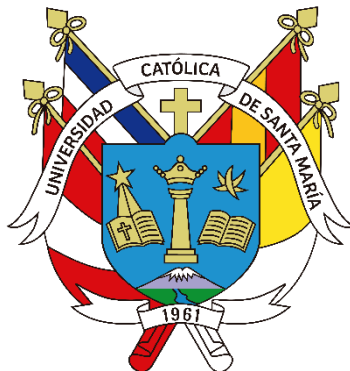


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Segunda Especialidad en Dermatología**



**Efectividad de los inhibidores de interleucina 17 frente a los anti-TNF en el  
manejo de la psoriasis severa en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin  
Escobedo, 2023-2025**

Proyecto de Investigación presentado por el M.C:

**Pareja Llamoca, Alejandro Helard**

**ORCID: 0009-0009-7067-2674**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Dermatología

Asesor:

**Dra. Salinas Rivera Glenny Betty**

**ORCID: 0009-0007-6919-7453**

**Arequipa - Perú**

**2025**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGIA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE PROYECTO / PLAN**

Arequipa, 21 de Agosto del 2025

**Dictamen: 016293-A-FMH-2025**

Visto el proyecto / plan del expediente 016293, presentado por:

**2022970961 - PAREJA LLAMOCA ALEJANDRO HELARD**

Titulado:

**EFFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE INTERLEUCINA 17 FRENTE A LOS ANTI-TNF EN EL  
MANEJO DE LA PSORIASIS SEVERA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN  
ESCOBEDO, 2023-2025**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29698155 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO  
DICTAMINADOR**



# EFFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE INTERLEUCINA 17 FRENTE A LOS ANTI-TNF EN EL MANEJO DE LA PSORIASIS SEVERA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, 2023-2025

## INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

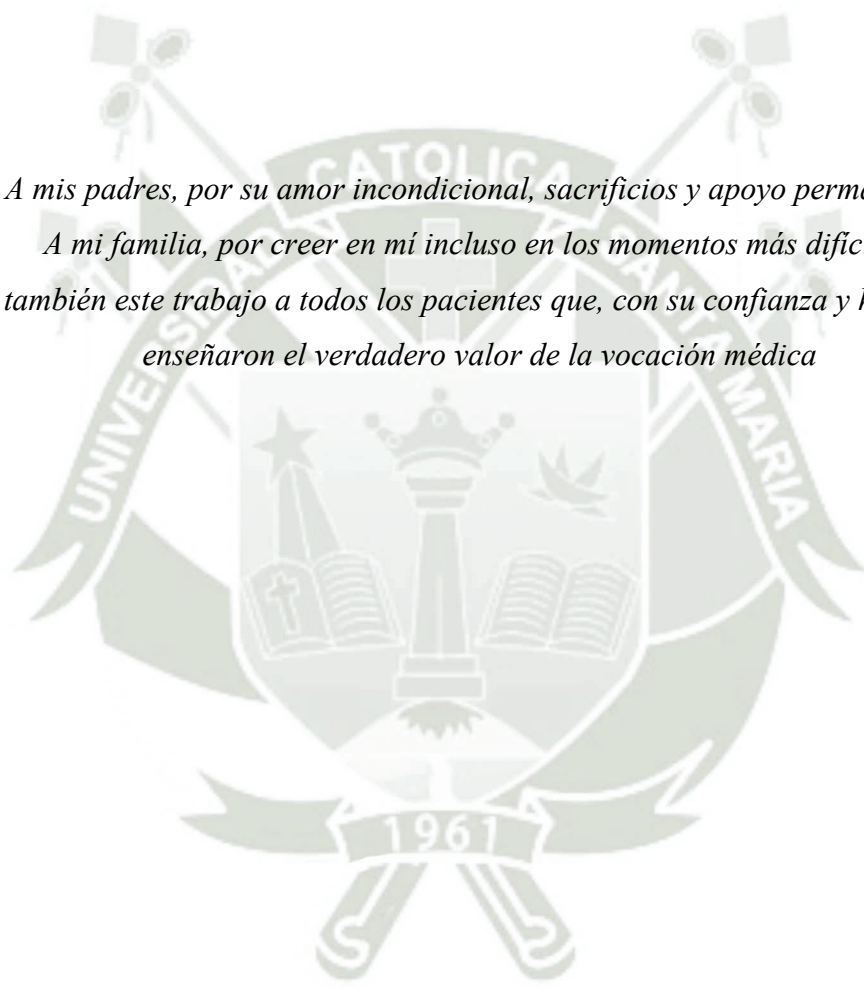
1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	5%
2	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	2%
3	link.springer.com Fuente de Internet	1%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	weber.org.es Fuente de Internet	1%
6	www.frontiersin.org Fuente de Internet	1%
7	buscador.una.edu.ni Fuente de Internet	1%

*Dedicatoria*

*A mis padres, por su amor incondicional, sacrificios y apoyo permanente.*

*A mi familia, por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.*

*Dedico también este trabajo a todos los pacientes que, con su confianza y humanidad, me enseñaron el verdadero valor de la vocación médica*

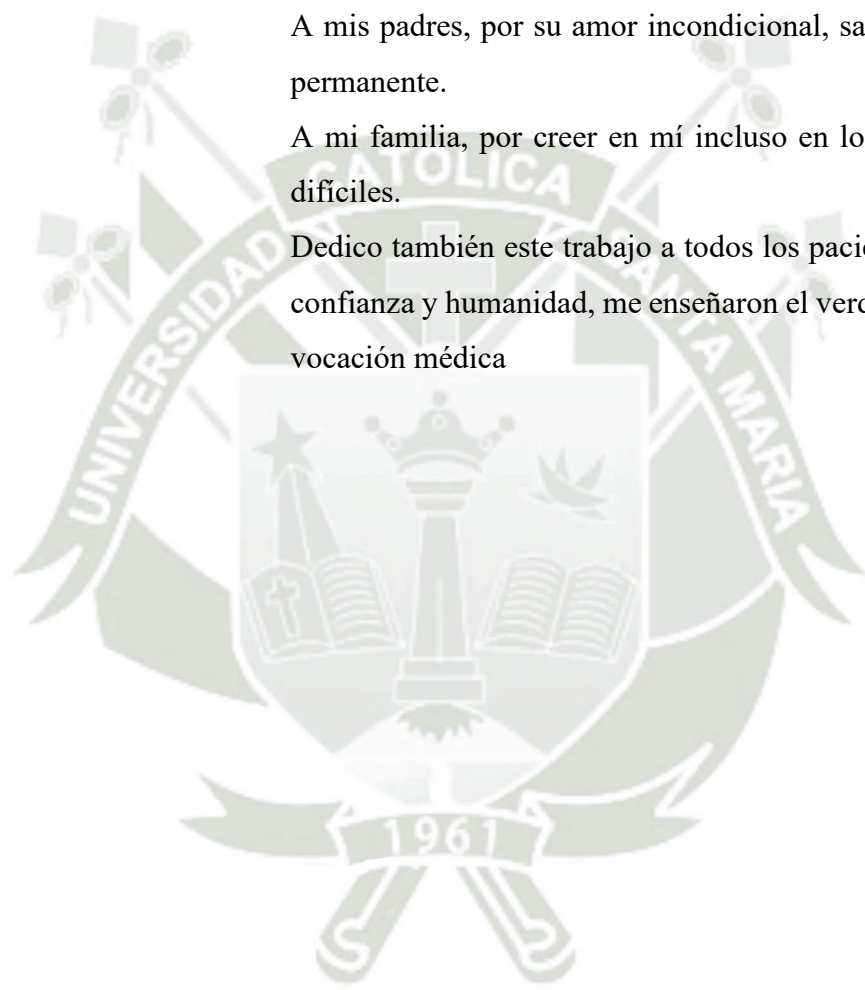


## *Agradecimientos*

A mis padres, por su amor incondicional, sacrificios y apoyo permanente.

