

“Estudio del impacto de la Psoriasis en la vida de mujeres que la padecen”

Autores: *María Corali Nieto Tertre*
Silvia de Armas Hernández

Tutores: *Dra. Marta García Bustínduy*
Con la colaboración de:
Dra. Jezabel Bravo Medina (Psicóloga clínica)
Judit Algarra Sahuquillo (R-2 Servicio de Dermatología CHUC)

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
Definición.....	5
Epidemiología	5
Etiopatogenia.....	5
Manifestaciones clínicas.....	7
Comorbilidades	9
Tratamiento de la Psoriasis.....	11
Impacto de la enfermedad en las mujeres.....	13
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	16
Objetivo Principal.....	16
Objetivos Secundarios	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
Diseño del estudio	17
Población del estudio.....	17
Fuente de información.....	18
Variables.....	18
Tamaño Muestral.....	19
Recogida de datos.....	19
Análisis Estadístico	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN	27
Limitaciones del estudio.....	31
CONCLUSIONES	32
¿QUÉ HE APRENDIDO REALIZANDO EL TFG?	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXO 1.....	37
ANEXO 2.....	38

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica. Tiene una prevalencia en torno al 3% de la población mundial, la mitad son mujeres. Existe un porcentaje importante de pacientes que se encuentran en edad reproductiva y, tanto la psoriasis como sus tratamientos, pueden influir en la fertilidad, el embarazo, el post-parto y la lactancia o, a la inversa.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en una sola visita, con una muestra de 25 pacientes de mujeres con psoriasis moderada a severa en seguimiento en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospital Universitario de Canarias.

Resultados: En una muestra de 25 pacientes, un 72% de ellas habían alcanzado niveles de enfermedad severa. En cuanto al impacto sociofamiliar, un 76% vivía en pareja, el 48% de las pacientes presentó problemas en la esfera sexual relacionándose con presencia de localizaciones en el área genital. Un 76% tenían hijos, de estas, el 68,4% no habían recibido suficiente información antes, durante y tras el embarazo de los problemas en relación con la enfermedad. El 40% refirió haber tenido que coger bajas laborales y un 52%, afirmaron haber presentado alguna enfermedad psiquiátrica a lo largo de la vida.

Conclusiones: Se ha observado una asociación significativa entre las lesiones de localización genital con los problemas en la vida sexual de las mujeres de nuestro estudio. Un 52% refirieron haber padecido alguna enfermedad de la esfera psiquiátrica y, un 68,4% refirió que no había recibido suficiente información antes, durante y después del embarazo. De esta forma, se invita a reflexionar sobre la importancia de implantar una consulta pre-concepcional en Dermatología.

Palabras clave: Psoriasis en la mujer, influencia de la psoriasis.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory disease. It has a prevalence of around 3% of the world population, and a 50% of the affected people are women. There is a significant percentage of patients who are at their reproductive age and psoriasis as well as its treatments can influence fertility, pregnancy, postpartum and lactation, or vice versa.

Material and methods: Retrospective observational study in a single visit, using a sample of 25 patients of women with moderate to severe psoriasis under monitoring at the Dermatology Service of the Complejo Hospital Universitario de Canarias.

Results: In our sample of 25 patients, 72% had a severity PASI. Regarding the socio-family impact, 76% lived with a partner. 48% of the patients presented problems in the sexual sphere, related to the presence of lesions in the genital area. 76% had children, and a 68.4% of these had not received enough information before, during and after pregnancy about problems related to the disease. Finally, a 40% claimed to have had to take some time off work in relation to the disease. In the study of the emotional impact, we can conclude that a 52% affirmed to have presented some psychiatric illness throughout the life.

Conclusions: An association has been observed between genital lesions and problems in sexual life of the women in our study. 52% of the surveyed reported having suffered from a psychiatric illness, therefore the psychological impact is very important. A 68.4% reported that they had not received enough information before, during and after pregnancy, which underscores the importance of implementing a pre- conception consultation in Dermatology.

Keywords: Psoriasis and women, the influence of psoriasis.

INTRODUCCIÓN

Definición

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica con una fuerte predisposición genética y rasgos patógenos autoinmunes, que suele cursar por brotes, con períodos asintomáticos entre ellos.

Afecta predominantemente a la piel, con la aparición de máculo-pápulas y placas eritemato-escamosas, bien delimitadas, que se disponen frecuentemente en las superficies extensoras de las extremidades. También pueden localizarse en la zona lumbar, cuero cabelludo, palmas de las manos, plantas de los pies, uñas, grandes pliegues e, incluso, aunque de forma muy infrecuente, en las mucosas, mostrando una enorme variabilidad clínica.

Epidemiología

La psoriasis es una enfermedad muy frecuente, ya que afecta alrededor del 2-4% de la población mundial, aunque estos datos varían según las regiones (1): en las poblaciones asiáticas y africanas la prevalencia es menor, en cambio, en las poblaciones caucásicas y escandinavas existe una prevalencia del 11% (2, 3). Además, esta prevalencia es aproximadamente igual entre hombres y mujeres. Presenta dos picos de incidencia, uno entre los 15 y los 30 años y otro entre los 50 y 60 años, si bien más del 75% de los casos debutan antes de los 40 años (4).

Etiopatogenia

Mecanismos inmunológicos

En la psoriasis existe una desregulación del sistema inmunológico innato y adaptativo, en el que existe una secreción alterada de citocinas por parte de las células T. Esto contribuye a que exista una hiperproliferación y una diferenciación anormal de las células epidérmicas de la piel, cuya consecuencia es el acortamiento del ciclo celular, que se manifiesta clínicamente con un elevado número de escamas en la superficie de las lesiones. Si el tiempo normal de renovación de la epidermis es cada 21-28 días, en la psoriasis este tránsito puede llegar a realizarse en 3-4 días (5). Esto es debido a que los queratinocitos reclutan células dendríticas inflamatorias para liberar interleucina (IL) -12 e IL-23, que, a su vez, activan las células T para producir otras citosinas propias de la enfermedad psoriásica, como la IL-17, IL-22, interferón (IFN) -gamma y, el factor

de necrosis tumoral- α (TNF- α) (Fig.1). En particular, IL-17 e IL-23 parecen ser las citocinas dominantes que impulsan la actividad aberrante de las células T y los queratinocitos en la psoriasis. Es por esto que las nuevas terapias biológicas se dirigen a estas dos importantes dianas, así como a otras, para controlar la respuesta inflamatoria en la psoriasis (6).

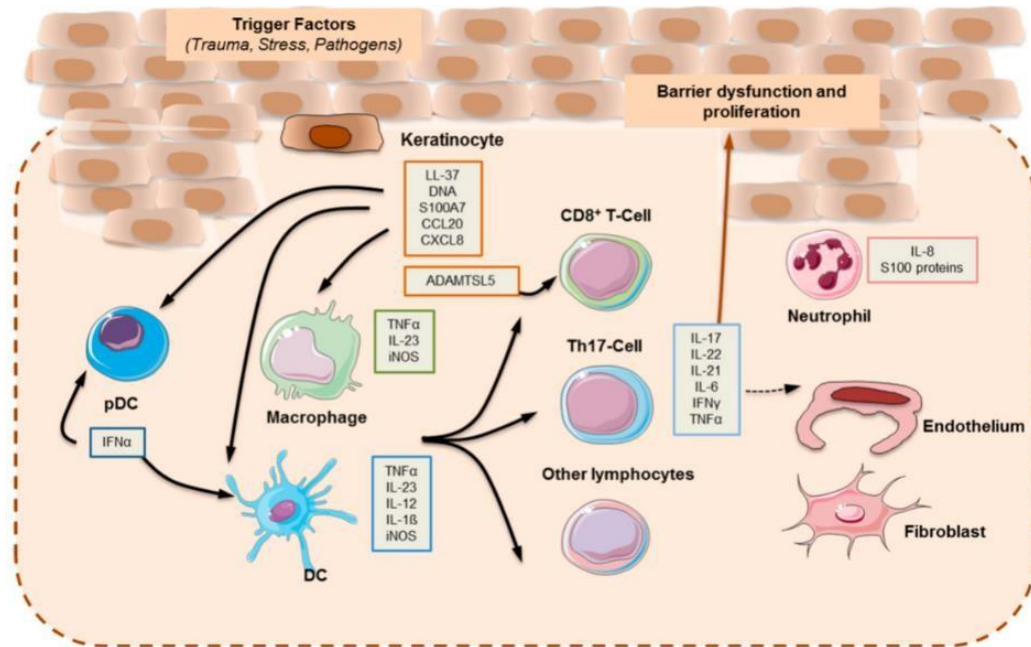


Figura 1. La patogénesis de la psoriasis. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci.* 2019 Mar 23;20(6):1475. doi: 10.3390/ijms20061475. PMID: 30909615; PMCID: PMC6471628.

Mecanismos genéticos

Distintos estudios sobre la base genética de la psoriasis han descubierto más de 40 *loci* asociados a la susceptibilidad de padecer la enfermedad, todos ellos relacionados con las funciones de la barrera cutánea y, con la inmunidad innata y adaptativa (7).

Los diferentes fenotipos clínicos de la psoriasis parecen corresponder con distintos perfiles inmunogenéticos. La heredabilidad estimada de la enfermedad, medida que describe qué parte de la variación fenotípica observada es atribuible a la variación genética, es del 60% al 90% (7).

Factores de riesgo

Además de la genética y la función inmunológica alterada, intervienen diversos factores ambientales, tanto en el desencadenamiento de la enfermedad como en el inicio de los brotes. Los más reconocidos serían (7):

- Infecciones (en la psoriasis en gotas es característica una infección faríngea previa).
- Medicamentos: litio, betabloqueantes, AINES y los antipalúdicos.
- Estresores psicógenos, particularmente en pacientes pediátricos (estrés emocional o mental), pero también en individuos adultos.
- Traumatismos: como el fenómeno isomorfo de Köebner.
- Clima: hay cierta mejoría con el calor y la luz solar.

Manifestaciones clínicas

Dermatológicas

La lesión elemental es una placa eritematosa, con descamación gruesa y nacarada, bien delimitada que, cuando está disminuyendo se presenta con un anillo pálido alrededor denominado halo de Woronoff. Además, suelen ser pruriginosas y, en ocasiones, dolorosas.

La psoriasis se puede presentar en varias formas clínicas, siendo la psoriasis vulgar, también denominada en placas, la más prevalente.

1. Psoriasis vulgar: Es el fenotipo clínico más frecuente, correspondiendo al 90% de los casos. Se caracteriza por placas eritematosas bien definidas y delimitadas que varían en tamaño desde 1 cm hasta varios centímetros (8). La afectación de las placas puede ser desde unas pocas lesiones pequeñas hasta múltiples placas que cubren la mayor parte de la superficie corporal y que pueden llegar a fusionarse. Las placas individuales tienden a ser de forma redonda u ovalada, con una escama fina, seca, micácea o de color blanco plateado(8, 9,10). Tienden a localizarse simétricamente en las superficies extensoras de las extremidades, tronco, cuero cabelludo y las nalgas (8, 9).
2. Psoriasis eritrodérmica: corresponde a una afectación aguda en la que más del 90% de la superficie corporal presenta un eritema generalizado y que, a menudo, se asocia con síntomas sistémicos como hipotermia, escalofríos, deshidratación por pérdida de líquidos, fiebre, malestar, edema en miembros inferiores e insuficiencia cardíaca congestiva (8). Este tipo de psoriasis puede aparecer en pacientes con pocos antecedentes de la enfermedad o de forma gradual a partir de placas psoriásicas crónicas (8). Requiere ingreso hospitalario y seguimiento debido a las complicaciones mencionadas.

