

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE  
HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE FARMACIA Y

BIOQUÍMICA



Manejo farmacológico de la psoriasis en pacientes que  
acuden a centros asistenciales de la ciudad de Lima, 2011.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO

FARMACÉUTICO

PRESENTADO POR

**Bach. ROMERO GAVILÁN, Joseph Dino**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2012**

A la memoria de mi abuelo Pascual y mi Mama Dina Norma, a quien no tuve la dicha de conocerla.

A mi abuela Genoveva; a Anita, Rubén y Serapio,  
por la dicha de tenerlos siempre que los  
necesito.

A toda mi familia por la felicidad mostrada al verme profesional, a mis hermanos por la alegría que me brindan.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Cristóbal, alma mater de mi formación profesional, forjadora de conciencias para el desarrollo de la sociedad.

A los docentes de la Escuela de Formación Profesional de Farmacia y Bioquímica, que contribuyeron con las valiosas enseñanzas el logro de mi carrera profesional.

Al Hospital de la Solidaridad por brindarme la autorización para poder realizar mis encuestas, y a las personas que ayudaron con la ejecución del proyecto.

Al Q.F. Mg. Enrique Aguilar Felices por su acertada conducción en el proceso de la investigación.

A mis grandes amigos por la ayuda brindada para la realización de la investigación.

A los compañeros de trabajo de B. Braun Medical Perú S.A. por el apoyo brindado y sus consejos.

## ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
Objetivos	2
II. MARCO TEÓRICO	3
2.1. Antecedentes	3
2.2. Fundamento teórico	7
2.3. Psoriasis	7
2.4. Factores de riesgo	9
2.5. Formas clínicas de la psoriasis	9
2.6. Epidemiología de la psoriasis	11
2.7. Tratamiento tópico	12
2.8. Tratamiento sistémico	14
III. MATERIALES Y MÉTODOS	17
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	41
VII. RECOMENDACIONES	42
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	

## **Manejo farmacológico de la psoriasis en pacientes que acuden a centros asistenciales de la Ciudad de Lima, 2011**

Autor: Bach. ROMERO GAVILAN, Joseph Dino

Asesor: Mg. AGUILAR FELICES, Enrique

### **RESUMEN**

El presente trabajo de la investigación se realizó en la ciudad de Lima con la finalidad de conocer el manejo farmacológico de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima. 72 pacientes accedieron participar en el trabajo en vista de que el trabajo no atentaba contra la integridad física ni moral, a quienes previa explicación de los objetivos de la investigación y de la reserva de sus derechos se les entrevistó con ayuda de un cuestionario en el lugar que cada uno de ellos escogió por comodidad. Nuestros resultados muestran que la más alta frecuencia de psoriasis se encontró en: pacientes de 16 a 25 y de 36 a 45 años de edad respectivamente 24/72 (33.3%), en varones 45/72 (62,5%) en comparación a las mujeres 27/72 (37,5%), el 45.8% 33/72 sufren de la psoriasis más de 2 años, según la ocupación los estudiantes fueron los que presentaron la mayor frecuencia 30/72 (41,7%), aquellos con instrucción secundaria presentaron la mayor frecuencia 36/72 (50%), El 58,3% 42/72 de los pacientes utilizan tratamiento tópico en comparación al 20,8% 15/72 que usan tratamiento sistémico, la crema es la más utilizada en el tratamiento tópico de la enfermedad (38,1%), el ácido salicílico y el alquitrán de hulla fueron los medicamentos tópicos más utilizados, el 50% de los pacientes utilizan la vitamina D como adyuvante y el 30% el Metotexate, el 83,4% de los pacientes respondieron no saber si hay algún a reacción adversa, el 50% de los pacientes refieren que cambiaron de medicamento durante el tratamiento, el 50% de los pacientes recibieron monoterapia y terapia combinada respectivamente, 75% (54/72), manifestaron que la medicación antipsoriasis recibida ha tenido efecto sobre su enfermedad, 62,5% de los pacientes han recibido tratamiento intermitente.

**PALABRAS CLAVE:** Psoriasis, manejo farmacológico.

## I. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una de las enfermedades cutáneas más frecuentes; es crónica, recidivante y se caracteriza por placas eritematosas, descamativas e infiltradas, que comprometen la superficie extensora de las extremidades y el cuero cabelludo, aunque también existen algunas formas clínicas como la pustulosa generalizada localizada en palmas y plantas, hay afección del 50% en uñas de manos y 35% en uñas de pies. La artropatía psoriásica es la única manifestación extracutánea en 6-15% (Cañarte y col., 2004).

La psoriasis constituye una patología cutánea crónica que puede iniciarse en cualquier etapa de la vida, asociadas a una predisposición genética la misma que puede ser desencadenada por factores externos como traumatismo, infecciones, stress, fármacos, es una enfermedad cuya data se remonta a muchos años de nuestra era, fue reconocida por Celsus (25 a.C) y luego demostrado por Ferdinand Von Hebra como psora leprosa (Sola y col., 2009).

A nivel mundial, la incidencia de la psoriasis oscila entre 0,97%-5%. En algunas zonas de Europa es de más del 2%; en países escandinavos se aproxima al 5%. Se puede presentar a cualquier edad, de manera independiente del sexo, con incidencia familiar. Un inicio precoz de la enfermedad suele significar un peor pronóstico, un 10-15% aparece antes de los 10 años. La edad más común es en la segunda década de la vida con un promedio de 27 años. Se consideran factores desencadenantes a las

infecciones estreptocócicas, tabaquismo, alcohol, estrés, determinados fármacos como los beta bloqueadores, carbonato de litio, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides sistémicos, trastornos emocionales, infección por HIV, síndrome de Reiter y la esclerosis múltiple (Bordas, 2003).

En términos generales se ha descrito que la psoriasis es poco frecuente en indígenas y mestizos y, en Latinoamérica se ha hecho una aproximación a la prevalencia de esta enfermedad reportándose para Argentina 1,13%, Brasil 2,5%, Chile 2%, Colombia 2%, Ecuador 2,5%, Paraguay 1%, Perú 2,5%, Venezuela 2,5% con un promedio regional de 2,14% (Lozano, 2002). Debido a que en el país y en especial en nuestra región no se conoce la verdadera prevalencia y la farmacopea de esta enfermedad, proyectamos realizar el presente trabajo de investigación con los siguientes objetivos:

#### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el manejo farmacológico de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir la psoriasis en pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.
- Conocer la farmacoterapia de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.
- Determinar el grupo de medicamentos de uso frecuente en el tratamiento de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**Trujillo y col.** (2002), realizaron un estudio descriptivo, nacional, multicéntrico, en el que participaron 200 pacientes procedentes de 7 provincias de Cuba, con el objetivo de conocer el comportamiento de la psoriasis vulgar en nuestro país. Hallaron que los pacientes psoriáticos representaban el 6 % de la consulta de dermatología, que el 96 % de ellos había recibido tratamiento anterior y que los esteroides habían sido los más utilizados. Hubo similitud de frecuencia entre ambos sexos y predominio de la raza blanca. El *Psoriasis area and severity index* (PASI) fue bajo (6,9 unidades) y el 88 % de los pacientes presentó prurito de variable intensidad.

**Cañarte y col.** (2004), dicen que no existe datos epidemiológicos nacionales respecto a la psoriasis en el Ecuador, por lo que hicieron una encuesta observacional, descriptiva, aleatoria, persona - persona, acerca de la prevalencia de la psoriasis en 1.000 familias de la ciudad de Quito de población mestiza en el 80%, de acuerdo con los planos oficiales de distribución urbana, seleccionando unidades primarias (parroquias), secundarias (barrios, manzanas, casas) y finales. De 4.911 personas encuestadas, un total de 29 pacientes (0,59%) fueron diagnosticados de psoriasis; 15 fueron hombres (0,30%) y 14 mujeres (0,28%), con edades entre 8-70 años, con una media de 39 años. En esta encuesta se hallaron trastornos emocionales como factores

desencadenantes en 85%. Los HLA predominantes fueron A2 (63,8%), B5 (19,4%), B35 (41,6%).

**Gutiérrez y col.** (2009), con la finalidad de determinar la prevalencia de enfermedades dermatológicas en una comunidad rural de la selva peruana, realizaron un estudio descriptivo y transversal en una comunidad rural de Pueblo Libre, Distrito de Campo Verde, Coronel Portillo, Ucayali-Perú, en el que participaron todos los pobladores de dicha comunidad. Durante el mes de febrero del 2005 se realizó una encuesta casa por casa, registrándose las características socio-demográficas, el diagnóstico dermatológico, sexo y edad en una ficha de recolección de datos. Los diagnósticos se basaron de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10). Examinaron a un total de 111 personas, la mayoría de la población adulta contaba con educación primaria incompleta (38,7%), se dedicaba preferentemente a la agricultura (34,2%) y en su totalidad refirió tener un ingreso mensual menor al mínimo vital. El 61,3% de la población estuvo afectada por una o más enfermedades dermatológicas y se encontró como único factor independiente de riesgo la agricultura como ocupación ( $p < 0,05$ ; OR.: 6,2, IC95%: 1,1-35,7). Por grupos de enfermedad, las dermatosis infecciosas y parasitarias fueron las más prevalentes (39,6%), seguidas por las dermatitis (24,3%) Por enfermedad, las dermatofitosis o tiñas fueron el diagnóstico de mayor prevalencia (14,4%), seguidas por el prurito (9,9%).

**Ara y col.** (2001), con el objetivo de conocer los criterios utilizados por los dermatólogos para la elección de los tratamientos, realizaron un estudio transversal mediante encuesta a dermatólogos con experiencia en psoriasis moderada-grave en España. La encuesta constó de 31 ítems distribuidos en 5 secciones: perfil del investigador, manejo de la enfermedad, tratamiento de la psoriasis moderada-grave, uso de fármacos biológicos y valoración de estos. Participaron 190 dermatólogos con experiencia en el manejo de fármacos biológicos en psoriasis. En opinión de los participantes, el 31% de los pacientes con psoriasis moderada-grave que está en

tratamiento activo utiliza algún fármaco biológico, de estos el 28% en algún momento del tratamiento necesita un cambio de principio activo, motivado principalmente por falta de actividad o aparición de alguna reacción adversa. La administración de los fármacos biológicos sería en monoterapia en el 73% de los casos. Un 53-59% de los dermatólogos administra estos fármacos en tratamiento continuo. Las propiedades farmacológicas mejor valoradas por los dermatólogos fueron: seguridad (4,8 puntos; IC 95%: 4,7-4,9), eficacia a largo plazo (4,6; IC 95% 4,5-4,7) y tolerabilidad (4,5; IC 95%: 4,4 - 4,6).

