

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i6.10834>

Efecto de la terapia biológica en la calidad de vida y respuesta clínica en pacientes con psoriasis de un hospital de segundo nivel de atención

Impact of biological therapy on quality of life and clinical response in patients with psoriasis from a second-level care hospital.

Neyma Ernestina Holguín Sánchez,¹ Cristina Balderrama Vargas,² Isela Pérez Acosta³

Resumen

OBJETIVOS: Evaluar el efecto de la terapia biológica en la calidad de vida y respuesta clínica en pacientes con psoriasis, comparar la terapia biológica versus la sistémica convencional e identificar los factores asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, analítico, en el que se determinó una muestra no probabilística de tipo consecutivo de pacientes con psoriasis de un hospital de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se utilizaron los instrumentos DLQI y PASI.

RESULTADOS: Se evaluaron 46 pacientes con media de edad de 50 años, sin predominio de sexo. La terapia biológica ofreció beneficios superiores frente a la terapia sistémica convencional, con un menor puntaje PASI: 7 ± 6 vs 18 ± 7 , $p < 0.001$, menor porcentaje de superficie corporal afectada (12 ± 9 vs 28 ± 10 , $p < 0.001$) y mayor percepción de mejoría por parte de los pacientes (84 vs 59% , $p < 0.001$). Además, el efecto en la calidad de vida fue significativamente menor en los pacientes tratados con terapia biológica, que se reflejó en mayor porcentaje de casos sin efecto o efecto pequeño en la calidad de vida (95 y 70% , respectivamente, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: La terapia biológica se posiciona como un método terapéutico altamente efectivo y seguro contra la psoriasis, al ofrecer mejor respuesta clínica, mayor satisfacción del paciente y menor repercusión en la calidad de vida en comparación con la terapia sistémica convencional.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis; calidad de vida; terapia biológica.

Abstract

OBJECTIVES: To evaluate the impact of biological therapy on quality of life and clinical response in patients with psoriasis, to compare biological therapy versus conventional systemic therapy, and to identify associated factors.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional, analytical study was conducted with a non-probabilistic, consecutive sample of patients with psoriasis from a second-level care hospital within the Mexican Social Security Institute. The DLQI and PASI instruments were used.

RESULTS: A total of 46 patients who met the inclusion criteria were evaluated, with a mean age of 50 years and no sex predominance. Biological therapy provided superior benefits compared to conventional systemic therapy, with a lower PASI score (7 ± 6 vs 18 ± 7 , $p < 0.001$), a lower percentage of body surface area affected (12 ± 9 vs 28

¹ Internista adscrita al Hospital General Regional 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Chihuahua, Chihuahua, México.

² Dermatóloga adscrita.

³ Coordinadora clínica de Educación e Investigación en Salud. Hospital General Regional 66, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0005-3895-2132>

Recibido: mayo 2025

Aceptado: junio 2025

Correspondencia

Neyma Ernestina Holguín Sánchez
neymaholsa14@hotmail.com
dra.neymah@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Holguín-Sánchez NE, Balderrama-Vargas C, Pérez-Acosta I. Efecto de la terapia biológica en la calidad de vida y respuesta clínica en pacientes con psoriasis de un hospital de segundo nivel de atención. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (6): 765-776.

± 10 , $p < 0.001$), and a higher perceived improvement by patients (84% vs 59%, $p < 0.001$). Furthermore, the impact on quality of life was significantly lower in patients treated with biological therapy, reflected by a higher percentage of cases with no effect or only a small effect on quality of life (95% and 70%, respectively, $p < 0.001$).

CONCLUSIONS: Biological therapy emerges as a highly effective and safe therapeutic tool for managing psoriasis, offering better clinical response, greater patient satisfaction, and a reduced impact on quality of life compared to conventional systemic therapy.

KEYWORDS: Psoriasis; Quality of life; Biological therapy.