A mi familia, por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

Dedico también este trabajo a todos los pacientes que, con su confianza y humanidad, me enseñaron el verdadero valor de la vocación médica



## RESUMEN

La psoriasis severa es una enfermedad inflamatoria crónica que en muchos casos no solo compromete la piel, sino también las articulaciones, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento con agentes biológicos ha representado una alternativa eficaz, destacando dos grupos principales: los inhibidores de interleucina 17 (IL-17) y los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF). Si bien ambos han demostrado eficacia clínica, existen diferencias en su perfil de respuesta y seguridad que aún requieren ser comparadas en contextos reales de atención. **Objetivo:** Evaluar si los inhibidores de interleucina 17 son más efectivos que los anti-TNF en el manejo de la psoriasis severa en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, durante el periodo 2023-2025. **Metodología:** Se realizará un estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva. La población estará conformada por pacientes con diagnóstico de psoriasis severa que hayan recibido tratamiento con inhibidores de IL-17 o anti-TNF. Se aplicará un muestreo censal. La recolección de datos se llevará a cabo mediante revisión de historias clínicas utilizando una ficha estructurada. Se evaluará la respuesta clínica hasta la semana 50 mediante los criterios PASI 75 para mejoría cutánea, la calidad de vida, la reducción de la superficie corporal afectada y la aparición de efectos adversos. El análisis estadístico se realizará con el programa SPSS versión 28, utilizando estadísticas descriptivas, pruebas de asociación y regresión logística multivariada.

**Palabras clave:** *psoriasis, terapia biológica, efectividad.*

## ABSTRACT

Severe psoriasis is a chronic inflammatory disease that in many cases not only involves the skin but also the joints, significantly affecting the quality of life of patients. Treatment with biologic agents has represented an effective alternative, with two main groups standing out: interleukin 17 (IL-17) inhibitors and tumor necrosis factor alpha inhibitors (anti-TNF). Although both have demonstrated clinical efficacy, there are differences in their response and safety profile that still need to be compared in real care settings. **Objective:** To evaluate whether interleukin 17 inhibitors are more effective than anti-TNF agents in the management of severe psoriasis at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital, during the period 2023-2025. **Methodology:** An observational, analytical, retrospective cohort study will be carried out. The population will consist of patients with a diagnosis of severe psoriasis who have received treatment with IL-17 inhibitors or anti-TNF. Census sampling will be applied. Data collection will be carried out by review of clinical histories using a structured chart. Clinical response up to week 50 will be assessed using the PASI 75 criteria for skin improvement, quality of life, reduction of affected body surface area and occurrence of adverse effects. Statistical analysis will be performed with SPSS version 28, using descriptive statistics, tests of association and multivariate logistic regression.

**Key words:** *psoriasis, biological therapy, effectiveness.*

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....</b>	<b>2</b>
1. Problema de investigación .....	3
1.1. Enunciado del problema.....	3
1.2. Descripción del problema.....	3
2. Justificación del Problema .....	5
3. Marco teórico .....	7
4. Antecedentes investigativos .....	10
4.1. A nivel local .....	10
4.2. A nivel nacional .....	10
4.3. A nivel internacional .....	10
5. Objetivos .....	14
6. Hipótesis.....	14
<b>II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>15</b>
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	15
1.1. Técnica .....	15
1.2. Instrumento.....	15
1.3. Materiales .....	15
2. Campo de verificación .....	15
2.1. Ubicación espacial.....	15
2.2. Ubicación temporal .....	15
2.3. Unidades de estudio .....	16
3. Estrategia de recolección de datos .....	17
3.1. Organización .....	17
3.2. Recursos .....	17
3.3. Plan de procesamiento de datos .....	18
<b>CRONOGRAMA .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>21</b>

**INDICE DE ANEXOS**

**ANEXO 1.....24**



## INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de base inmunológica que afecta principalmente la piel, aunque también puede comprometer las articulaciones en forma de artritis psoriásica. El impacto de la enfermedad va más allá de las manifestaciones cutáneas, ya que puede generar limitación funcional, deterioro de la salud mental y una disminución importante en la calidad de vida del paciente.

En la última década, el tratamiento de la psoriasis severa ha sido revolucionado por el uso de agentes biológicos, los cuales han mostrado una eficacia superior frente a los tratamientos convencionales. Entre estos, destacan los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) y los inhibidores de interleucina 17 (IL-17), ambos con mecanismos de acción distintos, pero con resultados clínicos significativos. Sin embargo, la elección entre uno u otro suele depender de la disponibilidad, experiencia clínica y perfil del paciente, más que de comparaciones directas de efectividad y seguridad en la práctica real.

Se ha reportado que los inhibidores de IL-17 pueden ofrecer una respuesta más rápida y sostenida en términos de mejoría cutánea, medida por la reducción del índice PASI, mientras que los anti-TNF tienen un mayor historial de uso en el manejo de la afectación articular. No obstante, los resultados de estudios clínicos no siempre se reproducen en escenarios reales, donde factores como comorbilidades, adherencia y duración del tratamiento pueden modificar los desenlaces. Además, los efectos adversos asociados al tratamiento biológico varían según el tipo de fármaco y las características del paciente.

En este contexto, se hace necesario evaluar comparativamente la efectividad y seguridad de ambos grupos terapéuticos en pacientes con psoriasis severa, especialmente en instituciones de salud pública donde el acceso a ciertos medicamentos puede estar restringido. El presente estudio busca aportar evidencia local sobre la respuesta clínica y la aparición de eventos adversos en pacientes tratados con inhibidores de IL-17 frente a aquellos tratados con anti-TNF, utilizando datos clínicos reales del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo durante el periodo 2023-2025.

## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

La psoriasis es un trastorno inflamatorio de la piel que afecta aproximadamente al 2 % de la población mundial (1), que afecta aproximadamente 125 millones de personas alrededor del mundo. Se presenta principalmente en personas de 15–25 años y es más común en latitudes más altas y en caucásicos en comparación con otros grupos étnicos (2). La prevalencia reportada de la psoriasis varía entre el 0.09% y el 11.4% (3). En Estados Unidos, se ha reportado que aproximadamente 8 millones de personas padecen de psoriasis (4). Por su parte, China tiene una prevalencia de 0.6%, con una mayoría presentando la enfermedad de moderada a severa (5). En América Latina se reportó una prevalencia estimada promedio del 2.1% (6), y en el Perú, se estima que aproximadamente 400 mil personas la padezcan (7).

