



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y
BIOLÓGICAS “Dr. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACAN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

CALIDAD DE VIDA, COSTO INSTITUCIONAL Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PSORIASIS

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:
Fernando Delgado Borja

Asesor de tesis
Dr. en Ciencias Alain Raimundo Rodríguez Orozco
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”. UMSNH.

Co- Asesor
Dra. en Ciencias Martha Estrella García Pérez
Facultad de Quimicofarmacobiología. UMSNH.

Co-asesor de estadísticas
Matemático Carlos Gómez Alonso
CIBIMI-IMSS

Número de registro ante el Comité de Ética e investigación: R-2018-1602-002

Morelia, Michoacán Enero 2020



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y
BIOLÓGICAS “ Dr. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACAN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N^o 80

**Calidad de vida, costo institucional y
satisfacción del tratamiento en pacientes con Psoriasis**

TESIS

Para obtener el grado de:
Especialista en medicina familiar.

Presenta:

Fernando Delgado Borja
Médico cirujano y partero
Médico Residente de Medicina Familiar,

Asesor

Dr. en Ciencias Alain Raimundo Rodríguez Orozco
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”. UMSNH.

Dr. Jorge Lenin Pérez Molina
Especialista en medicina familiar UMF 80

Co- Asesor

Dra. en Ciencias Martha Estrella García Pérez
Facultad de Quimicofarmacobiología. UMSNH.

Co-asesor de estadísticas
Carlos Gómez Alonso
CIBIMI-IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

Dr. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

Dr. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dra. WENDY LEA CHACÓN PIZANO
COORDINADOR AUXILIAR EN EDUCACIÓN EN SALUD

Dr. SALVADOR ZAVALA CERVANTEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80

Dr. GERARDO MUÑOZ CORTÉS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dra. PAULA CHACÓN VALLADARES
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO

Dra. ALICIA RIVERA GUTIÉRREZ
JEFA DE LA DIVISIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “Dr. IGNACIO CHÁVEZ”

Dr. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “Dr. IGNACIO CHÁVEZ”

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Dios por haberme permitido realizar mi carrera de médico y especializarme en una de las áreas de mayor trascendencia para el ser humano como lo es la familia, agradezco también el apoyo de mi familia especialmente a mi esposa por ser un pilar importante en mi desarrollo profesional, mis niñas por entender que este esfuerzo es por ellas, mis padres y mis hermanos que siempre han estado ahí para darme alientos de seguir adelante, mis profesores, mis amigos y compañeros de residencia por compartir estos tres años de vida juntos.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia y en especial a mi madre por haberme hecho un hombre de bien y por hacerme entender que la familia es lo más importante además entender que a pesar de las virtudes y los defectos de cada miembro, somos una familia.

ÍNDICE

1	RESUMEN	1
2	ABSTRACT	2
3	ABREVIATURAS	3
4	GLOSARIO	5
5	RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS	6
6	INTRODUCCIÓN	7
7	MARCO TEÓRICO	8
7.1	Antecedentes.....	8
7.1.1	Antecedentes históricos.....	8
7.2	Epidemiología.....	8
7.3	Manifestaciones clínicas de la psoriasis.....	9
7.3.1	La psoriasis vulgaris.....	9
7.3.2	La psoriasis Guttata.....	9
7.3.3	La psoriasis flexural.....	9
7.3.4	La psoriasis Pústular.....	9
7.3.5	La psoriasis eritrodérmica.....	10
7.4	Diagnóstico.....	10
7.5	Tratamiento.....	10
7.5.1	Tratamiento tópico (TT).....	11
7.5.2	Tratamiento sistémico (TS):.....	13
7.5.3	Terapia biológica (TB):.....	14
7.6	Comorbilidades asociadas a psoriasis.....	15
7.7	Calidad de vida en el paciente con psoriasis.....	15
7.8	Satisfacción con el tratamiento.....	16
7.9	Carga económica en el tratamiento de la psoriasis.....	17
8	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
9	JUSTIFICACIÓN	20
10	HIPÓTESIS	21
11	OBJETIVOS	21

11.1	Objetivo general:	21
11.2	Objetivos específicos:	21
12	MATERIAL Y MÉTODOS:	22
12.1	Diseño del estudio: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional..	22
12.2	Población de estudio:	22
12.3	Tipo de muestreo:	22
12.4	Tamaño de la muestra:	22
12.5	Criterios de selección.	23
12.5.1	Criterios de inclusión:	23
12.5.2	Criterios de NO inclusión:	23
12.5.3	Criterios de exclusión:	23
12.6	Tipo de variables	24
12.6.1	Variable independiente:	24
12.6.2	Variable dependiente:	24
12.7	Operacionalización de las variables	24
12.8	Descripción operativa del estudio.	33
12.9	Recursos, financiamiento y factibilidad	34
12.10	Análisis estadístico.	35
12.11	Consideraciones éticas	35
13	RESULTADOS	36
14	DISCUSIÓN.	46
15	CONCLUSIONES.	49
16	RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS.	50
17	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	51
18	ANEXOS	55
18.1	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
18.2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
18.3	Cuestionario PDI	59

18.4	Cuestionario de satisfacción con el tratamiento del paciente con psoriasis moderada y grave.	61
18.5	Cuestionario de Morisky- Green.	62
18.6	Hoja de registro.	63
18.7	Costo institucional de medicamentos utilizados en psoriasis.....	64

1 RESUMEN.

CALIDAD DE VIDA, COSTO INSTITUCIONAL Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PSORIASIS.

Delgado B. F.¹ Rodríguez O. A. R.² García P. M. E.³ Pérez M.J. L. ⁴

Introducción: La Psoriasis es una enfermedad inflamatoria y autoinmune de la piel de etiopatogenia multifactorial. El impacto en la calidad de vida se ha comparado con el de diversas enfermedades crónicas, el tratamiento incluye terapias tópicas, sistémicas, fototerapia y productos biotecnológicos siendo la satisfacción variable dependiendo del tipo de tratamiento. **Objetivo:** conocer la calidad de vida, costo de los tratamientos disponibles en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el grado de satisfacción con el tratamiento y la asociación entre estas variables. **Material y métodos:** estudio descriptivo, transversal y observacional, se evaluaron características sociodemográficas y variables clínicas, la calidad de vida mediante el cuestionario PDI, se hizo un cálculo promedio en moneda nacional del costo institucional del tratamiento, la satisfacción se midió a través del CEST, se empleó estadística descriptiva como media, DE, frecuencia y porcentaje, la asociación se realizó mediante χ^2 , se realizó ANOVA para el CI por CV, se contrastó el CI por la satisfacción con T de student, las cifras estadísticamente significativas se asociaron a un p valor < 0.05. **Resultados:** Se estudiaron 41 pacientes, 56.1 % hombres, la edad promedio fue 48.5 años, la calidad de vida fue buena en el 80.8%, el costo institucional osciló de los \$ 684.00 hasta los \$158,149.68, el 88.5% está satisfecho con el tratamiento, el impacto en la CV no representa un alto costo para la institución. **Conclusiones** la calidad de vida fue buena de acuerdo al tratamiento empleado al igual que el grado de satisfacción con el tratamiento.

Palabras claves: Psoriasis, Calidad de vida, satisfacción del tratamiento, terapia biológica farmacoeconomía.

2 ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is an inflammatory and autoimmune skin disease of multifactorial etiopathogenesis. The impact on the quality of life has been compared with that of various chronic diseases, the treatment includes topical, systemic therapies, phototherapy and biotechnological products being the satisfaction varying depending on the type of treatment. **Objective:** to know the quality of life, cost of the treatments available at the Mexican Social Security Institute and the degree of satisfaction with the treatment as well as the association between these variables. **Material and methods:** : descriptive, cross-sectional and observational study, evaluated sociodemographic characteristics and clinical variables, quality of life was assessed by means of the PDI questionnaire, an average calculation was made in national currency of the institutional cost of treatment, satisfaction was measured through CEST, descriptive statistics were used as mean and SD, frequency and percentage, the association was carried out using Chi², ANOVA was performed for the cost of quality of life, the cost for the satisfaction with student T was contrasted, the statistically significant figures were associated with a p value <0.05. **Results:** 41 patients were studied , 56.1% of them were men, average age was 48.5 years. The quality of life was good at 80.8% of the patients, the institutional cost ranged from \$ 684.00 to \$ 158,149.68, 88.5% of them were satisfied with the treatment. The impact on QoL does not represent a high cost for the institution. **Conclusions** the quality of life was good according to the treatment used as well as the degree of satisfaction with the treatment.

3 ABREVIATURAS

ADA: American Diabetes Association

ADN: Ácido desoxirribonucleico.

BCV: Buena calidad de vida.

CESTP: Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento del paciente con psoriasis.

CI: costo institucional.

CV: calidad de vida.

DE: Desviación estándar

DM: Diabetes mellitus.

E.U.A: Estados Unidos de América.

GSTNS: Grado de satisfacción con el tratamiento no satisfecho.

GSTS: Grado de satisfacción con el tratamiento satisfecho

HAS: Hipertensión arterial.

Hb A1c: Hemoglobina glucosilada.

IL: interleucinas.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

JNC 8: Joint National Committee 8

MCV: Mala calidad de vida.

OCDE: Organización para la cooperación y el desarrollo económicos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PASI: Psoriasis Area and Severity index

PDI: Psoriasis Disability Index.

RCV: Regular calidad de vida.

TB: terapia biológica.

TNF: Factor de necrosis tumoral.

TS: Tratamiento sistémico.

TT: Tratamiento tópico.

4 GLOSARIO

Apego al tratamiento: Grado de conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamento, seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.

Diabetes mellitus: Enfermedad crónica caracterizada por la elevación de niveles de glucosa en sangre superiores a 126 mg/dl en glicemia capilar en ayuno o > de 200mg/dl en cualquier momento.

Hipertensión arterial sistémica: Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial > o igual a 140/90 mmHg.

Índice de masa corporal: Razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo, nos permite determinar el grado de peso de cada individuo.

Satisfacción con el del tratamiento: Evaluación por parte del paciente acerca del proceso de administración de tratamiento y sus resultados esperados.

Terapia biológica: Tipo de tratamiento para el que se usan sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades. Algunas terapias biológicas estimulan o inhiben el sistema inmunitario para ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades.

Tratamiento sistémico: Es aquel que afecta a todo el cuerpo y se pueden tomar en forma oral o en inyección. Los tratamientos sistémicos tratan al cuerpo desde el interior, a diferencia de los tratamientos tópicos o la fototerapia, que tratan al cuerpo desde el exterior. Los tratamientos sistémicos se reservan habitualmente para pacientes con síntomas muy severos, para los que no responden a los medicamentos tópicos convencionales o la fototerapia, y a las personas que no pueden usarlos.

Tratamiento tópico: Es aquel que permite que el principio activo, inmerso en un vehículo, se aplique directamente sobre el órgano diana, la piel, con el fin de lograr alivio o curación. Se usa fundamentalmente en dermatología, aunque también existe terapia tópica para problemas traumatológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos.

5 RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas.....	36
Tabla 2. Variables antropométricas.....	37
Tabla 3. Variables clínicas.	38
Tabla 4. Tratamientos empleados en el IMSS para manejo de la psoriasis.....	40
Tabla 5. Asociación entre calidad de vida y satisfacción con el tratamiento	44
Figura 1. Calidad de vida de los pacientes con psoriasis	39
Figura 2. Calidad de vida de acuerdo a los años de evolución con la enfermedad.	39
Figura 3. Extensión de la psoriasis mediante PASI.....	40
Figura 4. Costo anual promedio de acuerdo al tratamiento empleado.	41
Figura 5. Grado de satisfacción con el tratamiento.	41
Figura 6. Grado de satisfacción de acuerdo al tipo de tratamiento	42
Figura 7. Apego al tratamiento.....	43
Figura 8. Grado de apego de acuerdo al tipo de tratamiento.....	44
Figura 9. Asociación entre calidad de vida y costo anual calculado	45
Figura 10. Asociación entre costo institucional y el grado de satisfacción.....	45

6 INTRODUCCIÓN

La psoriasis se define como una enfermedad inflamatoria y autoinmune de la piel de etiopatogenia multifactorial con gran polimorfismo clínico que puede incluso afectar las articulaciones; siendo la placa eritematosa de bordes bien delimitados y recubiertos de escamas blanquecinas la lesión dermatológica más característica.¹ Las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los motivos principales de consulta en el primer nivel de atención.² Actualmente se ha identificado una relación importante entre la psoriasis y otras enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y síndrome metabólico.³ La psoriasis tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, al punto que las repercusiones sobre sus funciones físicas, sociales, laborales, sexuales y psicológicas se han comparado con el que se presenta en las enfermedades crónicas degenerativas, depresión y el cáncer.³ Los tratamientos utilizados para la psoriasis han constatado una satisfacción de los pacientes más o menos variable dependiendo del tipo de terapia y el periodo de tiempo utilizado.⁴ Actualmente no existe suficiente evidencia disponible para evaluar la eficacia, el costo-beneficio de los diferentes tipos de terapias utilizadas en la psoriasis.⁵

El gasto relacionado a la polifarmacia que se destina para el tratamiento de ciertas enfermedades crónicas en la que se incluye la psoriasis afecta directamente las instituciones públicas, lo cual se ve reflejado en el incremento de la adquisición de insumos relacionado con la atención a la población así como de tratamientos de alta especialidad puesto que también este fenómeno se ha apreciado en el ámbito internacional.