**Pérez y Col.** (2010), estudiaron un caso de un paciente con VIH y lesiones cutáneas extensas que comprometían la mayor parte de la superficie corporal. Después de recibir tratamiento con metotrexato, iniciado por el compromiso cutáneo, se evidenció resolución de las lesiones. Debe tenerse en cuenta que la presentación de enfermedades cutáneas varía en estados de inmunosupresión y, asimismo, el manejo que se proponga debe ser aquél que no empeore su estado y que no interactúe con la terapia antirretroviral.

**Batista y Pérez** (2008), exponen algunos resultados preliminares sobre el uso del campo electromagnético de baja frecuencia con el estimulador electromagnético local Nak, fabricado en el Centro Nacional de Electromagnetismo Aplicado de Santiago de Cuba, en 14 de 28 pacientes con psoriasis vulgar e integrantes del grupo de estudio, en contraste con los otros 14 que padecían esa misma dermatosis y habían sido incluidos en el grupo control para ser tratados con la pomada cádica convencional. En el ensayo clínico obtuvieron que ambos tratamientos son eficaces contra esa enfermedad cutánea, pues curaron 75,0 y 60,0 % de los afectados, respectivamente; pero el primero no provocó reacciones adversas locales o sistémicas.

**Reich y col.** (2011), dividieron a 903 pacientes con psoriasis moderada-severa (aquellos con afectación de más del 10% de la superficie corporal total) en tres grupos de tratamiento, unos recibieron inyecciones subcutáneas de 45 mg. de Ustekinumab y

puede actuar como un estresor per se e influir en el bienestar psicológico y social del paciente (Cañarte y col., 2004).

La psoriasis, en sus diferentes formas de presentación, constituye una de las enfermedades más frecuentes dentro de la dermatología, afectando al 1 a 2% de la población general. Su manejo resulta complicado, ya que son muchas y muy variadas las opciones terapéuticas de que dispone el especialista, aunque no existe ningún tratamiento que pueda solucionar de forma definitiva la enfermedad (Actualización en el tratamiento de la psoriasis, 2011).

El posible rol del estrés en la psoriasis y el sugerido enlace entre el sistema nervioso central y los procesos inflamatorios de relevancia en esta enfermedad, permiten que sea tratada por intervención psiquiátrica. Las investigaciones experimentales han mostrado que es posible modular un número de reacciones inflamatorias e inmunes de la piel con hipnosis, técnicas de relajación, además de psicoterapia individual y grupal (Cañarte y col., 2004).

La psoriasis constituye una patología cutánea crónica que puede iniciarse en cualquier etapa de la vida, asociadas a una predisposición genética la misma que puede ser desencadenada por factores externos como traumatismo, infecciones, stress, fármacos. Esta enfermedad ya fue descrita por los antiguos como Hipócrates a quien se le atribuye su descubrimiento, Celsus (25 a.C.) describe una "dermatosis" que se la considera como el inicio de la psoriasis, un dermatólogo vienés Ferdinand Von Hebra, demuestra que la lepra Graecorum y psora leprosaee eran una sola enfermedad (Lodeiro y col., 2003).

Por lo general 1/3 de los pacientes indican algún pariente que la padece lo que nos induce a pensar en una predisposición genética, involucrándose diversos tipos de Antígenos Leucocitarios humanos (HLA), como HLA-B13, B16,B17,B37,DR7 y Cw6 (Lozano, 2002).

Posee procesos de proliferación celular e inflamación excesiva pero controlada, el papel de los mecanismos inmunes se manifiestan en la gran cantidad de células activadas dentro de la epidermis y la dermis afectada, la relación entre la psoriasis y cierta clase de antígenos HLA, asociada con un aumento significativo de la proliferación del queratinocito (Villanueva y Hermoza, 2004).

### **2.2.2. Factores de riesgo (Perez y col., 2010) (Psoriais, 2011)**

Los siguientes factores pueden desencadenar un ataque de psoriasis o hacer que la afección sea más difícil de tratar:

- Bacterias o infecciones virales, incluyendo faringitis estreptocócica e infecciones de las vías respiratorias altas
- Aire o piel seca
- Lesión en la piel, incluyendo cortaduras, quemaduras y picaduras de insectos
- Algunos medicamentos, incluyendo antipalúdicos, betabloqueadores y litio
- Estrés
- Muy poca luz solar
- Demasiada luz solar (quemadura solar)
- Demasiado alcohol

En general, la psoriasis puede ser grave en personas con un sistema inmunitario debilitado, lo cual puede abarcar aquellas que tengan:

- SIDA
- Trastornos autoinmunitarios (como la artritis reumatoidea).
- Quimioterapia para cáncer

Hasta el 30% de las personas con psoriasis también puede tener artritis, una afección conocida como artritis psoriásica. La psoriasis también puede afectar las uñas; de hecho, alrededor del 10% de las personas con psoriasis tienen cambios visibles sólo en las uñas.

### **2.2.3. Formas Clínicas de la psoriasis (Lodeiro y col., 2003)**

- Psoriasis vulgar o "en placas"

Es la más frecuente, se caracteriza por presentar placas eritemato-descamativas localizadas preferentemente en codos, rodillas, sacro y cuero cabelludo. Estas placas pueden confluir y formar figuras policíclicas.

- Psoriasis en gotas

Suele cursar con numerosas lesiones puntiformes (< 1cm.), sobre todo en el tronco, es más frecuente en niños y adolescentes. Es típica su erupción aguda entre 10 a 14 días tras una infección estreptocócica habitualmente de garganta y que desaparece espontáneamente en 2 a 3 meses. Generalmente tiene buen pronóstico, en algunos casos con brotes recurrentes, aunque puede ser la forma de inicio de una psoriasis que posteriormente curse en forma de pequeñas placas de evolución crónica. En principio sólo precisa tratamiento local, pero si aparece en pacientes con varios episodios de faringoamigdalitis suele asociarse tratamiento con Bencilpenicilina vía IM 1 al mes, aunque en una revisión sistemática no se encontraron evidencias para ello.

- Psoriasis invertida

Afecta a grandes pliegues (axilas, ingles, submamario, interglúteo). Presenta placas rojo vivo, liso y brillante, sin descamación, ocasionalmente con fisuración.

- Psoriasis pustulosa

Puede ser

- ❖ Generalizada tipo Von Zumbusch, puede ser la forma de comienzo de una psoriasis o aparecer en el curso de una psoriasis crónica. Es una forma aguda y poco frecuente. Bruscamente aparece fiebre elevada, malestar general, eritema con pústulas en pocas horas, piel rojo escarlata seca y no descamativa, leucocitosis y aumento de VSG. Sin tratamiento puede ser mortal por hipoalbuminemia, hipocalcemia con deshidratación o infección y sepsis.

- ❖ Localizada palmo-plantar, con brotes repetidos de pústulas estériles sobre base eritematosa en palmas y plantas, simétricas, preferentemente en eminencia tenar, hipotenar y talones. Se secan dejando escamo-costras marrones.
- ❖ Localizada acral, alrededor de las uñas con onicodistrofias.
- Psoriasis eritrodérmica
 

Forma generalizada y grave. Se instaura generalmente sobre cuadros de psoriasis crónica y grave. Eritrodermia exfoliativa seca que afecta todo el tegumento incluyendo pelo y sobre todo uñas.

#### **2.2.4. Epidemiología de la psoriasis**

La incidencia en la raza blanca es de 1,5 a 3 %, puede comenzar a cualquier edad, pero es rara en menores de 5 años. Presenta una frecuencia bimodal con dos picos de máxima incidencia: segunda década (generalmente familiar) y 55 a 60 años. Evoluciona con remisiones y recaídas espontáneas y puede persistir toda la vida o durar sólo unos meses (Lodeiro y col., 2003).

Se piensa que la prevalencia mundial debe estar en promedio de 2 %, pero hay pocos estudios poblacionales que cuantifiquen con mucha aproximación la prevalencia de la psoriasis, su presentación es muy variada y depende de muchos factores; en USA se estima su prevalencia alrededor de 4.7 % de la población general y 0.7 % en pacientes de raza negra, en la India la prevalencia estimada es de 0.7 % (Valverde y col. 2005).

La Psoriasis es una enfermedad de la piel que tiene una incidencia de un 1 % dentro de la población mundial, teniendo predilección por la raza blanca, es rara en personas de raza negra y prácticamente inexistente en los indios americanos puros. Dado que los pacientes con Psoriasis suelen buscar atención médica al cabo de varios años del inicio de la enfermedad, la incidencia clínica tiende a reflejar más la prevalencia que la incidencia de esta enfermedad en la población, la cual se ha cifrado próxima al 20% (Avances terapéuticos de la psoriasis, 2008).

La incidencia de psoriasis en la población general se encuentra alrededor de 1% a 2%, similar a la encontrada en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en quienes, a pesar de cursar con una respuesta Th1 disminuida, se presenta con mayor intensidad y es más resistente a los tratamientos convencionales (Pérez y col., 2010).

En los países con mejores estadísticas, la prevalencia oscila entre el 0,2 y el 4,8%, mientras que la incidencia en los Estados Unidos es de 150.000 casos nuevos por año y en el Reino Unido, de 14 por 10.000 personas por año. Se han descrito numerosos locus que confieren susceptibilidad a la enfermedad, conocidos como PSORS; el PSORS I es el de mayor frecuencia en la población de ascendencia europea, y está relacionado con el MHC (complejo mayor de histocompatibilidad). Otros locus menos frecuentes están relacionados también con distintos aspectos de la inmunidad innata y adquirida, así como con el control de la queratinización. Mediante la detección de polimorfismos de un solo nucleótido, se han descrito otros genes que podrían influenciar y conferir riesgo de padecer psoriasis, aunque ninguno de ellos es patognomónico de la enfermedad ni sirve como biomarcador ya sea para el diagnóstico, pronóstico o como respuesta terapéutica a un medicamento en particular (Chohuela, 2011).