ANTECEDENTES

En 2014 la OMS reconoció a la psoriasis como una enfermedad crónica no transmisible, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no existe cura.¹

Afecta, aproximadamente, a 12 millones de personas en todo el mundo.^{2,3} En México, alrededor de 2.5 millones de personas padecen psoriasis y está entre las 15 enfermedades de piel más frecuentes en el país.^{3,4,5}

La psoriasis es una enfermedad dermatológica crónica, además de tratarse de un trastorno inflamatorio crónico multisistémico que repercute significativamente en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Se manifiesta a través de lesiones cutáneas inflamatorias persistentes. Además, los pacientes experimentan una morbilidad sustancial y aumento de la tasa de artritis inflamatoria, enfermedades cardiovasculares y trastornos de salud mental.²⁻⁶

La terapia biológica ha surgido como una opción prometedora y eficaz para el tratamiento de la psoriasis; sin embargo, aún existen interrogantes acerca de su repercusión integral en los pacientes con psoriasis.⁷⁻¹² La falta de análisis detallado y exhaustivo de cómo la terapia biológica no sólo

reduce la gravedad de las lesiones, sino también beneficia la calidad de vida y otros aspectos psicosociales de los individuos, constituye un vacío en la comprensión actual.¹³

El objetivo de este estudio fue proporcionar datos relevantes que contribuyan a optimizar la atención y tratamiento de pacientes con psoriasis que reciben terapia biológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico, en el que se determinó una muestra no probabilística, efectuado en el Hospital General Regional 66 del IMSS, del 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2024.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, de uno y otro sexo, con diagnóstico confirmado de psoriasis, en tratamiento activo con terapia sistémica convencional o biológica, con buen apego y consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión: pacientes que estuvieran recibiendo terapia tópica exclusiva, embarazadas o en lactancia, con comorbilidades que interfirieran con el tratamiento (por ejemplo: VIH, hepatitis sin control, tuberculosis activa), neoplasias y datos incompletos.

Instrumentos de evaluación

Se utilizaron dos instrumentos traducidos y validados al español:

1. PASI: se utiliza para valorar la gravedad de las lesiones y el área afectada. Evalúa de forma objetiva el área afectada por regiones, así como la intensidad de las lesiones (eritema, descamación e infiltración). Su puntuación va de 0 a 72; una puntuación mayor indica mayor gravedad. Los puntajes se clasificaron en: leve (0 a 20), moderado (21 a 50) y severo (51 a 72).^{14,15}
2. DLQI: cuestionario que consta de 10 preguntas que evalúa el efecto de la afección dermatológica en la calidad de vida del paciente. Su puntuación va de 0 a 30, a mayor puntuación, mayor es el efecto en la calidad de vida debido a los síntomas cutáneos. Los puntajes se clasificaron en: sin efecto (0 a 1), efecto pequeño (2 a 5), moderado (6 a 10), grande (11 a 20) y extremadamente grande (21 a 30).^{16,17,18}

Parámetros de estudio

Se elaboró historia clínica que incluyó datos de interés: edad, antecedentes crónico-degenerativos, hábitos como tabaquismo, tratamiento recibido actualmente, efectos adversos del tratamiento recibido, cuadros infecciosos padecidos y si actualmente estaba trabajando, con el propósito de valorar la funcionalidad y el efecto de la psoriasis en su entorno social y laboral.

La muestra se dividió en dos grupos de acuerdo con el tipo de tratamiento que recibían: pacientes con terapia biológica y pacientes con terapia sistémica convencional.

Se analizaron los datos recopilados para evaluar la repercusión de la terapia biológica en comparación con el tratamiento sistémico convencional.

Análisis estadístico

Para la captura de datos y la elaboración de las pruebas estadísticas se utilizó el programa de Excel de Microsoft. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo por descripción de frecuencias, porcentajes, medida de tendencia central y de dispersión. Para el análisis inferencial se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes o la U de Mann-Whitney según correspondiera. Para las variables cualitativas se aplicó la prueba χ^2 o exacta de Fisher según corresponda. El valor p menor de 0.05 indica un resultado significativo.

RESULTADOS

Se evaluaron 46 sujetos, de los que 23 eran hombres, con una media de edad de 50 ± 13 años; 29 participantes eran laboralmente activos; 37 tenían sobrepeso u obesidad. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes ($n = 20$), hipertensión ($n = 18$), dislipidemia ($n = 11$) y artritis ($n = 7$).