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por el sistema inmunológico (8), caracterizada por una inflamación persistente y un crecimiento excesivo de las células cutáneas (9). Es una patología que puede generar manifestaciones cutáneas que cursan con dolor o picazón, pero también alteraciones emocionales como ansiedad y depresión. Además, se asocia a comorbilidades como obesidad, enfermedades cardiovasculares y trastornos inflamatorios crónicos (10). Al ser una enfermedad crónica sin cura definitiva, se convierte en un campo de gran interés en la dermatología, donde se busca frenar su evolución y lograr remisiones prolongadas mediante tratamientos cada vez más efectivos y personalizados (11).

El manejo actual de esta patología incluye terapias tópicas, fototerapia, tratamientos sistémicos orales y las terapias biológicas como opciones estándar para el tratamiento de la psoriasis (9). Específicamente, los agentes biológicos son útiles para controlar la psoriasis moderada a severa y mejorar la calidad de vida, pero muchos pacientes enfrentan barreras de acceso por motivos económicos, políticas de salud o criterios clínicos (12). Los primeros biológicos, como los anti-TNF, mejoraron los resultados clínicos en psoriasis moderada a severa, pero presentaban efectos adversos y requerían administración frecuente; en cambio, las terapias más recientes dirigidas a interleucinas (IL), como la IL-12, IL-17 e IL-23, han demostrado mayor eficacia y tolerancia (13).

Sin embargo, los estudios que comparan la efectividad entre los primeros biológicos como los anti-TNF y terapias más recientes como el IL-17 son limitados y, en su mayoría, han sido desarrollados en poblaciones de otros continentes, con características genéticas,

ambientales y étnicas distintas a las de Latinoamérica. Esta brecha en la evidencia clínica limita la aplicabilidad de los resultados a la realidad de los pacientes con psoriasis severa que son atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, y demás establecimientos de salud a nivel nacional.

## 1. Problema de investigación

### 1.1. Enunciado del problema

¿Los inhibidores de interleucina 17 son más efectivos que los anti-TNF en el manejo de la psoriasis severa en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, 2023-2025?

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Dermatología
- Línea: Enfermedades crónicas o transmisibles

#### 1.2.2. Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Categoría	Escala
<b>Variable independiente</b>			
Tipo de biológico recibido	Medicamento biológico registrado en la historia clínica como tratamiento principal para psoriasis severa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibidor de IL-17</li> <li>• Anti-TNF</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
<b>Variables dependientes</b>			
Respuesta clínica favorable	Reducción $\geq 75\%$ del puntaje PASI (PASI 75) respecto al basal al control de la semana 50.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Impacto en la calidad de vida	Puntaje obtenido en el Dermatology Life Quality Index (DLQI) al control de la semana 50.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-1: Sin impacto</li> <li>• 2-5: Leve</li> <li>• 6-10: Moderado</li> <li>• 11-20: Severo</li> <li>• 21-30: Muy severo</li> </ul>	Cualitativa nominal politómica

Superficie corporal afectada	Diferencia entre el porcentaje estimado de superficie corporal afectada por lesiones psoriásicas (BSA), al inicio y a la semana 50.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje</li> </ul>	Cuantitativa continua
Efectos adversos	Registro de eventos adversos atribuibles al tratamiento biológico durante el seguimiento hasta la semana 50.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
<b>Variables intervinientes</b>			
Edad	Edad del paciente registrada al inicio del tratamiento.	Años	Cuantitativa continua
Sexo	Sexo biológico del paciente según la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Duración de la enfermedad	Tiempo en años desde el diagnóstico inicial de psoriasis severa hasta el inicio del tratamiento biológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 2 años</li> <li>• ≥ 2 años</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Comorbilidades	Diagnóstico de alguna enfermedad concomitante con la psoriasis registrado en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Existe diferencia en la respuesta clínica favorable entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF?
- ¿Existe diferencia en la calidad de vida entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF?
- ¿Existe diferencia en la reducción del porcentaje de superficie corporal afectado entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF?
- ¿Existe diferencia en la incidencia de efectos adversos entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF?

#### 1.2.4. Tipo de investigación

Aplicado, ya que busca generar conocimiento útil para la toma de decisiones clínicas en el tratamiento de la psoriasis severa, comparando la efectividad de dos grupos terapéuticos con base en resultados observados en la práctica médica real.

#### 1.2.5. Diseño de investigación

Se realizará un estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva, en el que se evaluará a pacientes con diagnóstico de psoriasis severa que hayan recibido tratamiento con inhibidores de interleucina 17 o con anti-TNF, en base a registros clínicos para determinar la respuesta terapéutica y la aparición de efectos adversos hasta la semana 50 de tratamiento.

#### 1.2.6. Nivel de investigación

Correlacional, ya que se busca identificar la asociación entre el tipo de tratamiento biológico recibido (IL-17 vs anti-TNF) y los desenlaces clínicos obtenidos (respuesta articular, respuesta cutánea y eventos adversos).

## 2. Justificación del Problema

- **Originalidad:** Hasta la fecha, en el contexto nacional y local no han sido realizados estudios en los que se evalúe la efectividad del inhibidor de IL-17 frente a los anti-TNF, aun cuando estos medicamentos biológicos nuevos son de uso rutinario en los servicios de dermatología. Por tanto, este estudio será un aporte nuevo para la comunidad científica y médica peruana, ya que permitirá conocer la efectividad del inhibidor de IL-17 en población nacional, permitiendo a los profesionales de la salud tomar decisiones terapéuticas informadas, basadas en evidencia contextualizada, y así se podrá contribuir a un manejo más eficaz y personalizado de la psoriasis severa en el Perú.
- **Científica:** La mayoría de estos estudios sobre el tratamiento de psoriasis severa se han realizado en poblaciones con características genéticas, ambientales y sociales distintas a las de la población peruana. Por tanto, se requiere evidencia local que evalúe la efectividad real de estas terapias en el contexto local y nacional. Por tanto, comparar de manera directa el rendimiento terapéutico de los anti-TNF

y los inhibidores de IL-17 en población peruana permitirá generar información científica relevante y contextualizada que pueda orientar futuras decisiones clínicas, guías terapéuticas y políticas sanitarias basadas en evidencia nacional. Además, podrá ser comparada con hallazgos de investigaciones en otras poblaciones, sumándose de esta manera al acervo científico mundial.