6

La terapia biológica es clave para modular la patogénesis de la psoriasis severa, ha sido evaluada por sus beneficios significativos con perfiles de tolerabilidad, seguridad y satisfacción tanto en la escala nacional como internacional, la limitación que presenta dentro de las estrategias de tratamiento es su costo.⁶

7 MARCO TEÓRICO

7.1 Antecedentes

7.1.1 Antecedentes históricos.

En la antigüedad se tenía conocimiento relacionado a con afecciones dermatológicas entre ellas las erupciones escamosas como por ejemplo el impétigo (Celso) o la lepra (Biblia) en algunos casos pudieran incluirse pacientes con psoriasis. Fue Galeno el primero quién al parecer fue que acuñó el término de *psoriasis* que significa “prurito”, para describir una erupción pruriginosa del escroto. Fue hasta 1805 que William y Hebra en 1841 quienes realizaron una descripción exacta de la enfermedad.⁴

7.2 Epidemiología

En los E.U.A. la psoriasis afecta aproximadamente al 2% de la población, aunque se han publicado tasas incluso del 4,6%. Se estimó una tasa de incidencia anual, ajustada por sexo y edad de 60.4 por cada 100.000 habitantes, en el estudio realizado en Rochester entre los años 1980 y 1983 fue de 230-321 casos por cada 100.000h/año. Otros estudios, han informaron una tasa de incidencia de 14 por cada 10.000 habitantes/ año.²

En México la psoriasis se encuentra dentro de las primeras 15 enfermedades de la piel más frecuentes siendo el 2% de consulta dermatológica está relacionada con la atención a pacientes que presentan esta enfermedad. Con una incidencia aproximada de entre 2.5 a 3.5 millones en la población mexicana de los cuales el 25 – 30% cursa con un cuadro clínico de moderado a severo.² En países de américa latina la prevalencia de psoriasis representa el 1.3% en Brasil, 2 - 3% en México, 2% en Venezuela y 4.2% en paraguay.⁵

Existen ciertos factores medioambientales que pueden influir en el desarrollo de la psoriasis, de los cuales los más importantes a considerar son: el clima, el estrés emocional, las infecciones, las alteraciones endocrinas, la ingesta de algunos fármacos, el alcohol y el tabaquismo.¹ La participación de factores genéticos relacionados a la aparición de la psoriasis se ha demostrado en varios estudios; se ha estimado una probabilidad de desarrollar la enfermedad del 14% cuando uno de los progenitores la padece y del 40 % cuando la padecen ambos.¹ Cerca del 30% de los pacientes desarrollan artritis inflamatoria y en ocasiones uveítis, enfermedad inflamatoria del intestino.⁷

7.3 Manifestaciones clínicas de la psoriasis.

Existen 5 tipos de fenotipos de psoriasis reportados de los cuales se encuentran: La psoriasis vulgaris también llamada placa psoriásica, psoriasis Guttata (en gota), psoriasis inversa o flexural, psoriasis pustular y psoriasis eritrodérmica la cual es una rara pero una seria complicación de la psoriasis.⁸ Las manifestaciones clínicas son muy variables en cuanto a la morfología, localización y extensión. ¹

7.3.1 La psoriasis vulgaris

Es la presentación clínica más frecuente caracterizada por la presencia de pápulas eritroescamosas de bordes definidos y con abundante color blanquecino y descamación distribuidas de forma simétricas en el cuero cabelludo, pliegues de las extremidades, ombligo, región lumbar, aunque pueden aparecer en cualquier región del cuerpo. ^{1, 8, 9}

7.3.2 La psoriasis Guttata

Afecta sobre todo a niños y adolescentes, generalmente dos semanas después de la infección de las vías respiratorias superiores por estreptococo beta hemolítico suele presentarse como placas papulosas de tamaño pequeño alrededor de 0.5 a 1.5 cm de diámetro localizada en tronco y parte proximal de las extremidades, el curso suele ser autolimitado resolviéndose alrededor de 2-4 meses de la aparición de las lesiones, solo un pequeño porcentaje pueden desarrollar placas de psoriasis a largo plazo. ^{1, 8, 9}

7.3.3 La psoriasis flexural

Se caracteriza por placas eritematosas, brillantes, no descamativas y de límites netos, localizadas en áreas intertriginosas (axilas, ingles, pliegues submamaros y región genito-crural). Puede ser muy dolorosa e invalidante, sobre todo si se asocia a fisuración en el fondo del pliegue. ^{1, 8, 9}

7.3.4 La psoriasis Pústular

Está caracterizada múltiples pústulas blanquecinas no infectadas a menudo se presenta como una variante de la psoriasis vulgaris, pero también se desarrolla en población sin antecedentes de psoriasis. ^{8, 9}

7.3.5 La psoriasis eritrodérmica

Es la forma generalizada de la enfermedad, caracterizada por eritema, edema y descamación, que afecta a >90% totalidad de la superficie corporal. Puede ocurrir como la primera manifestación de la enfermedad o aparecer en pacientes con psoriasis en placas por empeoramiento progresivo o en relación con infecciones, fármacos o supresión de corticoides entre otros. Puede comprometer la vida por alteraciones en la termorregulación, hidroelectrolíticas y hemodinámicas por lo que con frecuencia requiere ingreso hospitalario.^{1, 8, 9}

7.4 Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y se realiza mediante la anamnesis interrogando la existencia de antecedentes familiares, aparición de las lesiones, comorbilidades asociadas, así como una minuciosa exploración física localizando la extensión y características de las lesiones. Existe un método diagnóstico típico de la psoriasis llamado raspado metódico de Brocq el cual consiste en frotar una cucharilla varias veces sobre la lesión psoriásica, lo cual dará lugar a la aparición del signo llamado de la bujía o gota de cera.¹

A pesar de que las pruebas hematológicas, bioquímicas o serológicas actualmente disponibles son utilizadas como herramientas de diagnóstico, la biopsia ocasionalmente confirma el diagnóstico.⁵

El índice de severidad y área afectada de la psoriasis (PASI) se ideó en 1978 por Freriksson y Petersson para tratar de hacer que lo subjetivo de medir la intensidad de la psoriasis se hiciese objetivo.¹ El PASI valora el eritema, la induración y la descamación de las lesiones por separado en diferentes zonas del cuerpo (cabeza y cuello, extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores incluyendo glúteos) y las relaciona con el área afectada en cada una de ellas. Para ello se usa una fórmula en la que se asigna a cada área un porcentaje de la superficie corporal total.¹

7.5 Tratamiento.

Dentro del tratamiento utilizado para la psoriasis los más utilizados son las terapias tópicas, sistémicas y productos biotecnológicos, en los que se ha constatado una satisfacción de los pacientes más o menos variable dependiendo del tipo de terapia utilizado. La terapia biotecnológica es la más efectiva sin embargo es la más costosa.¹⁰

7.5.1 Tratamiento tópico (TT).

7.5.1.1 Inhibidores de calcineurina:

Actúan bloqueando selectivamente los linfocitos T y la producción de citocinas, sin alterar la síntesis de colágeno y sin producir atrofia cutánea. Pimecrolimus crema al 1% 2 veces al día, en áreas como región facial, intertriginosas y región anogenital o el tacrolimus ungüento de 0.03% 2 veces al día e incrementar concentración a 0.1% tras 2 semanas de uso en mismas regiones que el pimecrolimus por un tiempo aproximado total de 8 semanas o el tiempo que sea necesario hasta remisión de las lesiones.^{3,4.}

7.5.1.2 Corticoesteroides tópicos:

Tienen un efecto antiinflamatorio, antiproliferativo e inmunosupresor. Suelen constituir la primera línea de tratamiento. Propionato-17-clobetasol o dipropionato de betametasona 1 vez al día por un período de 3 a 4 semanas y posteriormente con reducción gradual. O bien dipropionato de betametasona 0.05mg/gr en ungüento dos veces al día por periodos no mayores a tres semanas. Dipropionato de betametasona 0.05% y calcipotriol 0.005% 2 veces al día por un mes y posteriormente emplear en pulsos (2 veces por semana días alternos o sólo en fines de semana) como fase de mantenimiento.^{3,4.}

7.5.1.3 Alquitrán de hulla:

Se recomienda para psoriasis leve-moderada a concentraciones del 5-10% en un vehículo como la vaselina, por su efecto oclusivo y con esto favoreciendo una mejor absorción, aplicado por las noches por un período máximo de 4 semanas y posteriormente reducir los días de aplicación gradualmente durante la fase de mantenimiento. Para psoriasis en cuero cabelludo existen preparaciones en champú que se sugiere emplear diario hasta disminución de placas eritematoescamosas y a partir de ese momento se puede espaciar su uso para mantenimiento.^{3,4.}

7.5.1.4 Ditranol (Antralina):

Tiene efecto local antiproliferativo en los queratinocitos epidérmicos y acción antiinflamatoria. El ditranol como monoterapia se usa en terapia de inducción en pacientes hospitalizados con psoriasis en placas leves y moderadas. Y en pacientes externos con psoriasis en placa leve o moderada, puede considerarse como monoterapia. Se recomienda utilizar ditranol en combinación con fototerapia u otras preparaciones tópicas (por ejemplo

calcipotriol) para mejorar la respuesta terapéutica. Iniciar con preparaciones al 0.5% para terapias a largo plazo o del 1% para terapias de corta duración y luego incrementar de acuerdo a tolerancia del paciente. Mejoría esperada tras 2-3 semanas de uso.^{3,4}

7.5.1.5 Tazaroteno:

Tiene acción antiproliferativa, normaliza la diferenciación de los queratinocitos y aporta además cierta acción antiinflamatoria. El uso tópico de tazaroteno puede considerarse en el tratamiento de psoriasis vulgar leve-moderada. Iniciar con aplicación diaria de gel al 0.05% en la tarde por aproximadamente 1-2 semanas, la dosis de mantenimiento si es necesaria es con gel al 0.1% otras 2 semanas. Se recomienda combinar el tazaroteno con esteroides tópicos en las lesiones directamente y evitar contacto con piel sana.^{3,4}

7.5.1.6 Análogos de vitamina D:

Actúan a través de receptores de la vitamina D presente en los queratinocitos epidérmicos y linfocitos para corregir la hiperproliferación epidérmica, queratinización anómala, y la angiogénesis, además de tener una acción de inducción de la apoptosis. Los análogos de vitamina D3 están recomendados como terapia de inducción en pacientes con psoriasis leve moderada sin exceder más de 100 gr por semana , hasta por un año en el caso del calcipotriol, con una o dos aplicaciones al día.^{3,4}

7.5.1.7 Ácido Salicílico:

Se recomienda el uso del ácido salicílico combinado con furoato de mometasona por 3 semanas para obtener una disminución en el eritema, engrosamiento y escamas. Además no se recomienda aplicar en áreas mayores al 20% de la superficie corporal. Se recomienda en pacientes con psoriasis leve-moderada prescribir fórmula con ácido salicílico del 5% al 10% que tenga como vehículo la vaselina, una o dos aplicaciones por día en lesiones hasta su remisión.^{3,4}

7.5.1.8 Urea:

Se recomienda en pacientes con psoriasis leve-moderada a concentraciones de 10 al 40% como monoterapia o combinada con otros tratamientos tópicos o en fase de mantenimiento, una vez que han remitido las lesiones. Pueden emplearse concentraciones que van del 10 al 40% una o dos aplicaciones por día.^{3,4}

7.5.2 Tratamiento sistémico (TS):

El propósito del TS es minimizar la extensión y la gravedad de la enfermedad, hasta tal punto que no altere sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.^{3, 4.}

7.5.2.1 Metotrexato:

Interfiere en la vía metabólica del ácido fólico inhibiendo la dihidrofolato reductasa, de este modo interfiere en múltiples reacciones intracelulares dependientes de ácido fólico, entre ellas la síntesis de ácido desoxitimidílico, indispensable para la síntesis de ácido desoxiribonucleico (ADN). Su eficacia en la psoriasis parece no solo depender de la inhibición de la proliferación de los queratinocitos, sino también de la reducción de la quimiotaxis de los monocitos, así como de la liberación de mediadores inflamatorios por parte de los neutrófilos entre otros.^{3, 4.}

7.5.2.2 Ciclosporina:

Su mecanismo de acción se basa en un efecto inmunosupresor sobre los linfocitos T. Por su alta eficacia y rápido inicio de acción, está especialmente indicada en las formas graves y agudas. Sus potenciales efectos secundarios a largo plazo, obligan a usarlo en periodos cortos de tiempo.^{3, 4.}

7.5.2.3 Fototerapia:

La fototerapia con ultravioleta, al igual que la fotoquimioterapia (en la que se combina un agente fotosensibilizante bien tópico o sistémico) constituye un pilar fundamental en el tratamiento de la psoriasis. Los rayos UV ejercen su efecto inmunosupresor local a través de la actuación sobre las células de Langerhans e indirecto en numerosas citocinas y moléculas de adhesión.^{3, 4.}

7.5.2.4 Azatioprina:

Existe evidencia limitada que sugiere que la azatioprina puede ser efectiva como monoterapia en el tratamiento de psoriasis moderada-severa, pero raramente se emplea en la práctica clínica. Sin embargo, evidencia reciente sugiere que puede ser empleada en combinación con biológicos como infliximab como una alternativa al metotrexate para mantenimiento a largo plazo.^{3, 4.}

7.5.3 Terapia biológica (TB):

En los últimos años cada vez se emplean con mayor frecuencia los denominados tratamientos biológicos, obtenidos mediante tecnología recombinante de ADN, que bloquean de manera más específica etapas importantes en la patogenia de la psoriasis. De los que se encuentran los inhibidores del TNF alfa (infliximab, etanercept y adalimumab), y los inhibidores de la IL12/IL23 (ustekinumab).³