3. Psoriasis guttata: este fenotipo clínico afecta a menos del 2% de los pacientes y aparece normalmente de forma aguda en pacientes jóvenes (menores de 30 años) tras una infección de las vías respiratorias superiores asociada con estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (8, 10). Se presenta con lesiones pequeñas de 1 a 10 mm, de color rosa salmón y en forma de gota de rocío, con escamas finas en su superficie. Suelen aparecer en las extremidades proximales y el tronco. Aproximadamente un tercio de estos pacientes desarrollarán psoriasis en placas a lo largo de su vida adulta (10).
4. Psoriasis invertida: Afecta fundamentalmente a las áreas flexoras, tales como los pliegues axilares, genitales, abdominales, perineales, interglúteos e inframamarias. Debido a que estas localizaciones son áreas que suelen estar más húmedas, las lesiones presentan menos escamas y, son mayoritariamente eritematosas, ligeramente erosivas, pero bien definidas, sin lesiones satélites ni fisura del pliegue. Además, es frecuente la asociación con infecciones candidiásicas en estas localizaciones (11).
5. Queratodermia palmo-plantar: puede manifestarse como una hiperqueratosis difusa o como placas escamosas con un margen dentado (12).
6. Psoriasis pustulosa localizada: Se produce por una acumulación de neutrófilos en la capa más externa de la piel. Esto da lugar a signos y síntomas clínicos específicos, en la que encontramos la pustulosis palmoplantar, es una presentación clínica en brotes que involucra pústulas en las palmas de las manos y/o en las plantas de los pies; y la acrodermatitis continua de Hallopeau, que también cursa en brotes pero las pústulas y pápulas eritematodescamativas se localizan más distalmente, en las puntas de los dedos de las manos y los pies junto con afectación de la uña y reabsorción de la falange distal en casos crónicos. (13).
7. La psoriasis ungueal afecta al 80-90% de los pacientes con psoriasis a lo largo de su vida independientemente de su fenotipo clínico, de hecho, el 60% de los pacientes presentan cambios en las uñas de las manos, y un 35% en las uñas de los pies (14). Estos cambios se caracterizan por presentar piqueteado de la lámina ungueal (pérdida parcial de células de la superficie de la placa ungueal), onicólisis (separación de la uña del lecho ungueal), decoloración en mancha de aceite (es el signo más característico y consiste en la coloración

marrón-amarillenta de inicio distal que asciende hacia la parte proximal del lecho ungueal) y la hiperqueratosis subungueal (descamación debajo de la uña) (8). La psoriasis ungueal se considera un marcador de artritis psoriásica, sobre todo en pacientes con afectación de la articulación interfalángica distal.



Figura 2. Lesiones de la Psoriasis. Imágenes pertenecientes al archivo Servicio de Dermatología del CHUC.

Comorbilidades

La artropatía psoriásica (APs) es la principal comorbilidad de la psoriasis cutánea y se trata de una artritis inflamatoria seronegativa con diversas presentaciones clínicas en la que existe dolor e inflamación de las articulaciones asociado generalmente a onicopatía. Se suele desarrollar entorno a los 10-12 años después del debut de las manifestaciones dermatológicas de la psoriasis con una prevalencia aproximadamente del 6 al 42%, aunque se cree que alrededor del 15% de los pacientes con psoriasis tienen APs no diagnosticada, siendo esta prevalencia igual entre hombres y mujeres. Clínicamente se refleja con una dactilitis y entesitis en patrones oligoarticulares o poliarticulares,

asociándose esta última con la afectación de las uñas (psoriasis ungueal) (15). Su gravedad no está relacionada con la gravedad de la enfermedad de la piel. Por último, cabe señalar que requiere de terapias sistémicas debido a una posible progresión destructiva de las articulaciones.

Además, la psoriasis está asociada a una serie de enfermedades. Se ha demostrado que la inflamación que se produce en estos pacientes también afecta a otros órganos. Esta asociación puede basarse en la fisiopatología, los factores de riesgo compartidos o incluso el tratamiento de la psoriasis. Por tanto, la psoriasis es una entidad sistémica más que una enfermedad exclusivamente dermatológica.

Los pacientes con psoriasis presentan un aumento de la hiperlipidemia, hipertensión, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes tipo 2 y aumento del índice de masa corporal siendo el síndrome metabólico dos veces más frecuente en los pacientes con psoriasis así como, las placas coronarias en comparación con los sujetos de control. Varios estudios han demostrado una mayor prevalencia de diabetes y enfermedades cardiovasculares que se correlacionan con la gravedad de la psoriasis. Por tanto, la evidencia colectiva actual apoya que la psoriasis aumenta de forma independiente el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte por enfermedad cardiovascular (ECV), pero hay opiniones divididas sobre la contribución de la psoriasis como factor de riesgo cardiovascular independiente. Además, se descubrió que el riesgo se aplica también a los pacientes con psoriasis leve en menor grado (16).

Por otro lado, hay que destacar la relación con las patologías inflamatorias inmunomediadas, ya que la psoriasis se ha asociado con una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica y gastrointestinal. Los *loci* de susceptibilidad compartida entre la psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal corroboran esta relación, en particular con respecto a la enfermedad de Crohn (17). El riesgo de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa es de 3,8 a 7,5 veces mayor en personas con psoriasis. Por otro lado, también se ha observado una asociación con enfermedad hepática leve (18).

En conclusión, los diferentes factores que contribuyen a la psoriasis como enfermedad sistémica pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes. De hecho, se ha observado una correlación con trastornos mentales como la depresión (19), cuya prevalencia es de hasta un 60%, la ansiedad y la ideación suicida. Estos estragos psicológicos son tan importantes que incluso son comparables a los estragos debido al cáncer, el infarto de miocardio y a la depresión. Se cree

que todo esto se debe a los síntomas y a las enfermedades asociadas antes mencionadas (20). Por tanto, el impacto de la psoriasis en la salud psicológica y mental es actualmente una consideración muy importante debido a las implicaciones de esta enfermedad en el bienestar social y en el tratamiento.

Tratamiento de la Psoriasis

Tratamiento de la psoriasis leve-moderada

Comprende la afectación de menos del 5% de la superficie corporal y no afecta a los genitales, las manos, los pies y la cara. Estos pacientes a menudo pueden tratarse con éxito con terapias tópicas:

- Los corticosteroides tópicos. Los efectos adversos pueden ser tanto sistémicos como locales, destacando entre estos últimos atrofia cutánea, irritación y mala cicatrización de las heridas. También pueden ocurrir efectos sistémicos. La mayoría de las pautas de tratamiento recomiendan disminuir gradualmente los corticosteroides tópicos después de que mejoran los síntomas, pero estos suelen reaparecer semanas o meses después de la interrupción. Muchos informes describen taquifilaxia con corticosteroides tópicos (21).
- Los análogos de la vitamina D calcipotrieno y calcitriol se utilizan como monoterapia o en combinación con fototerapia para tratar la psoriasis en pacientes que tienen una afectación de la superficie corporal del 5 al 20% (21).
- El tazaroteno es un retinoide tópico teratogénico. Los efectos adversos perilesionales (prurito, ardor) son frecuentes. El tazaroteno es tan eficaz como los corticosteroides tópicos para aliviar los síntomas de la psoriasis, pero se asocia con un intervalo libre de enfermedad más prolongado (21).
- Los inhibidores de la calcineurina tacrolimus y pimecrolimus están aprobados para su uso en pacientes mayores de dos años con dermatitis atópica. Se consideran tratamientos de primera línea para la psoriasis facial y flexural (21).

Tratamiento de la psoriasis severa

Los pacientes con psoriasis que afecta a más del 5% de la superficie corporal o que afecta a las manos, los pies, la cara o los genitales, generalmente se tratan con fototerapia en combinación, o no, con conterapias sistémicas.

- El metotrexato se ha utilizado para tratar la enfermedad psoriásica durante más de 50 años, pero existen pocos estudios clínicos bien diseñados que hayan evaluado su eficacia. Se administra semanalmente (22).
- La ciclosporina proporciona un alivio rápido de los síntomas, pero presenta múltiples efectos adversos e interacciones farmacológicas que impiden su uso a largo plazo. A menudo se utiliza para suprimir crisis y como terapia puente durante el inicio de terapias de mantenimiento de inicio más lento (22).
- La acitretina es un retinoide oral con un inicio lento de aproximadamente tres a seis meses. Es un fármaco teratógeno. Es más eficaz cuando se combina con fototerapia (22).
- La terapia biológica se utiliza cada vez más en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave y en la artritis psoriásica.
 - Los inhibidores del factor de necrosis tumoral incluyen adalimumab, etanercept e infliximab. El etanercept se usa a menudo junto con metotrexato, sobre todo si se asocia a artritis psoriásica. La monitorización inicial y periódica es necesaria para los pacientes tratados con inhibidores del factor de necrosis tumoral debido al riesgo de infección grave. Por otro lado, destacamos el certolizumab pegol, el cual, dada la ausencia de la región cristalizable del fragmento (Fc), no tiene capacidad de paso a través de la placenta y permite unos niveles de fármaco en sangre del bebé prácticamente indetectables durante la lactancia, siendo el único anti-TNF con esta propiedad. (23)
 - Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humano que se dirige a la subunidad proteica compartida p40 de IL-12 e IL-23, inhibiendo la acción de estas dos citosinas. Por tanto, se dirige específicamente a las vías IL-12 / Th1 e IL-23 / Th17, importantes en la patogénesis de la psoriasis (24).
 - Los inhibidores de IL-17 son una clase de biológicos que se dirigen al ligando de IL-17 o su receptor. Secukinumab e ixekizumab inhiben el ligando IL-17A; bimekizumab inhibe los ligandos IL-17A e IL-17F. Brodalumab inhibe el receptor α de IL-17. Los inhibidores de IL-17 tienen un inicio de acción rápido, y una buena respuesta en el tratamiento de la psoriasis en placas y en la artritis psoriásica.
 - Los inhibidores de IL-23 inhiben específicamente la subunidad p19 de IL-23, reduciendo así las actividades de la vía TH17. Para el tratamiento de la psoriasis en placas en adultos se utiliza guselkumab, tildrakizumab y risankizumab.

Mirrikizumab se encuentra en una fase tardía de desarrollo.

- Los agentes de segundo nivel con menos evidencia de apoyo en la psoriasis severa incluyen: azatioprina, hidroxiurea, sulfasalazina, leflunomida, tacrolimus y tioguanina (22).