- **Social:** Desde una perspectiva social, es posible aseverar que la psoriasis severa no solo afecta la salud física de los pacientes, sino que también impacta profundamente en su bienestar emocional, integración social y productividad. Por tanto, el acceso oportuno a tratamientos eficaces es fundamental para mejorar su calidad de vida, evitar complicaciones y reducir la carga sobre los servicios de salud. No obstante, muchos pacientes aún enfrentan barreras en el acceso a terapias biológicas, ya sea por desconocimiento de su efectividad, acceso u costo en el entorno local. Por tal motivo, este estudio busca reducir brechas en la atención de la psoriasis al generar evidencia local que respalde tratamientos más eficaces y equitativos, fortaleciendo así la atención dermatológica en hospitales a nivel nacional, y a la vez promover un abordaje más integral de una enfermedad con alto impacto social y psicológico.
- **Factibilidad:** Este estudio es factible porque será realizado con el permiso de para acceder a las historias clínicas de los pacientes con psoriasis severa que acuden al Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo de 2023 a 2025. Asimismo, para el desarrollo de este estudio se tiene el apoyo de este nosocomio, así también se cuenta con un asesor ampliamente capacitado en el tema, en la recolección de datos y en su análisis. Por otro lado, al tratarse de un estudio retrospectivo, no se requerirá contacto directo con los pacientes, lo que facilita su ejecución y reduce de manera significativa los costos operativos, costos que serán asumidos por la médico residente responsable del trabajo de investigación.
- **Interés Personal:** La psoriasis es una patología que he podido observar con relativa frecuencia durante la residencia médica en dermatología, especialmente por su cronicidad y por el desafío que implica su tratamiento en muchos de los pacientes. Por ejemplo, existen pacientes que acuden al Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo presentando psoriasis severa luego de haber utilizado diferentes tratamientos que no siempre logran una mejoría de la enfermedad, los cuales, además de presentar una inmensa preocupación por su salud, manifiestan también problemas psicológicos. Esta experiencia ha despertado en mí un interés particular

por contribuir a mejorar el enfoque terapéutico de estos casos, especialmente mediante el uso racional y contextualizado de terapias biológicas. Considero que este estudio no solo reforzará mis competencias clínicas y de investigación, sino que también me permitirá aportar evidencia útil para optimizar el tratamiento de la psoriasis severa en la población peruana.

### 3. Marco teórico

Los informes sugieren que, a nivel mundial, alrededor del 2-3% de la población padece psoriasis (14). Su prevalencia varía ampliamente, entre 30 y 320 casos por cada 100 mil personas (15). Estudios reportan que es más común en personas de piel clara y suele aparecer entre los 16-22 y 57-60 años (16). En adultos, se estima que la prevalencia oscila entre 0.5-11.4%, mientras que en niños se sitúa entre 0-1.3%, mostrando una distribución irregular según poblaciones y grupos étnicos (17). Existen estudios que reportan que su prevalencia en Estados Unidos es del 1% de la población general, en España entre 1.2-1.43% y en Sudamérica del 0.1% en población hospitalaria. En Argentina se estima que hay 800 mil pacientes con psoriasis, mientras que en Perú un estudio reportó un promedio de 400 mil personas afectadas (7).

La psoriasis es una patología dermatológica inflamatoria crónica, de etiología inmunomediada, que se caracteriza por la aparición de placas eritematoescamosas que pueden localizarse en distintas partes del cuerpo (18). Es una enfermedad inflamatoria multifactorial en la que la genética juega un papel predominante, pero con factores ambientales como el estrés, la obesidad, el tabaquismo, ciertos medicamentos y el litio que pueden exacerbarla (19). Adicionalmente, la psoriasis se puede clasificar en tipo uno, que inicia antes de los cuarenta años, presenta antecedentes familiares y está asociada al antígeno HLA-Cw6; y tipo dos, que aparece después de los 40 años, sin antecedentes familiares ni relación genética conocida (20).

Fisiopatológicamente, se entiende a la psoriasis como una enfermedad inflamatoria crónica mediada por el sistema inmunológico, en la que la vía IL-23/Th17 desempeña un rol central al inducir la diferenciación de células Th17 y la producción de citocinas proinflamatorias como IL-17, IL-22, TNF- $\alpha$  y GM-CSF. Estas citocinas estimulan a los queratinocitos a producir quimiocinas, factores de crecimiento y péptidos antimicrobianos, perpetuando la inflamación y el engrosamiento de la epidermis. TNF- $\alpha$  e IL-17A actúan de manera sinérgica, intensificando la cascada inflamatoria. Además,

otras vías inmunológicas, como la IL-12/IFN- $\gamma$  y la familia IL-36, también están involucradas (21).

Los pacientes con psoriasis presentan el prurito como el síntoma más común y, al rascarse, pueden inducir la formación de nuevas lesiones, lo que contribuye a un ciclo repetitivo de daño cutáneo (22). También presentan grietas o sangrado, enrojecimiento y descamación de la piel (23). Clínicamente, la psoriasis se caracteriza por placas eritematosas elevadas y bien definidas, que generalmente están cubiertas de escamas. Los lugares afectados frecuentemente son el cuero cabelludo con vello (79.9%), las superficies extensoras de los miembros superiores e inferiores, la región lumbosacra, el área genital incluyendo la hendidura anal (30.7%) y las uñas (45.5%) (24).

Asimismo, presenta múltiples fenotipos clínicos, siendo el más común la psoriasis en placas crónica, caracterizada por placas bien delimitadas con escamas plateadas, simétricas y ubicadas en zonas como codos, rodillas, región lumbosacra y cuero cabelludo. Otras formas menos frecuentes incluyen la psoriasis guttata, vinculada a infecciones faríngeas y común en jóvenes; la eritrodérmica, una forma grave con afectación extensa de la piel y riesgo sistémico; y las variantes pustulosas, que presentan pústulas estériles y pueden ser potencialmente mortales, especialmente en su forma generalizada. Existen además variantes según la localización como son la psoriasis inversa en pliegues, la palmoplantar, la sebopsoriasis y la psoriasis ungueal, que afecta al 50% de los pacientes y se asocia con mayor riesgo de artritis psoriásica (25).

El diagnóstico de la psoriasis es clínico y puede apoyarse en el raspado metódico, una técnica sencilla que permite observar tres signos característicos que son el desprendimiento de escamas blancas secas (signo de la vela de estearina), la aparición de una membrana húmeda y blanquecina (signo de la membrana desplegable), y un punteado hemorrágico al raspar (signo del rocío sangrante o de Auspitz), considerado patognomónico de la enfermedad (26). A su vez, existen diferentes parámetros para cuantificar su severidad como: el área de superficie corporal afectada (BSA), la evaluación global del investigador (IGA), el índice de severidad y extensión (PASI), la evaluación de la calidad de vida (DLQI), entre otras (27,28)

Según el BSA, es leve si el área de la superficie corporal afectada es  $<3\%$ , moderada entre  $3\%$  y  $<10\%$ , y severa si es  $\geq 10\%$ . Por su parte, IGA clasifica la psoriasis como

leve con un puntaje de 1, moderada con 2, y severa con valores de 3 o 4. A su vez, según el PASI es leve si es  $<3$ , moderado si está entre 3 y  $<10$ , y severo si es  $\geq 10$  (27). Esta última obtiene la puntuación evaluando eritema, descamación e infiltración de las placas en relación con el área corporal afectada, con una puntuación que va de 0 a 72. Por su parte, el DLQI, consta de 10 ítems que valoran su impacto en la calidad de vida del paciente, considerando aspectos como síntomas, actividades diarias, relaciones y tratamiento, con un puntaje de 0 a 30, donde  $>10$  se considera severa (28).

Por otro lado, es importante mencionar que la psoriasis se asocia estrechamente con otras patologías, como con el síndrome metabólico y diversas comorbilidades como obesidad, hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemia, enfermedad hepática grasa no alcohólica y enfermedades cardiovasculares. La inflamación sistémica crónica característica de la psoriasis promueve resistencia a la insulina, disfunción endotelial y aterosclerosis, lo que incrementa el riesgo de infarto, accidente cerebrovascular y muerte cardiovascular. Factores como el sobrepeso, niveles elevados de leptina, y dislipidemias también la agravan (29).