La TB es la más efectiva sin embargo es la más costosa, por lo tanto el costo del tratamiento es una consideración importante para los pacientes y tanto así para las finanzas de las instituciones de salud.¹⁰

7.5.3.1 Alefacept:

Se recomienda una dosis de 15mg intramuscular cada semana por un período de 12 semanas con un seguimiento posterior de 12 semanas sin tratamiento. En 10% de pacientes puede provocar reducción de linfocitos CD4. Por lo anterior, debe de realizarse un conteo de linfocitos CD4 antes de iniciar el tratamiento y posteriormente cada semana.^{3, 4.}

7.5.3.2 Etanercept:

Inhibe el TNF alfa. Se recomienda 50mg subcutáneos dos veces por semana las primeras 12 semanas seguido por 50mg cada semana.^{3, 4.}

7.5.3.3 Adalimumab:

Anticuerpo anti TNF. Se recomienda para psoriasis moderada-severa durante la etapa de inducción, especialmente con falla. Además de ser adecuado para terapias de largo plazo. Dosis única de 80mg subcutánea la primer semana, seguida de 40mg subcutáneos la segunda semana y posteriormente aplicación cada dos semanas a la misma dosis hasta completar 16 semanas.^{3, 4.}

7.5.3.4 Infliximab:

Anticuerpo neutralizante TNF. Se recomienda una dosis de 5mg/kg con esquema de infusión a las semanas 0, 2 y 6 y luego cada 6-8 semanas; las dosis e intervalos de infusiones pueden ajustarse de acuerdo a necesidades y evolución.^{3, 4.}

7.5.3.5 Ustekinumab:

Anticuerpo neutralizante IL-12/23. La dosis recomendada para psoriasis vulgar moderada-severa como terapia de inducción son 45mg SC y 90mg SC en la semana 0 y 4, luego cada 12 semanas para pacientes con peso menor a 100 kg y mayor a 100 mg respectivamente. En algunos pacientes la efectividad máxima del fármaco no se alcanza, sino hasta después de 6 meses de tratamiento.^{3,4.}

7.6 Comorbilidades asociadas a psoriasis.

En los pacientes que presentan manifestaciones de severidad de la psoriasis se ha comprobado que tienen un incremento en la frecuencia de comorbilidades como son: enfermedades cardiovasculares, obesidad abdominal, dislipidemia, HAS, intolerancia a la glucosa y DM.¹¹ En un estudio se encontró que la expectativa de vida fue de 4 años menor en pacientes con psoriasis severa que en pacientes controlados principalmente causada por el incremento del riesgo cardiovascular. Los pacientes con psoriasis tienen un incremento en la prevalencia de síndrome metabólico en comparación con pacientes control.¹¹ La psoriasis está considerada como una enfermedad inflamatoria autoinmune asociada con otras enfermedades autoinmunes como son: enfermedad de Crohn, Colitis ulcerativa, Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, DM tipo 1 entre otras.¹¹ Las comorbilidades psicológicas y psiquiátricas se relacionan comúnmente con psoriasis teniendo un alto impacto en la calidad de vida de estos pacientes.¹¹ La comorbilidad psicosocial experimentada por los pacientes con psoriasis no siempre es proporcional o viene determinada por la gravedad de la enfermedad y los pacientes califican el impacto psicosocial de la psoriasis como uno de los peores aspectos de la enfermedad. La existencia de comorbilidades psiquiátricas se ha relacionado con una peor respuesta al tratamiento y a la inversa, la mejoría de la gravedad de la psoriasis disminuiría la frecuencia de las alteraciones psoriasisiquiátricas.¹¹

7.7 Calidad de vida en el paciente con psoriasis.

El impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes fundamentalmente en aquellos pacientes con psoriasis moderada a severa tiene repercusiones sobre sus funciones físicas, sociales, laborales, sexuales y psicológicas se ha comparado con las enfermedades crónico degenerativas como las enfermedades cardiovasculares, HAS, DM, depresión y el

cáncer.¹ La psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes que la padecen, lo cual se relaciona con la extensión de la afectación y la intensidad de las manifestaciones clínicas, lo cual es produce diferentes grados de afectación y discapacidad física.³

Estas afectaciones se acumulan y ejercen una influencia sobre el desarrollo vital llegando a mermar su realización personal, expectativas de vida e incluso en la toma de decisiones trascendentales determinantes en el curso de la vida (*major life-changing decisions*) que marcarán su identidad y desarrollo personal, profesional, social y familiar.¹³ En la actualidad se disponen de múltiples evidencias que demuestran el impacto negativo de esta enfermedad para la calidad de vida de los pacientes, para ello se realizan evaluaciones del grado de repercusión que tiene la enfermedad para los individuos considerando aspectos psicológicos, emocionales, económicos, laborales y sociales.¹⁴ El aspecto estético negativo de sus lesiones y la carencia para la unificación de criterios de tratamiento definitivo son dos factores importantes a considerar en la repercusión psicosocial que ejerce la psoriasis en el individuo.¹⁵ Sin embargo, en la aplicación instrumentos que evalúan el grado de repercusión de la enfermedad es necesario considerar la presencia de numerosos factores subjetivos que pueden condicionar el resultado de la aplicación de los mismos tales como las expectativas de salud, soporte familiar, social, la autoestima y la habilidad de manejarse con limitaciones (resiliencia).¹⁴

En una revisión sistemática realizada por Ali et al se mostró que los instrumentos más utilizados para la evaluación de la calidad de vida en psoriasis son: the Dermatology Life Quality Index (DLQI) (83%), Short-Form-36 (SF-36) (31%) y el EQ-5D (15%)¹⁶. La incomodidad social y la estigmatización son derivadas de la afectación estética de la PS, así que existen otros instrumentos para evaluar la CV, como el PS Disability Index (PDI) el cual muestra una correlación con el PASI y principalmente con el efecto del tratamiento.¹⁴ Por estas razones y por el hecho de ser un cuestionario de fácil interpretación y autoaplicable y además más sencillo que el SF36 y a diferencia de este último, específico para PS, fue elegido para evaluar la CV de los pacientes con PS de este estudio.

7.8 Satisfacción con el tratamiento.

La satisfacción con el tratamiento y la adherencia al mismo está ligada a la eficacia esto basado en la evidencia científica disponible actualmaente.¹⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias clínicas negativas y económicas es un tema prioritario de los sistemas de salud pública.¹⁷ Para facilitar la valoración del cumplimiento, se dispone de una serie de métodos donde se le pregunta al enfermo sobre el cumplimiento del tratamiento.¹⁷ Existen evidencias que sugieren que la adherencia de los tratamientos en PS está íntimamente relacionada a la eficacia lo representa probablemente un factor fundamental en la selección de los mismos.¹⁷

EL Test de Morisky-Green es un método que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HAS. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.¹⁸

7.9 Carga económica en el tratamiento de la psoriasis.

En los últimos años se ha incrementado la demanda de los servicios de salud lo que ha llevado un incremento en los costos lo que afecta directamente el presupuesto destinado para la atención de la población por parte de las instituciones de salud y donde se puede apreciar tanto un fuerte incremento de los servicios hospitalarios y de atención especializada, así como el gasto relacionado a la polifarmacia que se destina para el tratamiento de ciertas enfermedades crónico degenerativas. Este fenómeno no solo afecta directamente las instituciones públicas nacionales puesto que también se ha apreciado este fenómeno en el ámbito internacional relacionado con el incremento del gasto destinado a la salud por renta per cápita en países desarrollados.¹⁹

La continua elevación de los costos está relacionada con la inflación global lo que se ve reflejado en el incremento tanto de la adquisición de insumos relacionado con la atención a la población así como de tratamientos de alta especialidad tales como dispositivos tecnológicos, prótesis, material sanitario, nuevos fármacos y retribuciones de los profesionales de la salud. Entre los países que comprende la OCDE solamente el gasto en

productos farmacéuticos supone en promedio el 17% del total del gasto sanitario y el 1.5% del producto interno bruto. (OCDE. Health Policy Studies. Value for Money in Health Spending, 2010).¹⁹ El sistema de salud en México ha sido fuertemente criticado debido tanto a la escasez de los insumos como a la disponibilidad de tratamientos especializados esto no es un problema propio de nuestro país puesto que en todas las sociedades se presenta el problema de la escasez. La imposibilidad de satisfacer las necesidades cada vez más demandantes en los servicios de salud con los recursos disponibles es el dilema con el que se encuentran los especialistas en economía de la salud, de cómo asignar los recursos limitados entre los diferentes usos alternativos.

Cawson y colaboradores realizaron una revisión sistemática, meta análisis y evaluación económica relacionado con terapia biológica para el tratamiento de la psoriasis severa, la cual mostró que la terapia biológica con inhibidores alfa de TNF como el etanercept tiene mayor efectividad / costo en el tratamiento de la psoriasis severa del tipo artritis psoriásica, para lo cual The National Institute for Health and Care Excellence está dispuesto a invertir de entre £20,000 a £30,000, al año en esta opción terapéutica.²⁰

La disponibilidad a pagar y el tiempo transcurrido del tratamiento se ha incluido en los instrumentos para estimar la CV en pacientes con enfermedades dermatológicas, sin embargo hasta ahora no hay estudios disponibles que comparen la medición pre y post tratamiento; un estudio realizado por R.Sschiffner, J.SCHIFFNER-ROHE, mostró la correlación entre la disponibilidad a pagar y la evaluación del ingreso mensual la cual parece ser una herramienta apropiada para medir la CV especialmente para análisis de farmacoeconomía.²¹

8 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los motivos principales de consulta en el primer nivel de atención. En México la psoriasis se encuentra dentro de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes y representa el 2% de la consulta dermatológica con una incidencia aproximada de entre 2.5 a 3.5 millones de mexicanos de los cuales el 25 – 30% cursa con un cuadro clínico de moderado a severo, la calidad de vida de los pacientes con psoriasis moderada a severa se ve afectada al punto que las repercusiones sobre sus funciones físicas, sociales, laborales, sexuales y psicológicas se ha comparado con las enfermedades crónico degenerativas como las enfermedades cardiovasculares, HAS, DM , depresión y el cáncer. En los últimos años se ha incrementado la demanda de los servicios de salud lo que ha llevado un incremento en los costos que afecta directamente el presupuesto destinado para la atención de la población por parte de las instituciones de salud y en consecuencia puede apreciarse un fuerte incremento tanto de los servicios hospitalarios así como de atención especializada, además del gasto relacionado a la polifarmacia que se destina para el tratamiento de enfermedades crónicas que necesitan la aplicación de terapias biológicas.

La imposibilidad de satisfacer las necesidades de la salud con los recursos disponibles es el dilema con el que se encuentran los especialistas en economía de la salud, sigue siendo difícil asignar los recursos limitados entre los diferentes tratamientos convencionales y alternativos. Actualmente no se conoce el grado de satisfacción de los pacientes con las terapias que reciben para psoriasis ni hay estudios de farmacoeconomía en el IMSS suficientes para establecer en qué casos la terapia biológica puede resultar en un costo beneficio superior a la terapia convencional que reciben los pacientes con psoriasis y con frecuencia no se usan adecuadamente los recursos disponibles para el tratamiento ocasionando pérdidas prevenibles, o su uso no oportuno de las terapias con el consiguiente incremento del costo institucional y deterioro de la CV de los pacientes.

¿Los tratamientos actualmente otorgados por el IMSS a los pacientes con diagnóstico de psoriasis mejoran su calidad de vida y satisfacen sus expectativas?

9 JUSTIFICACIÓN.

Dentro de las consultas otorgadas en el primer nivel de atención las enfermedades dermatológicas constituyen una de las principales solicitudes de atención de los servicios de salud y la psoriasis está entre las dermatosis crónicas del adulto más frecuentes en nuestra unidad de Medicina Familiar. Algunos de estos pacientes desarrollan artritis psoriásica que puede llegar a ser invalidante y/o mutilante. Se otorgaron 522 consultas en el lapso de un año para la atención de esta entidad lo cual representa el cerca del 1% de las consultas otorgadas en la unidad de medicina familiar # 80; Este porcentaje es bajo considerando que se trata de una enfermedad crónica que tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y la base de su tratamiento representa un gasto significativo en las finanzas institucionales. Por otro lado se ha considerado que acuden a consulta pocos casos con enfermedad leve por lo que la morbilidad oculta parece ser grande.

No se han realizado investigaciones en la atención primaria en Michoacán que permitan conocer la calidad de vida, costo institucional y satisfacción con el tratamiento de los pacientes con psoriasis y existen pocos referentes nacionales que evalúan algunos de estos aspectos por separado. Tampoco se ha documentado en la literatura internacional reciente la relación existente entre estas variables tanto en atención primaria como en la consulta especializada de dermatología. Este estudio permitirá organizar acciones de salud que permitan interferir con la evolución tórpida de la enfermedad e incidir en la calidad de vida de estos enfermos, con los que muy poco se ha trabajado en estos aspectos en nuestra institución. También esta investigación posibilitará emitir consideraciones sobre el uso de recursos y terapias para estos enfermos. En el estudio se propone informar a los pacientes sobre nuevos tratamientos, estilos de vida saludables y se indicarán acciones de promoción de salud y como reconocer factores de riesgo para las exacerbaciones.

10 HIPÓTESIS.

La calidad de vida es mejor y el grado de satisfacción es mayor en pacientes con psoriasis que reciben tratamientos más costosos.

