nombre del paciente
- 2.- Número de afiliación
- 4.- Edad
- 5.- Sexo
- 6.- Ocupación
- 7.- Estado civil

Variables de psoriasis

- 1.- Tratamiento tópico
- 2.- Tratamiento sistémico
- 3.- Tratamiento tópico-sistémico
- 4.- Tratamiento biológico

Variable de Calidad de vida

- 1.- Calidad de vida no afectada
- 2.- Calidad de vida poco afectada
- 3.- Calidad de vida moderadamente afectada
- 4.- Calidad de vida muy afectada
- 5.- Calidad de vida extremadamente afectada.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

1. Sexo: El género de un individuo (masculino y femenino)
2. Edad: Número de años cumplidos
3. No. Afiliación: Valor numérico que se otorga a cada derechohabiente del IMSS.
4. Psoriasis: La palabra psoriasis, derivada del griego, etimológicamente significa: *psor*: prurito, *iasis*: estado. Se define como una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante de la piel, de características clínicas variables, caracterizada por pápulas y placas eritemato escamosas, secas, de variados tamaños y configuración
5. Calidad de vida: Es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.
6. Tratamiento: es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. Existen distintas formas de empleo del tratamiento, existen tratamientos tópicos, sistémicos, biológicos etc.

**DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO
TRATAMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	1.TÓPICO 2.SISTÉMICO 3.SISTÉMICO-TÓPICO 4.BIOLÓGICO
CALIDAD DE VIDA	CUALITATIVA	NOMINAL	1.NO AFECTADA; 2. POCO AFECTADA 3.MODERADAMENTE AFECTADA 4. MUY AFECTADA 5.EXTREMADAMENTE AFECTADA.

Elaboró: Dra. Ma. Guadalupe Hidalgo Parra

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**INVENTARIO DE ACTIVIDADES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
CALIDAD DE VIDA	CUALITATIVA	CUESTIONARIO DE INDICE DERMATOLOGICO DE CALIDAD DE VIDA (DLQI)	1.NO AFECTADA; 2. POCO AFECTADA 3.MODERADAMENTE AFECTADA 4. MUY AFECTADA 5.EXTREMADAMENTE AFECTADA.

Elaboró: Dra. Ma. Guadalupe Hidalgo Parra

TABLA DE VARIABLES SEGÚN LA INFLUENCIA QUE SE ASIGNE

VARIABLE DEPENDIENTE	➤ Calidad de vida
VARIABLE INDEPENDIENTE	➤ Psoriasis

Elaboró: Dra. Ma. Guadalupe Hidalgo Parra

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia, frecuencia y porcentajes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

A los pacientes que se les corroboró el diagnóstico se les aplicó el cuestionario DLQI, éste ha sido rigurosamente probado para asegurar que es reproducible. Es un instrumento específico en dermatología para medir la calidad de vida. Ha sido validado para su uso al idioma español.

Este cuestionario validado de 10 preguntas, es el instrumento más utilizado y el que más experiencia aporta donde se evalúan seis aspectos de la calidad de vida del paciente (síntomas y sentimientos, actividades diarias, ocio, rendimiento en trabajo o escuela, relaciones personales y tratamiento), validado en el idioma español por G. de Tiedra y sus colaboradores en 1998.

El DLQI evalúa en una gama del 0 al 30, con una escala simple tipo Likert, que incluye 10 preguntas con cuatro respuestas posibles a cada una (muchísimo, mucho, un poco y en absoluto) con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, cuyo marco temporal se refiere a los últimos 7 días. La puntuación final se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida), como se muestra a continuación:

De 0 a 1 No afecta calidad de vida

De 2 a 5 Mínima afectación calidad de vida

De 6 a 10 Moderada afectación calidad de vida

De 11 a 20 Muy afectada

De 21 a 30 Extremadamente afectada

METODO DE RECOLECCIÓN

En el estudio participaron pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de dermatología del HGZ/UMF No.8, con el diagnóstico de psoriasis. Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, informándoseles ampliamente en qué consiste éste estudio de investigación. Una vez que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado.

Posteriormente se realizó interrogatorio directo sobre datos personales y posteriormente se les proporcionó a los pacientes el cuestionario DLQI para su contestación. Por último se procedió a realizar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se seleccionó en base a los criterios de inclusión y de exclusión la muestra a estudiar, con el fin de evitar sesgo de selección.

Con el fin de evitar sesgo de información se obtuvo información de artículos indexados.

Se aplicó un cuestionario a pacientes de la consulta de dermatología, sin distinción de edad y sexo, se explicó detenidamente a cada paciente el objetivo del estudio, con el fin de que comprendieran la finalidad del estudio.

El cuestionario lo aplicó el investigador y se le explicó al paciente con detenimiento y claramente las preguntas a contestar.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó una hoja de recolección de datos que sirvió para vaciar la información obtenida en cada cuestionario aplicada a cada paciente con psoriasis del HGZ/UMF No.8 San ángel del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Los recursos utilizados en la presente investigación se mencionan en las siguientes tablas:

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD
INVESTIGADOR	1
ASESOR CLÍNICO	1
ASESOR METODOLÓGICO	1

RECURSOS MATERIALES	CANTIDAD
COMPUTADORA	1
IMPRESORA	1
TINTA PARA IMPRESORA	1
HOJAS BLANCAS	200
FOTOCOPIAS	200
EXPEDIENTES	63

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Identificación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis del HGZ/UMF No. 8 Gilberto Flores Izquierdo.