En relación con el tratamiento de la psoriasis, este depende del grado de severidad y se ha diversificado en los últimos años. Para casos leves, se utilizan tratamientos tópicos como cremas o espumas, con formulaciones que mejoran la penetración y reducen efectos adversos. La fototerapia es efectiva en psoriasis moderada y consiste en exposiciones controladas a luz UV, aunque con el riesgo de daño cutáneo a largo plazo. También han surgido terapias dirigidas con moléculas pequeñas, como los inhibidores de PDE4 (apremilast) o TYK2 (deucravacitinib), que ofrecen buena eficacia con un perfil de seguridad aceptable y comparaciones favorables frente a tratamientos biológicos en estudios clínicos (30).

Los fármacos biológicos han transformado la terapia de la psoriasis moderada a severa al bloquear específicamente citocinas como TNF- $\alpha$ , IL-17 e IL-23 (30). Esto debido a que las terapias tópicas y orales, presentaron una eficacia limitada y la necesidad de monitoreo constante, lo que motivó el desarrollo de agentes biológicos dirigidos a citocinas inflamatorias. Estas citocinas son proteínas señalizadoras clave en la enfermedad. Los primeros biológicos, como etanercept e inhibidores de TNF- $\alpha$ , mejoraron resultados clínicos, pero con efectos adversos y requerimientos frecuentes de

administración. En los últimos años, terapias más selectivas dirigidas a IL-12, IL-17 e IL-23 han mostrado eficacia para la psoriasis moderada a severa (13).

Específicamente, los inhibidores de IL-17 son todos anticuerpos monoclonales, que han demostrado beneficios clínicos significativos en diversas manifestaciones de la psoriasis. Medicamentos como secukinumab e ixekizumab (dirigidos contra IL-17A), brodalumab (contra IL-17RA) y bimekizumab (contra IL-17A y F) logran mejoras marcadas. Además, estos fármacos muestran eficacia en áreas difíciles como cuero cabelludo y uñas, y reducen síntomas articulares como entesitis, dactilitis y enfermedad axial. Sin embargo, pueden empeorar la enfermedad inflamatoria intestinal en algunos pacientes y están asociados a efectos adversos como infecciones, reacciones en el sitio de inyección y candidiasis leve (31).

Sin embargo, a pesar de contar con opciones terapéuticas efectivas la psoriasis continúa siendo una enfermedad infratratada, esto se evidencia con estudios recientes que revelan que una gran proporción de pacientes con psoriasis moderada a severa no reciben tratamiento adecuado ni seguimiento médico regular (32). Esta brecha en la atención expone la necesidad de investigar más a fondo los tratamientos disponibles, con el objetivo de optimizar el abordaje terapéutico y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, este estudio resulta beneficioso al permitir identificar con mayor precisión qué grupo de fármacos ofrece mejores resultados en la población nacional, facilitando decisiones clínicas efectivas y personalizadas en el manejo de la psoriasis severa.

#### 4. Antecedentes investigativos

##### 4.1. A nivel

##### 4.2. A nivel nacional

No se han hallado estudios realizados a nivel nacional que puedan aportar información relevante a este estudio.

##### 4.3. A nivel internacional

- **Título:** “*Efficacy of secukinumab and adalimumab in patients with psoriatic arthritis and concomitant moderate-to-severe plaque psoriasis: results from EXCEED, a randomized, double-blind head-to-head monotherapy study*”

**Autores:** “Gottlieb A b., Merola J f., Reich K, Behrens F, Nash P, Griffiths C e. m., et al.”

Gottlieb A et al. (Suiza, 2021) estudiaron los resultados a 52 semanas de pacientes con artritis psoriásica activa y psoriasis en placas de moderada a severa concomitante, mediante un ensayo comparativo de monoterapia entre secukinumab (SEC) y adalimumab (ADA), que incluyó a 853 pacientes. Del total de pacientes, el 24.7% presentaban psoriasis moderada a severa concomitante. Hasta la semana 50, el 5.5% de los pacientes interrumpió el tratamiento con SEC frente al 17.8% en el grupo de ADA. La proporción de pacientes que alcanzaron una respuesta ACR 20 (criterios del Colegio Americano de Reumatología) fue del 76.4% con SEC frente al 68.3% con ADA ( $p=0.175$ ), la respuesta PASI 100 fue del 39.1% frente al 23.8% ( $p=0.013$ ), y la mejoría simultánea en ACR 50 y PASI 100 en la semana 52 fue del 28.2% frente al 17.7%, respectivamente ( $p=0.06$ ). Concluyeron que, en pacientes con artritis psoriásica activa y psoriasis en placas moderada a severa, SEC mostró mayor eficacia global y mejor tolerancia que ADA (33).

- **Título:** “*Efficacy, Safety, and Pharmacoeconomic Analysis of Adalimumab and Secukinumab for Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Single-Center, Real-World Study*”

**Autores:** “Li G, Gu Y, Zou Q, Wang Y, Xiao Y, Xia D, et al.”

Li G et al. (China, 2022) investigaron la eficacia y seguridad de ADA y SEC en la práctica clínica real, mediante un estudio prospectivo que incluyó un total de 183 pacientes con psoriasis moderada a severa tratados con SEC ( $n=87$ ), ADA ( $n=55$ ) o metotrexato (MTX,  $n=41$ ). Se observó una reducción significativa en los puntajes PASI y BSA desde la semana 4 hasta la 12 en todos los grupos, siendo SEC el que mostró mayor eficacia. A las 12 semanas, la proporción de pacientes que alcanzaron PASI 75 fue significativamente mayor en SEC comparado con ADA y MTX ( $p<0.01$  para todas las comparaciones: SEC vs ADA, SEC vs MTX, ADA vs MTX). En términos de seguridad, ADA presentó mayor incidencia de eventos adversos (56.36%) frente a SEC (44.83%) ( $p=0.03$ ); las reacciones en el sitio de inyección también fueron más frecuentes con ADA (12.73% vs 2.30%,  $p=0.02$ ). Concluyeron que SEC mostró mayor eficacia clínica cuando comparado a ADA (8).

- **Título:** “*Assessment of TNF- $\alpha$ , IL-12/23, and IL-17 in Psoriasis: Only TNF- $\alpha$  Reflects Clinical Response After 12 Weeks of Biologic Treatment*”

**Autores:** “Matei-Man AM, Vesa C, Pușcaș AD, Orăsan MS, Homorozeanu B, Candrea E, et al.”

Matei-Man et al. (Rumanía, 2025) investigaron si los niveles séricos de TNF- $\alpha$ , IL-17A, IL-17F e IL-12/23p40 disminuyen tras 12 semanas de tratamiento biológico y si dichos niveles se correlacionan con la puntuación PASI, mediante un estudio prospectivo en el que participaron 36 pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave. Los resultados del estudio mostraron que, tras 12 semanas de tratamiento biológico en pacientes con psoriasis, los niveles séricos de TNF- $\alpha$ , IL-17A, IL-17F e IL-12/23p40 disminuyeron, al igual que la puntuación PASI. Sin embargo, solo se encontró una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la puntuación PASI y los niveles de TNF- $\alpha$  a las 12 semanas ( $p=0.018$ ), mientras que no se observaron correlaciones relevantes con los niveles de IL-17A, IL-17F ni IL-12/23. Concluyeron que, tras el tratamiento biológico disminuyeron los niveles séricos de citoquinas, y la puntuación PASI, aunque solo TNF- $\alpha$  presentó una correlación significativa con la actividad clínica (34).

