

[illegible]

*“A subtle thought that is in error may yet give rise to fruitful
inquiry that can establish truths of great value.”*

“Un subtil pensament erroni pot donar lloc a una indagació
fructífera que revela veritats de gran valor.”

-Isaac Asimov

Índex

1.	Introducció	1
1.1.	<i>Metodologia</i>	2
1.2.	<i>Motivació</i>	3
2.	Psoriasi	4
2.1.	<i>Etimologia</i>	4
2.2.	<i>Què és i com funciona</i>	4
2.3.	<i>Signes, símptomes i causes</i>	5
2.4.	<i>Classificació</i>	8
2.5.	<i>Tractament</i>	13
3.	Riscos i Comorbiditats	17
4.	Síndrome metabòlica i la seva relació amb la psoriasi.....	19
5.	La dieta.....	21
6.	Part pràctica.....	22
6.1.	<i>Hipòtesis</i>	22
6.2.	<i>Objectius</i>	22
6.3.	<i>Disseny experimental</i>	23
6.4.	<i>Recollida i interpretació de dades</i>	26
6.5.	<i>Discussió i conclusions</i>	39
7.	Conclusió final sobre el treball	42
8.	Agraïments	44
9.	Glossari	45
10.	Annexos	47
11.	Webgrafia i Referències.....	76

1. Introducció

Avui en dia la imatge ho és tot davant la societat. Les xarxes socials i les grans indústries de la moda i del cinema ens aporten un seguit d'estereotips que no són més que fal·làcies. La veritat és que ser prim, atractiu i vestir a la moda no ho és tot, però degut a aquestes mentides que ens fan creure com a veritats, les persones que pateixen malalties visibles es troben cada vegada més descontentes amb la seva aparença i pensen que són els únics als que els hi passa això. En el cas de la psoriasi, al voltant del 3% de la població la pateix, aproximadament 125 milions de persones al voltant del món.

Fins ara es sap que la psoriasi és una malaltia crònica de la pell, de caràcter inflamatori, sense una etiologia definida, amb una predisposició genètica, fisiopatològicament autoimmune, d'evolució intermitent, amb risc de comorbiditats que tenen un impacte significatiu en la qualitat de vida dels pacients.

Aquest treball de recerca agafa com a tema principal els efectes de la dieta sobre la psoriasi i la relació que té aquesta malaltia amb la síndrome metabòlica.

Al principi del primer curs de batxillerat estava segur de que volia encaminar la meua carrera cap a la medicina, per això vaig buscar d'integrar-me en el projecte Itinera, que m'ha ofert la possibilitat d'accedir a uns recursos als que no podria haver arribat pel meu compte, per tal de poder dur a terme la meua investigació, la que espero que sigui útil per a la comunitat científico-mèdica.

Havent acabat el primer curs, vaig començar amb la cerca d'informació i amb les visites a l'hospital Arnau de Vilanova de Lleida durant els mesos de juny i juliol per poder dur a terme la part pràctica. Amb l'arribada de l'agost van començar els problemes. Al provenir d'una família estrangera el desig de tornar al lloc on vaig néixer sempre està present, i l'única oportunitat que tinc per fer-ho és a les vacances d'estiu. Per aquest motiu la meua mare i jo vam viatjar a Romania, al nostre poble natal. Jo pensava que podria seguir tranquil·lament treballant en la meua recerca, però no va ser així. Actualment, pocs llocs del món estan desconnectats de la resta, i el poble on vaig néixer és un d'ells. Es troba al nord-est del país, a uns 21,9 km de la ciutat més propera anomenada Roman. La connexió a internet és dèbil i a vegades inexistent. A més la cobertura de la companyia

telefònica és igual de dolenta o, fins i tot, pitjor. Degut a aquests inconvenients l'única manera d'accedir a internet era o bé pujar a un lloc alt, com ara arbres o terrats, o bé estant-se al carrer. Per motius de seguretat, vaig decidir no treballar en cap d'aquests indrets. Per aquesta raó, la resta del treball vaig haver-la de fer durant els mesos de setembre i octubre.

1.1. Metodologia

Per realitzar aquest treball de caràcter científico-mèdic he emprat el mètode científic, què consisteix en un conjunt de tècniques utilitzades per investigar la falsedat o la certesa d'hipòtesis de diferents àmbits de la ciència.

Abans de començar amb la metodologia ben dita, vull esmentar que aquest és un treball amb col·laboració del departament de dermatologia de la UdL, a l'hospital Arnau de Vilanova, a Lleida. Aquesta és una petita mostra d'una investigació superior portada a terme per aquest mateix departament de la Universitat.