**2.2.5. Tratamiento tópico** (Avances terapéuticos de la psoriasis, 2008) (Bordas, 2003) (Lozano,2003)

#### **Hidratantes y queratolíticos**

Las cremas hidratantes siempre deben incluirse como complemento de cualquier tratamiento, ya que forman una capa grasa que evita la pérdida de agua, reblandecen el estrato córneo, reducen significativamente la hiperqueratosis y mejoran la elasticidad de la piel. Todo esto facilita la movilidad del paciente y evita la fisuración de las placas. La vaselina es, por tanto, el más hidratante y además se ha comprobado que tiene un cierto efecto antiproliferativo. Si existe una marcada hiperqueratosis

puede añadirse un queratolítico como el ácido salicílico, que se aplica a bajas concentraciones (vaselina salicilada al 3-6%) en la piel limpia y a concentraciones más elevadas para la hiperqueratosis palmoplantar (vaselina salicilada al 30-40%), o la urea al 20-40%.

#### **Ditranol o antralina**

Es un agente antimitótico que actúa reduciendo la proliferación epidérmica. Constituye una alternativa útil y muy utilizada en el tratamiento de la psoriasis en placas. Sus preparados presentan problemas de irritación, inflamación y tinción local de la zona perilesional, manchando la piel y la ropa, lo que limita su aceptación cosmética por parte de los pacientes. La utilización de dicho régimen se ha mostrado eficaz en pacientes con psoriasis extensa, si bien su administración requiere personal sanitario especializado. Actualmente, es más utilizado el régimen de "contacto breve" (crema al 1-2% bajo una gasa durante 30-60 minutos), de fácil administración por el propio paciente y menor toxicidad local, lo que permite mantener su eficacia y mejora su aceptación.

#### **Alquitranes**

Los alquitranes, obtenidos de la destilación de la madera y de la hulla y sus derivados purificados, siguen siendo una de las alternativas terapéuticas contra la psoriasis, aunque se utilizan con menor frecuencia tras la aparición de fármacos antipsoriásicos con un mejor perfil de eficacia/seguridad. Presentan actividad antimitótica, aunque su mecanismo de acción no es bien conocido. Los alquitranes pueden ser de especial utilidad en los casos de psoriasis en placas estable y en niños y, como monoterapia, en psoriasis localizada moderada o en psoriasis del cuero cabelludo.

#### **Corticoides tópicos**

Son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la psoriasis, ya que son muy eficaces, actúan con rapidez, casi nunca producen reacciones alérgicas, tienen una estabilidad casi ilimitada y son bien aceptados por los pacientes, ya que no manchan,

no huelen ni irritan. La eficacia depende de su potencia y capacidad de penetración en la piel. La penetrabilidad depende del grosor de la piel a tratar, del vehículo utilizado (ya que cuanto más graso sea mayor es la penetración) y del modo de aplicación, puesto que penetran más si se aplican en cura oclusiva, sobre todo bajo apósitos hidrocoloides. El empleo de los corticoides tópicos en la psoriasis se basa en que poseen actividad antiinflamatoria, antiproliferativa e inmunosupresora. Algunos estudios demuestran que se consigue la remisión en cerca del 70% de los pacientes a las 3-4 semanas de aplicar dipropionato de betametasona al 0,05% cada 12 horas o propionato de clobetasol al 0,05% una vez al día. Se puede conseguir, además, que el paciente permanezca libre de lesiones durante 4-5 meses mediante un tratamiento de mantenimiento con aplicación del corticoide cada 3-4 días o bien los fines de semana. Al parecer, esta fórmula también reduce el efecto secundario y el riesgo de efectos secundarios. Las novedades en el tratamiento corticoideo son la mometasona al 0,1%, corticoide "potente".

#### **2.2.6. Tratamiento sistémico (Lozano, 2002)**

##### **Fototerapia**

La fototerapia ha sido uno de los tratamientos más utilizados en la psoriasis moderada grave, nivel en el que ha demostrado su eficacia y aceptación por parte de los pacientes y constituye el tratamiento de elección de la psoriasis en placas extensas. Su efecto terapéutico se debe a su acción antiproliferativa e inmunosupresora, produciendo la remisión de la enfermedad en un 80-90% de los casos.

##### **Fotoquimioterapia**

La fotoquimioterapia (PUVA) consiste en administrar radiación UVA (320-400 nm) precedida de la administración de un psoraleno oral (metoxaleno) 1-3 horas antes. Presenta una mayor eficacia y un efecto más prolongado que la modalidad anterior, siendo necesario un menor número de sesiones; adicionalmente, es mejor aceptada cosméticamente por parte de los pacientes.

### **Metotrexato**

Se trata de un antipsoriásico oral con acción antimitótica e inmunosupresora que se ha mostrado eficaz en todas las formas de psoriasis (especialmente en los casos de psoriasis grave, extensa, pustulosa o artropática) resistentes a los tratamientos convencionales.

### **Ciclosporina**

Presenta una eficacia manifiesta en todos los tipos de psoriasis debido a su acción inmunosupresora. Constituye una alternativa de reserva útil para la psoriasis grave o extensa (incluida la artropatía) que requiera tratamiento sistémico en caso de fracaso, intolerancia o contraindicación de la fototerapia, los retinoides y el metotrexato.

### **Tacrolimus**

El tacrolimus es un antibiótico macrólido. Es un agente inmunosupresor de potencia 10-100 veces mayor que la ciclosporina. Para la psoriasis se ha demostrado que es eficaz a dosis de 0,05-0,15% mg/kg/día.

La psoriasis es una enfermedad compleja que afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes. Las actitudes terapéuticas deben dirigirse tanto a los aspectos psicosociales como físicos de la enfermedad. Resulta útil clasificar a la psoriasis en formas localizadas y generalizada, para facilitar la elección terapéutica. En ambos casos, la finalidad del tratamiento, debe incluir tanto un rápido control de la enfermedad, como un tratamiento de mantenimiento. Para formas localizadas, los estudios recientes, sugieren el uso combinado de corticoides tópicos, con otros tratamientos distintos de los corticoides (calcipotriol o tazaroteno tópicos). En las formas generalizadas de la enfermedad, la fototerapia UVB es un tratamiento efectivo que permite un rápido control y un mantenimiento a largo plazo. Las dosis bajas de acitretina (25 mg diarios ó 2 veces al día) potencian tanto la fototerapia UVB como la PUVA. En los pacientes que no responden a fototerapia, o no pueden realizar regularmente el tratamiento previo, el metotrexato es una alternativa eficaz. La ciclosporina se utiliza especialmente para

tratamientos de corta duración o reagudizaciones, pero debe ser sustituida por otras alternativas para el mantenimiento a largo plazo. Otros fármacos que pueden emplearse en formas de psoriasis generalizada incluyen la hidroxiurea y el micofenolato mofetilo (Feldman, 2011).

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Lugar de ejecución de la investigación**

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la ciudad de Lima, ubicada en la costa central del país con una superficie de 35 892 Km<sup>2</sup>, la provincia de Lima cuenta con 43 distritos, con clima subtropical, desértico y húmedo, con un microclima que fluctúa entre templadas y cálidas, la temperatura promedio es de 19°C; la población proyectada a junio del 2011 fue de 8 291 000 habitantes, de los que 48,6% son varones y 51,4% mujeres (INEI Perú).

#### **3.2. Población**

Estuvo constituida por los pacientes psoriásicos atendidos en los servicios de dermatología de los establecimientos de salud del Hospital de Solidaridad del distrito de San Juan de Miraflores, Comas y Surquillo, durante el año 2011.

##### **3.2.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes que padecen de psoriasis.
- Pacientes con psoriasis atendidos en los establecimientos de salud de la ciudad de Lima.

##### **3.2.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes con psoriasis que no aceptaron participar en el estudio.

### **3.3. Tamaño de muestra**

La muestra estuvo constituida por 72 pacientes.

### **3.4. Sistema de muestreo**

Por conveniencia

### **3.5. Diseño metodológico**

#### **3.5.1. Métodos y procedimientos para la recolección de datos**

##### **3.5.1.1. Técnica**

Entrevista estructurada

##### **3.5.1.2. Instrumento**

Cuestionario de preguntas cerradas, validada en campo en un 5% de la muestra.

##### **3.5.1.3. Acceso al paciente**

Se ubicaba y abordaba al paciente la sala de espera del consultorio o en la Farmacia, a quien se le indicaba que para efectos de titulación como Químico Farmacéutico, se estaba realizando la investigación en psoriasis, aceptada su colaboración, se le indicaba los objetivos a lograr, además, de indicarles que solo consistía en llenar un cuestionario cuyas preguntas no le afectarían bajo ningún concepto, así como violar sus derechos. Todos los pacientes estaban en diferentes periodos de tratamiento.

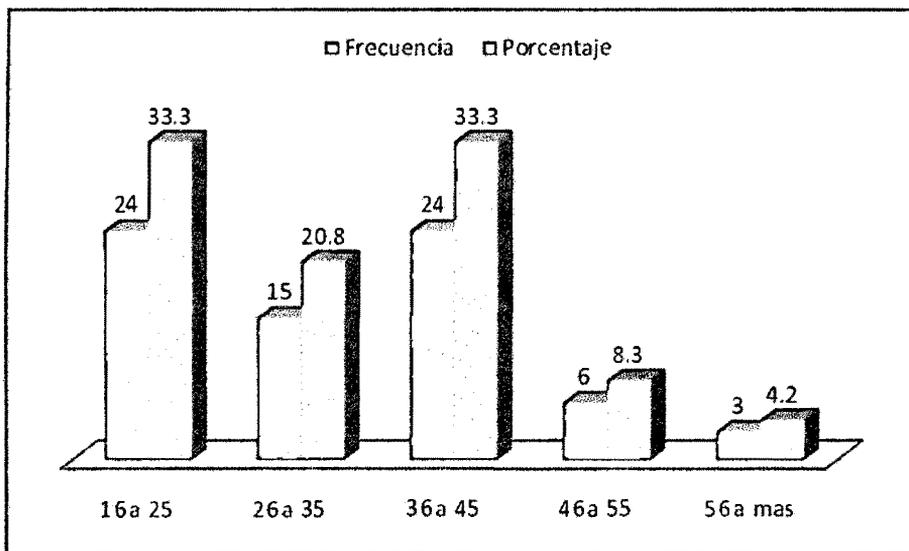
##### **3.5.1.4. Aplicación del cuestionario**

Ubicados en un lugar apropiado que en su totalidad fue escogido por el paciente, se procedió con la entrevista basada en las preguntas del cuestionario (Ver anexo N° 1).