- **Título:** “*Ixekizumab and brodalumab indirect comparison in the treatment of moderate to severe psoriasis: Results from an Italian single-center retrospective study in a real-life setting*”

**Autores:** “Megna M, Potestio L, Camela E, Fabbrocini G, Ruggiero A”

Megna M et al. (Italia, 2022) compararon indirectamente la eficacia y seguridad de ixekizumab y brodalumab en pacientes con psoriasis, a través de un estudio retrospectivo que incluyó a 139 pacientes con psoriasis moderada a severa. Del total de pacientes, el 70.5% recibieron ixekizumab y el 29.5% brodalumab. Encontraron que ixekizumab redujo significativamente el puntaje PASI desde  $18.4 \pm 7.2$  al inicio hasta  $0.9 \pm 0.6$  a la semana 24 ( $p < 0.001$ ), mientras que brodalumab mostró una reducción de  $16.2 \pm 5.4$  a  $1.3 \pm 0.4$  en el mismo periodo ( $p < 0.001$ ), sin diferencias significativas entre ambos grupos en PASI promedio ni BSA. Aunque ixekizumab alcanzó tasas más altas de respuesta PASI90 y PASI100 en todas las evaluaciones (hasta 83.6% y 71.5% vs. 75.6% y 60.9% a la semana 24), estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los efectos adversos fueron leves y similares

entre grupos, y solo un paciente con ixekizumab interrumpió por candidiasis oral. La tasa de discontinuación fue menor en ixekizumab (9.1% vs. 17.1%), sin diferencias significativas. Concluyeron que la eficacia y seguridad fueron comparables entre ixekizumab y brodalumab (35).

- **Título:** “*Ixekizumab Effectiveness and Safety in the Treatment of Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Multicenter, Retrospective Observational Study*”

**Autores:** “Chiricozzi A, Burlando M, Caldarola G, Conti A, Damiani G, De Simone C, et al.”

Chiricozzi A et al. (Italia, 2020) analizaron la efectividad y seguridad de ixekizumab en una cohorte de pacientes con psoriasis, mediante un estudio retrospectivo en 201 pacientes con psoriasis moderada a severa. Se observó una reducción significativa del puntaje PASI desde  $14.3 \pm 5.8$  al inicio hasta  $4.9 \pm 4.2$  a la semana 4 ( $p < 0.01$ ),  $1.9 \pm 2.9$  a la semana 12 y  $0.9 \pm 1.6$  a la semana 24 (ambos  $p < 0.001$ ). A la semana 24, el 90 % alcanzó PASI 75, el 72 % PASI 90 y el 57 % PASI 100. La tasa de abandono por eventos adversos fue baja (2 %) y los efectos adversos más frecuentes fueron leves. Concluyeron que el ixekizumab fue eficaz y seguro en el tratamiento de la psoriasis (36).

- **Título:** “*Six-Month Real-World Study to Assess the Effectiveness of Ixekizumab After Switching from IL-23 Inhibitors and Other Biologic Therapies: The CorEvitas Psoriasis Registry*”

**Autores:** “Lebwohl M, Strober B, Schrader A, Li AH, Eckmann T, Zhu B, et al.”

Lebwohl M et al. (Estados Unidos, 2024) evaluaron la efectividad de ixekizumab a los 6 meses tras cambiar desde cualquier otro biológico, así como si la clase de biológico previa influía en la efectividad, mediante un estudio prospectivo en el que se incluyeron 743 pacientes con psoriasis moderada a severa. Encontraron mejoras significativas a los 6 meses: PASI  $-4.9$  ( $p < 0.001$ ) y BSA  $-7.5$  ( $p < 0.001$ ). El 54% alcanzó PASI75, 41% PASI90, y 31% PASI100. Al comparar con pacientes que venían de otros inhibidores de IL-17, los que venían de anti-TNF o IL-12/23i fueron significativamente más propensos a alcanzar PASI100 (RR:1.31;  $p < 0.05$ ) e IGA 0/1 (RR:1.32;  $p < 0.01$ ), mientras que los que venían de IL-23i lograron mayores tasas de PASI90 (RR:1.45;  $p < 0.01$ ), PASI100 (RR:1.55;  $p < 0.01$ ) e IGA 0/1 (RR 1.39;  $p <$

0.01). Concluyeron que el ixekizumab fue efectivo clínicamente incluso tras fallos previos con otras terapias biológicas (37).

## 5. Objetivos

### Objetivo principal

Evaluar si los inhibidores de interleucina 17 son más efectivos que los anti-TNF en el manejo de la psoriasis severa en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, 2023-2025.

### Objetivos específicos

- Comparar la respuesta clínica favorable entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF.
- Comparar la calidad de vida entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF.
- Comparar la reducción del porcentaje de superficie corporal afectado entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF.
- Comparar la incidencia de efectos adversos entre los pacientes con psoriasis severa que reciben inhibidores de interleucina 17 y los que reciben anti-TNF.

## 6. Hipótesis

### Hipótesis alternativa

Los inhibidores de interleucina 17 son más efectivos que los anti-TNF en el manejo de la psoriasis severa en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, 2023-2025.

### Hipótesis nula

Los inhibidores de interleucina 17 no son más efectivos que los anti-TNF en el manejo de la psoriasis severa en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, 2023-2025.

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

#### 1.1. Técnica

Se utilizará la revisión documental como técnica de recolección de datos, mediante el análisis sistemático de las historias clínicas electrónicas y físicas de los pacientes con diagnóstico de psoriasis severa atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo durante el periodo 2023-2025.

#### 1.2. Instrumento

Se empleará una ficha de recolección de datos estructurada, elaborada ad hoc, que incluirá variables sociodemográficas, clínicas, tipo de tratamiento biológico recibido (IL-17 o anti-TNF), respuesta terapéutica según PASI, DLQI, BSA, así como la presencia de efectos adversos hasta la semana 50 de seguimiento. Estos datos se obtendrán de las historias clínicas, ya que las evaluaciones han sido previamente realizadas por el médico especialista y registradas en los informes médicos.

#### 1.3. Materiales

- Ficha de recolección de datos
- Carpetas A4.
- Lapiceros
- Resaltadores
- Laptop

### 2. Campo de verificación

#### 2.1. Ubicación espacial

El estudio se desarrollará en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, ubicado en la ciudad de Arequipa, Perú.

#### 2.2. Ubicación temporal

Se considerarán datos de pacientes atendidos en el periodo comprendido entre junio de 2023 y junio de 2025.

## 2.3. Unidades de estudio

### 2.3.1. Universo

Pacientes con diagnóstico de psoriasis severa que han recibido tratamiento con medicamentos biológicos.