11 OBJETIVOS:

11.1 Objetivo general:

Conocer la calidad de vida, costo de los tratamientos disponibles en el Instituto Mexicano del Seguro Social y el grado de satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis afiliados en la unidad de medicina familiar No 80 y la asociación entre estas variables.

11.2 Objetivos específicos:

- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de psoriasis afiliados a la UMF # 80 que acuden a la consulta externa de medicina familiar.
- Determinar la extensión de la psoriasis con el puntaje PASI.
- Conocer y comparar el costo entre las distintas opciones terapéuticas en pacientes con psoriasis: terapia tópica, terapia sistémica, terapia biológica y sus combinaciones.
- Evaluar el grado de satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis en la unidad de medicina familiar # 80
- Evaluar el apego al tratamiento en pacientes con psoriasis.
- Evaluar la asociación entre calidad de vida, costo institucional y satisfacción con el tratamiento en pacientes con psoriasis afiliados a la UMF # 80.

12 MATERIAL Y MÉTODOS:

12.1 **Diseño del estudio:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional.

12.2 Población de estudio:

Pacientes derechohabientes de la unidad de medicina familiar # 80 con diagnóstico de psoriasis.

12.3 Tipo de muestreo:

Muestra será elegida para población finita

12.4 Tamaño de la muestra:

Tamaño de muestra para población finita

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Donde:

n Es el tamaño de la muestra a obtener

N Población finita ó número de casos

e Error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa el total de derechohabientes según censo de población adscrita con diagnóstico de psoriasis no especifica en el último año registrado de mayo 2016 a mayo 2017 es de $N = 105$ de los cuales con diagnóstico de psoriasis leve, moderada y grave, los confirmados al momento con el seguimiento por parte de segundo nivel en el servicio de dermatología son 76 en los que es pertinente la aplicación de los instrumentos de evaluación de satisfacción del tratamiento y calidad de vida.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 10 % (0.10) en error de muestreo entre entrevistar a los derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{105}{1 + 105(0.01)}$$

$$n = \frac{105}{1 + 1.75}$$

$$n = 51.2$$

$$n = 51$$

12.5 Criterios de selección.

12.5.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de psoriasis que previamente hayan firmado y aceptado participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico de psoriasis con enfermedades asociadas como DM controlada según criterios de la ADA, HAS controlada según la JNC 8, sobrepeso u obesidad grado I.

12.5.2 Criterios de NO inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de psoriasis con comorbilidades no controladas y/o con obesidad grado III al momento del inicio del estudio.
- Pacientes con diagnóstico de psoriasis también diagnosticados con algún tipo de cáncer.
- Pacientes con diagnóstico de psoriasis con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica agregado.

12.5.3 Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de psoriasis que decidan no continuar con el protocolo en cualquier momento durante el período de estudio.

12.6 Tipo de variables

12.6.1 Variable independiente:

- psoriasis

12.6.2 Variable dependiente:

- Calidad de vida en los pacientes con psoriasis.
- Área de superficie corporal afectada por la psoriasis.
- Costo monetario para el instituto de medicamentos comúnmente utilizados para el tratamiento de la psoriasis.
- Grado de satisfacción del tratamiento.
- Apego al tratamiento.

12.7 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	de Medición
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculino o femenino	Se evaluarán características fenotípicas de cada individuo y se cotejarán con la identificación oficial	Cualitativa	1.-Femenino 2.-Masculino
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Se medirá en años vividos al momento del estudio.	Cuantitativa	Años

Escolaridad	Conjunto de cursos que sigue un estudiante en un establecimiento o docente. Tiempo transcurrido que dura la escolaridad	Grado de estudios que ha cursado un paciente en el transcurso de su vida.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria o nivel técnico 5. Licenciatura 6. Posgrado
Peso	Cantidad de materia de un cuerpo que se mide en una balanza.	Unidad de medida para determinar el peso ideal, peso bajo, sobrepeso y grado de obesidad.	Cuantitativa	Kilogramos.
Talla	Unidad de medida utilizada para indicar el tamaño de una persona.	Unidad de medida para determinar el tamaño del paciente estableciendo su correlación con el peso a fin de determinar el IMC.	Cuantitativa	Metros
Índice de masa corporal	Razón matemática que asocia la	Unidad de medida que se calcula midiendo	Cualitativa	Kg/mts^2

	masa y la talla de un individuo.	peso (Kg) / talla ² (mts). Bajo, peso ideal, sobrepeso u obesidad de un individuo.		
Índice de masa corporal categorizado	Razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo, nos permite determinar el grado de peso de cada individuo.	Indicador de la relación entre peso y estatura que permite identificar los grados de obesidad en la población. Peso bajo: menor de 18.5. Peso normal: 18.5 – 24.9 Sobrepeso: 25- 29.9 Obesidad grado I: de 30 - 34.9. Obesidad grado II: 35 – 39.9. Obesidad grado III: > 40		0.-Peso bajo: 1.-Peso normal 2.-Sobrepeso 3.- Obesidad grado I 4.- Obesidad grado II. 5.- Obesidad grado III.
DM	Enfermedad crónica caracterizada por la	Paciente controlado de acuerdo los siguientes	cualitativa	1.- Paciente controlado. 2.- Paciente

	elevación de niveles de glucosa en sangre mayores a 126 mg/dl en glicemia capilar en ayuno o > de 200mg/dl en cualquier momento acompañado de síntomas como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso	valores: Hb A1c: < 7% Glicemia basal y preprandial: 70-130 mg/dl Glicemia postprandial: < 180 mg/dl. Paciente descontrolado: todo valor que salga de estos rangos.		descontrolado.
HAS	Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial > o igual a 140/90 mmHg.	< 139/89 mmHg paciente controlado > 140/ 90 mmHg paciente descontrolado .	Cualitativa cuantitativa	1.-paciente controlado. 2.- paciente descontrolado.
CALIDAD	La percepción	El PDI es un		Buena calidad de vida.

DE VIDA	<p>del individuo que tiene sobre su vida dentro del contexto cultural y de valores en los que vive, en sus valores, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.</p>	<p>cuestionario auto administrado que consiste en 15 preguntas acerca del impacto de la psoriasis en varias dimensiones: actividades diarias (5 Items), trabajo o estudios (3 Items), tiempo libre (4 Items), y tratamiento(1 Item), cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta, las preguntas fueron respondidas en referencia a 4 semanas previas al inicio del estudio.</p> <p>Cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta, que van de 0= nada,1= un poco, 2= regular y 3=</p>		<p>Regular calidad de vida.</p> <p>Mala calidad de vida.</p>
----------------	---	--	--	--

		<p>muchísimo; a mayor puntuación, menor calidad de vida en los pacientes. La puntuación se obtiene sumando todas las respuestas y tiene un intervalo entre 0 – 45 aunque también puede expresarse como porcentaje.</p> <p>0-14: buena calidad de vida.</p> <p>15- 30: regular calidad de vida.</p> <p>31-45 mala calidad de vida.</p>		
Extensión corporal de la psoriasis.	<p>La psoriasis se define como una enfermedad inflamatoria y autoinmune de la piel de etiopatogenia multifactorial,</p>	<p>Psoriasis Area and Severity index (PASI), método utilizado para determinar la eficacia del tratamiento de la psoriasis.</p> <p>Evaluando el</p>	<p>Cuantitativa / cualitativa</p>	<p>1.- leve.</p> <p>2.- moderado.</p> <p>3.- severa.</p>

	<p>la lesión dermatológica más característica es la placa eritematosa de bordes bien delimitados y recubiertos de escamas blanquecinas</p>	<p>grado de eritema, infiltración y descamación de la psoriasis en relación al porcentaje del área topográfica afectada o extensión de las lesiones.</p> <p>Para ello se usa una fórmula en la que se asigna a cada área un porcentaje de la superficie corporal total (también se puede expresar en forma decimal con respecto a la unidad): a la cabeza, un 10%; a las extremidades superiores, un 20%; al tronco, un 30%, y a las extremidades inferiores, un</p>		
--	--	--	--	--

		40%. Además valora el eritema, la infiltración y la descamación de las lesiones en una escala de 0 a 4, en la que 1 es leve, 2 moderado, 3 marcado y 4 muy marcado o grave. La extensión de las lesiones en la zona determinada se valora de 0 a 6, siendo 0 la ausencia; 1 <10%; 2, 10 a <30%; 3, 30 a <50%; 4, 50 a 70%, 5, 70 a <90%, y 6, 90 a 100%, la cual se calculará mediante la calculadora PASI.		
Satisfacción de tratamiento	Evaluación por parte del paciente acerca del proceso de	El Cuestionario Español de Satisfacción de Tratamiento en	Cuantitativa Cualitativa.	1.- satisfecho. 2.- no satisfecho.

	administración de tratamiento y sus resultados esperados	psoriasis formado por 12 ítems. Escala de satisfacción que va desde 1 nada satisfecho – 5 muy satisfecho. Puntuación total de 0 a 48		
Apego al tratamiento	Grado de conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamento, seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.	El Test de Morisky-Green es un método que está validado para diversas enfermedades crónicas, para valorar el cumplimiento de la medicación de los pacientes. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, 4/4 buen apego, 2-3 apego regular 1/4 mal apego.	cualitativa	1.- buen apego. 2.- mal apego. 3.- apego regular.

12.8 Descripción operativa del estudio

Previa autorización del Comité de ética y de investigación local del IMSS se difundió la información acerca del estudio en cada uno de los turnos y consultorios de medicina familiar en la unidad de medicina familiar #80, se localizaron los pacientes con diagnóstico de psoriasis, se establecieron fechas en el periodo de noviembre 2017 a octubre 2018 para la captación de pacientes, en las cual se contemplaron cierta cantidad de pacientes por día, el espacio físico comprendió las instalaciones de la unidad de medicina familiar, una vez captados los pacientes se les informó acerca de las características y la trascendencia del estudio, previamente informados y aceptando participar en el estudio, se les otorgó el conocimiento informado por escrito, una vez firmado se procedió a la aplicación de los instrumentos validados internacionalmente dentro las instalaciones de la unidad de medicina familiar, tanto en la sala de espera como en el aula de usos múltiples. Se determinaron variables sociodemográficas como: genero, edad, escolaridad y vivienda, variables antropométricas como peso, talla, IMC de acuerdo al último registro en su expediente electrónico, las características clínicas de la enfermedad como tipo de psoriasis, tiempo de evolución o diagnóstico, la presencia de brote activo en el último mes, comorbilidades asociadas, cuando las comorbilidades asociadas fueron DM y/o HAS se consideraron controladas cuando cumplían los criterios de control no mayores a tres meses tanto por los criterios tanto de la ADA como de la JNC 8 mediante una revisión en su expediente electrónico, la evaluación de la calidad de vida de los pacientes se realizó utilizando el cuestionario PDI que es un cuestionario internacionalmente validado con una fiabilidad alfa de Cron Brach de 0.927, autoadministrado que consiste en 15 preguntas acerca del impacto de la psoriasis en varias dimensiones: actividades diarias (5 Items), trabajo o estudios (3 Items), tiempo libre (4 Items), y tratamiento(1 Item), cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta, las preguntas fueron respondidas en referencia a 4 semanas previas al inicio del estudio. Se midió el PASI (Psoriasis Area and Severity index) mediante una inspección clínica y el cálculo mediante la calculadora especial para PASI. Se hizo un cálculo promedio estimado en moneda nacional del costo institucional del tratamiento que estuvo recibiendo en ese momento basado en el costo por unidad de producto empleado de acuerdo a los costos proporcionados por el departamento de finanzas de la farmacia de la unidad. Para el análisis de la satisfacción de tratamiento se utilizó El

Cuestionario Español de Satisfacción de Tratamiento en psoriasis (CESTP) el cual cuenta con una fiabilidad alfa de Cron Brach de 0.927 formado por 12 ítems, cada uno de los cuales se valoraba con una escala de tipo Likert con respuestas puntuables de 0 (muy satisfecho) a 5 (muy insatisfecho). El apego al tratamiento se evaluó mediante el Test de Morisky-Green es un método que está validado para diversas enfermedades crónicas el cual cuenta con una fiabilidad alfa de Cronbach de 0.562, para valorar el cumplimiento con la medicación de los pacientes. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento del tratamiento, además se realizó una modificación adaptada a este cuestionario con el fin de que la interpretación de las preguntas respondieran el uso de las distinta terapias utilizada para el tratamiento de la psoriasis. Se diseñó una base de datos electrónica de recogida de datos para el estudio.

12.9 Recursos, financiamiento y factibilidad

El proyecto de investigación, fue realizado por el médico residente de medicina familiar Fernando Delgado Borja como investigador principal para adquirir el grado de especialista en medicina familiar, quien se encargó de realizar la recolección de datos de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión; Los doctores: Doctor en Ciencias Alain Raimundo Rodríguez Orozco, la Doctora en Ciencias Martha Estrella García Pérez y el Doctor Jorge Lenin Molina Pérez especialista en medicina familiar, apoyaron en el proceso metodológico que realizó el investigador principal, supervisando su desarrollo; el matemático Carlos Gómez Alonso apoyó como tutor estadístico. El recurso que se utilizó para la recolección de datos constó de lápiz, papel y bolígrafos, que estuvieron a cargo del investigador principal, se realizaron las encuesta dentro las instalaciones de la unidad de medicina familiar #80 tanto en la sala de espera como en el aula de usos múltiples, para el análisis de los resultados se utilizaron computadoras personales a las cuales se les instaló el programa SPSS ver. 23. La identificación de participantes, la aplicación de pruebas y el análisis estadístico no requerirán apoyo ni recurso financiero, por lo anterior este protocolo de investigación no requirió de financiamiento externo y fue factible de realizarse.