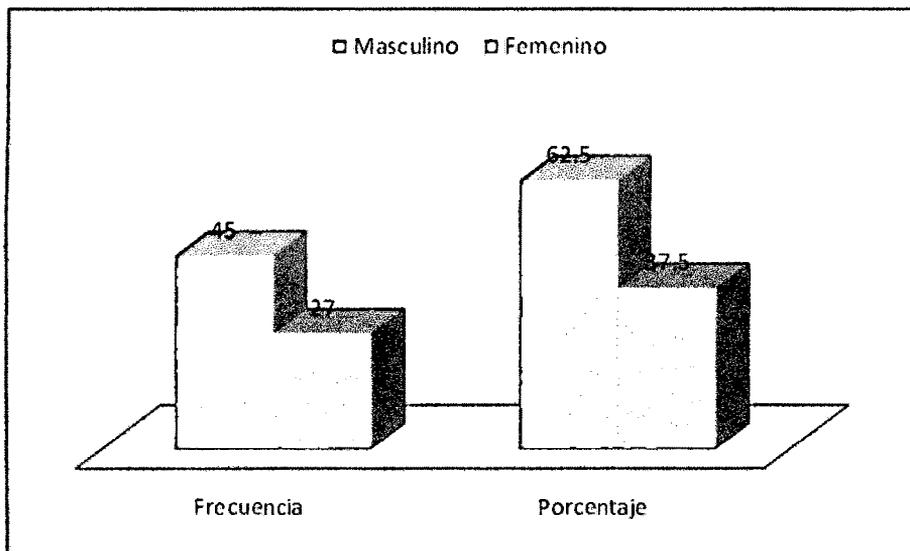
##### **3.5.1.5. Análisis estadístico**

Con los datos recogidos se elaboraron gráficos de distribución de frecuencias.

#### **IV. RESULTADOS**



**Gráfico N° 1.** Frecuencia de pacientes con psoriasis con relación a la edad. Lima 2011.



**Gráfico N° 2.** Frecuencia de pacientes con psoriasis con relación al género. Lima 2011.

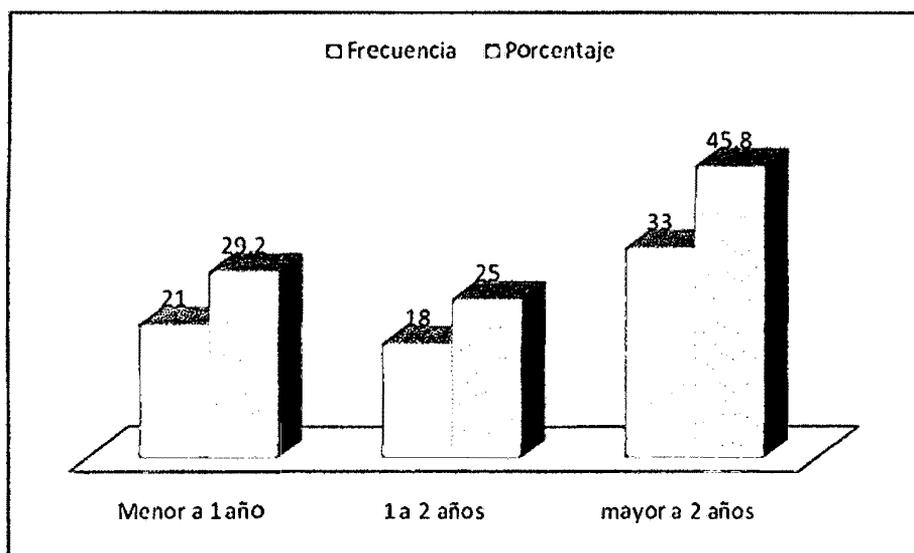
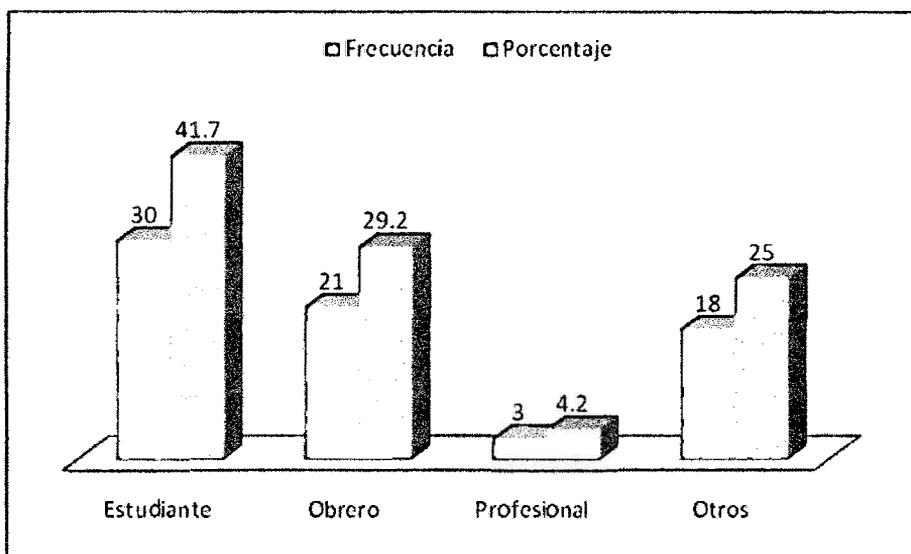


Gráfico Nº 3. Frecuencia de pacientes con psoriasis con relación al tiempo de enfermedad. Lima 2011.



**Gráfico Nº 4.** Frecuencia de pacientes con psoriasis con relación a la ocupación. Lima 2011.

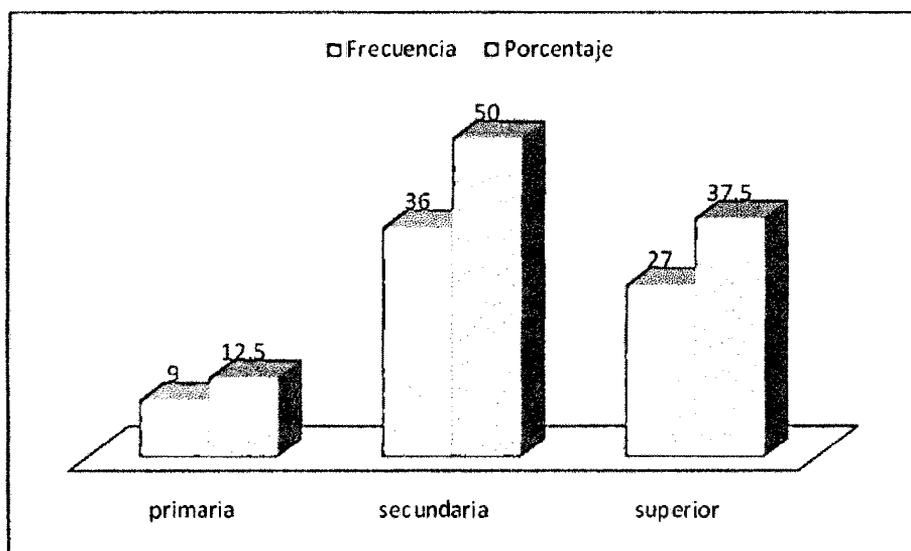
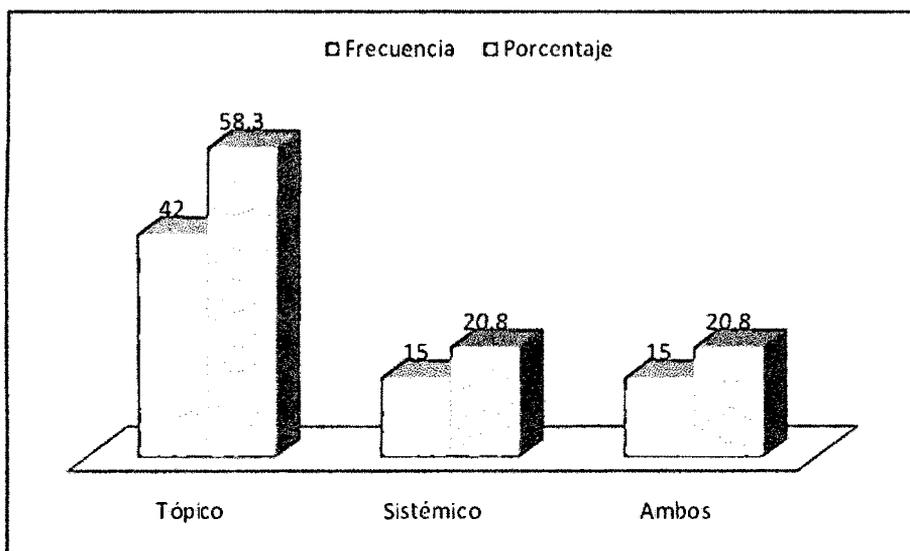
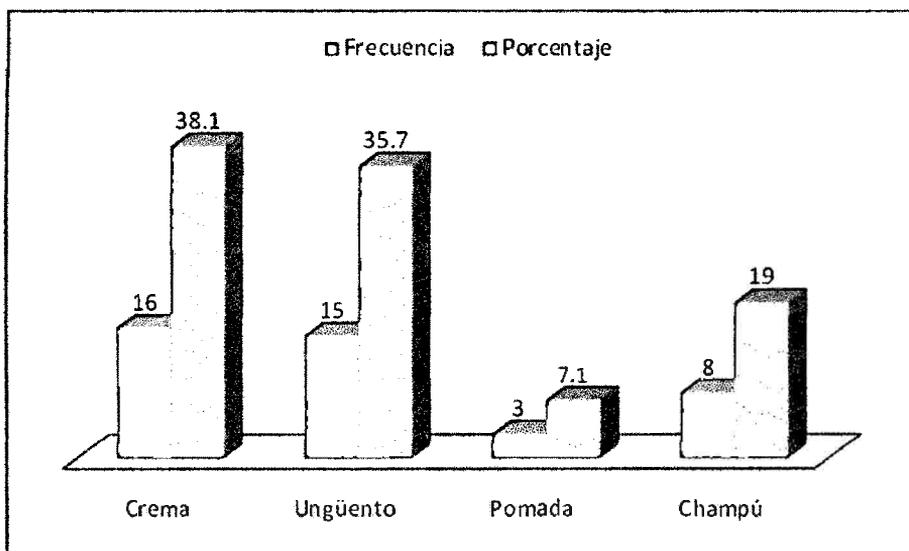


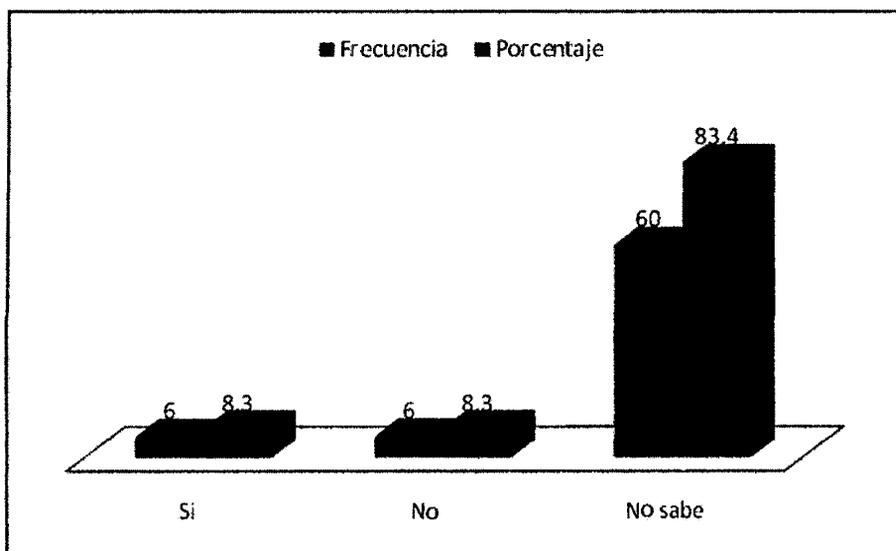
Gráfico N° 5. Frecuencia de pacientes con psoriasis con relación al nivel de instrucción. Lima 2011.