Impacto de la enfermedad en las mujeres

La psoriasis causa una morbilidad social significativa. En un estudio se objetivó que el 79 % de los pacientes afirmaban que la psoriasis afectaba negativamente en sus vidas al causar problemas con el trabajo, las actividades de la vida diaria y la socialización (25). Tres cuartas partes de estos pacientes se sentían poco atractivos y más de la mitad estaban deprimidos. El aumento de la gravedad de la enfermedad se asocia, a su vez, con menores ingresos, con constantes consultas a multitud de profesionales y una menor satisfacción con el tratamiento (20). De esta forma, reconocer la psoriasis desde un modelo biopsicosocial puede ayudarnos a identificar muchos de los factores implicados y a realizar un manejo multidisciplinario que mejore el pronóstico de esta enfermedad (26).

La psoriasis tiene una prevalencia muy alta, en torno al 3% de la población mundial (25) y, sabemos que el 50% de las personas afectadas son mujeres. Si a esto añadimos que la mayor parte de los pacientes son de debut precoz, se sabe que más del 75% de los casos aparecen antes de los 40 años (4), existe un porcentaje importante de pacientes que se encuentran en edad reproductiva (27,28) y, tanto la psoriasis como sus tratamientos pueden influir en la fertilidad, el embarazo, el postparto y la lactancia o, a la inversa (29).

Por otro lado, se ha descrito que la psoriasis (por su gravedad, o por el dolor o vergüenza en el caso de la afectación genital), puede asociarse a problemas en la fertilidad, tanto en hombres como en mujeres (31,32). En este sentido, un reciente estudio muestra que la tasa de fertilidad estandarizada por edad, entre las mujeres en edad fértil con psoriasis moderada-grave, era menos de la mitad de la tasa de fertilidad para las mujeres de la misma edad en la población general española. Sin embargo, los autores admiten que estos resultados pueden estar influenciados por otros factores.

Debemos destacar también que, entre los 15 y los 30 años es la época de la vida clave en el desarrollo personal, es el momento en el que los pacientes están consolidando su personalidad,

estableciendo relaciones sociales, iniciando su educación superior, la planificación de trayectorias profesionales, así como otros aspectos fundamentales de sus vidas por lo que, la aparición de la psoriasis, puede llegar a afectar significativamente el desarrollo de la persona.

Los síntomas de la psoriasis, como la presencia de lesiones cutáneas que producen dolor, prurito, escozor o sangrado, pueden afectar más allá de la piel. Todo ello reduce el bienestar del paciente y produce preocupación acerca de la apariencia personal, desarrollando distrés emocional, sentimientos de vergüenza, baja autoestima, estigmatización, exclusión social y, dificultades laborales que con frecuencia pueden provocar un gran impacto psicológico y asociarse a síntomas ansioso-depresivos (20,21). La cronicidad e insatisfacción con el tratamiento o los rasgos de personalidad y el estilo cognitivo pueden modular la respuesta.

La depresión, a su vez, ensombrece el pronóstico de la psoriasis, ya que afecta muy negativamente sobre las estrategias de afrontamiento y sobre el autocuidado, dando lugar con mayor frecuencia a estilos de afrontamiento destructivos y a hábitos poco saludables. Entre ellos destacan el sedentarismo, el tabaquismo, no seguir una dieta saludable, así como, el consumo de alcohol y, todo ello empeora la adherencia.

Por otro lado, una encuesta realizada en varios países de Europa a mujeres en edad fértil muestra que la psoriasis cutánea pero, sobre todo, la concomitancia con artritis psoriásica, conlleva limitaciones en la vida sexual del 36% de las pacientes que participaron. Además, se observa que están preocupadas por el riesgo potencial sobre el feto y la escasez de evidencia científica de los diferentes tratamientos sistémicos que existen para la psoriasis durante el embarazo, especialmente en la psoriasis moderada-grave, puesto que es la que conlleva este tipo de tratamiento. Esta preocupación puede reducir los deseos de concepción e influir en factores sociales/familiares. En relación al embarazo, hay tratamientos de la psoriasis, potencialmente teratogénicos que están contraindicados en el embarazo como tazaroteno o acitretino (33,34). También se ha descrito que entre el 40-88% de las pacientes empeoran a las pocas semanas tras el parto (35) y, que niños nacidos de madres que han estado en tratamiento con anticuerpos monoclonales que cruzan la barrera placentaria en el tercer trimestre tienen mayor riesgo de infecciones y, por lo tanto, precisan de una vigilancia y actuaciones concretas.

La psoriasis cutánea precoz, moderada a severa se asocia a un mayor riesgo de desarrollar una serie de comorbilidades relacionadas con el síndrome metabólico que incluye hipertensión,

hiperlipidemia, obesidad y diabetes mellitus tipo 2, lo que también complicaría el embarazo, en el caso de las mujeres (36), así como otras enfermedades inflamatorias crónicas, todas las cuales se han asociado con resultados adversos en el embarazo y el parto. La psoriasis grave (que había recibido fotoquimioterapia o terapia sistémica dentro de los dos años posteriores al parto indexado) tenía un riesgo 1,40 veces mayor de dar a luz a bebés con bajo peso al nacer. Estos hallazgos están respaldados por un estudio de cohorte basado en la población escandinava recientemente publicado. Descubrieron que tenían un mayor riesgo de diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia y, de cesárea electiva y de emergencia (37).

A todo esto, se puede añadir la desinformación por parte de los profesionales médicos, en muchos casos, acerca de la psoriasis en general, así como del manejo de la enfermedad durante el embarazo (34,35). Se ha visto que los médicos que tratan enfermedades inflamatorias crónicas tienen menor conocimiento de las pautas de tratamiento para mujeres embarazadas y, falta de experiencia en cuanto al apoyo psicológico hacia ellas. Además, muchas pacientes no están completamente al tanto de los servicios de apoyo disponibles como los programas de alivio del estrés, apoyo para la salud mental y consejos de acondicionamiento físico. Muchos hospitales no cuentan con equipos multidisciplinares que permitan el correcto abordaje de las que desean ser madres (38).

JUSTIFICACIÓN

La psoriasis, sus comorbilidades y sus tratamientos afectan a nivel social, laboral y emocional en la vida de las mujeres. En nuestro Centro, no existe en la actualidad una unidad multidisciplinar para el abordaje de pacientes con psoriasis en edad fértil que deseen concebir y, no todos los especialistas son proactivos a la hora de tener en cuenta estos deseos y, hacerlos compatibles con las terapias disponibles.

Por tanto, nos propusimos investigar, entre las pacientes con psoriasis moderada a severa que están en seguimiento en el Servicio de Dermatología de nuestro centro, la influencia que la enfermedad ha tenido a lo largo de sus vidas para poder establecer la necesidad de este abordaje multidisciplinar.

Además, según la revisión de la literatura hemos podido encontrar que se han realizado encuestas, sobre todo en formato “on line” para explorar el impacto de la psoriasis, pero no hemos podido encontrar ningún trabajo realizado en pacientes de consulta habitual de psoriasis, por lo que proponemos este estudio.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Estudiar la influencia de la presencia de psoriasis en la vida social, consecución de pareja, vida sexual y, deseo de tener hijos en mujeres con psoriasis moderada a severa atendidas en el Servicio de Dermatología de un Hospital de Tercer Nivel.

Objetivos Secundarios

1.- Estudiar la influencia de la psoriasis en el entorno laboral, aspiraciones y logros de las mujeres que padecen psoriasis.

2.- Relacionar la influencia de la presencia de psoriasis en el entorno social, de pareja y laboral con la edad de aparición de la misma, severidad de la enfermedad, la presencia conjunta con la artropatía psoriásica, número y tipo de terapias recibidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo en una sola visita, de casos clínicos de mujeres con psoriasis moderada a severa en seguimiento en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Se diseñó un Protocolo de Investigación que fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, recibiendo su aprobación con fecha 17 de diciembre de 2020 (Anexo 1).

El estudio se está desarrollando en dos fases. La primera, el estudio piloto, destinada a la realización del Trabajo Fin de Grado y, una segunda parte, en la que se continuará el reclutamiento hasta la consecución de un número suficiente para la consecución de significación estadística de los datos en comparación con la población general.

Población del estudio

Pacientes mujeres, afectadas de psoriasis moderada-severa de debut precoz, con menos de 30 años de edad, que acudieron a revisión en el módulo de consulta 4212 (Específico de psoriasis moderada-severa), de manera consecutiva, a las que se informó sobre el proyecto y, al estar de acuerdo en participar, firmaron el consentimiento informado diseñado para el mismo.

Criterios inclusión:

- Sexo femenino.
- Mayor de 18 años.
- Psoriasis en placas de debut antes de los 30 años.
- Psoriasis clasificada como moderada a severa.
- Capacidad para entender y contestar las preguntas que se formulan en el estudio.
- Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Sexo masculino.
- Menores de 18 años.

- Psoriasis en placas de debut tardío, estableciéndolo a partir de los 31 años.
- Otras formas de psoriasis (palmo-plantar, gotas, pustuloso).
- Padecer formas leves de psoriasis.
- Incapacidad para entender y contestar las preguntas que se formularán.

A los pacientes que cumplieran todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión se les solicitó el consentimiento informado por escrito.

Criterios previstos para la retirada de los sujetos del estudio

Cualquier paciente que no desee continuar en el estudio, será retirado, en cuanto así lo manifieste.

Fuente de información

La fuente de información utilizada comprende la historia clínica de los pacientes y los datos obtenidos del Cuaderno de Recogida de Datos (Anexo 2)

Variables

- Edad actual.
- Edad de debut de la enfermedad.
- Estado civil actual.
- Número de parejas.
- Número de hijos.
- Deseo de más hijos/adopción.
- Severidad alcanzada de la enfermedad (moderada/severa: PASI 8-10 o >10, afectación de áreas visibles, grandes pliegues, cuero cabelludo, palmas-plantas asociado a psoriasis en placas, genital).
- Localizaciones de la enfermedad.
- Tratamientos recibidos.
- Antecedentes familiares.
- Enfermedades concomitantes
 - Síndrome metabólico (Obesidad, Diabetes tipo 2, Hipertensión arterial, Dislipemia).
 - Enfermedades inflamatorias.

- Antecedentes psicológicos/psiquiátricos.
- Tratamientos recibidos para otras enfermedades no psoriasis.
- Influencia de la enfermedad en la búsqueda de pareja.
- Influencia de la enfermedad en la pareja.
- Influencia de la enfermedad en la vida sexual.
- Influencia de la enfermedad en el deseo de tener hijos.
- Miedos de transmitir la enfermedad a la descendencia.
- Información sobre la enfermedad, problemas en la concepción, embarazo.
- Apoyo por parte de los sanitarios en relación con los deseos de concepción, embarazo, parto.
- Influencia de la enfermedad en los estudios realizados, trabajo conseguido, día a día laboral (bajas laborales, despidos, promoción, jubilación anticipada).

Tamaño Muestral

Se recogieron un total de 25 pacientes afectas de psoriasis moderada a severa que cumplían los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias mediante un cuestionario desarrollado para este estudio (Cuaderno de Recogida de Datos) y las historias clínicas de las pacientes.