RESULTADOS

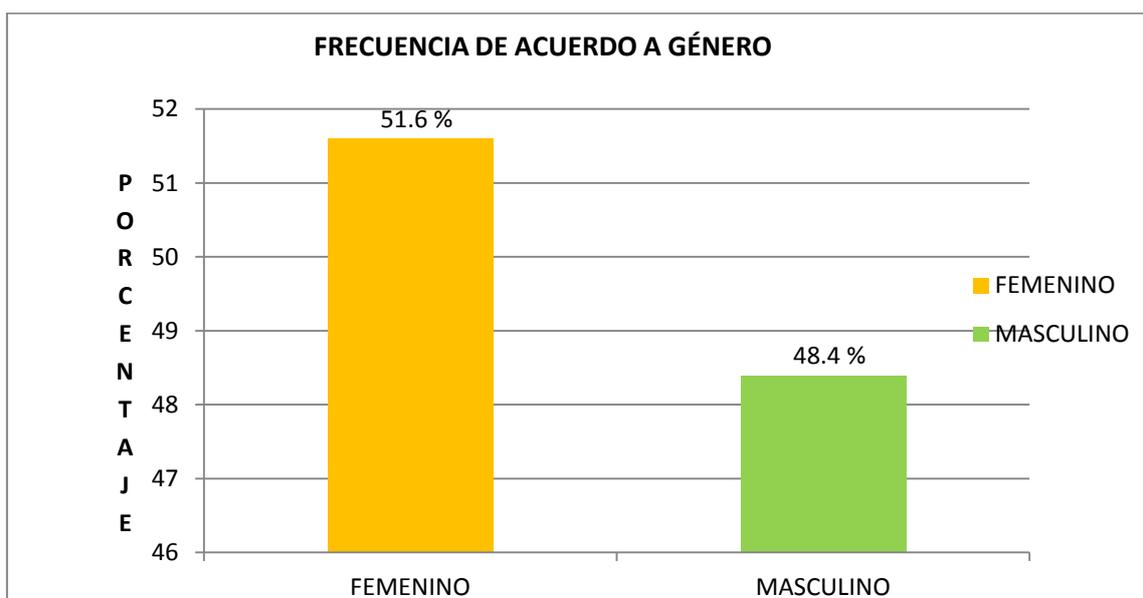
- Se estudió un total de 62 pacientes portadores de psoriasis en el HGZ/UMF NO 8 se encontró un predominio de sexo femenino 32 (51.6 %), sexo masculino 30 (48.4 %) ver anexo cuadro 1
- La media de edad 50 años, un valor mínimo de 16 años y valor máximo de 83 años, moda 45 años, mediana 50 años y desviación estándar de 16.35 años.
- En ocupación se observó: 34 (54.8%) empleados, 28 (45.2 %). Ver anexo cuadro 2
- En el rubro de estado civil se analizó 51 (82.3 %) casados, 11 (17.7%) solteros. Ver anexo cuadro 3
- En la sección de calidad de vida se valoró 5 (8.1%) no se encuentra afectada, 22 (35.5%) poco afectada, 20 (32.3%) moderada afectación, 12 (19.4%) muy afectada, 3 (4.8%) extremadamente afectada. ver anexo cuadro 5
- Con respecto al rubro del tratamiento en psoriasis se encontró tópico 30 (48.4%), sistémico 7(11.3%), sistémico y tópico 14(22.6%), terapia biológica 11 (17.7%). ver anexo cuadro 6
- En la sección de edad y calidad de vida se valoró a pacientes de 16-49 años 4(6.5%) no afectada, 13 (21.0%) poco afectada, 8 (12.9 %) moderadamente afectada,3 (4.8%) muy afectada, 2 (3.2%) extremadamente afectada, en el rango 50-83 años se observó 1(1.6%) no afectada, 9 (14 .5%) poco afectada,12 (19.4 %) moderadamente afectada,9 (14.5 %) muy afectada, 2 (3.2 %) extremadamente afectada. ver anexo cuadro 7
- En el apartado de sexo y calidad de vida se identificó en el sexo femenino 2(3.2%) calidad de vida no afectada, 10(16.1%) calidad de vida poco afectada, 10 (16.1%) calidad de vida moderadamente afectada, 8 (12.9%) muy afectada, 2 (3.2%) extremadamente afectada. Se observó en el sexo masculino 3(4.8%) calidad de vida no afectada, 12(19.4%) calidad de vida poco afectada, 10(16.1%) calidad de vida moderadamente afectada, 4(6.5%) muy afectada, 1 (1.6 %) extremadamente afectada. ver anexo cuadro 8
- En la sección de ocupación y calidad de vida se observó en los empleados 4 (6.5%) calidad de vida no afectada, 16 (25.8 %) calidad de vida poco afectada, 8(12.9%) calidad de vida moderadamente afectada, 4(6.5%) muy afectada, 2 (3.2%) extremadamente afectada, en el rubro de desempleados 1(1.6 %) calidad de vida no afectada, 6 (9.7%) calidad de vida poco afectada, 12 (19.4%) calidad de vida moderadamente afectada, 8(12.9%) calidad de vida muy afectada, 1 (1.6%) calidad de vida extremadamente afectada. ver anexo cuadro 9

- En la sección de estado civil y calidad de vida en los casados se observó 3(4.8%) calidad de vida no afectada, 18 (29.0 %) calidad de vida poco afectada, 17 (27.4 %) moderadamente afectada, 10 (16.1%) calidad de vida muy afectada, 3 (4.8%) extremadamente afectada, en el estado civil soltero se identificó 2(3.2%) calidad de vida no afectada, 4 (6.5%) calidad de vida poco afectada, 3(4.8) calidad de vida moderadamente afectada, 2 (3.2%) calidad de vida muy afectada, 0 (0 %) calidad de vida extremadamente afectada. ver anexo cuadro 10
- Con respecto a calidad de vida y tratamiento se analizó tópico 4(6.5%) calidad de vida no afectada,15 (24.2%) calidad de vida poco afectada, 9(14.5%) calidad de vida moderadamente afectada, 2(3.2%) calidad de vida muy afectada, 0 (0%) calidad de vida extremadamente afectada. ver anexo cuadro 12
- En el tratamiento sistémico 0 (0%) calidad de vida no afectada, 1 (1.6%) calidad de vida poco afectada, 3 (4.8 %) calidad de vida moderadamente afectada, 2 (3.2 %) calidad de vida muy afectada, 1 (1.6 %) calidad de vida extremadamente afectada. ver anexo cuadro 12
- En la línea del tratamiento sistémico-tópico 1(1.6%) calidad de vida no afectada, 3 (4.8 %) calidad de vida poco afectada, 2(3.2%) calidad de vida moderadamente afectada, 6(9.7 %) calidad de vida muy afectada, 2 (3.2 %) calidad de vida extremadamente afectada. Se observó que la terapia biológica 0 (0%) calidad de vida no afectada, 3(4.8 %) calidad de vida poco afectada 6 (9.7%) calidad de vida moderadamente afectada, 2 (3.2 %) calidad de vida muy afectada, 0 (0%) calidad de vida extremadamente afectada.