12.10 Análisis estadístico.

- Las encuestas se validaron para consistencia interna con el alfa de Cronbrach.
- Se hizo la prueba de Kolmogorov Smirnov para normalidad.
- Se utilizaron pruebas estadísticas descriptiva en términos de tendencia central como media y desviación o error estándar para las variables continuas.
- las variables discretas o cualitativas se representan con su frecuencia y su respectivo porcentaje.
- Para la asociación se empleó el estadístico no paramétrico Chi cuadrado.
- Se realizó análisis de varianza de una vía (ANOVA) para el costo anual por calidad de vida.
- El costo se contrastó por la satisfacción con el estadístico paramétrico T de student para muestras independientes.
- Las cifras estadísticamente significativas fueron las que asociaron a un p valor < 0.05.
- Se utilizó el programa SPSS versión 23

12.11 Consideraciones éticas

- Para el desarrollo de la actividad se utilizó el consentimiento informado, explicando previamente al paciente el proyecto de investigación y su participación.
- La investigación se apegó a las recomendaciones que realice el comité de ética, como lo marca la Ley General de Salud.
- No se realizó intervención alguna a los pacientes, ya que la investigación es de tipo observacional, asegurando no exponer a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en estudio, tanto física como mentalmente, según el Código de Núremberg.
- El bienestar del paciente fue siempre precedente a los intereses de la investigación, como lo indica la Declaración de Helsinski.
- Los pacientes fueron suficientemente informados de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio pudo acarrear apegándonos a la Declaración de Helsinski.

- Los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las personas se respetaron, así mismo se guardó la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes se protegió.

13 RESULTADOS

Se enlistaron 63 pacientes con diagnóstico de psoriasis; no se incluyeron aquellos pacientes que presentaron diabetes mellitus descontrolada (12), hipertensos descontrolados (3), con obesidad grado III (5), con cáncer (1) y con enfermedad psiquiátrica (1), quedando sólo 41 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, el 56.1% fueron hombres, la edad promedio fue de 48.49 años con una *DE* + - 13.92, la escolaridad que predominó fue el bachillerato o nivel técnico con el 53.8%. El tipo de vivienda que más fue reportada por los pacientes fue la urbana 97.6%, ver tabla 1.

Tabla 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (n:41)	
VARIABLE	No (%)
GENERO	
FEMENINO	18 (43.9%)
MASCULINO	23 (56.1%)
EDAD [media (DE)]	48.49 (13.92)
ESCOLARIDAD	
PRIMARIA	4 (9.8%)
SECUNDARIA	10 (24.4%)
PREPARATORIA	22 (53.7%)

LICENCIATURA	5 (12.2%)
VIVIENDA	
URBANA	40 (97.6%)
RURAL	1 (2.4%)

El sobrepeso prevaleció en nuestra población con un IMC= a una media de 28.32 y una *DE* + - 4.28, representando el 36.6% de los pacientes ver tabla 2.

Tabla 2. VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS			
VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	IC (MIN – MAX)
PESO	75.39	0.51	56 -108
TALLA	1.63	0.11	1.5 -191
IMC	28.32	4.28	19.19 – 36.6
IMC CATEGORIZADO No (%)			
PESO NORMAL	10(24.4)		
SOBREPESO	15(36.6)		
OBESIDAD GRADO I	13(31.7)		
OBESIDAD GRADO II	3(7.3)		

En todos los pacientes el tipo de psoriasis fue psoriasis vulgaris, con más de 10 años de evolución con la enfermedad con una media de 11.07 y una *DE* de + - 7.83 años, el 86.4% de los pacientes no se presentó brote activo en el último mes, la comorbilidad mayormente asociada fue la hipertensión arterial sistémica (HAS) con el 34.1%, los pacientes con

Tabla 3. Variables clínicas	
VARIABLE	No (%)
PSORIASIS VULGARIS	41 (100)
AÑOS DE EVOLUCION CON LA ENFERMEDAD	
0 – 4 AÑOS	9 (22.0)
5-10 AÑOS	14 (34.1)
> 10 AÑOS	18 (43.9)
BROTE ACTIVO	
SI	6 (14.6)
NO	35 (86.4)
COMORBILIDADES ASOCIADAS	
SI	23(56)
NO	18(44)
TIPO DE COMORBILIDADES	
DIABETES	3 (7.3)
HAS	14 (34.1)
DIABETES E HAS	4 (9.8)

comorbilidades asociadas fueron diabéticos controlados (3), hipertensos controlados (14), hipertensos y diabéticos controlados (4), ver tabla 3.

OTRAS

2 (4.9)

La calidad de vida es buena en el 80.5% a pesar de los años de evolución con la enfermedad figura 1 y 2.

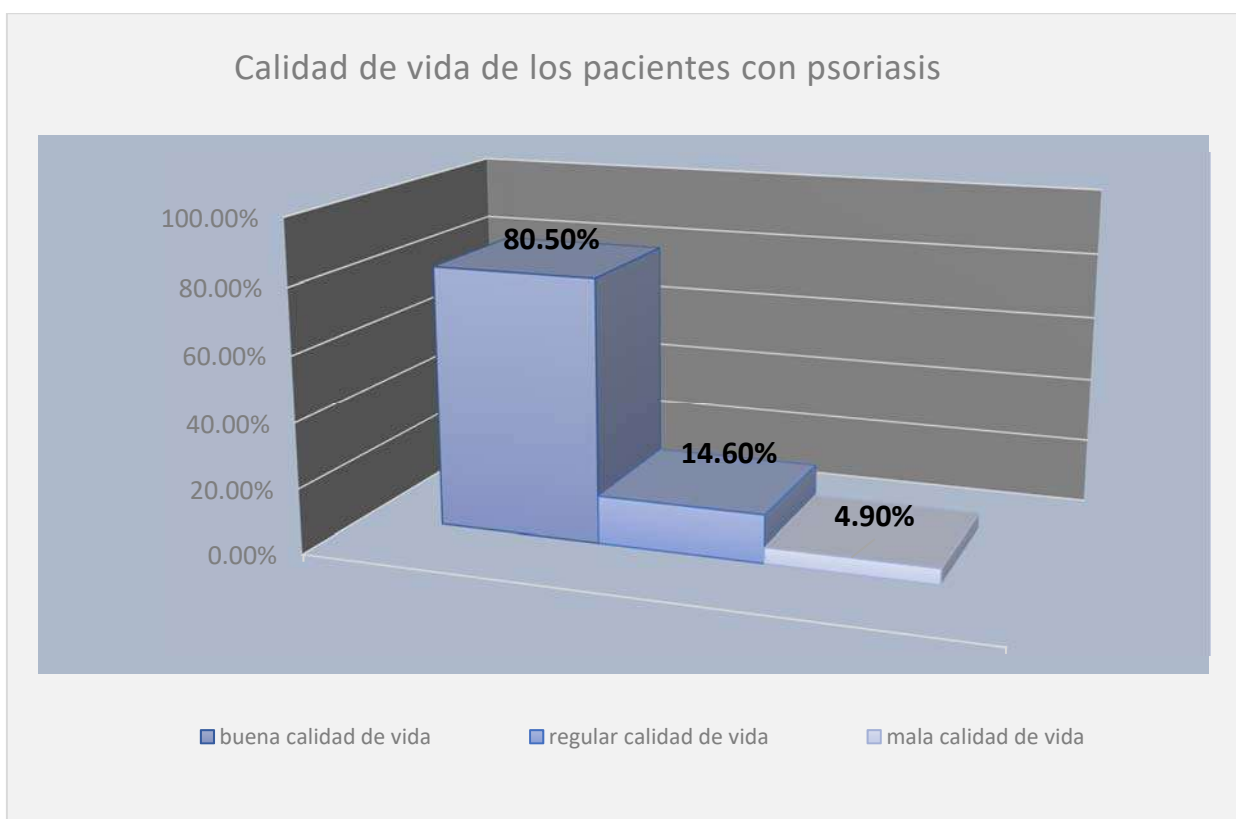


Figura 1. Calidad de vida de los pacientes con psoriasis.

La calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario PDI.

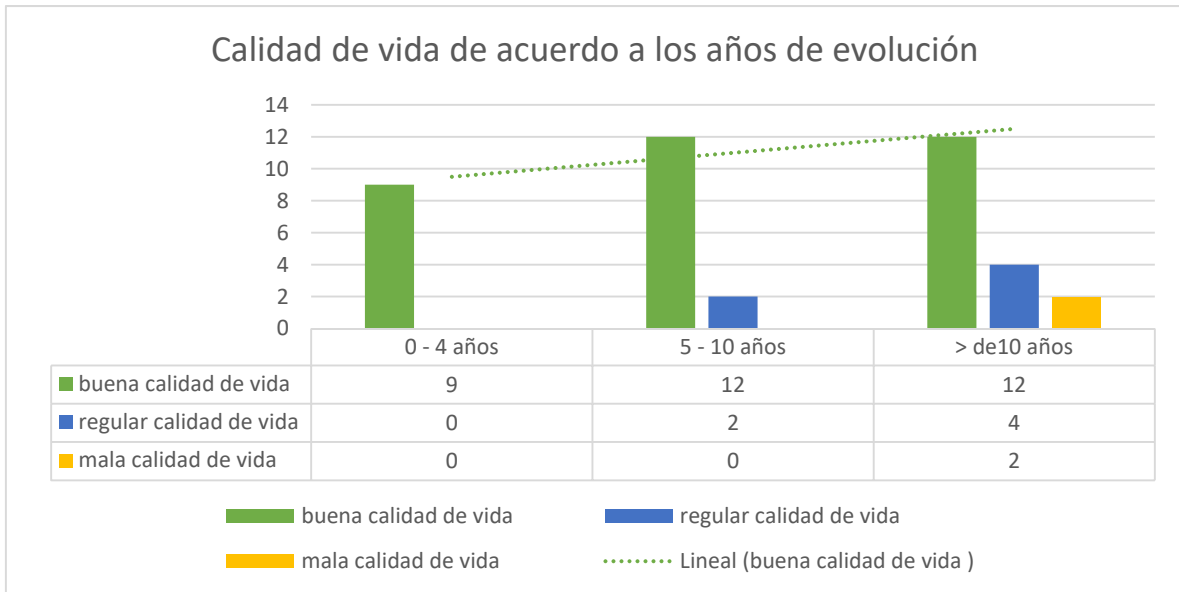


Figura 2. Calidad de vida de acuerdo a los años de evolución con la enfermedad. χ^2 : 5.48, gl: 4, *p* valor: 0.241.

La extensión corporal de la enfermedad de acuerdo a la puntuación del PASI fue del 65.4% para leve figura 3.

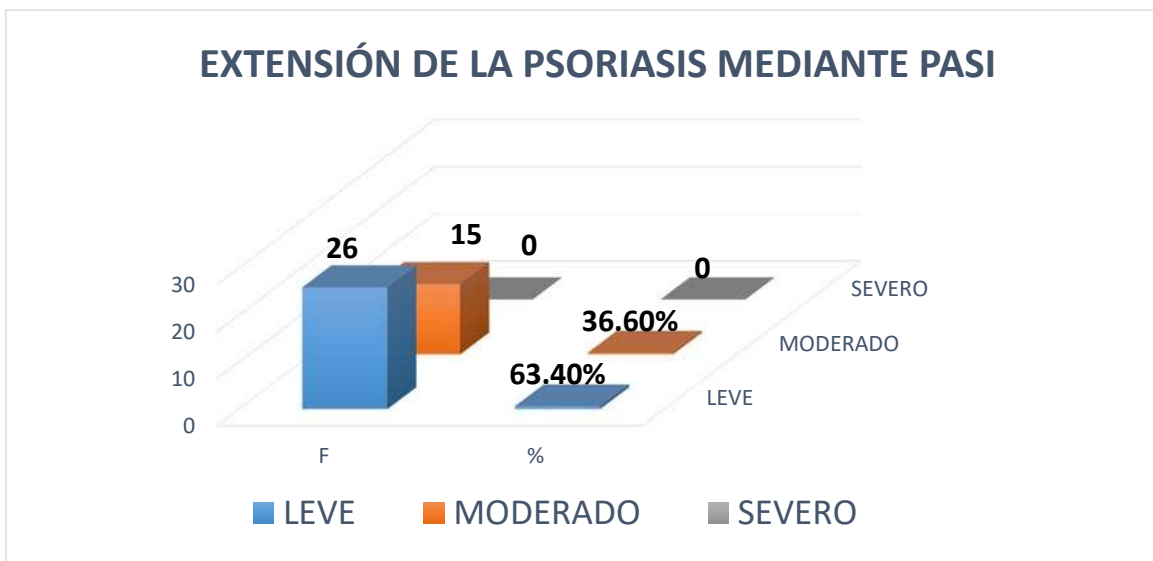


Figura 3. Extensión corporal de la enfermedad de acuerdo a la puntuación del PASI.

La evaluación se realizó mediante inspección clínica y calculadora para PASI.

El tratamiento tópico presenta mayor prescripción con el 69.2 % del total de terapia empleada, tabla 4.