De los 46 pacientes, 32 recibían terapia biológica, principalmente inhibidores de IL-17, en especial secukinumab (72%). La duración media del tratamiento fue de 7 ± 5 meses. **Cuadro 1**

Las áreas más comúnmente afectadas fueron: miembros pélvicos ($n = 34$), torácicos ($n = 25$) y el tronco ($n = 22$). **Cuadro 2**

Al distribuir las variables de acuerdo con la severidad con los sujetos de estudio se encontraron diferencias significativas entre los grupos. **Cuadro 3**

Comparación entre tratamientos

Los pacientes con terapia biológica mostraron: menor puntaje PASI (7 ± 6 vs 18 ± 7 ; $p < 0.001$), menor superficie corporal afectada (12 ± 9 vs 28 ± 10 ; $p < 0.001$) y mayor percepción subjetiva de mejoría (84 ± 20 vs 59 ± 23 ; $p < 0.001$). **Figura 1**

Cuadro 1. Características del tratamiento actual indicado

	Valor
Tiempo de evolución de la psoriasis (años)	12 ± 9
Tiempo de administración del tratamiento (meses)	7 ± 5
Terapia actual	
Sistémica convencional	14
Biológica	32
Grupo biológico	
Inhibidor de TNF-α	8
Inhibidor de IL-17	24
Fármaco administrado	
Adalimumab	7
Certolizumab	1
Secukinumab	23
Ixekizumab	1

Cuadro 2. Áreas de la piel afectada en la muestra (n = 46)

Área afectada	n
Cara	4
Piel cabelluda	17
Tronco	22
Genitales	13
Presacra	20
Miembros torácicos	25
Miembros pélvicos	34
Palmas	3
Plantas	1
Uñas	2

En cuanto al grupo de biológico administrado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de gravedad entre el TNF-α (p = 0.399) y la IL-17 (p = 0.477).

En términos de seguridad, ambos tratamientos fueron bien tolerados por los pacientes; sin embargo, se reportó mayor cantidad de eventos adversos en pacientes tratados con terapia biológica hasta en un 25%. Los eventos adversos

principales reportados por los pacientes fueron fatiga, mareos, náuseas, artralgias y eritrodermia; sin embargo, no tuvieron significación estadística (p = 0.16).

No se observaron diferencias importantes en relación con el riesgo de infecciones. Con ambos tratamientos las infecciones más comunes fueron las respiratorias representando el 21% y 19% de los casos en terapia sistémica convencional y biológica, respectivamente, seguidas de las afecciones urinarias 7% en terapia sistémica convencional y 9% en biológica. **Cuadro 4**

La repercusión en la calidad de vida fue significativamente menor en los pacientes tratados con terapia biológica frente a terapia sistémica convencional (p < 0.001; **Figura 2**). En los grupos sin efecto y efecto pequeño en la calidad de vida el 95% y 70%, respectivamente, corresponde a los pacientes tratados con terapia biológica.

Cuadro 5

No hubo diferencias significativas según la edad, el IMC o las comorbilidades; sin embargo, aunque marginal, se observó una tendencia hacia un efecto mayor en la calidad de vida en mujeres (p = 0.05).

Las áreas visibles y genitales mostraron mayor repercusión en la calidad de vida. **Cuadro 5**

DISCUSIÓN

En nuestro conocimiento, es poca la información nacional disponible acerca del efecto de la terapia biológica en pacientes con psoriasis. No hay estudios que ayuden a definir mejor la eficacia, la repercusión en la calidad de vida, apreciar los efectos adversos y la seguridad a largo plazo.

El consenso de la evaluación y tratamiento de la psoriasis moderada-grave de la Academia Española de Dermatología y Venereología 2016 menciona que la gravedad de la psoriasis se

Cuadro 3. Distribución de las variables de acuerdo con la gravedad (continúa en la siguiente página)