- **FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO**

Genero	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombres	30	48.4
Mujeres	32	51.6
Total	62	100

Cuadro 1

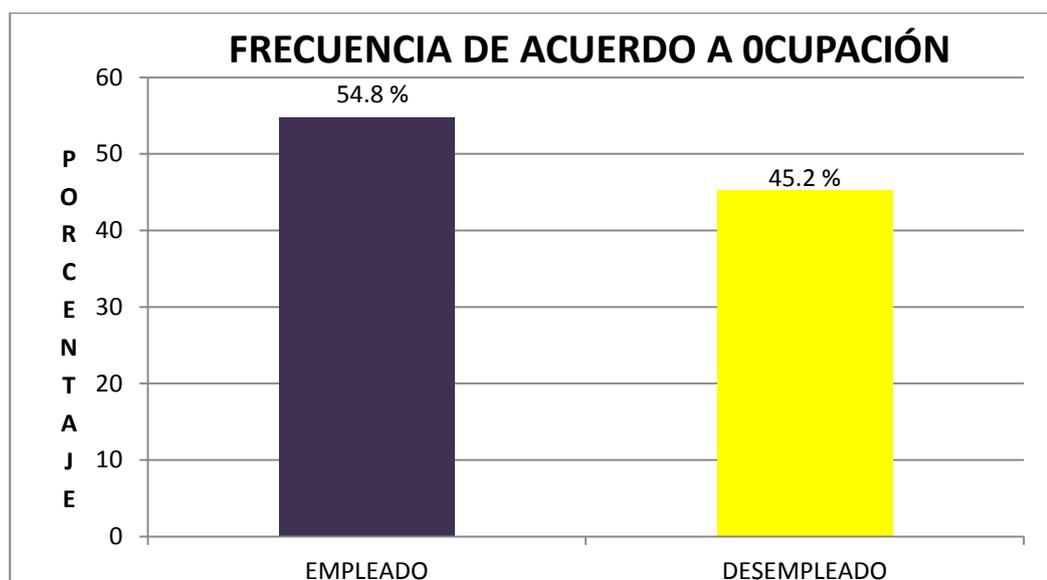


Cuadro 1. Frecuencia de psoriasis de acuerdo a género

- **FRECUENCIA DE ACUERDO A OCUPACIÓN**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleados	34	54.8
Desempleados	28	45.2
Total	62	100

Cuadro 2

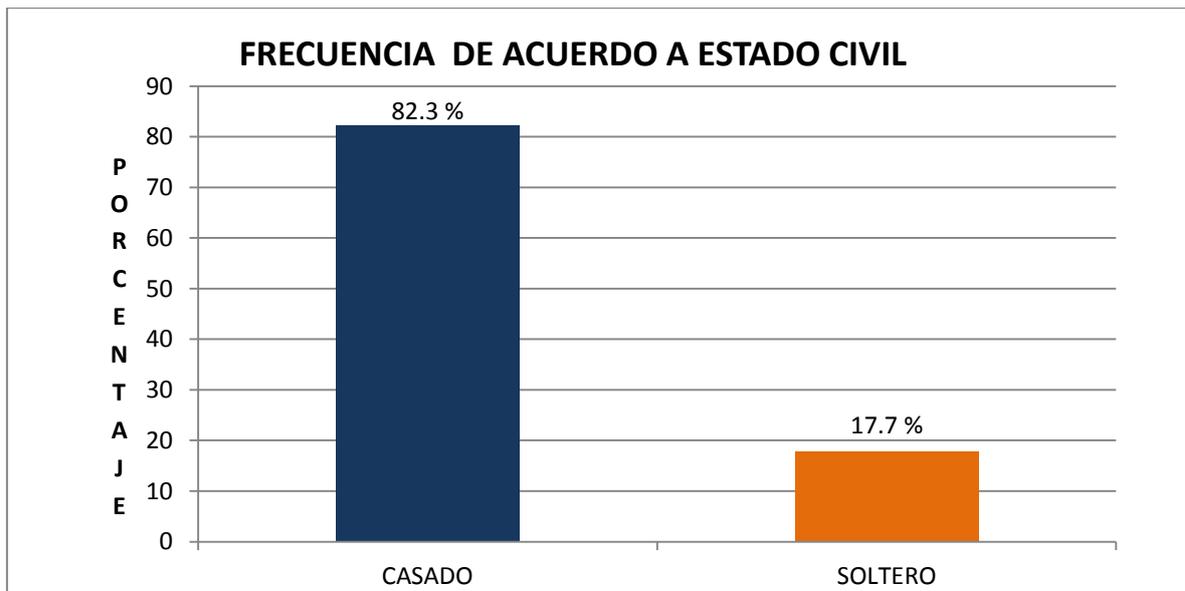


Cuadro 2 Frecuencia de psoriasis de acuerdo a ocupación

- FRECUENCIA ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casado	51	82.3
Soltero	11	17.7
Total	62	100

Cuadro 3



Cuadro 3. Frecuencia de psoriasis en estado civil

- CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS**

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje (%)
No afectada	5	8.1
Poco afectada	22	35.5
Moderadamente afectada	20	32.3
Muy afectada	12	19.4
Extremadamente afectada	3	4.8
Total	62	100