Análisis Estadístico

Las características de las pacientes se describieron mediante estadísticos descriptivos (proporciones, media y desviación típica).

Para investigar las diferencias entre las variables categóricas y para las binarias se utilizó la prueba de la ji-cuadrado, donde se empleó un nivel de significación del 5% (p-valor <0,05).

Los datos fueron introducidos al programa estadístico SPSS versión 24, Chicago (Illinois).

RESULTADOS

La muestra está constituida por 25 pacientes, todas ellas mujeres con edad de debut de la psoriasis por debajo de los 30 años, que contestaron presencialmente la encuesta en la consulta del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Canarias.

Dentro de las características generales recogidas podemos mencionar que las edades de las participantes comprenden desde los 27 años hasta los 73 años, con una media (M) de 51,68 y una desviación estándar (DE) de 12,43.

En cuanto al lugar de residencia de las participantes, el 60% vive en área urbana y el 40% restante en área rural de la isla de Tenerife. El 64% de las participantes de nuestra muestra presentó antecedentes de psoriasis en su familia.

El 100% de las mujeres de la muestra debutaron y fueron diagnosticadas por debajo de los 30 años, ya que este fue uno de los criterios de inclusión. La edad en la que apareció la primera lesión en las pacientes comprende desde los 3 hasta los 28 años con $M = 13.80$ y $DE = 7.517$. Por otro lado, la media de edad del diagnóstico de la enfermedad es ligeramente más tardía, siendo de 14,72 y $DE = 7.558$, pero con un rango de valores casi igual, entre los 4 y 28 años de edad (Tabla 1).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad en años a la que apareció la primera lesión	25	3	28	13,80	7,517
Edad de diagnóstico de la psoriasis	25	4	28	14,72	7,558

Tabla 1. Edad de debut y diagnóstico de la enfermedad.

En general, la gravedad de la psoriasis se puede clasificar en leve, moderada y severa. Esta clasificación se realiza según el Índice de la severidad del área de Psoriasis, también denominado PASI, que combina la valoración de la severidad de lesiones (eritema, escamas e infiltración) y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 (ninguna enfermedad) a 72 (enfermedad muy severa). Así pues, un PASI < 8 corresponde a leve, de 8-10 moderada y > 10 severa. En nuestro estudio, todas las pacientes habían tenido un PASI mayor de 8 (correspondiendo este un criterio de inclusión), siendo más frecuente las pacientes con enfermedad severa con un 72 % frente a la moderada (24%) (Fig.3).

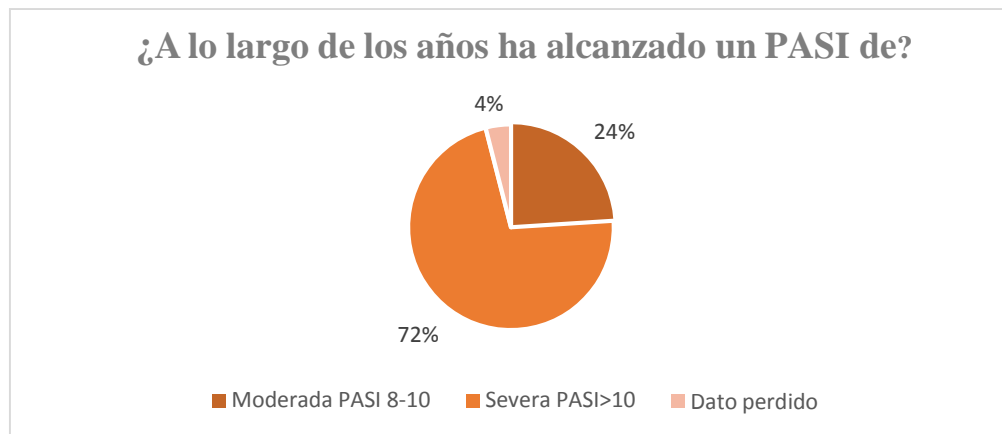


Figura 3. PASI alcanzado.

Se analizaron las localizaciones de las lesiones de la psoriasis, así como su frecuencia, encontrando que la mayoría de las pacientes presentaban o habían presentado en algún momento de su vida lesiones en el cuero cabelludo (92%) y en los grandes pliegues (72%). Por otro lado, fueron menos frecuentes las localizaciones en la cara y en la zona genital, ambos con 48%. Por último, las localizaciones que menos refirieron las pacientes fueron en las palmas de las manos y plantas de los pies (24%) (Fig.4).

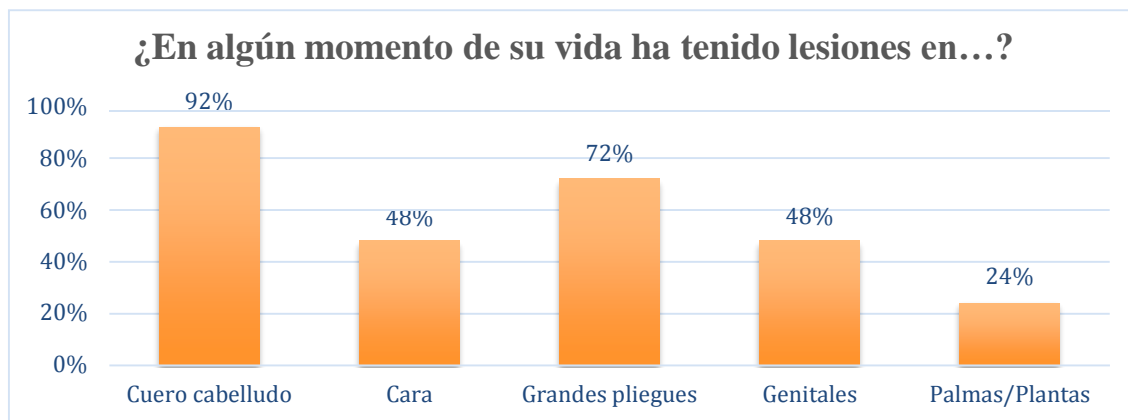


Figura 4. Localizaciones de las lesiones.

Por otro lado, se llevó a cabo un análisis sobre los tipos de tratamientos utilizados para la psoriasis hasta el momento de completar el cuestionario. En él se valoraron los tratamientos sistémicos y las terapias biológicas recibidas, excluyendo la terapia tópica.

En cuanto al tratamiento sistémico recibido, el número de tratamientos varía desde 1 a 4 siendo la media cercana a 2 tratamientos por paciente ($M = 1.96$) y $DE = 0,889$. El fármaco más frecuente fue claramente el metotrexato (88%), pues sólo 3 personas no lo habían utilizado. Los demás tratamientos recibidos de mayor a menor frecuencia fueron la ciclosporina A en un 60%, la

acitetrina en un 24%, el apremilast en un 20% y, por último, el dimetilfumaratos en un 4%.

Con respecto a la terapia con fármacos biológicos, el número de tratamientos recibidos va desde 0 a 6, siendo la media de 1,84 y DE = 1,405. El tratamiento más frecuente es el etanercept (44%), seguido del adalimumab y el ustekinumab, con igual proporción (40%). Menos frecuentes fueron el secukinumab (20%), el guselkumab (16%), el efalizumab (12%), ixekizumab (8%), el brodalumab (4%). Ninguna paciente había recibido tratamiento con risankizumab y trildakizumab (Fig.5).

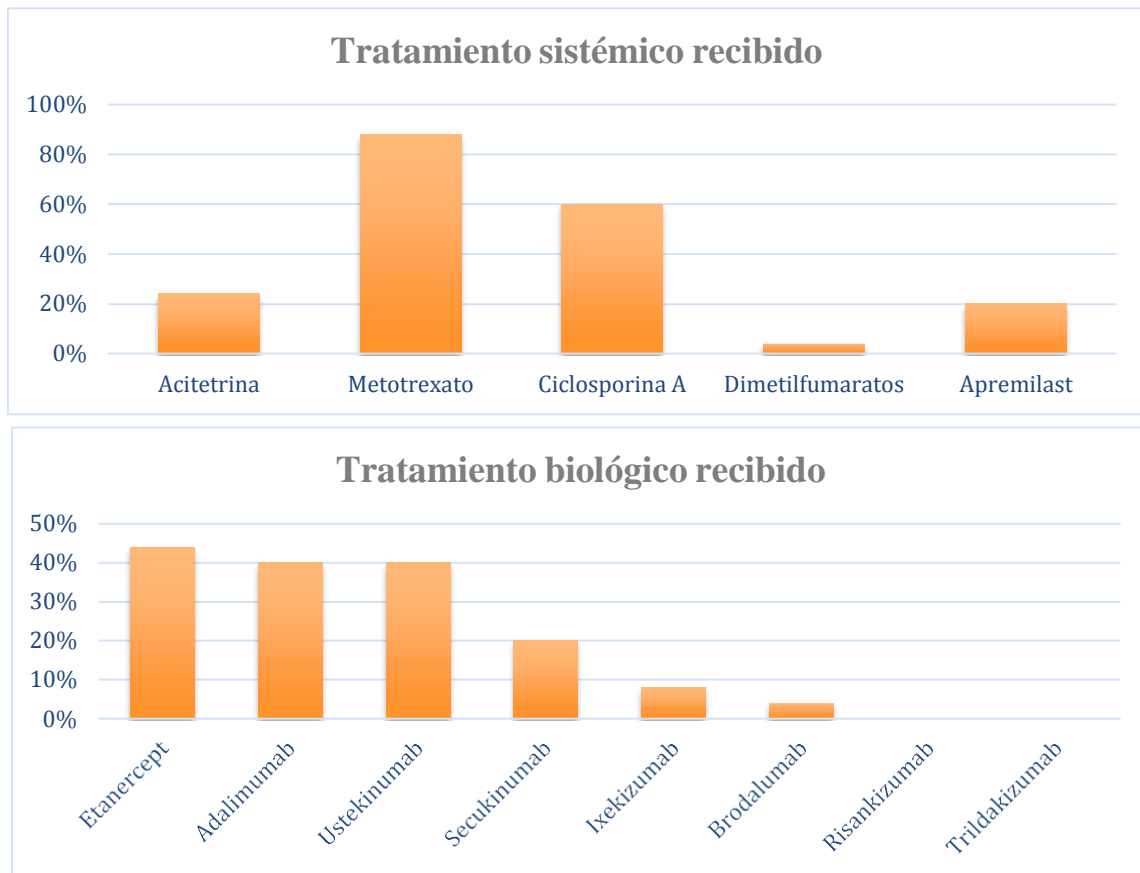


Figura 5. Tratamiento recibido

Además, se estudió la prevalencia de las comorbilidades más frecuentes relacionadas con la psoriasis. La artritis psoriásica a pesar de ser la comorbilidad más relevante no es, en cambio, la más prevalente en nuestra muestra, estando presente sólo en un 32% de las pacientes. De las otras comorbilidades, las más comunes fueron la dislipemia (56%), la hipertensión arterial (48%) y la obesidad/sobrepeso (40%).