El primer pas ha estat la recol·lecció d'informació sobre la psoriasi i els riscos que pot comportar. He sigut aconsellat pel doctor Casanova que, en lloc de fer servir pàgines web de dubtosa credibilitat, seria molt millor que utilitzés articles per extreure tota la informació necessària per elaborar la primera part del treball. Per poder continuar vaig plantejar les meves hipòtesis i objectius.

A continuació s'havia de determinar la naturalesa de la part pràctica. Amb ajuda del doctor Josep Manel Fernández, qui s'està especialitzant en psoriasi al ja esmentat hospital Arnau de Vilanova, he escollit una enquesta sobre l'adherència a la dieta mediterrània per raons que explicaré als següents apartats.

Tot seguit, durant determinats dies de la setmana he assistit a la consulta del doctor Casanova per poder passar enquestes als pacients que hi venien. Per determinar si les meves hipòtesis eren vertaderes o falses, l'enquesta va ser completada tant per persones que pateixen psoriasi com per altres que no, però que pateixen algun altre tipus de malaltia dermatològica.

Per concloure el treball he hagut de comparar els resultats del grup de persones que pateixen psoriasi amb el grup de persones que pateixen altres tipus de malalties, és a dir el grup de control. Com ja he dit anteriorment, el treball és una col·laboració, per tant he hagut de reunir-me amb els doctors Casanova i Fernández per extreure les conclusions sobre la comparació d'aquests resultats.

1.2. Motivació

Des de ben petit la meva curiositat m'ha portat a fer-me preguntes com ara: *Qui sóc jo? D'on vinc? Per què surt sang quan em faig una ferida? Per què deixen de sagnar les ferides?* Fa poc que he resolt alguns dels meus dubtes, però encara en tinc molts. Degut a la meva afinitat per descobrir coses noves sobre les persones i el meu interès pel benestar dels humans, he decidit dedicar la meua vida a l'àmbit de les ciències de la salut, ja sigui exercint la professió de cirurgia o investigant al laboratori.

Aquesta decisió m'ha portat a voler fer un treball de recerca sobre algun aspecte mèdic. Com que a batxillerat no podem accedir als recursos que fan falta per dur a terme un investigació mèdica com aquesta, l'oportunitat de participar en el projecte Itinera va ser molt positiva per mi. La nostra tutora ens va informar sobre la possibilitat de participar-hi i vam fer la sol·licitud.

La proposta del Dr. Josep Manel Casanova Seuma, cap de dermatologia a l'hospital Arnau de Vilanova, era una de les dues opcions de l'àmbit mèdic i em va cridar molt l'atenció. Encara que no sabia res sobre el tema, vaig decidir que en volia aprendre. Em va ser assignat el treball a finals d'abril i, en el moment en que vam contactar amb el cotutor, vaig començar el treball.