Cuadro 5

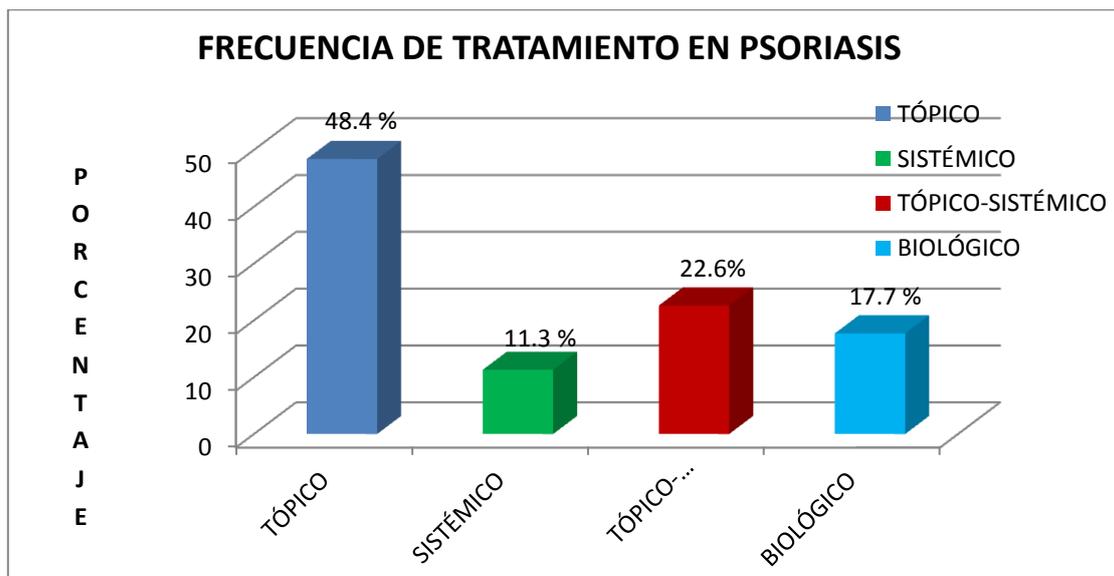


Cuadro 5. Frecuencia de calidad de vida en psoriasis

- **TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PSORIASIS**

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tópico	30	48.4
Sistémico	7	11.3
Tópico-sistémico	14	22.6
Terapia Biológica	11	17.7
Total	62	100

Cuadro 6

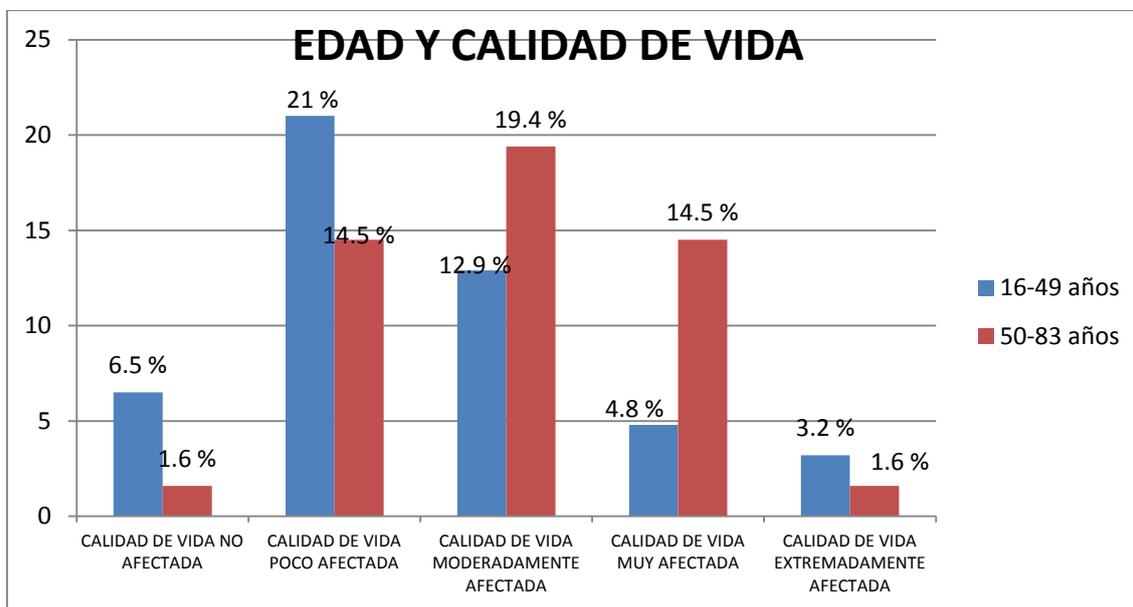


Cuadro 6. Frecuencia de tratamiento en psoriasis

- CALIDAD DE VIDA Y EDAD**

EDAD	CVNA		CVPA		CVMA		CVMYA		CVEA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
16-49 años	4	6.5	13	21	8	12.9	3	4.8	2	3.2	30	48.4
50-83 años	1	1.6	9	14.5	12	19.4	9	14.5	1	1.6	32	51.6
TOTAL	5	8.1	22	35.5	20	32.3	12	19.3	3	4.8	62	100