Por otro lado, entre las menos prevalentes encontramos la diabetes mellitus (8%), la enfermedad inflamatoria intestinal (8%) y el hígado graso (4%). Ninguna paciente afirmó presentar

hidradenitis supurativa o uveítis, aunque un 16% afirmó padecer otras enfermedades inflamatorias (Fig.6).

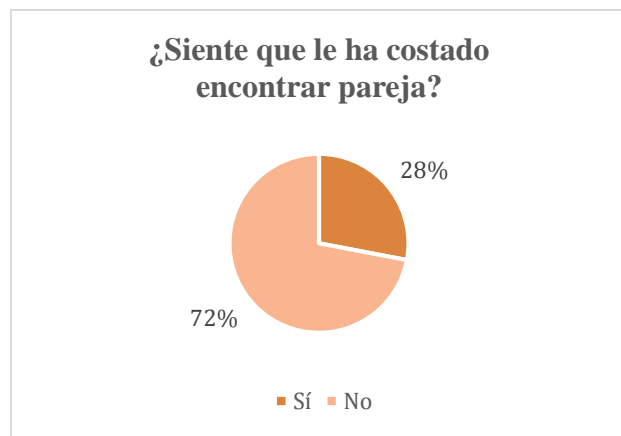
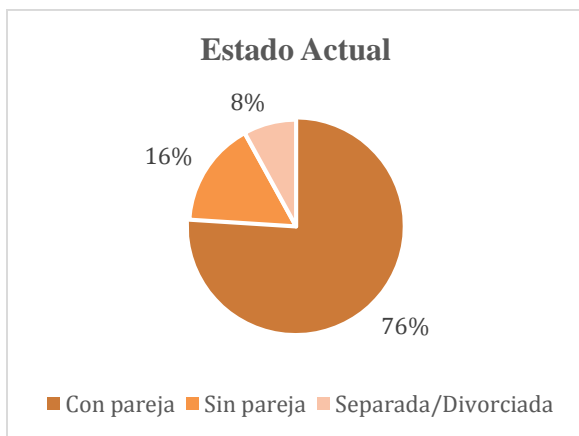


Figura 6. Comorbilidades asociadas a la psoriasis.

En cuanto al impacto sociofamiliar, un 16% de la muestra vivía sin pareja, un 76% en pareja y, el 8% restante estaba separada/divorciada. Así mismo, el número de parejas de las participantes está comprendido entre un mínimo de 1 pareja a lo largo de la vida hasta 8 parejas.

El 72% de las pacientes refirieron no haber tenido dificultades a la hora de encontrar pareja y además, el 88% informaron no haber tenido problemas con su pareja en relación a la psoriasis.

Casi la mitad de las pacientes, el 48%, presentó problemas en la esfera sexual en relación a la enfermedad (Fig 7).



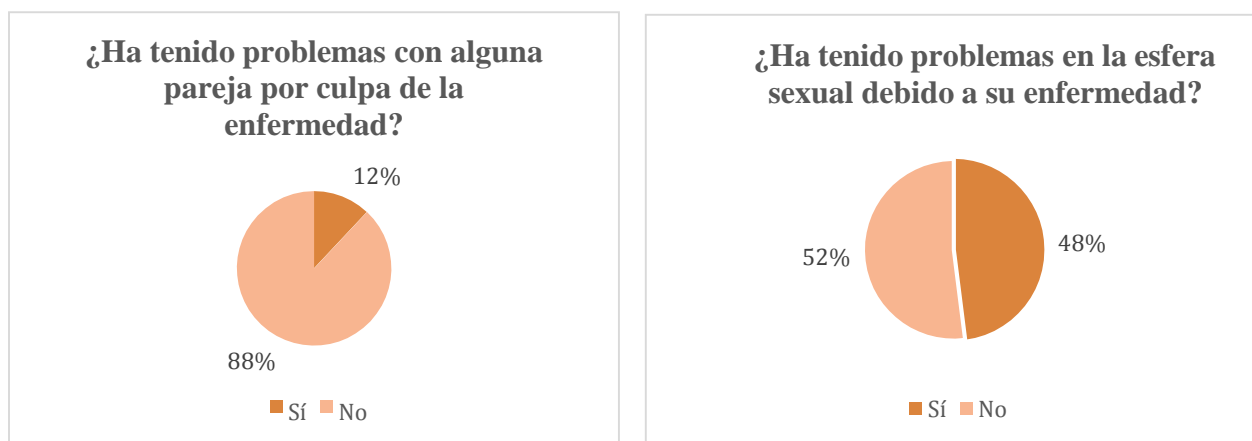


Figura 7. Situación de pareja y problemas en la esfera sexual.

Al analizar la relación entre problemas en la esfera sexual y la localización de la psoriasis en el área genital se observa (Fig. 8) que esta localización se asocia a más problemas en la esfera sexual de forma estadísticamente significativa ($\chi^2(1) = 6.740, p = .009$).

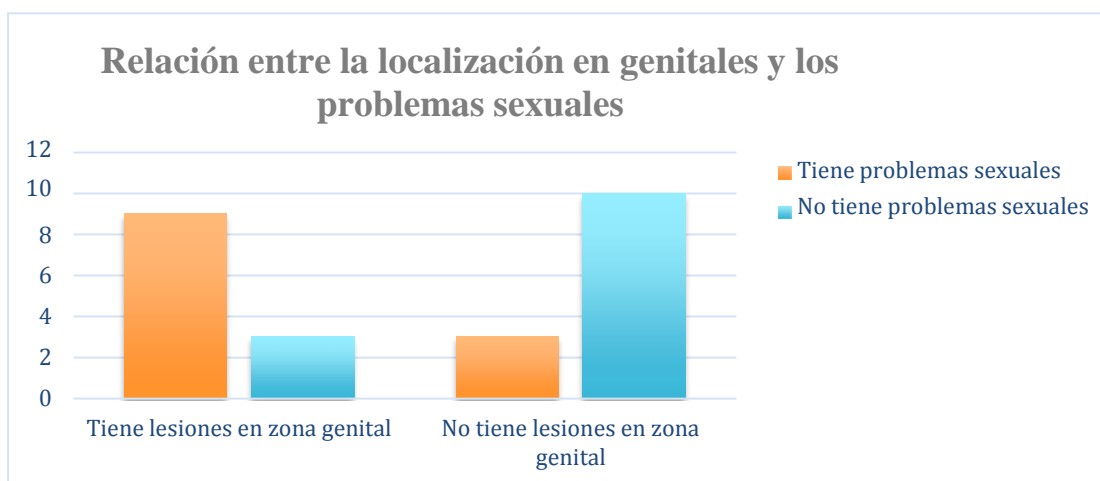


Figura 8. Relación entre la localización en genitales y los problemas sexuales

Por otro lado, los resultados obtenidos de las preguntas dirigidas a aquellas pacientes que habían estado embarazadas y/o habían tenido hijos, que en nuestra serie fue un 76%, muestra que el 24% de las pacientes no tuvieron hijos, otro 24% tuvieron solo un hijo, el 32% tenían 2 hijos, el 16% tenían 3 hijos y el 4% tenían 4 hijos.

En referencia al embarazo, el 68,4% de las pacientes refirieron no haber recibido suficiente información antes, durante y después del embarazo sobre la influencia la psoriasis y su tratamiento sobre este (Fig. 9). El 63,2% de las pacientes no objetivaron haber tenido miedo en el embarazo a causa de la psoriasis, el 80% de las pacientes informaron temor de que sus hijos heredaran la

enfermedad. Por último, el 94,1% no adoptó ningún hijo y el 90% de las mujeres refirieron que la enfermedad no les influyó en el número de hijos que habían decidido tener.



Figura 9. Información recibida.

En cuanto al impacto social, un 40% de las mujeres habían realizado la educación secundaria, mientras que un 28% se había graduado de la escuela. Además, un 16% tenía educación universitaria, un 8% grado superior y, un 4% grado medio. Una paciente no tenía estudios.

Un 88% de las pacientes de nuestra serie negó que hubiera estudiado algo más u otra cosa de no haber sido por la psoriasis.

Adicionalmente, se les preguntó sobre su situación laboral. Casi la mitad de las pacientes (48%) trabajaba en el momento de la encuesta, en comparación con un 24% que se encontraba en paro. El resto de las encuestadas se divide entre ama de casa (8%) y jubiladas (20%).

En referencia a la satisfacción laboral el 75% respondieron que el trabajo que realizaban o habían realizado les era satisfactorio.

De una muestra de 17 pacientes (se perdieron 8 por problemas en la recogida de datos) el 76,5% dijeron que no habían perdido oportunidades en el trabajo debido a la psoriasis.

Por otro lado, la mayoría de las pacientes (68%) refirieron que no habían sentido no tener las mismas oportunidades para mejorar en su vida laboral y no habían tenido que coger bajas laborales (60%) (Fig.10).

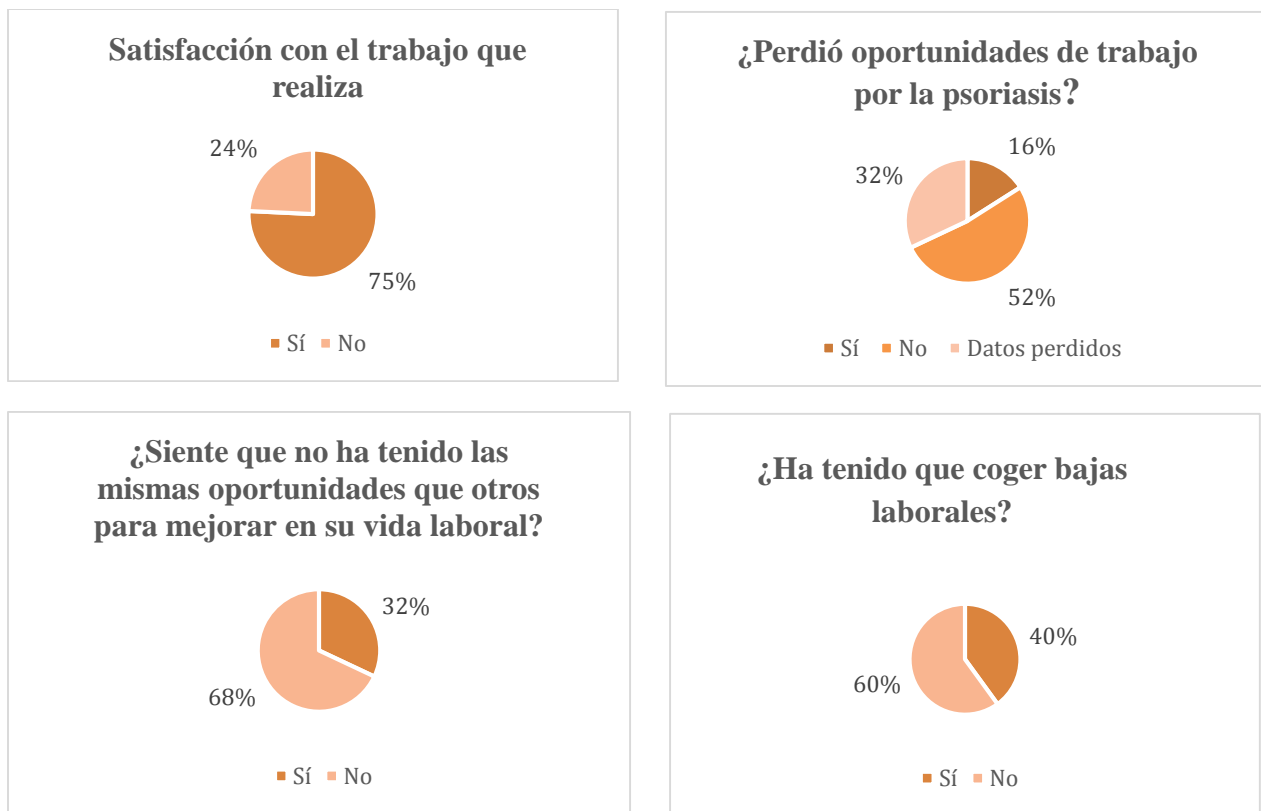


Figura 10. Situación laboral.