Variables	Leve	Moderada	Valor p
Respuesta clínica			
Sistémica convencional	6	8	< 0.001
Biológica	30	2	
Terapia biológica			
Inhibidor de TNF-α	8	0	0.399
Inhibidor de IL-17	22	2	0.477
Sexo			
Masculino	19	4	0.475
Femenino	17	6	
Grupo de edad			
Juventud (15 a 24)	1	0	0.501
Adulto joven (25 a 44)	10	3	
Adulto maduro (45 a 59)	14	6	
Adulto mayor (más de 60)	11	1	
Empleado	25	4	0.573
IMC (kg/m²)	31 ± 5	31 ± 3	0.14
Diabetes mellitus	19	3	0.202
Hipertensión arterial	17	2	0.122
Dislipidemia	9	3	0.75
Tabaquismo	4	1	0.92
Artritis	13	3	0.72
Hepatopatía	5	1	0.747
Enfermedades mentales	4	1	0.92
Área afectada			
Cara	1	3	0.007
Piel cabelluda	10	7	0.014
Tronco	15	7	0.113
Genitales	7	6	0.012
Presacra	12	8	0.008
Miembros torácicos	15	10	0.001
Miembros pélvicos	24	10	0.034
Palmas	1	2	0.051
Plantas	0	1	0.055
Uñas	1	1	0.322
Terapia indicada previamente			
Tópica	29	9	0.486
Sistémica convencional	29	6	0.178
Biológica	5	2	0.634

Cuadro 3. Distribución de las variables de acuerdo con la gravedad

Variables	Leve	Moderada	Valor p
Efectos adversos			
Fatiga	2	0	
Mareos	2	0	
Náuseas	1	1	
Artralgias	1	0	
Eritrodermia	2	0	0.696
Infecciones			
Sin	27	6	
Respiratorias	6	3	
Urinarias	3	1	0.612
Tiempo de evolución de la psoriasis (años)	12 ± 10	8 ± 5	0.284
Tiempo de uso de tratamiento (meses)	7 ± 5	5 ± 3	0.186
Biológico administrado			
Adalimumab	7	0	
Certolizumab	1	0	
Secukinumab	21	2	
Ixekizumab	1	0	0.841
Percepción subjetiva de mejoría (%)	86 ± 13	44 ± 24	< 0.001
PASI (puntaje)	6 ± 5	23 ± 3	< 0.001
Superficie corporal afectada (%)	12 ± 8	34 ± 3	< 0.001

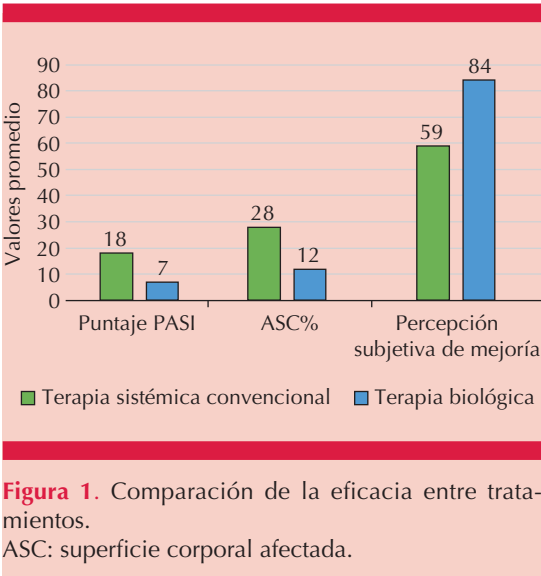


Figura 1. Comparación de la eficacia entre tratamientos. ASC: superficie corporal afectada.

define en función de parámetros como el índice PASI, la superficie corporal afectada (ASC) y el índice de calidad de vida en dermatología (DL-QI); además, con ellos se valoran los objetivos terapéuticos y criterios de respuesta.^{4,19}

Al revisar los estudios similares a éste, se encuentran estudios aislados que analizan el efecto de la terapia biológica en pacientes con psoriasis. Un estudio⁷ evaluó la eficacia de los tratamientos biológicos en psoriasis moderada a grave en España; sin embargo, sólo se hizo un análisis de coste por número necesario a tratar; los datos se obtuvieron de un metanálisis en red que incluía todos los ensayos clínicos aleatorizados con medicamentos biológicos comercializados en

Cuadro 4. Comparación de eficacia y seguridad entre las terapias administradas

Variables	Terapia sistémica convencional (n = 14)	Terapia biológica (n = 32)	Valor p
Puntaje PASI	18 ± 7	7 ± 6	< 0.001
Superficie corporal afectada (%)	28 ± 10	12 ± 9	< 0.001
Percepción subjetiva de mejoría (%)	59 ± 23	84 ± 20	< 0.001
Efectos adversos			
Sin	13	24	
Locales	0	0	
Sistémicos	1	8	0.16
Infecciones			
Ninguna	10	23	
Respiratoria	3	6	
Urinaria	1	3	0.955