**Gráfico N° 6.** Frecuencia de pacientes con psoriasis con relación al tipo de tratamiento. Lima 2011.



**Gráfico N° 7.** Frecuencia de uso de medicamento tópico en pacientes con psoriasis.  
Lima 2011.



**Gráfico N° 9.** Frecuencia de la reacción adversa durante el tratamiento de la psoriasis.  
Lima 2011.

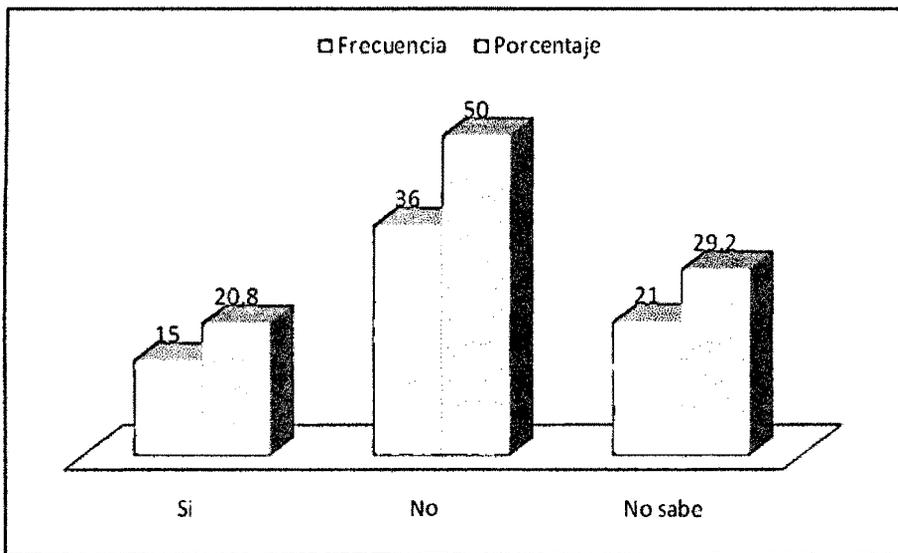
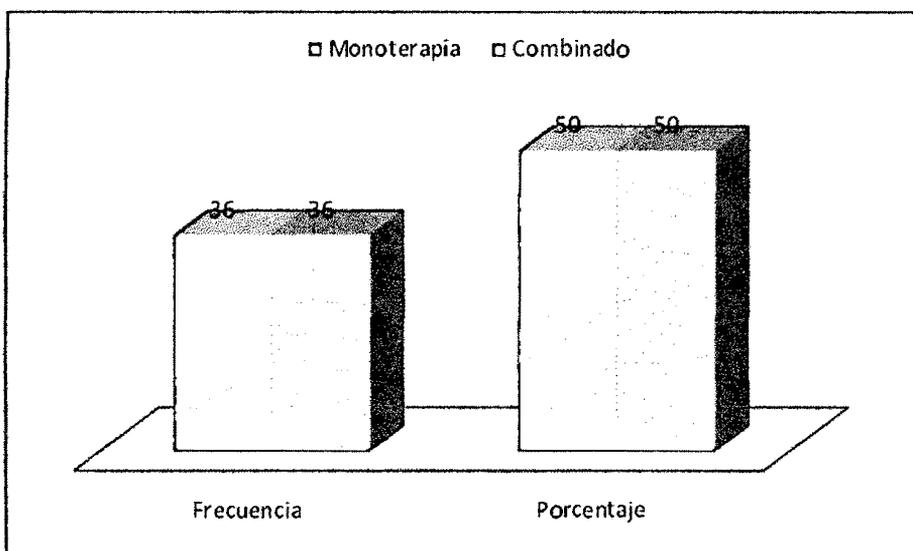


Gráfico N° 10. Frecuencia de cambio de medicamento durante el tratamiento de la psoriasis. Lima 2011.



**Gráfico N° 11.** Frecuencia de la administración de medicamento durante el tratamiento de la psoriasis. Lima 2011 .

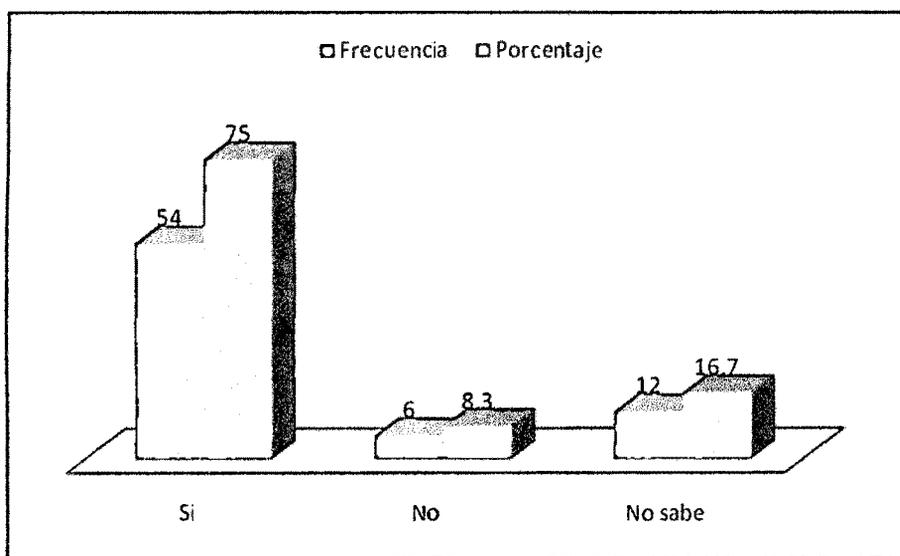


Gráfico Nº 12. Frecuencia de efecto antisoriasis con el tratamiento recibido desde la percepción del paciente. Lima 2011.

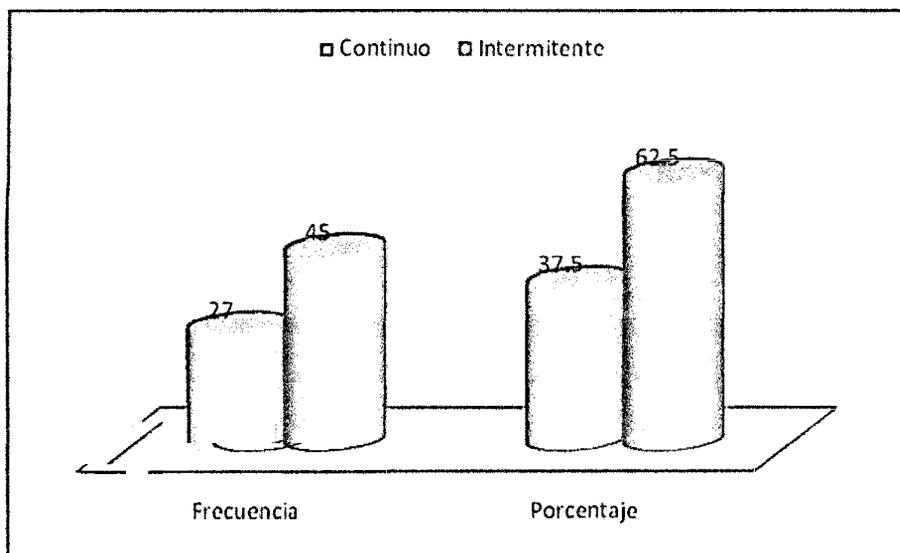


Gráfico Nº 13. Frecuencia del periodo de tratamiento de la psoriasis. Lima 2011.

## V. DISCUSION

La literatura científica respecto a la etiología, factores de riesgo y epidemiología de la psoriasis en nuestro país, es muy escasa, por lo que el presente trabajo se convierte en un intento de conocer la enfermedad y el manejo terapéutico; al no existir estudios sociodemográficos de este mal se utiliza la estadística de otros países para extrapolar las conductas de manejo a nuestra población. Se cree que la baja incidencia en Latinoamérica es debida a la mayor radiación UV y a la dieta a base de maíz que proporciona ácido linoleico, involucrado en la síntesis de isoleucina (IL) 2 que inhibe la producción de citoquinas inflamatorias. No es considerado aún como un problema de salud pública, radica ahí la poca importancia que se le da a esta enfermedad, a pesar de que en países como Estados Unidos se ha mostrado que aproximadamente el 36% de los encuestados informaron ocurrencia familiar de la enfermedad, las extremidades inferiores las más afectadas y una remisión en el 39% de los pacientes (9). En Cuba hallaron que los pacientes psoriáticos representan el 6 % de la consulta de dermatología (Trujillo y col., 2002).

Nuestros resultados muestran que la más alta frecuencia de psoriasis 24/72 (33.3%) se presenta en los pacientes de 16 a 25 y de 36 a 45 años de edad (Gráfico N° 1), 45/72 (62,5%) en varones (Gráfico N° 2), 45.8% (33/72) sufren de la psoriasis más de 2 años (Gráfico N° 3), según la ocupación los estudiantes fueron los que presentaron la mayor

frecuencia 30/72 (41,7%) (Gráfico N° 4), y los pacientes con instrucción secundaria 36/72 (50%) (Gráfico N° 5).