Cuadro 7

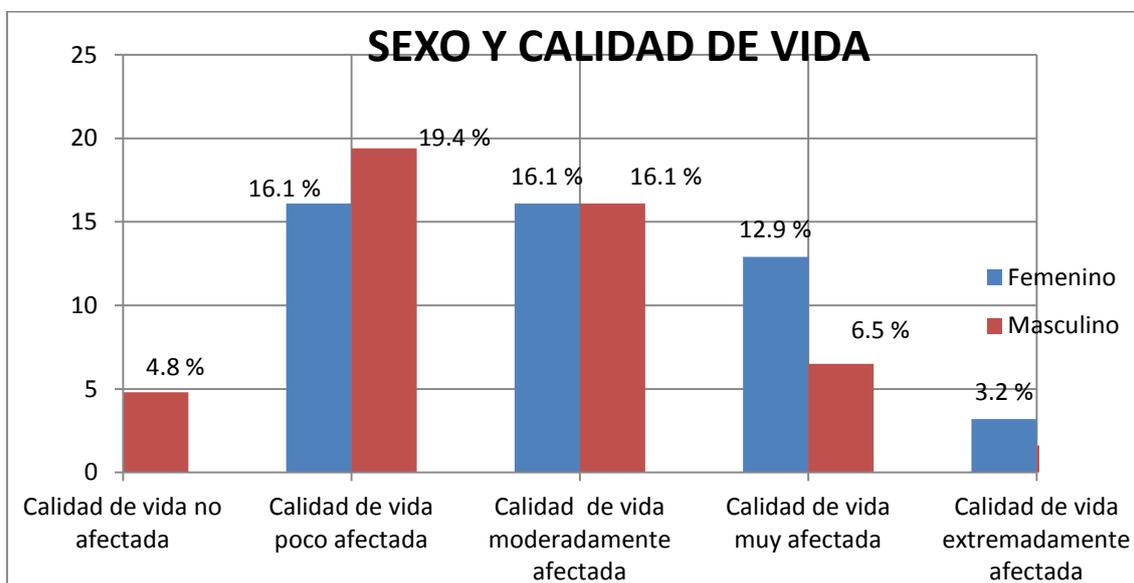


Cuadro 7. Calidad de vida vs edad.

- SEXO Y CALIDAD DE VIDA

	CVNA		CVPA		CVMA		CVMYA		CVEA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	2	3.2	10	16.1	10	16.1	8	12.9	2	3.2	32	51.6
Masculino	3	4.8	12	19.4	10	16.1	4	6.5	1	1.6	30	48.4
TOTAL	5	8.0	22	35.5	20	32.2	12	19.4	3	4.8	62	100

Cuadro 8

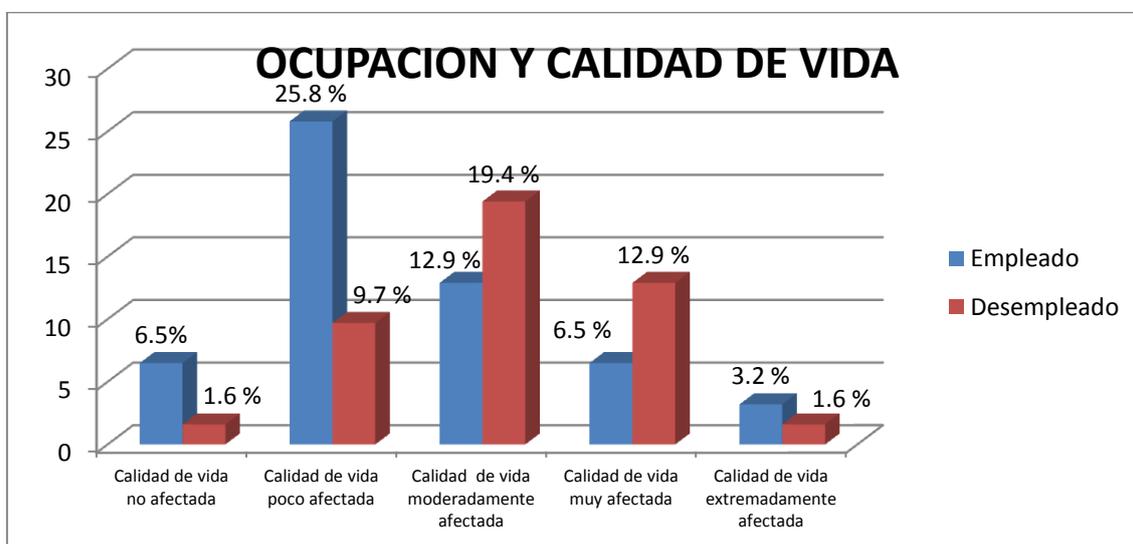


Cuadro 8. Sexo vs calidad de vida

- OCUPACION Y CALIDAD DE VIDA

OCUPACION	CVNA		CVPA		CVMA		CVMYA		CVEA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Empleado	4	6.5	16	25.8	8	12.9	4	6.5	2	3.2	34	54.9
Desempleado	1	1.6	6	9.7	12	19.4	8	12.9	1	1.6	28	45
TOTAL	54	8.1	22	35.5	20	32.3	12	19.4	3	4.8	62	100