### 2.3.2. Población

Pacientes con diagnóstico de psoriasis severa que han recibido tratamiento con inhibidores de interleucina 17 o anti-TNF en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, durante el periodo de junio de 2023 a junio de 2025.

### 2.3.3. Criterios de selección

#### a) Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de psoriasis severa, según criterio clínico y/o PASI  $\geq 10$ , registrado en la historia clínica.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento con inhibidores de interleucina 17 (como secukinumab o ixekizumab) o anti-TNF (como etanercept, adalimumab o infliximab), registrado en la historia clínica.
- Pacientes con al menos 50 semanas de seguimiento clínico documentado desde el inicio del tratamiento biológico.
- Pacientes con historia clínica completa y con registros suficientes para evaluar la respuesta cutánea (PASI), calidad de vida /DLQI), superficie corporal afectada (BSA), así como los efectos adversos durante el seguimiento.

#### b) Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan recibido ambos tipos de biológicos (IL-17 y anti-TNF) de manera concomitante o secuencial durante el periodo de estudio.
- Pacientes que hayan abandonado el tratamiento o hayan sido perdidos durante el seguimiento antes de la semana 50.
- Pacientes que hayan recibido otros tratamientos inmunomoduladores (como metotrexato, ciclosporina, apremilast) de forma concomitante durante el uso del biológico.

#### 2.3.4. Muestra

Se utilizará un muestreo censal, debido a que el número de pacientes con diagnóstico de psoriasis severa tratados con inhibidores de interleucina 17 o anti-TNF en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo durante el periodo 2023-2025 es relativamente reducido. Por esta razón, se incluirán todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y no presenten criterios de exclusión.

### 3. Estrategia de recolección de datos

#### 3.1. Organización

Antes del inicio de este proceso, se solicitará la autorización del comité de ética correspondiente y de la oficina de estadística del hospital.

La recolección de datos se realizará a partir de la revisión de las historias clínicas. Primero, se elaborará una base de datos preliminar con la lista de pacientes con diagnóstico confirmado de psoriasis severa que hayan recibido tratamiento con inhibidores de interleucina 17 o anti-TNF, identificados mediante los registros del sistema de farmacia, consulta externa especializada y protocolos terapéuticos institucionales. Posteriormente, se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión, seleccionando únicamente a los pacientes que cuenten con al menos 50 semanas de seguimiento clínico documentado.

Una vez definida la muestra, se procederá a revisar de forma detallada cada historia clínica, registrando los datos en una ficha de recolección estructurada. Se recopilarán variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (tipo y duración de psoriasis, comorbilidades), tipo de biológico utilizado (IL-17 o anti-TNF), y desenlaces clínicos como la respuesta cutánea (PASI 75 a la semana 50), la calidad de vida, la superficie corporal afectada, y la aparición de efectos adversos. Los datos serán codificados de forma anónima y almacenados en una base digital segura de acceso restringido al equipo investigador.

#### 3.2. Recursos

##### 3.2.1. Humanos

- **Investigador:** M.C. Alejandro Pareja.
- **Asesor:** Dra Glenny Betty Salinas Rivera

### 3.2.2. Institucionales

- Historias clínicas.

### 3.2.3. Materiales

- Computadora personal con software estadístico SPSS versión 28 instalado, para el procesamiento y análisis de datos.
- Ficha de recolección de datos estructurada.
- Disco duro externo, para el almacenamiento y respaldo seguro de la base de datos.
- Material de oficina básico (papel bond, lapiceros, resaltadores, folders) para organización y anotaciones durante la revisión documental.
- Servicio de telefonía e internet.

### 3.2.4. Financieros

- Autofinanciado.

## 3.3. Plan de procesamiento de datos

Los datos recolectados serán ingresados y procesados en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 28. Previamente al análisis, se realizará un control de calidad, y luego se llevará a cabo un análisis descriptivo, bivariado y multivariado, según el siguiente esquema:

- **Análisis descriptivo:** Se calcularán frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas (tipo de tratamiento, sexo, presencia de efectos adversos, respuesta PASI 75 y la calidad de vida) y medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico) para las variables cuantitativas (edad, duración de la enfermedad, porcentaje de superficie corporal afectada).
- **Análisis bivariado:** Se utilizará la prueba de chi cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher (cuando corresponda) para comparar las proporciones de respuesta clínica y la incidencia de efectos adversos entre los grupos de tratamiento (inhibidores de IL-17 vs anti-TNF). Para las variables cuantitativas, se aplicará la prueba t de Student o la prueba de Mann-Whitney

U, dependiendo de la normalidad de los datos evaluada mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

- **Análisis multivariado:** Se construirá un modelo de regresión logística binaria para identificar la asociación entre el tipo de biológico utilizado y la presencia de una respuesta clínica favorable, la calidad de vida, la reducción de la superficie corporal afectada y la presencia de eventos adversos, ajustando por posibles variables confusoras como edad, sexo, comorbilidades y duración de la enfermedad. Se reportarán los odds ratios (OR) crudos y ajustados, con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % y valores p.



### CRONOGRAMA

Actividades	MESES					
	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
1. Elaboración y aprobación del protocolo	X					
2. Gestión de permisos y aprobación ética		X				
3. Revisión de historias clínicas y selección de muestra			X			
4. Recolección de datos			X	X		
5. Digitación y depuración de base de datos				X		
6. Análisis estadístico en SPSS					X	
7. Interpretación de resultados					X	
8. Redacción del informe final						X
9. Presentación y sustentación del trabajo						X

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Petit RG, Cano A, Ortiz A, Espina M, Prat J, Muñoz M, et al. Psoriasis: From Pathogenesis to Pharmacological and Nano-Technological-Based Therapeutics. *Int J Mol Sci.* 2021;22(9):4983.
2. Rapalli VK, Waghule T, Gorantla S, Dubey SK, Saha RN, Singhvi G. Psoriasis: pathological mechanisms, current pharmacological therapies, and emerging drug delivery systems. *Drug Discov Today.* 2020;25(12):2212–26.
3. Zhong H, Yang H, Mao Z, Chai X, Li S. Impact of moderate-to-severe psoriasis on quality of life in China: a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):271.
4. National Psoriasis Foundation. Get the Facts About Psoriasis and Psoriatic Arthritis [Internet]. 2022 [citado el 8 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/psoriasis-statistics/>
5. Cai L, Zhang JZ, Yao X, Gu J, Liu QZ, Zheng M, et al. Secukinumab demonstrates high efficacy and a favorable safety profile over 52 weeks in Chinese patients with moderate to severe plaque psoriasis. *Chin Med J (Engl).* 2020;133(22):2665–73.
6. Úsuga-Úsuga F. Situación epidemiológica de la psoriasis en Colombia. *Rev Colomb Reumatol.* 2023;30(4):363–5.
7. Perea HPZ. La psoriasis y la calidad de vida del paciente en Iquitos, Perú. *Rev Criterio.* 2022;2(2):38–47.
8. Li G, Gu Y, Zou Q, Wang Y, Xiao Y, Xia D, et al. Efficacy, Safety, and Pharmacoeconomic Analysis of Adalimumab and Secukinumab for Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Single-Center, Real-World Study. *Dermatol Ther.* 2022;12(9):2105–15.
9. Sugumaran D, Yong ACH, Stanslas J. Advances in psoriasis research: From pathogenesis to therapeutics. *Life Sci.* 2024;355:122991.
10. Svoboda SA, Ghamrawi RI, Owusu DA, Feldman SR. Treatment Goals in Psoriasis: Which Outcomes Matter Most? *Am J Clin Dermatol.* 2020;21(4):505–11.
11. Quillupangui CEQ, Aldaz MDR, Jiménez IET, Mejia GAV. Psoriasis, actualización en el diagnóstico y tratamiento. Una perspectiva actual. *RECIAMUC.* 2024;8(3):234–47.
12. Girolomoni G, Savage L, Gisondi P, Svensson Å, Mahé E, Augustin M, et al. Increasing Access to Effective Systemic Treatments in Patients with Moderate-to-Severe Psoriasis: Narrative Review. *Dermatol Ther.* 2023;13(10):2171–85.