Tabla 4. Tratamientos empleados.	
TIPO DE TRATAMIENTO	No (%)
SISTÉMICO	5 (7.7)
TERAPIA BIOLÓGICA	2 (3.8)
TÓPICO	25 (69.2)
TÓPICO/ SISTÉMICO	7 (11.5)
TÓPICO/ TERAPIA BIOLÓGICA	2 (7.7)

El costo institucional es variable de acuerdo al tipo de tratamiento empleado que va desde los \$ 1, 706.76 hasta los \$149,361.82 siendo la terapia biológica lo que representa el más alto costo por paciente ver fig. 4.

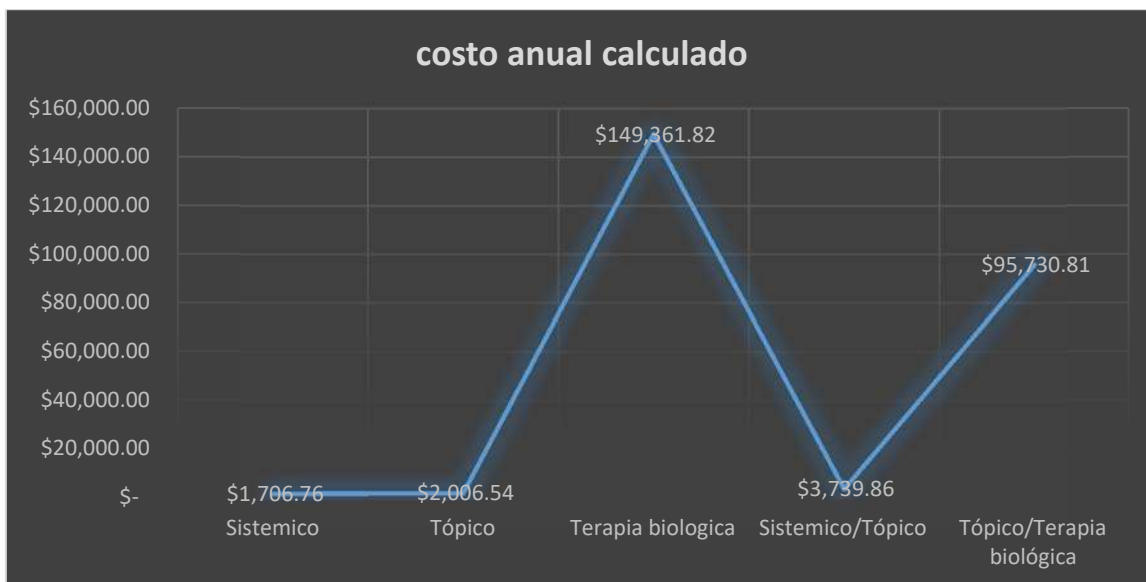


Figura 4. Costo anual promedio por paciente de acuerdo al tratamiento empleado.

El costo fue calculado en pesos mexicanos.

Los pacientes están satisfechos con el tratamiento en el 87.8 %, figura 5

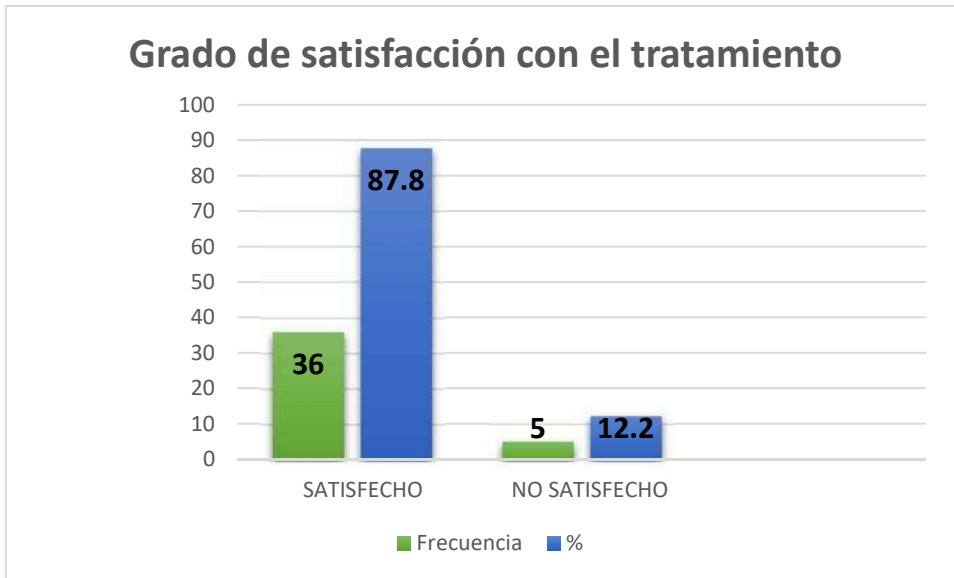


Figura 5. Grado de satisfacción con el tratamiento.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre satisfacción con el tratamiento y las distintas modalidades sin embargo la satisfacción con el uso de terapia biológica y su combinación con tratamiento tópico fue total, ver figura 6.

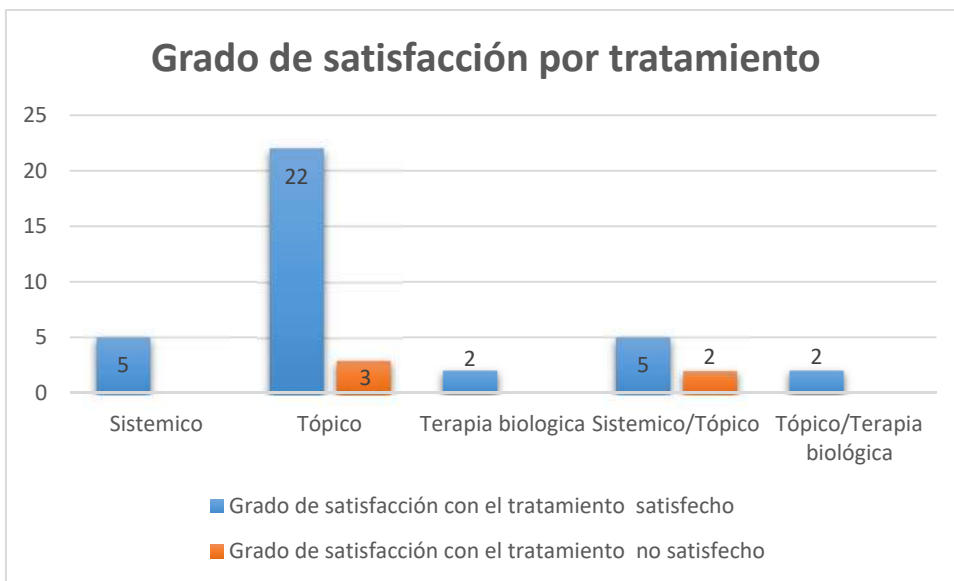


Figura 6. Grado de satisfacción de acuerdo a modalidad de tratamiento.

Chi²: 3.004, gl: 4, *p* valor: 0.557

Los pacientes refirieron buen apego al tratamiento en el 65.9%, figura 7, más no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el apego de acuerdo a la modalidad de tratamiento utilizada en ese momento, figura 8.

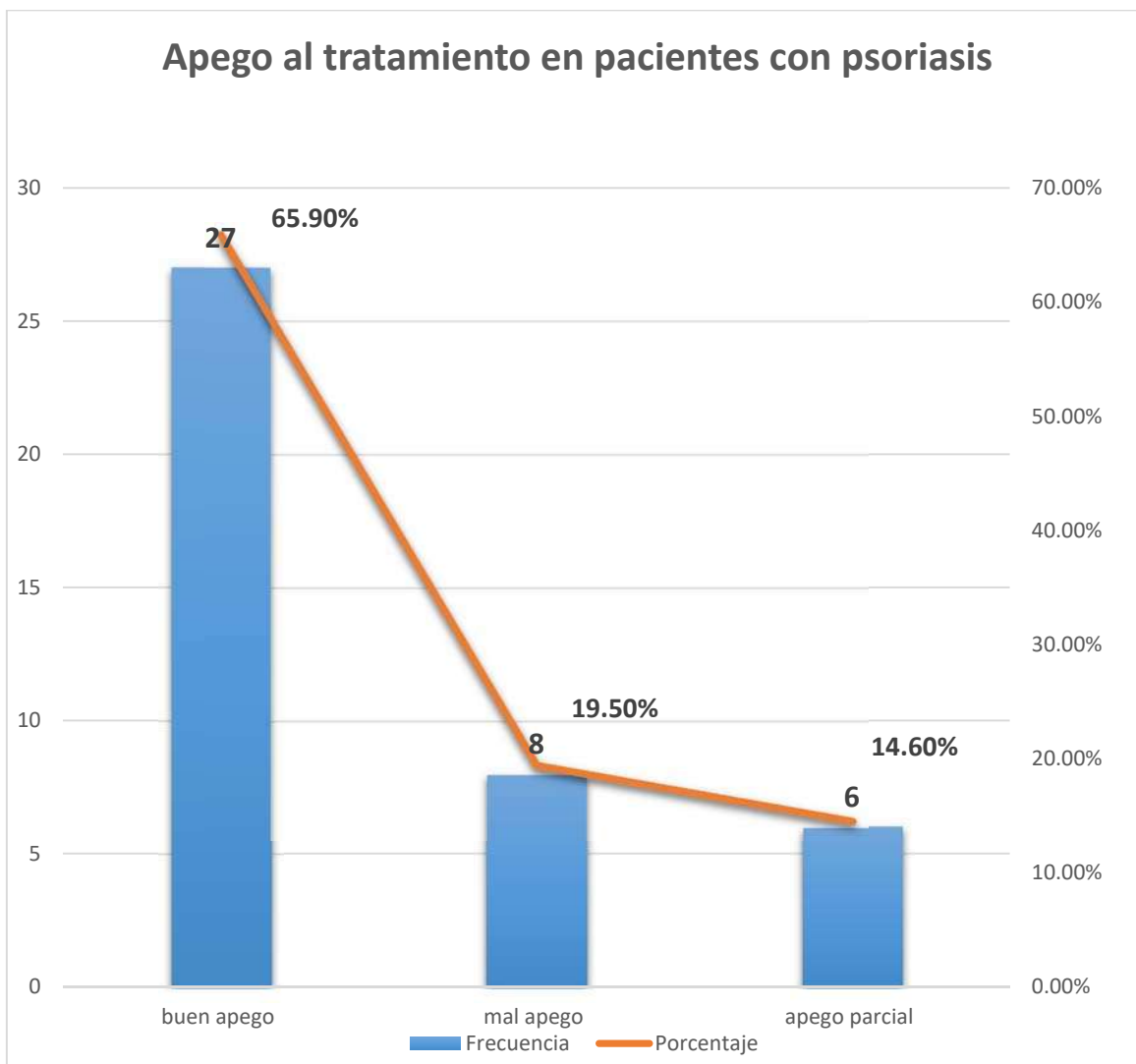


Figura 7. Apego al tratamiento.

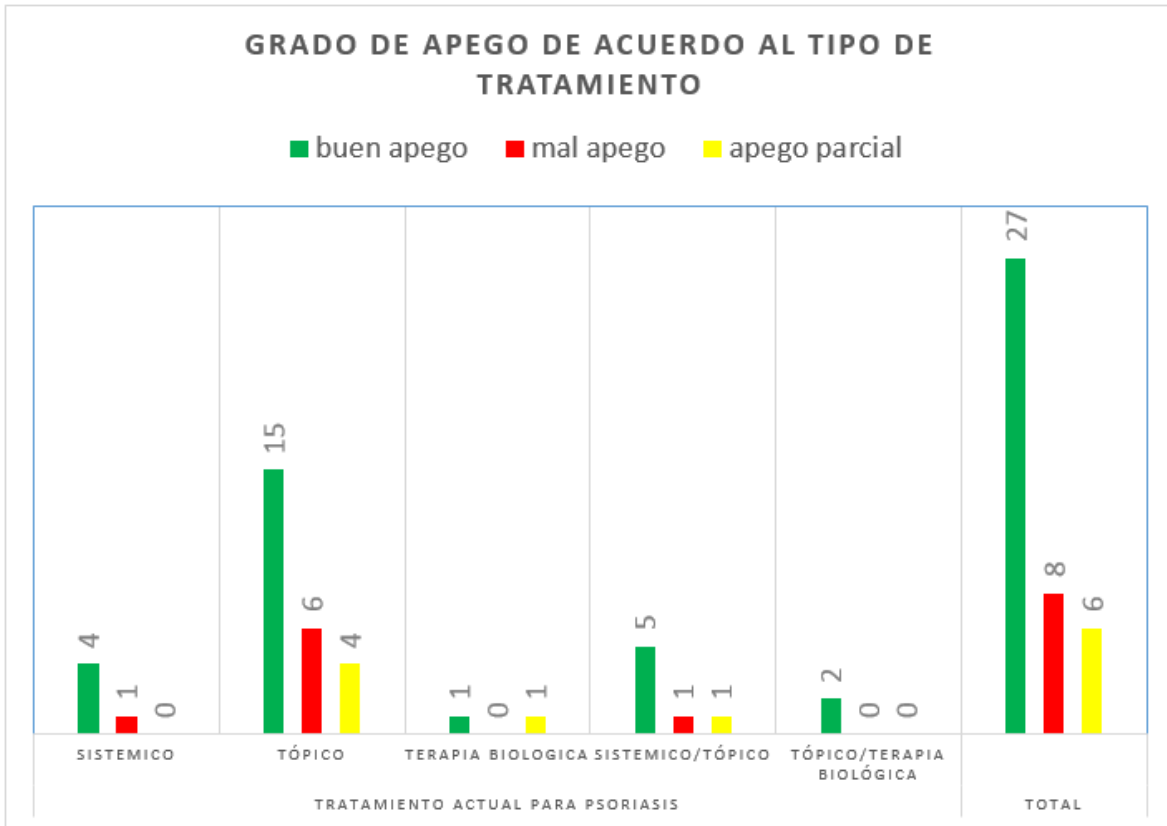


Figura 8. Grado de apego al tipo de tratamiento.