En el estudio del impacto emocional de la enfermedad pudimos observar que 13 pacientes afirmaron haber presentado alguna enfermedad psiquiátrica a lo largo de la vida (un 52% del total) (Fig.11). Dentro de ese grupo 7 padecieron ansiedad (53,85%) y 10 depresión (76,92%), presentando 4 mujeres ambas enfermedades (Fig.12).

En relación a estos problemas, un 12% de las pacientes estaban en el momento de la recogida de datos en tratamiento psiquiátrico y un 8% en tratamiento psicológico, estando la mayoría sin ningún tipo de tratamiento (88% y 92% respectivamente).



Figura 11. Enfermedades psiquiátricas.

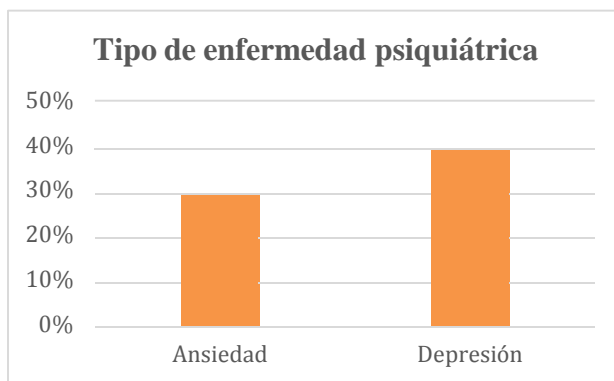


Figura 12. Tipo de enfermedad psiquiátrica.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio está constituido por 25 pacientes mujeres con un amplio rango de edades, habiendo debutado con la enfermedad antes de los 30 años y, todas afectadas de psoriasis moderada a severa gran parte de su vida. En la bibliografía existente ya está descrito que la psoriasis afecta negativamente en muchas facetas de la vida, tanto a nivel social, laboral, familiar como personal y, también se ha podido demostrar que esta influencia es mayor en mujeres (sobre todo en edad fértil) que en varones. Por todo esto, hemos decidido ahondar más en el impacto de esta enfermedad entrevistando a pacientes en consulta habitual de psoriasis.

Algunos estudios han demostrado una distribución bimodal de la edad de aparición tanto en pacientes masculinos como femeninos de psoriasis: un pico de aparición se presenta a los 16 años para las mujeres y 22 años para los hombres y, el otro pico a los 60 años para las mujeres y 59 para los hombres (39). Así pues, la psoriasis representa alrededor del 4% de todas las enfermedades cutáneas diagnosticadas en pacientes menores de 16 años y la psoriasis infantil es más común en niñas que en niños (40), dato muy importante ya que un inicio temprano podría estar relacionado con un curso más severo de la enfermedad. Sin embargo, en nuestro estudio, la mediana de edad de debut de la enfermedad fue, algo más elevada, de 13,80 años y, la media del diagnóstico de la enfermedad es ligeramente más tardía, siendo la media de 14,72 años, pero con un rango de valores casi igual, entre los 4 y 28 años de edad. Sin embargo, esta diferencia en la determinación de la edad de aparición de la psoriasis puede estar sesgada por el recuerdo del paciente o por establecer el inicio en el momento del diagnóstico por parte del médico, subestimando el tiempo de aparición.

Hasta la fecha, se han realizado pocos estudios sobre la relación entre la ubicación de las lesiones psoriásicas y el deterioro psicológico en pacientes con psoriasis. Sin embargo, se ha publicado que los pacientes con lesiones psoriásicas visibles informaron de una peor salud física y mental (41). De hecho, en un estudio que se realizó, uno de los resultados más importantes fue que la presencia de lesiones psoriásicas en la cabeza, el cuello y el pecho, así como en los brazos, las manos y el área genital, debe alertar a los médicos sobre el mayor riesgo de deterioro psicológico en pacientes con psoriasis (42). En nuestro estudio, existe una relación significativa entre la localización de las lesiones en el área genital y su repercusión en la esfera sexual, dado que la proporción de mujeres que tenían psoriasis en esa zona tenían mayor proporción de problemas sexuales, con una probabilidad de 0,009. En cambio, en las demás áreas afectadas que investigamos, el cuero

cabelludo (92%), los grandes pliegues (72%), la cara (48%) y las palmas de las manos y plantas de los pies (24%), no se pudo encontrar una relación evidente, pero sería interesante profundizar en estos estudios. Todo esto puede ayudar a empezar a reconocer mejor estos problemas y de esta forma comenzar desde más temprano a proporcionar a los pacientes un manejo integral para prevenir el deterioro acumulativo del curso de vida en la psoriasis.

Por otro lado, es conocido que la psoriasis se asocia a procesos inflamatorios crónicos y a varias enfermedades concomitantes. Esto justifica nuestro interés en preguntar a nuestras pacientes sobre la presencia de estas enfermedades. En cuanto a la artritis psoriásica, se ha descrito que su prevalencia se sitúa aproximadamente entre el 6 y el 42%, lo cual es un rango muy amplio. En el “Informe Acción 2014: Análisis del impacto físico, emocional y socio-sanitario de la psoriasis” a la misma pregunta un 27% afirmó que padecía de psoriasis y artritis psoriásica (43). A pesar de que nuestra muestra solo se componga de mujeres el resultado no difiere del de los datos comentados (32%). En ese mismo estudio también valoraron en 1869 pacientes la prevalencia de hipertensión arterial (10%), la obesidad (7%), la diabetes mellitus (3%) y la dislipemia (6%) entre muchas otras comorbilidades. Además, valoramos la prevalencia de esas comorbilidades a nivel general (sin considerar la psoriasis) en la población canaria mediante los resultados obtenidos en el Instituto canario de estadística, en el que se valoró en 2015 la obesidad en población de 18 y más años, siendo un 17,14% para ambos sexos, y del 17,86% solo las mujeres. También se valoraron otras comorbilidades en una población de 16 y más años sin diferencias por sexos, en la que se obtuvo unas cifras de hipertensión arterial del 21,26%, diabetes 9,66% y de dislipemia de 19,02%. Sin embargo, en nuestro estudio los valores de hipertensión (48%), dislipemia (56%) y obesidad (40%) fueron muchos más altos, esto puede deberse a que la prevalencia de estas comorbilidades sea mayor debido a la asociación con la psoriasis, así como que nuestra muestra se componía de mujeres con una gravedad mayor de la enfermedad.

Con respecto al impacto socio-familiar, en un estudio realizado en el “Informe Acción 2014”, se obtuvo que más de la mitad de los encuestados, un 57%, se había visto afectado como mínimo algo en las relaciones íntimas, sin discriminar por sexos (43). Otro estudio más específico, en el que valoraron a mujeres afectadas de psoriasis, artritis psoriásica y ambas conjuntamente en 11 países europeos, comprendidas entre los 18 y 45 años, se obtuvo que un 30% tenía limitaciones en su vida sexual (PSO: 29% y PSO + PsA: 36%) (38). En nuestro estudio dicho porcentaje sube hasta el 48%, pero no se puede precisar si se debe a alguna causa concreta o es una variación aleatoria

debido al tamaño de la muestra. Así mismo, valoramos si debido a la enfermedad les había costado encontrar pareja, pero un 72% contestaron que no. Esto en algunos casos puede deberse a que ya tenían pareja antes del debut de la psoriasis, pero se necesitan más datos para poder relacionar ambas variables y obtener un resultado significativo.

Por otro lado, en relación con el impacto de la psoriasis sobre la planificación familiar, en nuestro estudio obtuvimos que un 8% dejaron de ampliar su familia por la enfermedad mientras que en el estudio de McBride SR, et al. un 34% de las encuestadas tomaron una decisión similar. Las autoras lo relacionan, entre otras preocupaciones, con temor a tener un embarazo complicado (36%) y con la capacidad de poder cuidar al bebé (38). Estos datos coinciden aproximadamente con los que hemos obtenido referido al temor, miedo e inseguridad durante el embarazo por la psoriasis y sus tratamientos, con un 36,8%. Por otro lado, con respecto a la adopción, en nuestro estudio sólo una mujer tenía un hijo adoptado (un 4%) a diferencia de los datos del estudio mencionado anteriormente, donde la predisposición a adoptar es de un 27% (38).

Un paciente bien informado tiene mayor capacidad para decidir sobre su embarazo, sin embargo, un alto porcentaje, 68,4% de las encuestadas, refirieron no haber recibido suficiente información antes, durante y después del embarazo, por parte de los profesionales médicos sobre los problemas que podían surgir por la psoriasis y sus tratamientos. En la bibliografía, hay referencias de que existe desinformación por parte de los sanitarios sobre el manejo de estas pacientes (34,35), ya que se ha visto que los médicos que tratan enfermedades inflamatorias crónicas tienen menor conocimiento de las pautas de tratamiento para mujeres embarazadas. Sin embargo, no hemos podido encontrar nada específico sobre la información recibida durante el embarazo, pero sería interesante analizar esta variable en un estudio más amplio para poder replantearnos una mejora en el abordaje de las pacientes psoriásicas en edad fértil que deseen concebir, así como para concienciar a los médicos acerca de esto y hacerlos más proactivos a la hora de abordarlo. Sería aconsejable que se implantara una consulta pre-concepcional, como ocurre en otras especialidades como Reumatología, para llevar a cabo una correcta planificación del embarazo, que tuviera lugar en un momento en el que la enfermedad psoriásica estuviera controlada y las pacientes estuvieran recibiendo fármacos seguros desde el punto de vista gestacional. De esta forma, mejorará el abordaje de estos pacientes y, por lo tanto, su pronóstico y el de sus descendientes (44).

Un 64% de las mujeres de nuestro estudio tenían temor porque sus hijos heredaran la enfermedad.

Esto puede deberse a que ahora se reconoce que la psoriasis es compatible con un patrón de herencia multifactorial. Sin embargo, hay informes dispersos en los que se ha propuesto un patrón de herencia autosómico dominante y autosómico recesivo para la psoriasis. Swanbeck et al. presentaron datos empíricos que pueden ser de relevancia para el asesoramiento genético. Después de evaluar a más de 3000 familias en las que uno o ambos padres tenían psoriasis, se encontró que el riesgo de por vida calculado de contraer psoriasis si ningún padre, uno de los padres o ambos padres tenían psoriasis era de 0,04, 0,28 y 0,65, respectivamente. Si ya había un niño afectado en la familia, los riesgos correspondientes fueron 0.24, 0.51 y 0.83, respectivamente (45).