Cuadro 9

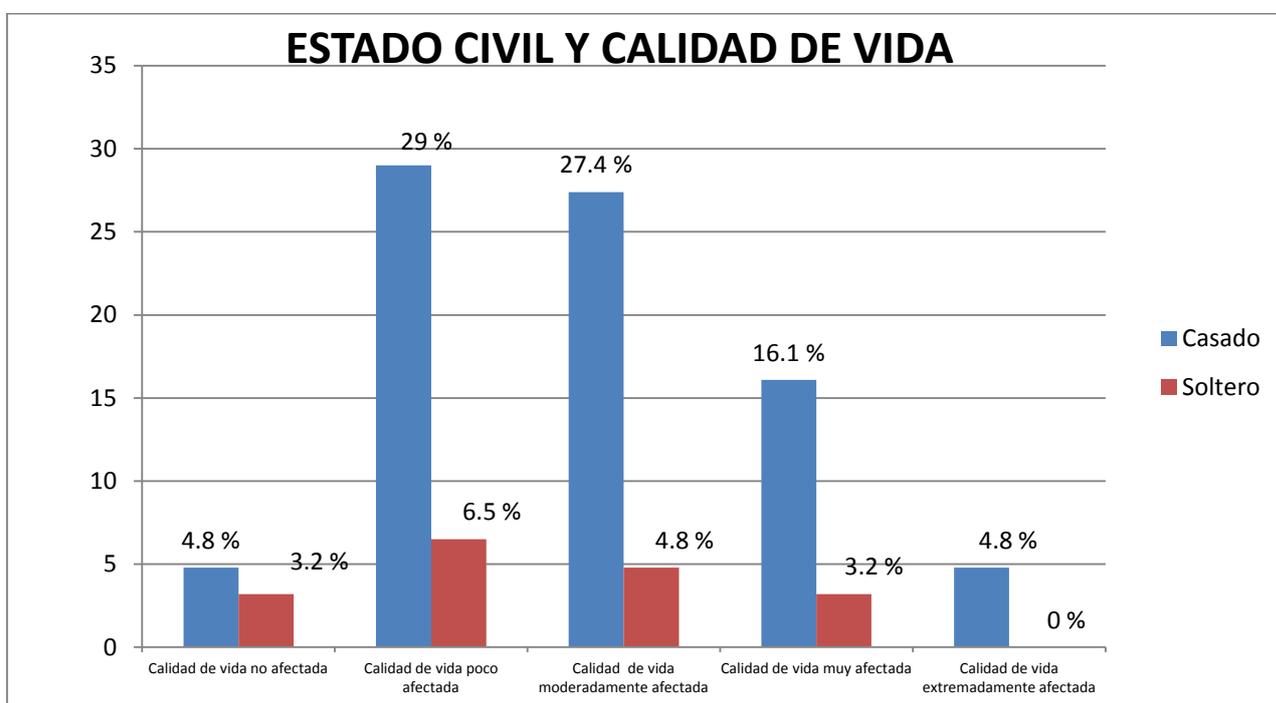


Cuadro 9. Ocupación vs calidad de vida.

- ESTADO CIVIL Y CALIDAD DE VIDA

ESTADO CIVIL	CVNA		CVPA		CVMA		CVMYA		CVEA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
CASADO	3	4.8	18	29.0	17	27.4	10	16.1	3	4.8	51	82.1
SOLTERO	2	3.2	4	6.5	3	4.8	2	3.2	0	0%	11	17.7
TOTAL	5	8	22	35.5	20	32.2	12	19.3	3	4.8	62	100

Cuadro 10

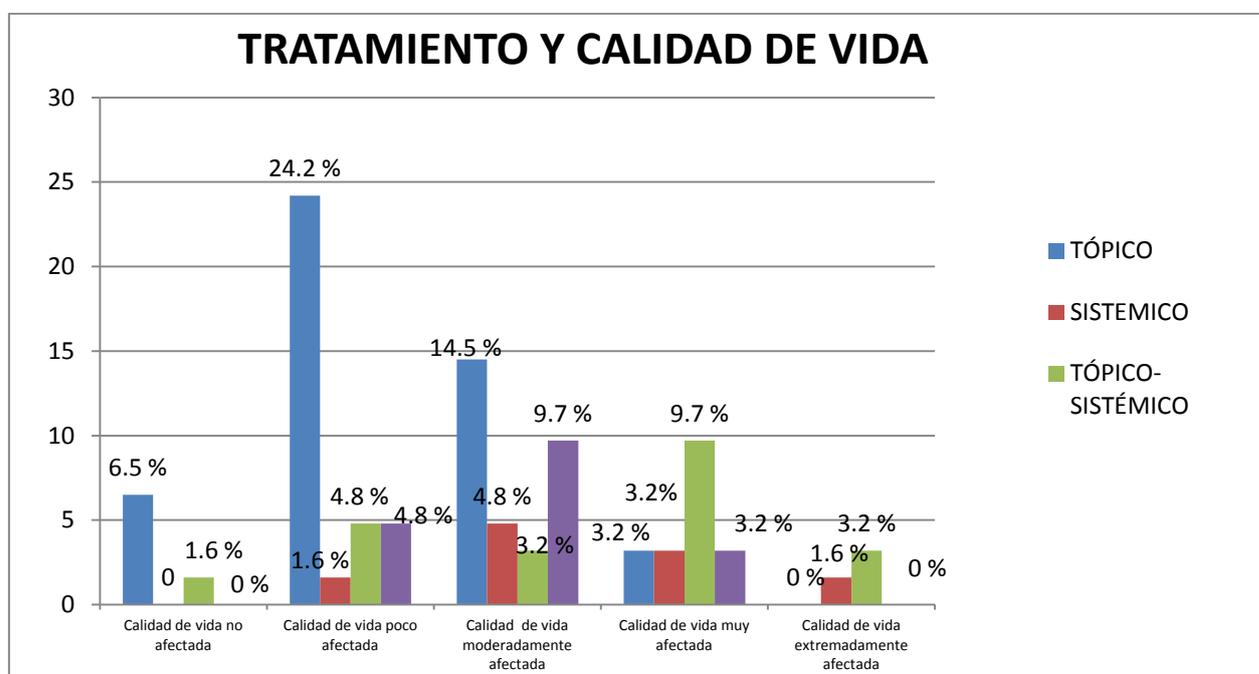


Cuadro 10. Estado civil vs calidad de vida

- **TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA**

TX	CVNA		CVPA		CVMA		CVMYA		CVEA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
TOPICO	4	6.5	15	24.2	9	14.5	2	3.2	0	0	30	48.4
SISTEMICO	0	0	1	1.6	3	4.8	2	3.2	1	1.6	7	11.2
TOPICO-SISTEMICO	1	1.6	3	4.8	2	3.2	6	9.7	2	3.2	14	22.5
TERAPIA BIOLÓGICA	0	0	3	4.8	6	9.7	2	3.2	0	0	11	17.7
TOTAL	5	8.1	22	35.41	20	32.2	12	19.3	3	4.8	62	100

Cuadro 12



Cuadro 12. Tratamiento y calidad de vida

DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que tiene importantes implicaciones físicas, psicológicas, sociales y económicas, en donde se ve afectada la calidad de vida de quien la padece.