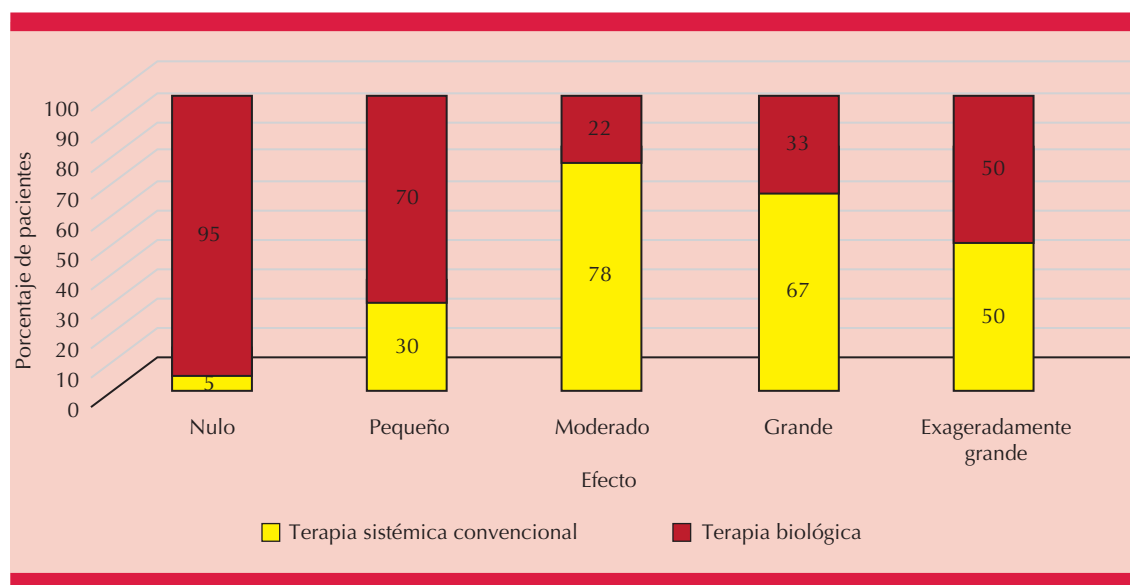


Figura 2. Repercusión del tratamiento indicado en la calidad de vida.

España. Los autores concluyeron que ixekizumab mostró menor coste y encontraron respuesta PASI 75. Los medicamentos en orden de mayor a menor eficacia fueron ixekizumab, ustekinumab, secukinumab, infliximab, etanercept y adalimumab.^{7,20}

La experiencia clínica del uso de terapia biológica es relativamente limitada y es necesario

definir mejor qué pacientes son aptos y quiénes se benefician sin poner en riesgo su seguridad.

Por lo anterior, este estudio se considera de los primeros en tratar de forma general la repercusión de la terapia biológica en pacientes con psoriasis; no sólo ayuda a garantizar un tratamiento seguro y efectivo, sino que también contribuye a mejorar la calidad de vida de los

Cuadro 5. Distribución de variables de acuerdo con la calidad de vida (continúa en la siguiente página)

Variables	Efecto					Valor p
	Sin	Pequeño	Moderado	Grande	Extremadamente grande	
Calidad de vida						
Terapia sistémica convencional	1	3	7	2	1	< 0.001
Terapia biológica	21	7	2	1	1	
Terapia biológica						
Inhibidor TNF-α	6	2	0	0	0	0.822
Inhibidor IL-17	15	5	2	1	1	0.868
Sexo						
Masculino	16	3	3	1	0	0.05
Femenino	6	7	6	6	2	
Grupo de edad						
Juventud (15 a 24)	0	1	0	0	0	0.497
Adulto joven (25 a 44)	8	3	2	0	1	
Adulto maduro (45 a 59)	8	4	4	3	1	
Adulto mayor (más de 60)	6	2	4	0	0	
Empleado	17	7	5	1	1	0.487
IMC (kg/m²)	30 ± 4	33 ± 6	29 ± 4	31 ± 3	35 ± 2	0.126
Diabetes mellitus	10	7	3	1	1	0.552
Hipertensión arterial	9	7	1	1	1	0.14
Dislipidemia	6	3	0	2	1	0.169
Tabaquismo	2	2	0	1	0	0.429
Artritis	7	2	6	1	0	0.188
Hepatopatía	3	2	0	0	1	0.326
Enfermedades mentales	1	1	1	2	0	0.029
Área afectada						
Cara	0	0	2	1	1	0.02
Piel cabelluda	3	5	5	2	2	0.019
Tronco	7	7	4	2	2	0.142
Genitales	1	4	5	3	0	< 0.001
Presacra	4	5	8	2	1	0.007
Miembros torácicos	7	5	9	2	2	0.007
Miembros pélvicos	12	9	9	2	2	0.048
Palmas	1	0	1	0	1	0.109
Plantas	0	0	1	0	0	0.379
Uñas	1	0	1	0	0	0.795
Terapia indicada previamente						
Tópica	17	8	9	3	1	0.344