Al respecto, investigadores como Gonzales y col. Demostraron que había un predominio de soríasicos del 61.6% en hombres con edad promedio de 54 años; según su estado socioeconómico el 50% pertenecía al estrato tres.

En Ecuador hallaron 0,59% de pacientes con psoriasis; 0,30% en hombres y 0,28% mujeres con edades entre 8-70 años y una media de 39 años (Cañarte y col., 2004).

En España se atiende cada mes un promedio de 25 a 30 pacientes con psoriasis, de ellos el 55% son varones y el 45% mujeres, con una media de edad de 42,5 años y el 65% de los pacientes tienen más del 10% de la superficie cutánea afectada (Ribera y col., 2009).

En Pueblo Libre, Ucayali-Perú, encontraron que el 61,3% de la población estuvo afectada por una o más enfermedades dermatológicas cuyo factor de riesgo fue la agricultura; probablemente algunos de ellos estuvieron afectados por la soriasis (Gutierrez y col., 2009).

Zapata (2010) manifiesta que la psoriasis constituye una patología cutánea crónica que puede iniciarse en cualquier etapa de la vida, asociadas a una predisposición genética la misma que puede ser desencadenada por factores externos como traumatismo, infecciones, stress, fármacos.

En Cuba Trujillo y col. (2009) hallaron que los pacientes psoriáticos representaban el 6% de la consulta de dermatología, hubo similitud de frecuencia de pacientes psoriáticos entre ambos sexos y predominio de la raza blanca.

Villanueva y Hermoza (2005), en la clínica Chíncha de Lima mostraron que 64% de psoriáticos fueron del sexo masculino y 36% del sexo femenino, los mayores de 50 años fue el grupo etario más afectado y 21.6% tuvieron antecedentes familiares de psoriasis (21.6 %).

**Cañarte y col.** (2004), dicen que no existen datos epidemiológicos nacionales respecto a la psoriasis en el Ecuador. Sin embargo en una investigación mostraron 0,59% de psoriasis; 0,30% hombres y 0,28% mujeres, con edades entre 8-70 años, con una media de 39 años.

**Ribera y col.** (2009) dicen que del total de consultas de dermatología, 25 a 30 son de pacientes con psoriasis, de ellos el 55% son varones con una media de edad de 42,5 años. El 65% tienen más del 10% de la superficie cutánea afectada.

El 58,3% (42/72) de nuestros pacientes refirieron recibir tratamiento tópico y, 20,8% (15/72) tratamiento sistémico (Gráfico N° 6), la crema es la más utilizada en el tratamiento tópico (38,1%) (Gráfico N° 7). 57 pacientes refirieron utilizar en su tratamiento el ácido salicílico, 39 urea y clobetasol respectivamente y 36 el alquitrán de hulla, todos en sus diferentes concentraciones (Tabla N° 1); como adyuvante en el tratamiento, el 50% de los pacientes utilizan la vitamina D y el 30% el Metotrexato (Gráfico N° 8).

**Gonzales y col.** (Gonzales y col. 2009), mostraron que el 100% de los pacientes habían recibido tratamiento tópico como humectantes, cor-ticosteroides, queratolíticos y análogos de vitamina D, y el 54% algún tipo de tratamiento sistémico; siendo los corticoides tópicos y la fototerapia los más utilizados, 70.9% recibieron combinación de dos o más medicamentos tópicos, el 27% de los pacientes recibieron fototerapia; el 10% metotrexate y el 5% fototerapia con retinoides.

**Kogan y col.** (2010), observaron que 62% de los pacientes usan ácido salicílico, 100% tratamientos tópicos combinados, 84% metotrexato y 37% etarnecept.

A la pregunta sobre si observaron alguna reacción adversa al tratamiento, el 83,4% de los pacientes respondieron no conocer (Gráfico N° 9), el 50% de los pacientes refieren que cambiaron de medicamento durante el tratamiento recibido (Gráfico N° 10), en tanto que el 50% recibieron monoterapia y terapia combinada respectivamente (Gráfico N° 11). El 75% (54/72) manifestaron observar efecto antisoriasis sobre su

enfermedad (Gráfico N° 12) y, el 62,5% de los pacientes han recibido tratamiento intermitente en comparación al 45% con tratamiento continuo (Gráfico N° 13).

Según Gonzales y col. (2009) los efectos adversos (12,8%) y la falta de efectividad del tratamiento (7%) fueron los motivos más frecuentes de suspensión. El 2% de los pacientes recibieron terapia biológica. El 25,6% habían recibido medicina alternativa, siendo la homeopatía la de con mayor frecuencia (16,3%) con buenos resultados en el 50% de los casos.

Muchos autores citados por Zapata (2010), dicen que pueden utilizarse con cierto éxito medicamentos tópicos en el tratamiento, el calcipotriol y tocalcitol son análogos de la vitamina D3 que son eficaces cuando se usa de forma tópica o sistémica, actúan inhibiendo la proliferación de queratinocitos e inducen la diferenciación terminal de los mismos; el Tazarotene es un retinoide de uso tópico que produce una disminución de las escamas y las placas engrosadas. El Alquitrán es muy empleado sobre todo en psoriasis de tipo placa crónica. Los Corticoesteroides resultan eficaces en la psoriasis aunque la duración de su efecto es breve y, por lo general solo elimina la escama y si los esteroides han resultado útiles para la enfermedad la misma podría recurrir rápidamente cuando se interrumpe su consumo. Los emolientes son empleados como profiláctico para la resequedad de la piel y para prolongar el intervalo de ausencia de la enfermedad, el agregado de urea ayuda a mejorar la hidratación de la piel y eliminar las escamas de las lesiones iniciales. El Metotrexato es uno de los medicamentos sistémicos empleado en las formas severas de psoriasis, inhibe la síntesis de DNA por competición como sustrato para la dihidrofolato reductasa, que actúa sobre la rápida división de los queratinocitos basales de las lesiones de la psoriasis. En pacientes con psoriasis severa crónica en placas, eritrodermia psoriásica y psoriasis pustulosa generalizada, se emplea la Ciclosporina, un agente inmunosupresor que penetra en la célula uniéndose a la ciclofilina y al fosfato cálcico que bloquea la capacidad de desfosforilar el componente citosólico del factor de transcripción. En la forma pustulosa

de la psoriasis se emplea los Retinoides como el etretinato, es un derivado de la vitamina D que regula el crecimiento y la diferenciación terminal de los queratinocitos normalizando el estado hiperproliferativo después de atravesar la membrana celular, además poseen efectos antiinflamatorios, inhibiendo la función de los neutrófilos. Los esteroides del ácido fumárico se usa en la psoriasis severa por tener efectos inmunosupresor como antiproliferativo, los fumaratos inhiben la proliferación del queratinocito.

**Trujillo y col.** (2002) demostraron que el 96% de los pacientes con psoriasis vulgar había recibido tratamiento anterior y que los esteroides habían sido los más utilizados.

**Ara y col.** (2001) demostraron que el 31% de los pacientes con psoriasis moderada-grave que está en tratamiento activo utiliza algún fármaco biológico, de estos el 28% en algún momento del tratamiento necesita un cambio de principio activo, motivado principalmente por falta de actividad o aparición de alguna reacción adversa. Entre el 53 a 59% de los dermatólogos administra fármacos en tratamiento continuo.

**Pérez y Col.** (2010) observaron que con el tratamiento con metotrexato se evidenció resolución de las lesiones.

**Batista y Pérez** (2008) en Cuba demostraron que el uso del campo electromagnético de baja frecuencia y la pomada cádica convencional, son eficaces contra la psoriasis, pues curaron 75,0 y 60,0 % de los afectados, respectivamente; pero el primero no provocó reacciones adversas locales o sistémicas.

**Reich y col.** (2011) demostraron que el Ustekinumab y el Etanercept son eficaces en el tratamiento de la psoriasis ya que recuperaron su salud encima del 60% de los pacientes, además de mostrar seguridad observándose solo reacciones locales como enrojecimiento, dolor e induración en el punto de inyección subcutánea.

**Valverde J.** (2005) demostró que existe correlación entre la psoriasis y la vulnerabilidad psiquiátrica (45.5%), quienes presentaban afectación de zonas no expuestas presentaron una mayor frecuencia de vulnerabilidad (53.8%) en

comparación de quienes presentaban compromiso de zonas expuestas (18.8%). Las mujeres presentaron una mayor vulnerabilidad en comparación a los varones (54.5% vs 22.2%), pero esta asociación no fue significativa.

**Roenigk y Roenigk (1978)** mostró que las mujeres con psoriasis tienen más interferencia con su vida social y sexual y con sus relaciones interpersonales, además de que dichas diferencias se deben a que la mujer es el blanco principal de millonarias campañas publicitarias en las que se idealiza la belleza física.

**Parrish y col (1974)** mostraron que la administración pareada de metoxsaleno y luz ultravioleta de onda larga es más eficaz en el tratamiento de la psoriasis que cuando se parea con luz ultravioleta convencional.

**Delgado y col. (1999)** alegan que la puvaterapia es un importante aporte para el tratamiento de la psoriasis por su eficacia y relativa simplicidad. Es eficaz y menos peligroso que los corticoides, más rápido y menos sucio que los alquitranes, menos riesgoso que el metotrexato.

Para **Ribera y col. (2009)** en la primera visita la elección más frecuentes es la monoterapia tópica (39,6%) y la combinación de varios tratamientos tópicos (31,7%). En la segunda visita, la pauta prescrita con mayor frecuencia es el tratamiento tópico combinado (31,3%).

**Guerra (2004)** comprobaron que la absorción sistémica de la combinación de calcipotriol (50ug/g) asociada a dipropionato de betametasona (0,5mg/g) es mínima y comparable a la que se produce a la aplicación aislada de calcipotriol o dipropionato de betametasona, además el adelgazamiento cutáneo provocado por la administración de calcipotriol asociado a dipropionato de betametasona es el mismo que el producido por el tratamiento aislado con dipropionato de betametasona después de cuatro semanas de aplicación, recuperándose el grosor basal de la piel a las dos semanas de interrumpir el tratamiento.