Chi²: 4.64, gl: 8, *p* valor: 0.794.

Aquellos pacientes que presentaron regular y mala calidad de vida estuvieron satisfechos con el tratamiento, sin que esto representara una diferencia significativa estadísticamente en esta asociación ver tabla 6.

Tabla 5. Asociación entre calidad de vida y satisfacción con el tratamiento		
Calidad de vida	Grado de satisfacción F (%)	
	Satisfecho	No satisfecho
Buena calidad de vida	28 (68.30)	5(12.20)
Regular calidad de vida	6 (14.60)	0
Mala calidad de vida	2 (4.90)	0
x²: 1.380, gl: 2, <i>p</i> valor: 0.501		

El impacto en la calidad de vida no representa un alto costo para la institución ver figura 9.



Figura 9. Asociación entre calidad de vida y costo anual calculado. ANOVA, gl: 2 p valor: 0.880

La satisfacción del usuario con el tratamiento no representó un costo excesivo para la institución ver figura 10.

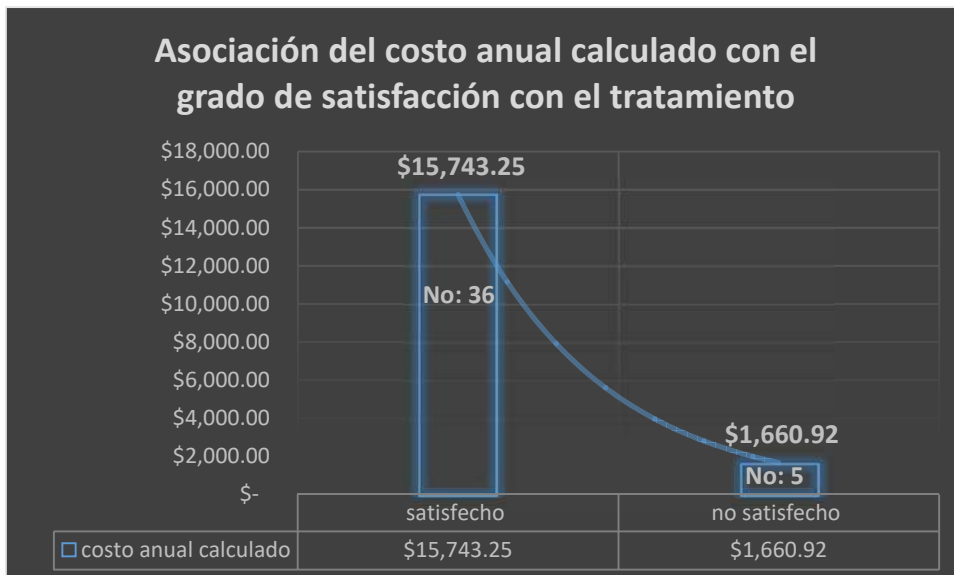


Figura 10. Asociación entre costo anual calculado y el grado de satisfacción con el tratamiento. t de student: 0.739, gl:39, p valor: 0.464.

14 DISCUSIÓN.

De acuerdo a la literatura internacional publicada se ha documentado que existe relación entre el tipo de tratamiento, la afectación en la calidad de vida, la adherencia y grado de satisfacción en pacientes con psoriasis, también la elección de la terapia depende del tipo y gravedad de la enfermedad así como de su evolución; la adherencia de los tratamientos en pacientes con psoriasis está íntimamente relacionada a la eficacia de estos lo cual representa probablemente un factor fundamental en la selección e indicación de las terapias.^{3,6,22}

Se ha insistido en el sufrimiento psicológico que pueden experimentar los pacientes con psoriasis a pesar de la remisión de las lesiones cutáneas e incluso de padecer una enfermedad clasificada como leve de acuerdo al valor del PASI y también que la mejora en la sintomatología cutánea asociada a la reducción del PASI suele acompañarse de una mejora en el bienestar psicológico²³. La psoriasis afecta en diferentes grados la calidad de vida de los pacientes que la padecen, lo cual se relaciona con la extensión de la afectación y la intensidad de las manifestaciones clínicas, el puntaje PASI se correlaciona inversamente con la calidad de vida de pacientes con psoriasis.²⁴

Las dificultades económicas propias del sistema de salud de México y las características de los pacientes con psoriasis, hace necesario ofrecer un abordaje terapéutico integral donde tome importancia la evolución y las repercusiones sistémicas de la enfermedad que pueda conducir a la administración temprana de medicamentos sistémicos capaces de cambiar la historia natural de la enfermedad.²⁵ En el Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) Lin y cols confirmaron que el uso de corticosteroides tópicos ampliamente recetados tiene un impacto positivo en la salud, los resultados de este estudio muestran que estas modalidades terapéuticas fueron más baratas y también de mayor costo beneficio que las terapias solo con biológicos o cuando estos últimos fueron combinados con formulaciones tópicas²⁶. Aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en nivel de satisfacción entre los tratamientos usados si se encontró una tendencia a mayor satisfacción en pacientes que recibieron terapias biológicas para tratar su enfermedad moderada de acuerdo al PASI que en los que recibieron otras modalidades de terapia, quizás porque estos también suelen tener mayor adherencia. Como era de esperar el costo del tratamiento

fue mayor en pacientes que recibieron biológicos y en aquellos con enfermedad más severa similar a lo reportado por otros autores ²⁷. Cawson y cols demostraron el papel importante de la terapia biológica en el control de las manifestaciones clínicas de la psoriasis moderada y severa, mostrando en general un mejor costo-beneficio en la utilización de este tipo de terapia ²⁸.

Más del 70 % de los pacientes con psoriasis no están satisfechos con su tratamiento y se ha asumido que con frecuencia alta pudiera haber discordancia entre la opinión del médico y la del paciente respecto a la percepción de gravedad de la enfermedad ³⁰. Es por eso que resulta importante conocer ambos puntos de vista, el del paciente y el del médico porque no es infrecuente que se tengan objetivos terapéuticos distintos en distintas fases del tratamiento ²⁹. La Organización Mundial de la Salud considera que la falta de cumplimiento de los tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas y las consecuencias negativas tanto en el ámbito clínico y sus repercusiones económicas es un tema prioritario de los sistemas de salud pública ya que representan una carga importante dentro de las finanzas públicas.³⁰

La adherencia a los tratamientos farmacológicos se ve afectada por diversas circunstancias lo que lleva como consecuencias la pérdida periódica de la eficacia y un riesgo incrementado la toxicidad. Feldman y colaboradores desarrollaron una guía de orientación de como apoyar a mejorar la adherencia a los tratamientos dermatológicos los cuales incluían mensajes electrónicos, llamadas, visitas más frecuentes al médico tratante, videos, audio e información apropiada en internet, un programa de autocuidado y programas de educación, lo cual demostró mejora en la adherencia de los diferentes tratamientos ³⁰.

Después de la introducción de los agentes biológicos se ha reducido ha aumentado la adherencia al tratamiento de pacientes con psoriasis moderada-severa y se han reducido sus hospitalizaciones también el grado de adherencia al tratamiento puede relacionarse con severidad de la enfermedad ^{31,32}. Llama la atención que en una cohorte norteamericana de 2130 pacientes con psoriasis tratados con biológicos se demostró que la adherencia al tratamiento fue menor en pacientes con enfermedad moderada-severa que en aquellos con leve. La adherencia al tratamiento fue del 73.9% cuando esta se estimó como razón de acceso a la medicación (medication possession ratio), y como proporción de días cubiertos,

Proportion of Days Covered (70.2%) y este estudio mostró que pacientes con enfermedad moderada-severa tendieron a tener menor adherencia al tratamiento que los de enfermedad ligera, en los primeros fue más frecuente encontrar terapias de combinación, por ejemplo biológicos con tratamientos orales y/o tópicos, a diferencia de un gran número de estudios que señalan que la adherencia suele ser mejor en aquellos que reciben terapias biológicas³³.

La relación costo beneficio de la terapia y su asociación con calidad de vida es importante para establecer las pautas terapéuticas en enfermos con dolencias crónicas. Se ha establecido que fototerapia y metotrexate ofrecen mayor costo beneficio que las terapias con agentes biológicos en pacientes con psoriasis y se insiste en la necesidad de individualizar los tratamientos ³⁴.

Las limitantes del estudio fueron el encontrar más pacientes con uso de terapia biológica ya que estos son manejados en el segundo nivel de atención puesto que la hipótesis planteada refleja lo descrito en la literatura internacional, sin embargo se comprueba pese al número reducido de pacientes con el uso de esta modalidad de tratamiento.

15 CONCLUSIONES.

La calidad de vida en los pacientes con psoriasis fue buena independientemente de los años de evolución con la enfermedad.

El PASI mostró que la mayoría de los pacientes tenían una afectación leve

El grado de satisfacción es alto independiente del tipo de tratamiento disponible llevando consigo un buen apego al tratamiento.

El costo institucional se considera bajo puesto que la terapia tópica fue la de mayor prescripción, siendo la terapia biológica la que ocasionó mayor costo institucional.

El grado de satisfacción es bueno en relación al tipo de tratamiento empleado ya que la mayoría de los pacientes padecen una afectación leve de la enfermedad siendo la terapia tópica la mejor terapéutica empleada y de más bajo costo.

La calidad de vida de los pacientes es buena a pesar de la afectación en mayor grado por la enfermedad, la terapia biológica y sus combinaciones se relacionaron con un mayor costo para la institución pero tendieron a relacionarse con mayor grado de satisfacción aunque la diferencia con otros tratamientos no fue estadísticamente significativa lo que se ve reflejado en un mayor grado de satisfacción.

El costo del tratamiento tópico es bajo siendo la primera línea de tratamiento teniendo una adecuada respuesta así como un buen apego al mismo repercutiendo en la calidad de vida de los pacientes.

16 RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS.

Siendo esta la primera investigación en su tipo en esta unidad de medicina familiar deja el antecedente de una línea de investigación importante para el seguimiento de los pacientes con psoriasis, además de la importancia en la consideración terapéutica apropiada para este padecimiento y de la trascendencia en la repercusión en la calidad de vida de estos pacientes. Recomendamos como médicos de primer contacto y seguimiento la familiarización con la evaluación PASI además de identificación de aquellos pacientes que no responden adecuadamente a las primeras líneas de tratamiento para canalizarlos en forma oportuna a dermatología.

17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hernández MI, Impacto de la calidad de vida de los pacientes psoriásicos de consultas externas del Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid[Tesis doctoral];[Valencia], Universidad Cardenal Herrera - CEU. 2015. Available from: <https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/7593/1/Impacto%20de%20la%20calidad%20de%20vida%20de%20los%20pacientes%20psori%c3%a1sicos%20de%20consultas%20externas%20del%20Hospital%20Militar%20G%c3%b3mez%20Ulla%20de%20Madrid.pdf>
2. Tavizón Ramos OE, Aguirre Gonzalez JD, Peralta Pedrero ML, Romero Alvarez J, Jurado Santa Cruz F. Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas. Secretaría de Salud, México,2013 [http://www.cenetec.salud.gob.mx]
3. Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, Kimmel SE, Ogdie A, Margolis D J, Gelfand, J M. Psoriasis Severity and the Prevalence of Major Medical Comorbidity. *JAMA Dermatology*, 2013, 149(10), 1173. doi:10.1001/jamadermatol.2013.5015
4. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global Epidemiology of psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013 Feb;133(2):377-85. doi: 10.1038/jid.2012.339
5. Lambert W. psoriasis epidemiology, Diagnosis and management strategies.Nova Biomedical. 2016 p.1-31.
6. Masaki S, Tatsukawa R, Uryu M, Takahara M, Ohata C, Nakama T, et al. Treatment satisfaction , willingness to pay and quality of life in Japanese patients with psoriasis. *Journal of Dermatology* 2017;143–6.
7. Consenso Mexicano para el Manejo de terapia biológica en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua*.Vol. 3, Núm. 13.Sep-Dic 2004: 172-83.
8. Wolf-Henning Boehncke MP. psoriasis. *Lancet*. 2015;386:983–94.
9. Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmunity Reviews* 2014;13:490–5.

10. Villacorta R, Hay JW, Messali A. Cost Effectiveness of Moderate to Severe psoriasis Therapy with Etanercept and Ustekinumab in the United States. *Pharmacoeconomics* 2013 31:823–839.
11. Bostoen J. psoriasis more than skin deep: New insights in the presence of comorbidities and search for a better care. Faculty of medicine and Health Sciences, GU, Belgium 2012.
13. Ros S, Puig L, Carrascosa JM, Discapacidad acumulada en el transcurso vital : la cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente. *Actas dermosifiliográficas*. 2014;105(2):128–34. doi.org/10.1016/j.ad.2013.02.009
14. Fernandez P. Comparison of Skindex- 29 , Dermatology Life Quality Index , psoriasis Disability Index and Medical Outcome Study Short Form 36 in patients with mild to severe psoriasis. *British Association of Dermatologists*. 2012 166, p884–887.
15. Ribera M, Daudén E, Puig L, Briones VG, Herranz JM, Bordas X, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la satisfacción con el tratamiento del paciente con PSORIASIS moderada y grave : estudio NEODERMA. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102(1):28—38
16. Kivelevitch D, Michell P. Quality of life instruments in psoriasis clinical trials. *Br J. Dermatol* 2017; 176 p. 563-76
17. Puig L, Carrascosa JM, Carretero G, Careaga JM. Adherencia y satisfacción del paciente y características organolépticas y de uso de los tratamientos tópicos utilizados para la psoriasis : Consenso Delphi del panel de expertos y miembros nola de Dermatología del Grupo de psoriasis de la Academia Española y Venereología y miembros del Grupo de psoriasis de la Academia Española. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104-6.
18. Chamorro R M A, García J E, Amariles P. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7.
19. Almudena BH. Valoración económica de los costos en psoriasis, Departamento de

Análisis Económico I Facultad de CC.EE. y Empresariales. Madrid. 2014.