Cuadro 5. Distribución de variables de acuerdo con la calidad de vida

Variables	Efecto					Valor p
	Sin	Pequeño	Moderado	Grande	Extremadamente grande	
Sistémico convencional	20	7	4	3	1	0.05
Biológica	3	1	2	0	1	0.556
Efectos adversos						
Fatiga	1	0	0	1	0	
Mareos	2	0	0	0	0	
Náuseas	1	0	0	0	1	
Artralgias	0	1	0	0	1	
Eritrodermia	1	1	0	0	0	0.196
Infecciones						
Sin	16	8	5	3	1	
Respiratorias	4	1	4	0	0	
Urinarias	2	1	0	0	1	0.251
Tiempo de evolución de la psoriasis (años)	13 ± 10	12 ± 10	11 ± 9	7 ± 5	5 ± 1	0.22
Tiempo de tratamiento (meses)	8 ± 5	5 ± 5	7 ± 5	6 ± 5	5 ± 1	0.385
Biológico indicado						
Adalimumab	6	1	0	0	0	
Certolizumab	0	1	0	0	0	
Secukinumab	14	5	2	1	1	
Ixekizumab	1	0	0	0	0	0.911
Percepción subjetiva de mejoría (%)	92 ± 8	80 ± 14	60 ± 16	40 ± 30	25 ± 35	< 0.001
PASI (puntaje)	4 ± 4	9 ± 5	19 ± 5	18 ± 9	23 ± 1	< 0.001
Superficie corporal afectada (%)	8 ± 6	16 ± 8	31 ± 5	30 ± 12	34 ± 2	< 0.001

pacientes, para guiar en la toma de decisiones clínicas y optimizar los recursos de los sistemas de salud.

Si bien la terapia biológica ha demostrado ser altamente efectiva para el control de la psoriasis moderada a severa, es necesario evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo, esto debido a que la psoriasis no sólo afecta la piel, sino que implica mayor riesgo de comorbilidades, como artritis psoriásica, enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico y depresión. Por ello es fundamental entender cómo la terapia biológica proporciona otros beneficios más allá del control de la psoriasis.^{21,22}

El objetivo general del estudio fue evaluar el efecto de la terapia biológica en la calidad de vida y respuesta clínica en pacientes con psoriasis. Se demostró que sí existe un efecto positivo de la terapia biológica, comparada con la terapia sistémica convencional. Los datos sugieren que la terapia biológica ofrece una mayor efectividad clínica, evidenciada por el menor puntaje PASI (7 ± 6 vs 18 ± 7, $p < 0.001$) y el menor porcentaje de superficie corporal afectada (12 ± 9 vs 28 ± 10, $p < 0.001$). Los resultados obtenidos destacan la superioridad de la terapia biológica en el control de la psoriasis moderada a grave; además, la percepción subjetiva de mejoría por parte de los pacientes tratados con biológicos (84

$\pm 20\%$) refuerza su eficacia desde una perspectiva no sólo clínica, sino también del paciente.

El índice DLQI mostró resultados significativamente mejores en el grupo de terapia biológica; la mayoría de los pacientes con esta terapia reportó “sin efecto” (95%) o “efecto pequeño” (70%), en contraste con el grupo tratado con terapia sistémica convencional ($p < 0.001$). Esto resalta el beneficio clínico y psicosocial de los tratamientos biológicos debido a la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad en la población de estudio (11%).