La calidad de vida es un término que engloba el bienestar general de una persona. Calidad de vida y salud se determina por la percepción del paciente, respecto a la enfermedad y su tratamiento. Por lo tanto la calidad de vida relacionada con la psoriasis y los padecimientos crónicos influye en el bienestar del paciente, más allá de los síntomas físicos, por ello considero importante darle un seguimiento constante al paciente que padece esta enfermedad.

Si bien la psoriasis raramente es mortal, para la mayoría de los pacientes es una enfermedad estigmatizante que los afectará toda la vida.

Las enfermedades cutáneas en general, y la psoriasis en particular, pueden afectar profundamente la imagen propia, la autoestima y la sensación de bienestar de los individuos que las padecen.

El “impacto de padecer psoriasis” involucra un conjunto de alteraciones funcionales, psicosociales y restricciones propias de la terapéutica que estresan a los pacientes. Funcional se refiere a la pérdida de la habilidad física cuando la afectación cutánea se acompaña de artritis en manos o dificulta la movilidad cuando afecta los pies.

Se estima que uno de cada cuatro pacientes experimenta un importante impacto psicológico asociado a su psoriasis.

Los enfermos con psoriasis tienden a presentar una constante actitud de evasión, particularmente en situaciones donde deben exponer partes del cuerpo afectadas. También adoptan lo que se denomina “vigilancia automática” sobre ellos mismos y su entorno, por lo que experimentan situaciones altamente estresantes. Su autoestima se encuentra disminuida dificultando la vida de relación.

Se esperaría como lo refiere la literatura, los individuos con una pareja estable tienen mejor calidad de vida sin embargo en este estudio la población con peor calidad de vida fueron los casados, no es significativo ya que el 82.3% de la población son casados.

Algunos tratamientos inducen mejoría en la calidad de vida durante los tres primeros meses de administración; sin embargo, con el tiempo los pacientes experimentan empeoramiento según su percepción.

Por todo lo expuesto es esencial, entonces, incluir mediciones de morbilidad psicosocial al momento de examinar a los pacientes con psoriasis.

La posibilidad de evaluar cuantitativamente la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas por medio de tests o escalas estandarizadas, es un instrumento importante que se utiliza cada vez con mayor frecuencia tanto en ensayos clínicos, estudios epidemiológicos, auditoría médica, evaluación de costos en salud y determinación de políticas sanitarias.

CONCLUSIONES

Después de aplicarles a 62 pacientes (100%) que conforman nuestra muestra, el cuestionario DLQI, 57 pacientes (95%) resultaron con afectación en la calidad de vida como consecuencia de la psoriasis y 5 pacientes (5%) resultaron con nula afectación en la calidad de vida secundario a la psoriasis, lo que concuerda con lo reportado con la literatura nacional y mundial, con respecto a la calidad de vida de los pacientes que cursan con psoriasis.

Con lo reportado en la literatura, la psoriasis predomina en el sexo femenino, al igual que en la investigación realizada en la población del HGZ No.8, ya que existen 32 mujeres con psoriasis de las cuales 30 pacientes (48.3%) reportaron afectación en la calidad de vida, solo el 3.2 % reportó nula afectación, cada paciente tolera los brotes de su enfermedad de un modo completamente diferente, pero se ha observado que la mujer es más susceptible a los brotes y muestra un mayor deterioro e incapacidad en la vida diaria.

La psoriasis se asocia con otras comorbilidades que deterioran aun más la calidad de vida y en especial a los extremos de la vida, en esta investigación se concluyó que el rango de edad de 50-83 años (51.6%), mostró afectación en la calidad de vida, solo un paciente refirió nula afectación en la calidad de vida.

Si tomamos en cuenta que una enfermedad que compromete cualquier órgano puede ser vivida como una alteración en la "integridad personal", es lógico suponer que una que afecte la piel, el principal contacto con el exterior y se juzga primero en cualquier interacción social, debería tener aún más implicaciones.

Desde el punto de vista laboral se observó mayor repercusión en la calidad de vida en 32 pacientes con empleo (54.9%), esto puede deberse al stress laboral al que están sometidos y a la incomodidad que les causan las lesiones si están en sitios públicos, por ello es importante tener un tratamiento exitoso que pueda evitar los brotes.

El impacto psicosocial se evidencia en la baja autoestima y el temor al rechazo que se traducen en la dificultad para relacionarse. Por último, las restricciones propias de la terapéutica están dadas por los efectos colaterales de la medicación. Todo esto conlleva un mayor grado de preocupación, ansiedad y depresión, en el estudio se observó que el tratamiento tópico; mostró mayor afectación en la calidad de vida en sus diferentes grados en 26 pacientes (41.9%), seguido el tratamiento combinado en 13 pacientes (20.9%), posteriormente el tx biológico en 11 pacientes (17.7%); y finalmente el tx sistémico en 7 pacientes (11.2%).

Mediante la aplicación del test DLQI, aceptamos la hipótesis alterna, ya que se pudo observar que del total de la muestra la calidad de vida se vio afectada en 57 pacientes (92 %) y rechazamos la hipótesis nula en la cual se refería a la nula afectación en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis del HGZ7UMFNo.8.