**Sola y col. (2009)** dicen que en los últimos años se han usado múltiples terapias tópicas para los diferentes tipos de psoriasis, la insatisfacción por parte de los pacientes respecto a estos tratamientos es alta, haciéndose conveniente el uso de vehículos menos grasos, fáciles de aplicar y seguros a largo plazo, en la actualidad ya se dispone de vehículos estables con bajo residuo graso, como las espumas que permiten la máxima penetración y depósito del principio activo con el mínimo residuo a nivel superficial. Otros preparados como ditranol y alquitrán de hulla se asocian a peor aceptación por parte del paciente, por teñir las prendas o por el mal olor. Los corticoesteroides siguen siendo el tratamiento por excelencia de la psoriasis del cuero cabelludo, junto a los análogos de la vitamina D. Se ha demostrado que la mejor opción terapéutica para su adecuado control es la combinación de corticoesteroides con efecto rápido inicialmente, y análogos de la vitamina D a largo plazo, con un perfil de seguridad demostrado.

## VI. CONCLUSIONES

1. El 33.3% de los pacientes con soriasis pertenecen al grupo etario de 16 a 25 y 36 a 45 años de edad respectivamente; 62,5% en el sexo masculino, 45,8% refirieron sufrir de la enfermedad más de 2 años; 50% en pacientes con instrucción secundaria.
2. El 62,5% de los pacientes reciben tratamiento intermitente, 58,3% de los pacientes reciben tratamiento tópico, 20,8% sistémico; 38,1% utiliza la crema y el 50% usa adyuvante en su tratamiento.
3. Los medicamentos de elección en el manejo farmacológico de la psoriasis en los pacientes que acudieron a los establecimientos de salud de la ciudad de Lima, son la urea (39/72), alquitrán de hulla (33/72), Clobetasol (39/72), Vaselina (24/72) y tracolimus (21/72).
4. El 75% de los pacientes refirieron observar algún antisoriásico con el tratamiento indicado.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Aun no siendo considerada como un mal de salud pública, debe ser estudiado para conocer su verdadera incidencia en el país y en especial en la región.
2. Conocer el manejo terapéutico es importante el mismo que debe estar basado en protocolos estandarizados, por lo que debe de investigarse.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Actualización en el tratamiento de la psoriasis.** 2011. En URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/INFAC\\_v19\\_n3.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_v19_n3.pdf)
2. **Ara M, Pérez A, Ferrando J.** Encuesta a dermatólogos sobre terapia biológica en pacientes con psoriasis moderada-grave en España. En URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-dermo-sifiliograficas-103/encuesta-dermatologos-terapia-biologica-pacientes-psoriasis-moderada-grave-90034363-originales-2011>
3. **Avances terapéuticos de la Psoriasis.** 2008. En URL: <http://www.monografias.com/trabajos25/psoriasis/psoriasis.shtml>
4. **Batista M, Pérez M.** Resultados preliminares del ensayo clínico para el tratamiento de la psoriasis vulgar con campo electromagnético de baja frecuencia. MEDISAN 2008;12(4). En URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_4\\_08/san15408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san15408.htm).
5. **Bordas X.** Tratamiento tópico de la psoriasis. Revisión de publicaciones recientes. Piel 2003;18(9):509-14.
6. **Cañarte C, Cabrera F, Palacios S.** Epidemiología de la psoriasis en el distrito metropolitano de quito. Sociedad Ecuatorina de Dermatología, Vol 2, Nº 1, junio 2004. En URL: <http://www.medicosecuador.com/revistadermatologia/vol2num1/epidemiologiaa.htm>
7. **Chouela E.** Epidemiología y genética de la psoriasis. *Dermatol. Argent.*, 2011, 17(3): 236-239. En URL: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewFile/523/414>.
8. **Delgado C, Valdivia L, Aliaga F, Obregón L.** El PUVA en el tratamiento de la Psoriasis. *Dermatol. Perú* 1999; 9 (1): 27-34. En URL: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/dermatologia/v09\\_n1/el\\_puva.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/dermatologia/v09_n1/el_puva.htm)
9. **Faber EM, Nall ML, Watson W.** The Natural History of Psoriasis in 5,600 Patients. *Dermatologica* 1974;148:1-18. <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstractBuch&ArtikelNr=251595&ProduktNr=246699>

10. **Feldman S.** 2011. Avances en el tratamiento de la psoriasis. *Dermatology Online Journal* 6(1): 4. Traducido por el Dr. Carlos Feal Cortizas. En URL:  
<http://dermatology.cdlib.org/DOJvol6num1/transactions/psoriasis/feldman-esp.html>.
11. **González C, Castro LA, De La Cruz G, Arenas CM, Beltrán A, Santos AM.** Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Col Dermatol.* Volumen 17, número 1, marzo de 2009, pág 11, 17 . En URL:  
<http://www.revistasocolderma.com/numeros/marzo09/pdfs/Articulo%20original%20-%20caracterizacion%20epidemiologica%20de%20la%20psoriasis.pdf>.
12. **Guerra A.** Novedades en el tratamiento tópico de la psoriasis. *Medicina cutánea-Artículo.* Vol. 32. Num. 2. Marzo-Abril 2004. <http://medigraphic.com>
13. **Gutiérrez E, Galarza C, Ramos W, Tello M, Rojas I, Chía H, Ronceros G, Ortega-Loayza AG.** Prevalencia de enfermedades dermatológicas en una comunidad rural de Ucayali, Perú. *Dermatol Perú* 2009;19(2): 104-112. En URL:  
<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/dp/v19n2/a04v19n2.pdf>
14. **Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú.** En URL:  
<http://www.inei.gob.pe/>
15. **Kogan N, Veira R, Chaparro E, Gusis S, Cottet H, Hassan M.** Psoriasis y artropatía sorriásica: epidemiología, manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas. *Revista Latinoamericana de Psoriasis y artritis Psoriásica* 2010, :36-54. En URL:  
[http://www.fmvuba.org.ar/RevistaPsoriasis/Vol1\\_N1\\_2010/4%20Kogan%20def.pdf](http://www.fmvuba.org.ar/RevistaPsoriasis/Vol1_N1_2010/4%20Kogan%20def.pdf)
16. **Lodeiro C, Serrano J, Del Pozo J.** Guías Clínicas 2003. En URL:  
<http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Psoriasis.pdf>
17. **Lozano J.** Tratamiento de la psoriasis – Nuevas perspectivas. 2002. En URL:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/ag\\_fis-psoriasis.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/ag_fis-psoriasis.pdf)
18. **Parrish JA, Fitzpatrick TB, Tanenbaum L, Pathak MA.** Photochemotherapy of Psoriasis with Oral Methoxsalen and Longwave Ultraviolet Light. *The New England Journal Of Medicine.* England; 291:1207-1211 December 1974. En URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4422691>.

19. **Pérez C, Merlo EA, Murcia LM, Guerra NT, Orozco S, Flórez Ch.** VIH y psoriasis en un minero de Colombia. 2010. En URL:  
[http://www.revistainfectio.org/site/Portals/0/vol\\_14\\_4/9\\_VIH\\_Y\\_PSORIASIS.pdf](http://www.revistainfectio.org/site/Portals/0/vol_14_4/9_VIH_Y_PSORIASIS.pdf).
20. **Psoriasis.** 2011. En URL: <http://www.medico.com/es/topic/psoriasis/causas-incidencia-y-factores-de-riesgo>.
21. **Psoriasis: conceptos actuales en el tratamiento sistémico. Parte 2. Medicamentos biológicos y no tradicionales.** Rev Asoc Colomb Dermatol. 2011;19: 45-54. En URL:  
<http://www.revistasocolderma.com/numeros/marzo11/pdf/psoriasis2.pdf>
22. **Ribera M, Miranda A, Spa C, Ferrándiz C.** Encuesta sobre la psoriasis realizada a dermatólogos españoles. 2009. Select a website below to get this article. Volume 20, Issue 3, Pages 107-111. España
23. **Reich K, Langley RG, Papp KA, Ortonne JP, Unnebrink K, Kaul M, and Valdes JM.** A 52-Week Trial Comparing Briakinumab with Methotrexate in Patients with Psoriasis. N Engl J Med 2011; 365:1586-1596 October 27, 2011. En URL:  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1010858>
24. **Revisión del IPC sobre la psoriasis. INTERNATIONAL PSORIASIS COUNCIL.** Vol. 5, No. 3, diciembre de 2009.
25. **Roenigk RK, Roenigk HH Jr.** Sex differences in the psychosocial affects of psoriasis. Curtis. 1978;21:529.
26. **Sola J, Sanchez M, Umbert P.** Psoriasis en el cuero cabelludo. Unidad de Psoriasis y Fototerapia. Servicio dermatológico, Hospital Universitario Sagrado Corazón, Unidad Docente de la Universidad de Barcelona. *Actas. 2009;100:536-43. Barcelona – España.*
27. **Trujillo I, Díaz M, Torres O, Torres F, Falcón L, Pérez M.** Psoriasis vulgar, estudio descriptivo de 200 pacientes. Rev Cubana Med 2002;41(1):12-5. En URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41\\_1\\_02/med03102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_1_02/med03102.htm)
28. **Valverde J, Mestanza M, Asenjo C.** 2005. Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica. *Folia Dermatol.* v.16 n.3 Lima sep./dic 2005. En URL:  
[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1029-17332005000300004&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1029-17332005000300004&script=sci_arttext).

- 29. Villanueva F, Hermoza J.** 2004. Psoriasis y Hallazgos de Artropatía inflamatoria en la Clínica Chíncha ESSALUD – Lima. Dermatol. peru. v.14 n.1 Lima ene./abr. 2004. En URL:  
[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1028-71752004000100003&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1028-71752004000100003&script=sci_arttext)
- 30. Zapata E.** Psoriasis, revisión bibliográfica. Sociedad Ecuatoriana de Dermatología. Vol. 1, Nº 1-Julio 2003. En URL:  
<http://files.sld.cu/certificacion/files/2010/03/libro-guia-terapeutica-para-la-a-ps-2010.pdf>.

## ANEXO N° 1

### Ficha de recolección de datos

Ficha N° ..... Edad .....(años) Sexo: M ( ) F ( )

Tiempo de enfermedad (años).....

Estado de la enfermedad: Leve ( ) Moderada ( ) Grave ( )

Procedencia.....

Ocupación.....