Ciertas áreas de la piel afectadas específicas muestran varias asociaciones significativas en la calidad de vida, principalmente en áreas descubiertas y la zona genital. El área más comúnmente afectada en la población en general fueron los miembros pélvicos, incluso, en un 74%. La persistencia de estas lesiones en los miembros pélvicos podría estar relacionada con insuficiencia venosa periférica, aunque no se dispone de evidencia para confirmar esta observación.

Las características de la población estudiada son comunes de pacientes con psoriasis atendidos en un hospital de segundo nivel, con edad media de 50 años, sin predominio por sexo porque prácticamente la mitad de la población estudiada era del sexo masculino. La mayor proporción de individuos se encontraban empleados (67%). El índice de masa corporal (IMC) promedio (31 ± 3) evidencia que la mayoría de los pacientes tenían sobrepeso u obesidad (86%), una comorbilidad frecuente en sujetos con psoriasis y asociada con mayor efecto en la calidad de vida y respuesta al tratamiento.¹⁹⁻²⁵

En cuanto a perfil de seguridad, aunque se reportaron efectos adversos más frecuentes en el grupo que recibía terapia biológica (25 vs 7%), éstos no fueron estadísticamente significativos ($p = 0.16$).

Las infecciones respiratorias y urinarias fueron las más comunes en ambos grupos, sin diferencia relevante ($p = 0.955$). Esto indica que, si bien los biológicos tienen un perfil de seguridad aceptable, debe considerarse la vigilancia estrecha, especialmente en pacientes con comorbilidades.

Debilidades y limitantes del estudio

A pesar de los hallazgos relevantes, deben considerarse ciertas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra pequeño: la cantidad de individuos estimados necesarios calculados para la muestra era 81; sin embargo, no se logró completar la cifra prevista de individuos debido a que la cantidad de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y que acudieron en el periodo establecido fue insuficiente.

El tamaño de la población estudiada entre los grupos de terapia biológica y sistémica convencional no fue proporcional, lo que pudiera representar una limitación al momento de comparar los resultados obtenidos entre ambos tratamientos.

No es fácil comparar la eficacia de los nuevos fármacos biológicos entre sí debido a las variaciones de la muestra, la duración, el fármaco administrado, las dosis y la disponibilidad del fármaco en la sede de estudio. Además, no se evaluó el efecto a largo plazo de las terapias porque el diseño de estudio fue únicamente encuesta transversal, observacional, analítico y descriptivo.

Sería recomendable llevar a cabo un estudio que compare la eficacia de los diferentes tratamientos biológicos desde el inicio de su administración, con evaluaciones periódicas y objetivas y utilizando los diferentes métodos descritos.

Respecto del grupo de biológico administrado en la población de estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en efi-

cacia y severidad entre los diferentes biológicos porque en la unidad únicamente se dispone de inhibidores de TNF- α o IL-17, dos de los cuatro grupos de biológicos disponibles y aprobados para el tratamiento de la psoriasis de acuerdo con las directrices de la atención para el manejo de la psoriasis con productos biológicos de la Academia Americana de Dermatología de 2018.^{3,24,25}

CONCLUSIONES

La terapia biológica se posiciona como un método terapéutico altamente efectivo y seguro contra la psoriasis, al ofrecer una mejor respuesta clínica, mayor satisfacción del paciente y menor repercusión en la calidad de vida en comparación con la terapia sistémica convencional. La muestra estudiada fue pequeña y entre los grupos de terapia biológica y sistémica convencional no fue proporcional, lo que pudiera representar una limitación al momento de comparar los resultados obtenidos. Es necesario continuar evaluando su eficacia a largo plazo, así como realizar estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prospectivo para consolidar estos hallazgos. En México la experiencia clínica en el uso de terapia biológica aún es relativamente limitada y es necesario definir mejor qué pacientes son aptos, quiénes se benefician y el efecto a largo plazo, para guiar en la toma de decisiones clínicas y optimizar los recursos de los sistemas de salud.