El efecto que produce el tratamiento adecuado en el control de la enfermedad, no se limita al aspecto clínico, también se extiende al rendimiento laboral, incrementa la productividad, mejorando la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA:

1. Antonio Iglesias Gamarra, Edgar Peñaranda, Paul Hernando, Luis Espinoza, Rafael Valle, José Félix Restrepo, Federico Rondón H. Historia de la artritis psoriasisica. Revista colombiana de reumatología.Vol 17 No.1 Marzo 2010, pp 22-24
2. Batista Romagosa M, Pérez Bruzón M. Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis . MEDISAN 2009;13(3).
3. Heno C., Psoriasis epidemiology and clínica spectrum. Clinical and experimental dermatology 2001; 26: 314-32
4. Liliana Cortés Vera, Antonio Iglesias Gamarra, José Félix Restrepo Suárez, Psoriasis y artritis psoriasisica. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2003; 51(4)
5. Maritza Batista y Marlenys Pérez, "Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis Most important elements in the psoriasis pathogeny", Medisan 2009 13(3).
6. Israel Alonso Trujillo y cols. "Patogenia de la Psoriasis a la luz de los conocimientos Actuales" Rev. Cubana Med. 2001;40(2);122-34.
7. Luis Valdivia. Patogénesis de Psoriasis Dermatol Perú 2008;18(4): 340-345.
8. R Lpanzeri, "Interpretación del mecanismo fisiopatogénico de la psoriasis", rev argent dermatol 2009; 90: 118-132.
9. Christopher E.M. Griffiths, MD. Psoriasis: future research needs and goals for de twenty-first century.Dermatol Clin 2004;22:493-499.
10. Richard G. Langley, MD, Charles N. Ellis, MD. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area Severitiy Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician´s GlobalAssessment. J Am Acad Dermatol 2004;51:563-9.
11. Geral Krueger, MD, Charles N. Ellis, MD. Psoriasis recent advances in understanding its pathogenesis and treatment. J Am Acad Dermatol 2005;53:S94-100
12. Koo J, Lee E, BS, Chai Sue Lee, Lebwohl M. Psoriasis. J Am AcadDermatol 2004; 50: 613-22.
13. Aurora Guerra Tapia. Novedades en el tratamiento tópico de la psoriasis. Med Cutan Iber Lat Am 2004; 32(2):79-89
14. Callen J, Kruger G, Lebwohl M, et al. AAD consensus statement on psoriasis therapies. J Am Acad Dermatol 2003;49:897-9.
15. García Díez A. Tratamiento tópico y complementación en psoriasis vulgaris. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31: 323-336.
16. De Pablo P. Guerra Tapia A. Tratamiento de la psoriasis en pacientes ambulatorios 2003;8:388-96.

17. Linden KG, Weinstein GD. Psoriasis current perspectives with an emphasis on treatment. *Am J Med* 1999; 107:595-605.
18. Orta Marín L, Rondón Lugo M, Facchin Olavarría C. Consenso Nacional de psoriasis 2009. *Rev Dermatología Venezolana* 2009; 47
19. Consenso Mexicano para el Manejo de Terapia Biológica en Psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2004; 13:3.
20. Arnold. R., Ranchor, A., Sanderman, R., Kempen, G., Ormel, J., & Suurmeijer, T. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life Research*, 13, 883-896.
21. Bognar, G. The concept of quality of life. *Social and Practice* 2005; 31: 561-580.
22. Bradley, J., Thorlund, K., Schünemann, H., Xie, F., Hassan. Improving the interpretation of quality of life evidence in meta-analyses: The application of minimal important difference units. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8: 116.
23. Cummins, R.A. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 2000; 52: 55-72
24. Cummins, R. A. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research* 2004; 49: 699-706.
25. Urzúa, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile* 2010; 138: 341 – 348.
26. Baley J. La Gente y la Salud ¿Qué es Calidad de Vida? Grupo de la OMS sobre calidad de vida. *Foro Mundial de Salud*. 1996;(17); 11-30.
27. Amalia Panzarelli. Calidad de vida en enfermedades cutáneas. *Dermatología Venezolana* 2008; 46 (4)
28. Cortés C, Castro-Ayarza JR, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. *Dermatol RevMex* 2010;54 (3):125-132.
29. E.Infliximab Improves Quality of Life in Patients With Severe Psoriasis. *Medscape Medical News*. 2004.
30. Fernández C, Chinchilla D, Palacios S, Schroh S. Índice de gravedad de la psoriasis. *Atlas Psoriasis Clínica*. 2006
31. Finlay Ay, Khan GK, Dermatology Life Quality Index (DLQI): A Simple Practical Measure for Routine Clinical Use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19:210-216.
32. Wahl, A., Hanestad, B., Wiklund, I., & Moum, T. Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of Life Research* 1999; 8: 427-433

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha México D.F., A ____ de _____ de _____

Por medio de la presente acepto participaren el protocolo de investigación titulado:

“IDENTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y FRECUENCIA DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON PSORIASIS DELA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HGZ/UMF No. 8 DE LA DELEGACIÓN 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

El objetivo del estudio es: Identificar la frecuencia de psoriasis en pacientes con diabetes mellitus en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de relacionar las alteraciones metabólicas de la glucosa con el riesgo de padecer una enfermedad dermatológica como lo es la psoriasis.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Una entrevista clínica

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

SR (A). _____

Nombre y firma del paciente

MARÍA GUADALUPE HIDALGO PARRA; MATRÍCULA 99379887

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Testigos: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Nombre: _____ Edad: _____

Gracias por contestar este cuestionario.

Por favor, marque con una cruz una casilla para cada pregunta, esto corresponde a los últimos 7 días

- ¿Ha tenido, picor, dolor o escozor en su piel?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto
 - no procede.

- ¿Ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de piel?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿Sus problemas de piel le han interferido en ir de compras o cuidarse de la casa o la terraza?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿Sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿Sus problemas de piel han afectado alguna actividad social o de tiempo libre?
 - muchísimo
 - mucho

- un poco
 - no, absoluto

- ¿Le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿Sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar? Si la respuesta es «No» pase a la siguiente
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿Su piel le ha causado algún problema en el trabajo o en los estudios?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿Sus problemas de piel le han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/a o familiar?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿Sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

- ¿El tratamiento de su piel ha sido un problema para usted, por ejemplo porque ha ensuciado el hogar o le ha quitado tiempo?
 - muchísimo
 - mucho
 - un poco
 - no, absoluto

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No.Afiliación	Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Estado civil	Calidad de vida
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						