Nivel de instrucción: SI ( ) P ( ) S ( ) SUP ( )

Tratamiento

#### Tópico

Acido salicílico: (2%) (3%) (4%) (5%) (6%) (7%)

Urea: (1-4%) (5-10%) (>10%)

Alquitrán de hulla: (2%) (5%)

Vaselina: (5-9,9%) (10-19,9%) (20-29,9%) (30-40%)

Betametasona: (0,025%) (0,05%) (0,1%)

Globetasol: (0,025%) (0,05%) (0,1%)

Mometasona: (0,025%) (0,05%) (0,1%)

Aceponato de

Metiprednisolona: (0,025%) (0,05%) (0,1%)

Tracolumus: (0,025%) (0,05%) (0,1%)

**Sistémico** SI ( ) NO ( ) Medicamento.....

Reacción adversa: SI ( ) NO ( ) NO SABE ( )

Cambio de medicamento: SI ( ) NO ( ) NO SABE ( )

Administración del medicamento: Monoterapia ( ) Combinado ( )

Efecto anti psoriasis: SI ( ) NO ( ) NO SABE ( )

Tratamiento: Continuo ( ) Intermitente ( )

Enfermedades recurrentes: Diabetes ( ) VIH ( ) Otro ( )

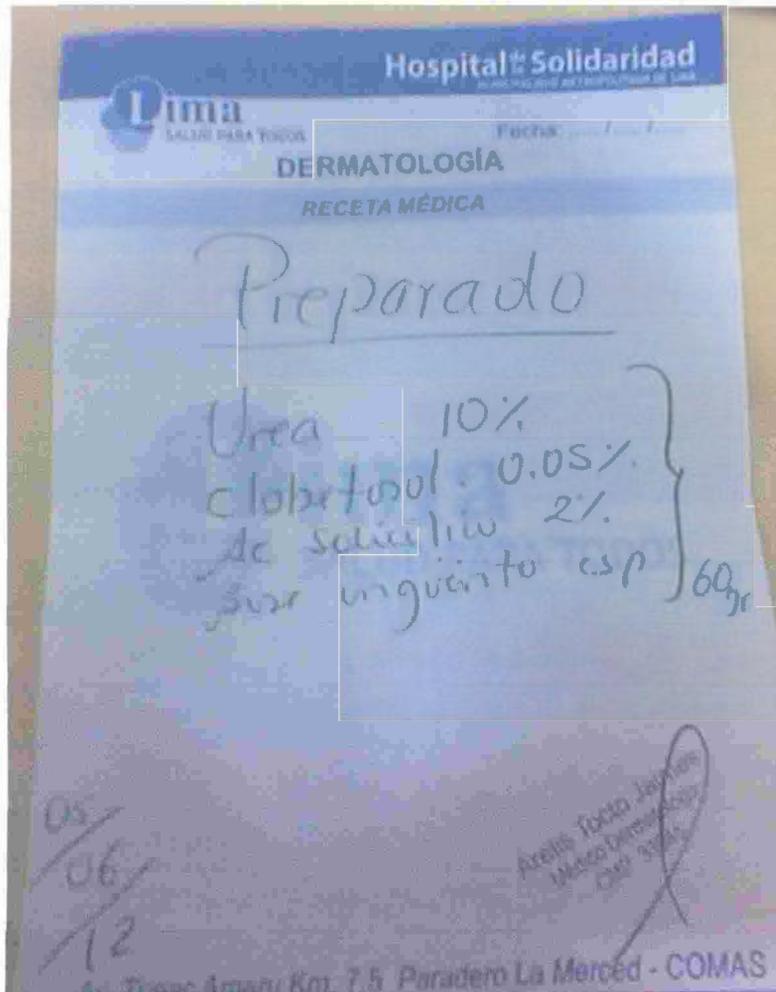
ANEXO Nº 2.



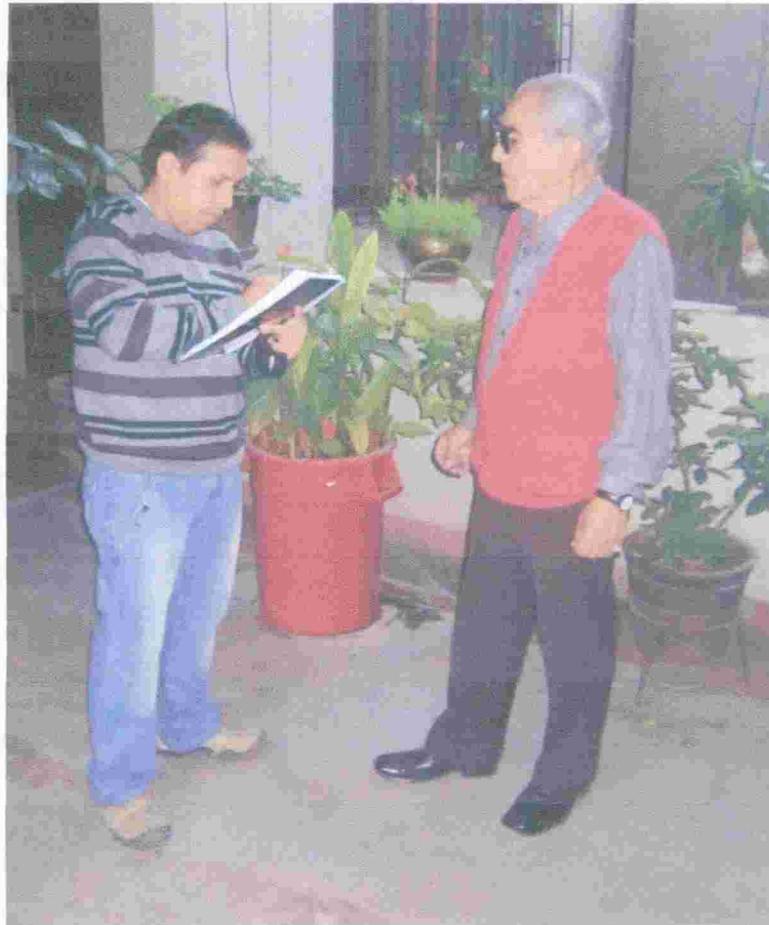
**Fotografía Nº 1:** Paciente mostrando lesiones psoriáticas en el tronco.



**Fotografía N° 2:** Paciente mostrando lesiones psoriáticas en el muslo.



Fotografía N° 3: Receta médica del paciente Psoriático.



**Fotografía N° 4:** Entrevistando al paciente Psoriático.

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

Manejo farmacológico de la psoriasis en pacientes que acuden a centros asistenciales de la ciudad de Lima, 2011

Problema	Objetivos	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es el manejo farmacológico de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima?</p> <p>¿Cuál es el grupo de medicamentos de uso frecuente en el tratamiento de estos pacientes?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b>                      Conocer el manejo farmacológico de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>                      Conocer la farmacoterapia de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.                      Determinar el grupo de medicamentos de uso frecuente en el tratamiento de la psoriasis en los pacientes que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.                      Relacionar el grupo de medicamento usado con las características socio demográficas de los pacientes.</p>	<p><b>Variable Independiente</b>                      Sexo                      Edad                      Severidad de la enfermedad                      Tiempo de la enfermedad                      Infecciones asociadas                      Embarazo                      Perfil lipídico                      Diabetes                      Tipo de psoriasis</p> <p><b>Variable Dependiente</b>                      Manejo farmacológico de la psoriasis                      Grupo de medicamentos de uso frecuente</p>	<p><b>Población muestral</b>                      Constituida por los pacientes atendidos en los servicios de dermatología de los centros asistenciales de la ciudad de Lima durante el año 2011.</p> <p><b>Métodos y procedimientos para la recolección de datos</b>  <b>Autorización</b>                      Se solicitará autorización a los responsables de los que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Lima.                      En caso de trabajar con el paciente, se hará firmar un consentimiento informado.</p> <p><b>Recolección de datos de interés</b>                      Los datos referidos al medicamento recetado y las variables socio demográficas, serán recolectados en fichas especiales (ver anexo).  <b>Análisis estadístico</b>                      Se elaborarán cuadros de distribución de frecuencias.</p>

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**  
**RD Nº 171-2012-FCB-D**  
**Bach. JOSEPH DINO ROMERO GAVILÁN**

En la ciudad de Ayacucho, siendo las cuatro y treinta del día viernes 13 de julio del dos mil doce, en el auditorium de la Facultad de Ciencias Biológicas, reunidos los docentes bajo la presidencia del jurado de sustentación de tesis, mediante memorándum Nº 287-2012-FCB, y con la asistencia de los miembros: Doctor Aldo Tinco Jayo, Magister Enrique Aguilar Felices, Químico Farmacéutico Hugo R. Luna Molero (cuarto jurado), actuando como secretario docente el Químico Farmacéutico Hugo R. Luna Molero, encargado con memorándum Nº 236-2012-FCB para recepcionar la sustentación de tesis: Manejo Farmacológico de la Psoriasis en pacientes que acuden a Centros Asistenciales de la ciudad de Lima, 2011, presentado por el Bachiller en Farmacia y Bioquímica Joseph Dino Romero Gavilán, quien pretende optar el título de Químico Farmacéutico.

El presidente inicia el acto de sustentación, instruyendo al sustentante en aspectos relacionados al acto de sustentación, tales como evitar la permanente lectura de las diapositivas acatando que inicie la sustentación y que cuenta con un tiempo reglamentario de cuarenta y cinco minutos.

Luego de la sustentación se inicia la segunda parte en la cual los miembros del jurado calificador realizan las observaciones y preguntas que crean convenientes para la posterior evaluación del sustentante, inicia la ronda de preguntas el Q.F. Hugo R. Luna Molero en su condición de cuarto jurado y culminando el Magister Enrique Aguilar Felices en su condición de Asesor del trabajo de investigación.

Luego el presidente invita al sustentante y al público en general para que abandonen el auditorio para que el jurado calificador pueda evaluar y deliberar y evaluar, teniendo las siguientes calificaciones.

JURADO CALIFICADOR	EXPOSICIÓN	RESPUESTAS	PROMEDIO
Mg. José Díez Macavilca	17.0	17.0	17.0
Dr. Aldo Tinco Jayo	17.0	17.0	17.0
Mg. Enrique Aguilar Felices	17.0	17.0	17.0
Q.F. Hugo R. Luna Molero	17.0	17.0	17.0

De la evaluación realizada el sustentante obtiene la nota promedio de Diecisiete (17) de la cual dan fe los miembros estampando su firma en pie de la presente. Culmina el acto de sustentación siendo la seis y cinco de la noche.

Mg. José Díez Macavilca  
Presidente

Dr. Aldo Tinco Jayo  
Miembro

Mg. Enrique Aguilar Felices  
Miembro Asesor

Q.F. Hugo R. Luna Molero  
Miembro  
Secretario encargado