REFERENCIAS

1. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet* 2021; 397 (10281): 1301-12.
2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: A review. *JAMA* 2020; 323 (19): 1945-1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4003>.
3. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80 (4): 1029-72. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.054>.
4. Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, et al. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2016; 30 (S2): 1-18. [https://doi.org/10.1016/S1578-2190\(09\)70064-5](https://doi.org/10.1016/S1578-2190(09)70064-5).
5. Guía de la Práctica Clínica 2013. Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas, evidencias y recomendaciones. <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/696GER.pdf>.
6. Puig L, Carrascosa JM, Notario N. Biosimilars in the treatment of psoriasis: *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2020; 111 (10): 809-817.
7. Núñez M, Huete T, de la Cueva P, et al. A cost-per-number needed to treat analysis assessing the efficiency of biologic drugs in moderate to severe plaque psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2019; 110 (7): 546-53. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2019.07.001>.
8. Carrascosa JM, Rivera N, Garcia-Doval I, et al. Does the treatment ladder for systemic therapy in moderate to severe psoriasis only go up? The percentage of patients with severe psoriasis on biologics increases over time. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2015; 106 (8): <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.04.013>.
9. Loos AM, Liu S, Segel C, et al. Comparative effectiveness of targeted immunomodulators for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis: A systematic review and network meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79 (1): 135-144.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.02.027>.
10. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 5 (5): CD011535. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011535.pub5>.
11. Ruiz-Villaverde R, Galán-Gutiérrez M, Llamas-Velasco M, et al. Position of the Spanish psoriasis group (GPs) on the use of biosimilar drugs in moderate to severe psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2023; 114 (6): T494-501.
12. Elewski BE, Lebwohl MG, Anadkat MJ, et al. Rapid and sustained improvements in Generalized Pustular Psoriasis Physician Global Assessment scores with spesolimab for treatment of generalized pustular psoriasis flares in the randomized, placebo-controlled Effisayil 1 study. *J Am Acad Dermatol* 2023; 89 (1): 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.02.040>.
13. Gisondi P, Altomare G, Ayala F, et al. Italian guidelines on the systemic treatments of moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31 (5): 774-90. <https://doi.org/10.1111/jdv.14114>.
14. Puig L. PASI90 response: the new standard in therapeutic efficacy for psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29 (4): 645-8. <https://doi.org/10.1111/jdv.12817>.
15. Burden AD, Bissonnette R, Lebwohl MG, et al. Psychometric validation of the generalized pustular psoriasis physician global assessment (GPPGA) and generalized pustular psoriasis area and severity index (GPPASI). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023; 37 (7): 1327-35. <https://doi.org/10.1111/jdv.1699>.

16. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19 (3): 210-6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
17. Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, et al. Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36. *Br J Dermatol* 2006; 154 (5): 844-849. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.07071.x>
18. Cabrera S, Chinniah N, Lock N, et al. Fiabilidad interobservador del PASI en un entorno clínico. *JAAD 1. Australas J Dermatol* 2015; 56 (2): 100-2. <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.12280>
19. Armstrong AW, Siegel MP, Bagel J, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: Treatment targets for plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76 (2): 290-8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.017>
20. Spencer RK, Jin JQ, Elhage KG, et al. Comparative efficacy of biologics and oral agents in palmoplantar psoriasis and palmoplantar pustulosis: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Am Acad Dermatol* 2023; 89 (2): 423-5. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.04.023>
21. Enos CW, Ramos VL, McLean RR, et al. Comorbid obesity and history of diabetes are independently associated with poorer treatment response to biologics at 6 months: A prospective analysis in Corrona Psoriasis Registry. *J Am Acad Dermatol* 2022; 86 (1): 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.06.883>
22. Ruiz-Villaverde R, Galán-Gutiérrez M, Llamas-Velasco M, et al. Actualización en el posicionamiento del Grupo Español de Psoriasis (GPS) en la utilización de medicamentos biosimilares en psoriasis moderada-grave. *Actas Dermo-Sifilográficas* 2023; 114 (6): 494-501. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.02.0118>
23. Elmetts CA, Korman NJ, Prater EF, et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol* 2021; 84 (2): 432-70. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.07.087>
24. Menter A, Gelfand JM, Connor C, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol* 2020; 82 (6): 1445-86. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.044>
25. Elmetts CA, Leonardi CL, Davis DMR, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80 (4): 1073-113. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.058>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando sólo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.