13. Strychalski ML, Brown HS, Bishop SC. Cytokine Modulators in Plaque Psoriasis – A Review of Current and Prospective Biologic Therapeutic Approaches. *JAAD Int.* 2022;9:82–91.
14. Dan D, Srivastava N. Psoriasis: Striving for Potential Biomarkers. *ASSAY Drug Dev Technol.* 2023;21(6):235–57.
15. Ferrara F, Verduci C, Laconi E, Mangione A, Dondi C, Del Vecchio M, et al. Current therapeutic overview and future perspectives regarding the treatment of psoriasis. *Int Immunopharmacol.* 2024;143:113388.
16. Otero RAT, Cuesta clara DP, Llangary GMV, Reyes BEM. Factores de Riesgo y desencadenantes de la Psoriasis: estudio de revisión. *J Am Health.* 2021;1:1–9.
17. Alzeer F, AlOtair H, Aleisa A. Epidemiology and Cutaneous Manifestations of Psoriasis in Saudi Arabia: A Narrative Review. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2022;15:347–55.
18. Lee HJ, Kim M. Challenges and Future Trends in the Treatment of Psoriasis. *Int J Mol Sci.* 2023;24(17):13313.
19. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. *Clin Med.* 2021;21(3):170–3.
20. Nair PA, Badri T. Psoriasis. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado el 8 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448194/>
21. Man AM, Orăsan MS, Hoteiuc OA, Olănescu-Vaida-Voevod MC, Mocan T. Inflammation and Psoriasis: A Comprehensive Review. *Int J Mol Sci.* 2023;24(22):16095.
22. Luna Cerón E, Flores Camargo AA, Bonilla Hernández R, Vichi Lima LJ, Gómez Gutiérrez AK. Abordaje diagnóstico y manejo de psoriasis en atención primaria. *Aten Fam.* 2020;28(1):54.
23. Acción Psoriasis. Manifiesto para la calidad de vida de las personas con PSORIASIS y la eficiencia y equidad del SNS. Fundación Weber; 2022.
24. Mrowietz U, Lauffer F, Sondermann W, Gerdes S, Sewerin P. Psoriasis as a Systemic Disease. *Dtsch Ärztebl Int.* 2024;121(14):467–72.
25. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *The Lancet.* 2021;397(10281):1301–15.
26. Paredes JN, Novillo M del C, Cárdenas AB, Campuzano BL. Actualización terapéutica de la psoriasis. *RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc.* 2022;6(2):318–29.

27. Yan BX, Chen XY, Ye LR, Chen JQ, Zheng M, Man XY. Cutaneous and Systemic Psoriasis: Classifications and Classification for the Distinction. *Front Med.* 2021;8:649408.
28. Hernández WMB, Esquivel FLS. Psoriasis: : Revisión bibliográfica. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc.* 2021;5(3):52–9.
29. Yamazaki F. Psoriasis: Comorbidities. *J Dermatol.* 2021;48(6):732–40.
30. Pan Y, Zou J, Hu T, Zhu Z, Zhang Z, Chen W, et al. Psoriasis: A Multidimensional Review of Onset, Progression, Treatment, and the Evolution of Disease Models. *Mol Diagn Ther.* 2025;29(3):345–66.
31. Armstrong AW, Blauvelt A, Callis Duffin K, Huang YH, Savage LJ, Guo L, et al. Psoriasis. *Nat Rev Dis Primer.* 2025;11(1):45.
32. Kumar S, Flood K, Golbari NM, Charrow AP, Porter ML, Kimball AB. Psoriasis: Knowledge, attitudes and perceptions among primary care providers. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84(5):1421–3.
33. Gottlieb A b., Merola J f., Reich K, Behrens F, Nash P, Griffiths C e. m., et al. Efficacy of secukinumab and adalimumab in patients with psoriatic arthritis and concomitant moderate-to-severe plaque psoriasis: results from EXCEED, a randomized, double-blind head-to-head monotherapy study. *Br J Dermatol.* 2021;185(6):1124–34.
34. Matei-Man AM, Vesa Ștefan C, Pușcaș AD, Orăsan MS, Homorozeanu B, Candrea E, et al. Assessment of TNF- $\alpha$ , IL-12/23, and IL-17 in Psoriasis: Only TNF- $\alpha$  Reflects Clinical Response After 12 Weeks of Biologic Treatment. *Curr Issues Mol Biol.* 2025;47(5):368.
35. Megna M, Potestio L, Camela E, Fabbrocini G, Ruggiero A. Ixekizumab and brodalumab indirect comparison in the treatment of moderate to severe psoriasis: Results from an Italian single-center retrospective study in a real-life setting. *Dermatol Ther.* 2022;35(9):e15667.
36. Chiricozzi A, Burlando M, Caldarola G, Conti A, Damiani G, De Simone C, et al. Ixekizumab Effectiveness and Safety in the Treatment of Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Multicenter, Retrospective Observational Study. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21(3):441–7.
37. Lebwohl M, Strober B, Schrader A, Li AH, Eckmann T, Zhu B, et al. Six-Month Real-World Study to Assess the Effectiveness of Ixekizumab After Switching from IL-23 Inhibitors and Other Biologic Therapies: The CorEvitas Psoriasis Registry. *Drugs - Real World Outcomes.* 2024;11(3):451–64.

## ANEXOS

### ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Código de ficha: \_\_\_\_\_

N° HC: \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Edad \_\_\_\_\_ años

Sexo  Masculino  
 Femenino

Duración de la enfermedad \_\_\_\_\_ años

Comorbilidades  Sí  
 No

#### II. GRUPOS DE TRATAMIENTO

Tipo de biológico recibido  Inhibidor de IL-17  
 Anti-TNF

#### III. RESULTADOS CLÍNICOS

Respuesta clínica favorable  Sí  
 No

Calidad de vida  0-1: Sin impacto  
 2-5: Leve  
 6-10: Moderado  
 11-20: Severo  
 21-30: Muy severo

Superficie corporal afectada BSA antes del tratamiento: \_\_\_\_\_  
BSA después del tratamiento: \_\_\_\_\_  
Diferencia a la semana 50: \_\_\_\_\_

Efectos adversos  Sí  
 No