20. Lubrano E, Spadaro A. Pharmacoeconomic burden in the treatment of psoriasisoriatic arthritis : from systematic reviews to real clinical practice studies. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014, 15:25
21. Landthaler M, Stolz W. Epidemiology and Health Services Research Willingness to pay and time trade-off : sensitive to changes of quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol*. 2003 Jun;148(6):1153-60.
22. Steven R, Feldman SR. Disease Burden and Treatment adherence in psoriasis Patients. *Therapeutics for the clinican*, volumen 92, 2013; 258-263.
23. Madrid Álvarez MB, et al. Medición del impacto psicológico en pacientes con psoriasis en tratamiento sistémico. *Actas Dermosifiliogr*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.007>.
24. García SL, Montiel JAJ. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex*. 2017;153:185-9.
25. Franco M, González C, Londoño A, Velásquez C y col. Administración práctica de la terapia convencional en psoriasis en la era de la terapia biológica. *Dermatol Rev Mex*. 2019 enero-febrero;63(1):68-73.
26. Lin HC, Lucas PT, Feldman SR, Balkrishnan R. Medication use and associated health care outcomes and costs for patients with psoriasis in the United States. *Journal of Dermatological Treatment*, 2011.23(3), 196–202. doi:10.3109/09546634.2010.544708.
27. Al Sawah S, Foster S A, Goldblum O M, Malatestinic W N, Zhu B, Shi N, Feldman, S R. Healthcare costs in psoriasis and psoriasis sub-groups over time following psoriasis diagnosis. *Journal of Medical Economics*, (2017) 20(9), 982–990. doi:10.1080/13696998.2017.1345749 .
28. Lubrano E, Spadaro A. Pharmacoeconomic burden in the treatment of psoriasisoriatic arthritis: from systematic reviews to real clinical practice studies. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014, 15:25 , <http://www.biomedcentral.com/1471->

2474/15/25

29. Ribera P M, Caballé G, Fernández-Chico N, Fuente M, Ferrándiz Foraster, C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. *Piel*, 2004 19(5), 242–249. doi:10.1016/s0213-9251(04)72845-2
30. Feldman SR, Vrijens B. Treatment Adherence Intervention Studies in Dermatology and Guidance on How to Support Adherence *Am J Clin Dermatol*, DOI 10.1007/s40257-017-0253-5
31. Bhosle MJ, Feldman SR, Camacho FT, Timothy Whitmire J, Nahata, MC, Balkrishnan R. Medication adherence and health care costs associated with biologics in Medicaid enrolled patients with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, (2006) 17(5), 294–301. doi:10.1080/09546630600954594.
32. Chan S A, Hussain F, Lawson, L G, Ormerod A D. Factors affecting adherence to treatment of psoriasis: comparing biologic therapy to other modalities. *Journal of Dermatological Treatment*, (2011) 24(1), 64–69. doi:10.3109/09546634.2011.607425
33. Murage M J, Anderson A, Casso,D, Oliveria S A, Ojeh C K, Muram T M, Araujo A B. Treatment patterns, adherence, and persistence among psoriasis patients treated with biologics in a real-world setting, overall and by disease severity. *Journal of Dermatological Treatment*, (2018) 1–9. doi:10.1080/09546634.2018.1479725.
34. Staidle JP, Dabade T S, Feldman SR. A pharmacoeconomic analysis of severe psoriasis therapy: a review of treatment choices and cost efficiency. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, (2011) 12(13), 2041–2054. doi:10.1517/14656566.2011.590475.

18 ANEXOS

18.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDADES	2017			2018			2019					
	1ER CUATRIMESTRE	2DO CUATRIMESTRE	3ER CUATRIMESTRE	1ER CUATRIMESTRE	2DO CUATRIMESTRE	3ER CUATRIMESTRE	1ER CUATRIMESTRE	2DO CUATRIMESTRE	3ER CUATRIMESTRE			
SELECCIÓN DEL TEMA DE ANEPROYECTO	X											
REALIZACIÓN DE ANEPROYECTO		X										
PRESENTACIÓN DE AVANCES		X										
ENVÍO Y APROVACIÓN DE SIRELCS			X									
SELECCIÓN DE PACIENTES Y RECOLECCIÓN DE DATOS			X		X							
ANÁLISIS DE RESULTADOS					X							
DISCUSIÓN								X				
TRABAJO FINAL								X				
REALIZACIÓN DE MANUSCRITO									X			
PRESENTACIÓN EN FORO DE INVESTIGACIÓN								X		X		



18.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

En la ciudad de Morelia Michoacán a: ____ del mes de _____ del año: 201__.

Yo _____ he sido invitado(a) a participar en el estudio de investigación titulado “*Calidad de vida, costo institucional y satisfacción del tratamiento en pacientes con psoriasis*”. Registrado ante el Comité local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con número de registro R-2018-1602-002.

JUSTIFICACION: La psoriasis es una enfermedad de la piel de causas múltiples que puede incluso afectar las articulaciones, la lesión de la piel más característica es la placa rojiza de bordes bien definidos y recubiertos de escamas blanquecinas. Teniendo un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, al punto que las repercusiones sobre sus funciones físicas, sociales, laborales, sexuales y psicológicas se han comparado con las enfermedades como la depresión y el cáncer. Los tratamientos utilizados para la psoriasis son cremas de aplicación en el sitio de la lesión, tratamientos tomados, y nuevos productos, en los que se ha constatado una satisfacción de los pacientes más o menos variable dependiendo del tipo de tratamiento y el periodo de tiempo utilizado.

PROCEDIMEINTOS: Si yo decido participar en el estudio, deberé de responder una serie de preguntas, relacionadas con mi edad, sexo, escolaridad, tiempo de evolución y áreas de mi cuerpo afectadas por la enfermedad, así como salud física, mental, emocional y dolor, además el tipo de tratamiento y la satisfacción que percibo del tratamiento que ahora estoy

recibiendo.

RIESGOS Y MOLESTIAS: No comprende ningún riesgo y/o molestia física, únicamente se me harán una serie de preguntas y se me solicitará conteste algunas encuestas, lo que sí es probable es que quizá tenga incomodidad emocional al contestar ciertos aspectos de mi vida.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: Con los resultados que obtengan los investigadores puedo recibir mejor información sobre los nuevos tratamientos y cambios en estilo de vida para mejorar el pronóstico de mi enfermedad.

INFORMACION DE RESULTADOS: Una vez que los investigadores analicen con los resultados, se informará a las autoridades delegacionales, así como a los participantes que así lo deseemos, con la finalidad de realizar acciones que beneficien nuestra salud.

PARTICIPACION O RETIRO: Esta podrá realizarse en el momento que Yo lo decida, independientemente de las razones que exprese y no modificará por ninguna razón los beneficios que a menudo recibo como derechohabiente del IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información que Yo proporcione, incluyendo datos de identificación personal (Nombre, teléfono, dirección o número de afiliación), será manejada de manera confidencial, así como los resultados de las pruebas que contesté, salvaguardando siempre mi privacidad. Y no serán proporcionados a nadie que no tenga relación con la investigación.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

PODRA DIRIGIRSE A: Investigadores responsables: Médico Residente de Medicina Familiar Fernando Delgado Borja al teléfono 44 31 37 95 37 email fer_son963@htomail.com; Dr. Jorge Lenin Pérez Molina especialista en medicina familiar teléfono 44 33 69 69 66, email georgep_22@live.com; Dr. en Ciencias Alain Raimundo Rodríguez Orozco tel. 44 33 34 65 56 03 e mail rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com; Dra. en Ciencias Martha Estrella García Pérez tel. 44 31 42 92 80 email margarc@live.ca.; Dra. Irma Hernández Castro email irma.hernandezc@imss.gob.mx.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º
piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720.
Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:
comision.etica@imss.gob.mx.

_____.

±

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quién obtiene
el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

_____.

±

Nombre, dirección, relación y firma
firma

Nombre, dirección, relación y

Clave: 2810-009-013

18.3 Cuestionario PDI

ANEXO 1. CUESTIONARIO PDI

Actividades diarias

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha interferido su psoriasis en las tareas de la casa o del jardín?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que llevar ropa de distintos tipos o colores a causa de su psoriasis?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que cambiarse de ropa o lavarla con más frecuencia de lo habitual?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis ha sido un problema cuando ha ido a la peluquería o al barbero?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido que bañarse o ducharse con más frecuencia a causa de su psoriasis?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto

Hay dos versiones diferentes de las preguntas 6, 7 y 8:

- Si trabaja o estudia habitualmente, por favor conteste a las preguntas 6-8.

- Si no trabaja ni estudia habitualmente, por favor conteste a las preguntas 9-11.

Si trabaja o estudia

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto no ha podido ir al trabajo o a la escuela a causa de su psoriasis?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
7. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido hacer algunas cosas en el trabajo o en la escuela?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿su vida profesional se ha visto afectada por su psoriasis? Por ejemplo: ascensos rechazados, ha perdido un trabajo, le han pedido que cambie de trabajo.
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto

Si no trabaja ni estudia

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido realizar sus actividades diarias habituales?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
 10. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis ha alterado la forma en que realiza sus actividades diarias habituales?
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
 11. Durante las últimas 4 semanas, ¿su vida profesional se ha visto afectada por su psoriasis? Por ejemplo: ascensos rechazados, ha perdido un trabajo, le han pedido que cambie de trabajo.
 Muchísimo Un poco
 Mucho En absoluto
-

Relaciones personales

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido dificultades en su vida sexual a causa de la psoriasis?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha provocado algún problema con su pareja o con alguno de sus mejores amigos o con sus familiares?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

Tiempo libre

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su psoriasis le ha impedido salir y asistir a actos sociales?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿su psoriasis le ha dificultado la práctica de algún deporte?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿no ha podido usted usar baños o vestuarios públicos, o ha sido criticado o le han impedido hacerlo?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha fumado usted más o ha bebido más alcohol de lo habitual a causa de su psoriasis?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

Tratamiento

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su casa ha estado desordenada o sucia a causa de su psoriasis o de su tratamiento?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muchísimo | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> En absoluto |

18.4 Cuestionario de satisfacción con el tratamiento del paciente con psoriasis moderada y grave.

Anexo 2. Cuestionario de satisfacción con el tratamiento del paciente con psoriasis moderada y grave

Preguntas	Valoración				
	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Valoración global de la satisfacción con el tratamiento

Valore su satisfacción global con el tratamiento de 0 a 100, considerando el 0 como la peor puntuación posible y el 100 como la mejor puntuación posible

0.....100

18.5 Cuestionario de Morisky- Green.

Tabla 5. Cuestionario de Morisky-Green

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
 2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
 4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación?
-

Incumplidor: aquel que responde de forma inadecuada una o más de las cuestiones planteadas.

18.6 Hoja de registro.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: _____ . EDAD: _____ .

No. DE AFILIACIÓN: _____ . SEXO: _____ .

PESO: _____ . TALLA: _____ . IMC: _____ .

CONSULTORIO: _____ . TURNO: _____ . ESCOLARIDAD: _____ .

TIEMPO DE EVOLUCIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS:

:

TIPO DE PSORIASIS: _____ . PASI _____ .

HA PRESENTADO BROTE ACTIVO SI: _____ . NO: _____ .

FECHA DE ULTIMO BROTE: _____ .

COMORBILIDADES: SI: _____ . NO: _____ . CUALES:

:

_____ . CONTROLADO SI: _____ . NO:

:

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: _____ .

TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBE ACTUALMENTE:

SISTÉMICO: _____ . TÓPICO: _____ . TERAPIA BIOLÓGICA: _____ .

APEGO A TRATAMIENTO: SI _____ . NO: _____ .

SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO: SI _____ . NO _____ .

18.7 Costo institucional de medicamentos utilizados en psoriasis.

Clave	Nombre del medicamento	Presentación	Costo
4510	Etanercept	Frasco ampula 25mg/ 0.5ml	\$ 3, 417.00
4512	Adalimumab	Frasco ampula en jeringa precargada 40mg/0.8ml	\$ 6, 082.68
4508	Infliximab	Frasco ampula 100mg para reconstitución	\$ 5, 422.59
1759	Metotrexatate	Tabletas de 2.5 mg	\$ 58.98
4298	Ciclosporina	Cápsulas de 100mg	\$ 555.55
4294		Emulsión 100mg/5 ml	\$ 577.75
3461	Azatriopina	Tabletas de 50mg	\$ 264.67
5306	Ácido micofenólico	Tabletas 500mg	\$ 202.00
4504	Sulfazalazina	Tabletas de 500mg	\$ 91.27
4514	Leflunomida	Tabletas de 20 mg	\$ 850.00
4515		Tabletas de 100mg	\$ 495.00
5084	Tracolimus	Cápsulas de 1mg	\$ 173.60
5082		Cápsulas de 5 mg	\$ 5,681.10