En la influencia de la psoriasis en la situación laboral de las mujeres, casi la mitad de las pacientes (48%) trabajaba en el momento de la encuesta, un 24% se encontraba en paro, un 8% era ama de casa y el 20% estaban jubiladas. Estos porcentajes concuerdan aproximadamente con el estudio de la Fundación Nacional de Psoriasis de U.K. (46) en el que se objetiva que el 48% trabajaba a tiempo completo, el 22% estaban jubilados, el 12% estaban desempleados, el 11% trabajaba a tiempo parcial y el 5% eran amas de casa. Ellos también investigaron entre las personas que se encontrabantrabajando, cuántos días faltaban al trabajo debido a la psoriasis o por su tratamiento, siendo el resultado de un 49%. En nuestro estudio el porcentaje es similar, un 40% de las mujeres habían tenido que coger bajas laborales. Además, esta pequeña diferencia en el porcentaje puede deberse a que en nuestro estudio incluimos a todas las mujeres, incluso a las que no trabajaban. Por otro lado, en nuestra investigación, se les preguntó acerca de la satisfacción con el trabajo que realizaban, obteniendo que el 24% afirmaron que el trabajo que realizaban no les satisfacía. Además, un 16% afirmaron que habían perdido oportunidades laborales debido a su condición. Esto concuerda con los resultados obtenidos en el estudio de McBride SR et al. en el que alrededor de una quinta parte (21%) informó que no había tenido la carrera que deseaba y que su condición era un factor limitante importante (38). Por tanto, a pesar de los avances que se han realizado en cuanto al tratamiento y el manejo de las pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, un porcentaje relevante continúan experimentando un deterioro significativo de la calidad de vida y la productividad laboral.

Además de a enfermedades orgánicas, la psoriasis se asocia a una mayor tasa de afectación psicológica y/o psiquiátrica secundaria a la reducción en su calidad de vida, que es similar a la que experimentan pacientes con otras enfermedades crónicas. En nuestro estudio, 13 pacientes

afirmaron haber presentado alguna enfermedad psiquiátrica a lo largo de la vida (un 52% del total). Dentro de ese grupo 7 padecieron ansiedad (53,85%) y 10 depresión (76,92%). Además, un 12% de las pacientes estaban en el momento de la encuesta en tratamiento psiquiátrico y un 8% en tratamiento psicológico. En varios estudios realizados en el que se analizó la prevalencia de la depresión en distintos países, esta varía ampliamente entre el 9 al 62%, pero siempre encontrando una relación significativa entre la psoriasis y la depresión (estudios de casos y controles) (47). De la misma forma, se estudió la prevalencia de la ansiedad en varios estudios donde la variación es entre 11 y 43% (48). Además, valoramos la prevalencia de estas enfermedades a nivel nacional para comparar la proporción general de la población con la de nuestro subconjunto formado por mujeres con psoriasis, mediante los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017), realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística, en la que obtuvieron que en España más de una de cada 10 personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8%). Así mismo, las mujeres las refieren con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. El 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica: 9,1% de las mujeres y 4,3% de los hombres. La depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), y es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). Por todo esto se podría pensar que la prevalencia de enfermedades de salud mental en mujeres con psoriasis es 4 veces la de la población general de las mujeres en España. Todo esto recalca la importancia de proporcionar apoyo psicosocial a los pacientes con psoriasis, ya que un tratamiento efectivo de la enfermedad debe consistir en un enfoque multidimensional que proporcione al paciente bienestar físico, social y psicológico.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio consistió en el tamaño muestral (n=25) debido al tiempo disponible para la recogida de datos y los criterios de inclusión de nuestro trabajo, que consistía en mujeres con psoriasis moderada-severa cuya enfermedad hubiera debutado antes de los 30 años, y, además eran seleccionadas de consulta habitual de psoriasis a la que acudían tanto hombres como mujeres. Otra limitación a tener en cuenta fue la ausencia de grupo control o a comparar.

CONCLUSIONES

- El 64% de las participantes presentó antecedentes de psoriasis en su familia, lo que podría contribuir al temor de que sus hijos tuvieran la enfermedad
- Se evidencia la asociación de la psoriasis con comorbilidades como la dislipemia (56%), la hipertensión arterial (48%) y la obesidad/sobrepeso (40%).
- Un 40% de las mujeres habían tenido que coger bajas laborales, debido a la enfermedad.
- Un 52% de las encuestadas refirieron haber padecido alguna enfermedad de la esfera psiquiátrica, por lo que el impacto psicológico es muy importante.
- El 53,85% padecieron ansiedad y el 76,92% depresión casi cuatro veces más que la población general española.
- Se ha observado una importante asociación entre las lesiones de localización genital con los problemas en la vida sexual de las mujeres de nuestro estudio.
- El 68,4% de las pacientes refirieron no haber recibido suficiente información antes, durante y después del embarazo sobre la influencia la psoriasis y su tratamiento en relación a este, lo que recalca la importancia de implantar una consulta pre-concepcional en Dermatología.

¿QUÉ HE APRENDIDO REALIZANDO EL TFG?

Además de los conocimientos adquiridos sobre el estudio en cuestión, nos hemos iniciado en la complejidad de la elaboración de un trabajo de investigación con todo lo que ello conlleva: la elección de un tema, la planificación, la estructuración, la elaboración por pasos, la obtención de información a partir de fuentes de calidad, así como la revisión sistemática de artículos científicos relacionados, etc. Por otro lado, nos hemos hecho realmente conscientes del trabajo y la importancia de ordenar correctamente la bibliografía utilizada. Hemos aprendido sobre el manejo estadístico de los datos en el programa SPSS, la creación de la matriz con las diferentes variables, el tiempo que requiere volcar los datos recogidos, así como la obtención de distintos tipos de gráficas y el uso de estadísticos simples y multivariable. Por último, también hemos aprendido a manejar el programa de interfaz hospitalaria SAP para conseguir y verificar algunos datos de nuestra muestra a partir de las historias clínicas de nuestras entrevistadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Christophers E. Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001 Jun;26(4):314-20.
2. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM; Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013 Feb;133(2):377-85.
3. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol*. 2013 Jun;168(6):1303-10.
4. Kimball AB, Leonardi C, Stahle M, Gulliver W, Chevrier M, Fakharzadeh S, Goyal K, Calabro S, Langholff W, Menter A; PSOLAR Steering Committee. Demography, baseline disease characteristics and treatment history of patients with psoriasis enrolled in a multicentre, prospective, disease-based registry (PSOLAR). *Br J Dermatol*. 2014 Jul;171(1):137-47.
5. Kim J, Krueger JG. The immunopathogenesis of psoriasis. *Dermatol Clin*. 2015 Jan;33(1):13-23.
6. Nguyen TT. Papulosquamous eruptions. En: Bope ET, Killerman RD, editores. Philadelphia, PA: Elsevier, Inc; 2016:275-280.
7. Mahil SK, Capon F, Barker JN. Genetics of psoriasis. *Dermatol Clin*. 2015 Jan;33(1):1-11.
8. Habif TP, Campbell JL Jr, Chapman MS, Dinulos JGH, Zug KA. Psoriasis and other papulosquamous diseases. En: *Skin Disease*. Elsevier; 2011. p. 120–53.
9. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2009 Jul 30;361(5):496-509.
10. Ko HC, Jwa SW, Song M, Kim MB, Kwon KS. Clinical course of guttate psoriasis: long-term follow-up study. *J Dermatol*. 2010 Oct;37(10):894-9.
11. Lebwohl MG, Kavanaugh A, Armstrong AW, Van Voorhees AS. US Perspectives in the Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Patient and Physician Results from the Population-Based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP) Survey. *Am J Clin Dermatol*. 2016 Feb;17(1):87-97.
12. Lee R. Keratosis palmaris et plantaris. *eMedicine* 2008.
13. Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, Kingo K, Smith C, Barker JN; ERASPEN Network. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Nov;31(11):1792-1799.
14. Reich K. Approach to managing patients with nail psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Sep;23 Suppl 1:15-21.
15. Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, Barnette T, Paul C, Richard MA, Beylot-Barry M, Misery L, Joly P, Le Maitre M, Aractingi S, Aubin F, Cantagrel A, Ortonne JP, Jullien D. Prevalence of undiagnosed

- psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Aug;73(2):242-8.
16. Egeberg A, Skov L, Joshi AA, Mallbris L, Gislason GH, Wu JJ, Rodante J, Lerman JB, Ahlman MA, Gelfand JM, Mehta NN. The relationship between duration of psoriasis, vascular inflammation, and cardiovascular events. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Oct;77(4):650-656.e3.
 17. Ellinghaus D, Ellinghaus E, Nair RP, Stuart PE, Esko T, Metspalu A, Debrus S, Raelson JV, Tejasvi T, Belouchi M, West SL, Barker JN, Kõks S, Kingo K, Balschun T, Palmieri O, Annese V, Gieger C, Wichmann HE, Kabesch M, Trembath RC, Mathew CG, Abecasis GR, Weidinger S, Nikolaus S, Schreiber S, Elder JT, Weichenthal M, Nothnagel M, Franke A. Combined analysis of genome-wide association studies for Crohn disease and psoriasis identifies seven shared susceptibility loci. *Am J Hum Genet*. 2012 Apr 6;90(4):636-47.
 18. Wellcome Trust Case Control Consortium. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature*. 2007 Jun 7;447(7145):661-78.
 19. Wan J, Wang S, Haynes K, Denburg MR, Shin DB, Gelfand JM. Risk of moderate to advanced kidney disease in patients with psoriasis: population based cohort study. *BMJ*. 2013 Oct 15;347:f5961.
 20. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Sep;41(3 Pt 1):401-7.
 21. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb A, Koo JY, Lebwohl M, Lim HW, Van Voorhees AS, Beutner KR, Bhushan R; American Academy of Dermatology. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Apr;60(4):643-59.
 22. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb AB, Koo JY, Lebwohl M, Lim HW, Van Voorhees AS, Beutner KR, Bhushan R. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Sep;61(3):451-85.
 23. European Medicines Agency. Certolizumab pegol (Cimzia): EU summary of product characteristics. 2019. <http://www.ema.europa.eu>. Accessed 21 Aug 2019.
 24. Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA, Yeilding N, Guzzo C, Wang Y, Li S, Dooley LT, Gordon KB; PHOENIX 1 study investigators. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). *Lancet*. 2008 May 17; 371(9625):1665-74.
 25. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. 2001 Mar;137(3):280-4.

26. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019 Jan-Feb;110(1):12-19. English, Spanish.
27. Samarasekera E, Sawyer L, Parnham J, Smith CH; Guideline Development Group. Assessment and management of psoriasis: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2012 Oct 24;345:e6712.
28. Dannemann Purnat TD, de Bruin J, Achterberg P, Verschuuren M, Hamilton C, Stein C. WHO European Health Information Gateway. *Eur J Public Health [Internet]*. 2016 [citado el 28 de mayo de 2021];26(suppl_1).
29. Bandoli G, Chambers CD. Autoimmune conditions and comorbid depression in pregnancy: examining the risk of preterm birth and preeclampsia. *J Perinatol*. 2017 Oct;37(10):1082-1087.
30. Danesh M, Murase JE. The immunologic effects of estrogen on psoriasis: A comprehensive review. *Int J Womens Dermatol*. 2015 May 14;1(2):104-107.
31. Brown SM, Aljefri K, Waas R, Hampton P. Systemic medications used in treatment of common dermatological conditions: safety profile with respect to pregnancy, breast feeding and content in seminal fluid. *J Dermatolog Treat*. 2019 Feb;30(1):2-18.
32. Tuğrul Ayanoglu B, Özdemir ED, Türkoğlu O, Alhan A. Diminished ovarian reserve in patients with psoriasis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2018 Apr;57(2):227-230.
33. Linder MD, Piaserico S, Augustin M, Fortina AB, Cohen AD, Gieler U, Jemec GB, Kimball AB, Peserico A, Sampogna F, Warren RB, de Korte J. Psoriasis - The Life Course Approach. *Acta Derm Venereol*. 2016 Aug 23;96(217):102-8.
34. Maccari F, Fougousse AC, Esteve E, Frumholtz L, Parier J, Hurabielle C, Cassius C, Taieb C; GEM RESOPSO and the AJDerm. Crossed looks on the dermatologist's position and the patient's preoccupations as to psoriasis and pregnancy: preliminary results of the PREGNAN-PSO study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 May;33(5):880-885.
35. Nelson-Piercy C, Vlaev I, Harris K, Fischer-Betz R. What factors could influence physicians' management of women of childbearing age with chronic inflammatory disease? A systematic review of behavioural determinants of clinical inertia. *BMC Health Serv Res*. 2019 Nov 21;19(1):863.
36. Johansen CB, Jimenez-Solem E, Haerskjold A, Sand FL, Thomsen SF. The Use and Safety of TNF Inhibitors during Pregnancy in Women with Psoriasis: A Review. *Int J Mol Sci*. 2018 May 3;19(5):1349.
37. Bröms G, Haerskjold A, Granath F, Kieler H, Pedersen L, Berglind IA. Effect of Maternal Psoriasis on Pregnancy and Birth Outcomes: A Population-based Cohort Study from Denmark and Sweden. *Acta Derm Venereol*. 2018 Aug 29;98(8):728-734.
38. McBride S, Concetta Fargnoli LM, A. Fougousse AC, García Bustínduy M, Catton L, Senturk L, Ecoffet C, Koren C, Titalii A. Impact of psoriatic disease on woman aged 18-45: Results from a Multinational survey across 11 countries in Europe. *British Association of Dermatologists 100th Annual Meeting 2020, 1st September*.

39. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 1985 Sep;13(3):450-6.
40. Mahé E. Childhood psoriasis. *Eur J Dermatol*. 2016 Dec 1;26(6):537-548.
41. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol*. 1997 Nov;137(5):755-60.
42. Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L, Słomian A. Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol*. 2018 Feb;35(1):60-66.
43. Acción IDP. Análisis del impacto físico, emocional y socio sanitario de la psoriasis [Internet]. *Psoportugal.pt*.
44. Belinchón I, Velasco M, Ara-Martín M, Armesto Alonso S, Baniandrés Rodríguez O, Ferrándiz Pulido L, et al. Consenso sobre las actuaciones a seguir durante la edad fértil, el embarazo, el posparto y la lactancia en pacientes con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2021;112(3):225–41.
45. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Enerbäck C, Enlund F, Samuelsson L, Yhr M, Wahlström J. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol*. 1997 Dec;137(6):939-42.
46. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: Findings from the national psoriasis foundation survey data 2003–2011. *PLoS One*. 2012;7(12):e52935.
47. Devrimci-Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14(4):267–71.
48. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, Ferrándiz C, Puig L, Sánchez-Carazo JL; Grupo de Trabajo en Comorbilidades asociadas a la Psoriasis. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis [Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-associated Comorbidities]. *Actas Dermosifiliogr*. 2012 Jan;103 Suppl 1:1-64. Spanish. doi: 10.1016/S0001-7310(12)70001-7.

ANEXO 1

ULL | Universidad de La Laguna

Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

- 9 DIC 2020

Facultad de Medicina

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS
CEI.m del CHUC (Provincia de S/C. Tenerife)


ENVIADO RECIBIDO
Nº


Propuesta de Trabajo fin de grado

Dña. María Corali Nieto Tertre y Dña. Silvia de Armas Hernández alumnas de 6º curso del grado de Medicina, solicitan la admisión de su proyecto trabajo fin de grado titulado "Impacto de la Psoriasis en la vida de mujeres que la padecen", dirigido por el/la (los/las) Doctor/es (Dra/Dras) Marta García Bustínduy, cuyo esquema de trabajo se resume debajo, para ser presentado y evaluado como trabajo fin de grado en la convocatoria de junio de 2021.

La Laguna, 7 de Diciembre de 2020.


El/la Alumno/a María Corali Nieto Tertre (email: alu0100971149@ull.edu.es)


El/la Alumno/a Silvia de Armas Hernández (email: alu0100881219@ull.edu.es)

Firma 

Vº Bº Tutor/es



Esquema de trabajo (máximo 150 palabras)

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa por brotes con períodos asintomáticos entre ellos y, afecta predominantemente a la piel, con la aparición de máculo-pápulas, eritemato-escamosas. Afecta al 2-4% de la población mundial y, un 50% son mujeres. Presenta dos picos de incidencia, uno entre los 15 y los 30 años y otro entre los 50 y 60 años, si bien más del 75% de los casos debutan antes de los 40 años. La mayor parte de las pacientes debutan en edad reproductiva y, se ha observado que, la psoriasis y sus tratamientos pueden influir en la fertilidad, el embarazo, el desarrollo personal, las relaciones sociales y, otros aspectos fundamentales de sus vidas.

Pretendemos estudiar la influencia de la psoriasis en la vida social, pareja, vida sexual y deseo de tener hijos, así como en el entorno laboral, aspiraciones y logros de mujeres con psoriasis moderada a severa.

ANEXO 2

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

“IMPACTO DE LA PSORIASIS EN LA VIDA DE LAS MUJERES QUE LA PADECEN

Nº Protocolo: PSO-MUJER 2020-01

FECHA: Firma del Consentimiento informado: si / no

Edad actual

Lugar de residencia: 1.- ciudad 2.- área rural

Antecedentes familiares de psoriasis:

1.- Si 2.- No

SITUACIÓN PERSONAL

Estado actual:

1.- sin pareja 2.- vive en pareja 3.- separada/divorciada 4.- Viuda

Número de parejas a lo largo de la vida...

¿Siente que le ha costado encontrar pareja por culpa de la psoriasis?

1.- Sí 2.- No

¿Ha tenido problemas con alguna pareja por culpa de la enfermedad?

1.- Sí 2.- No

Ha tenido problemas en la esfera sexual debido a su enfermedad

1.- Sí 2.- No

Número de hijos en la actualidad:

Si tiene hijos:

¿Recibió suficiente información antes, durante y después de los embarazos por parte de los profesionales sanitarios que la atendieron?

1.- Sí 2.- No

¿Tuvo miedo, temor, inseguridad durante el embarazo en relación a los problemas que podría tener con la psoriasis?

1.- Sí 2.- No

¿Teme que alguno de sus hijos pueda tener la enfermedad?

1.- Sí 2.- No

¿Algún hijo adoptado por la enfermedad?

1.- Si 2.- No

¿Hubiera tenido más hijos de no ser por la enfermedad?

1.- Si 2.- No

FORMACIÓN – SITUACIÓN LABORAL

Nivel de estudios:

1.- Sin estudios 2.- Graduado escolar 3.- Educación secundaria 4.- Educación universitaria

¿hubiera estudiado algo más o alguna otra cosa de no haber sido por la psoriasis?

1.- Si 2.- No

Situación laboral:

Actualmente: 1.- Trabajando fuera de casa (ERTE) 2.- Ama de casa 3.- Paro
4.- Jubilada

El trabajo que desempeña

1.- le satisface 2.- no es lo que me hubiera gustado hacer

Si no es el trabajo que usted habría querido ¿perdió oportunidades por culpa de la psoriasis? 1.-. si 2.- no

¿Siente que no ha tenido las mismas oportunidades que otros para mejorar en su vida laboral por culpa de la psoriasis?

1.- Si 2.- No

Ha tenido que coger bajas debido a la psoriasis

1.- Si 2.-. No

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Edad al debut de la enfermedad

Edad al diagnóstico de la enfermedad

Gravedad de la psoriasis:

¿a lo largo de los años ha alcanzado PASI?

1.- Moderada (PASI 8-10) 2.- Severa (PASI >10)

Localizaciones de severidad: ¿en algún momento de la vida ha tenido lesiones en.....?

1.- Cuero Cabelludo 2.- Cara 3.-Grandes pliegues 4.- Palmas/plantas 5.- Genital

Tratamientos recibidos:

Sistémicos:

- 1.- Acitretina (retinoides orales) 2.- Metotrexato 3.- Ciclosporina A
4.- Dimetilfumaratos 5.- Apremilast

Terapia biológica:

- 1.- Etanercept 2.- Adalimumab 3.- Ustekinumab 4.- Secukinumab 5.- Ixekizumab
6.- Brodalumab 7.- Risankizumab 8.- Tildrakizumab

¿Actualmente está en tratamiento?

1. Psiquiátrico 2. Psicológico 3. No está en tratamiento

Especificar tratamiento: _____

Otras enfermedades asociadas a la psoriasis

- **Artritis psoriásica** 1.- Sí 2.- No

- **Sobrepeso/obesidad** 1.- Sí 2.- No

- **Dislipemia** 1.- Sí 2.- No

- **Hígado graso** 1.- Sí 2.- No

- **Diabetes** 1.- Sí 2.- No

- **Hipertensión arterial** 1.- Sí 2.- No

- Otras enfermedades inflamatorias:

1.- Enfermedad Inflamatoria Intestinal 2.- Hidradenitis supurativa 3.- Uveitis

4.- otras

Enfermedades en la esfera psiquiátrica a lo largo de la vida 1.- Si 2.- NO

Si la respuesta es sí:

- 1.- Ansiedad 2.- Depresión 3.- otra

Trabajo Fin de Grado
Conformidad para la presentación de la memoria y defensa

Dr/Drs Marta García Bustinduy, tutor/tutores del trabajo realizado por el alumno(s)/a(s) Maria Corali Nieto Tetre y Silvia de Armas Hernández, con el título “Impacto de la Psoriasis en la vida de las mujeres que la padecen” , damos nuestra aprobación para la presentación de la memoria y a su defensa como Trabajo Fin de Grado.

La Laguna, 29 de Mayo de 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marta García Bustinduy', with a horizontal line underneath.

Firmado: Dra. Marta García Bustínduy