2. Psoriasi

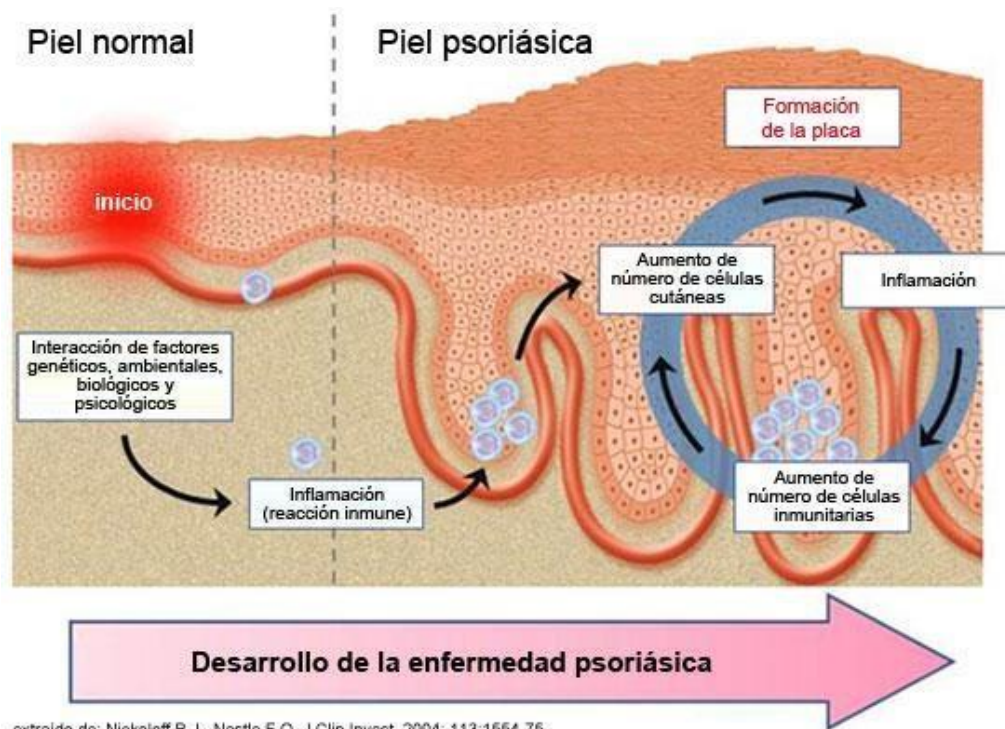
2.1. Etimologia

Les paraules gregues ‘*psora*’ (picor) i ‘*-iasis*’ (condició) donen lloc a la paraula *psoriasi* (*ψωρίασις*), què vol dir ‘*condició de picor*’.

2.2. Què és i com funciona

La psoriasi és una malaltia cutània autoimmunitària, crònica, amb una predisposició genètica, de caràcter inflamatori, d'evolució intermitent, amb risc de comorbiditats que produeix lesions a la pell, què solen associar-se amb picor i envermelliment de la zona afectada. Entre un 2% i un 4% de la població mundial pateix psoriasi.

El funcionament de la malaltia consisteix principalment en el creixement a un ritme anormalment accelerat de les cèl·lules cutànies. El mal funcionament de cèl·lules immunitàries, entre les quals estan els limfòcits T, els macròfags i les cèl·lules dendrítiques, fa que aquests s'activin abans d'hora, provocant l'activació d'altres respostes immunitàries, com per exemple el bescanvi precoç de les cèl·lules cutànies. El procés de renovació de les cèl·lules de l'epidermis dura uns 28-30 dies normalment, en canvi les cèl·lules de les persones que pateixen aquesta malaltia es multipliquen a una velocitat més elevada, entre 3 i 5 dies. Com que la capa de cèl·lules anterior encara es troba en funcionament, les noves es van acumulant sota aquestes. Per aquesta raó la malaltia es manifesta com unes taques semblants a ferides o plaques inflamades que posteriorment descamen.



En quant a la morfologia de les lesions, són plaques sobre-elevades, de dimensions variables, color vermellós i recobertes de descamacions blanc-nacarades. Si raspem amb una cullereta una placa (raspat de Brocq) ens trobem amb tres signes característics:

1. *Signe de la taca de cera*: es desprenen moltes descamacions marcades, semblants a les que es desprenen quan raspem una espelma.
2. *Signe de la membrana epidèrmica* o *Duncan Bluckley*: es desprèn una capa fina i transparent.
3. *Signe de la rosada hemorràgica* o *de Auspitz*: queda al descobert una superfície vermellova que es cobreix d'una capa de picotejat hemorràgic.

2.3. Signes, símptomes i causes

La malaltia comença a manifestar-se durant l'adolescència o els primers anys de l'edat adulta, encara que s'han donat casos en què infants comencen a manifestar psoriasi des de ben petits. D'igual manera s'han donat casos de persones d'edat avançada que pateixen per primera vegada signes d'aquesta malaltia.

Al ser una malaltia amb un component genètic rellevant, pots ser portador de la psoriasi i no manifestar-la. En cas que es manifesti, la psoriasi s'identifica fàcilment per l'aparició de zones escamoses a la pell. Aquestes escames són pell gruixuda que pot manifestar-se de color vermell, blanc o nacarats. El més freqüent és que aquest signe aparegui a zones de la pell que cobreixen articulacions, com els colzes o els genolls, encara que també pot manifestar-se a altres zones com la regió lumbosacra, cuir cabellut, les mans, als peus, a la cara i als genitals. En resum, pot afectar des de zones petites fins a la totalitat del cos (el que s'anomena eritrodèrmia psoriàsica).

La malaltia també afecta les ungles i un símptoma molt clar és el piquetejat ungüal. Les ungles també poden reduir la seva dimensió o bé presentar taques blanques, conseqüència de la seva decoloració. Aproximadament entre un 40% i un 45% de les persones amb psoriasis manifesten els símptomes anteriors.

Degut a que els efectes d'aquesta malaltia no són només estètics, cal consultar un dermatòleg el més aviat possible. Si no es tracta a temps, la psoriasi pot provocar danys greus a les articulacions i a altres parts del cos.

En quant a la causa, malgrat els esforços dels investigadors per trobar-ne una, sembla que no queda clar quina és l'etiologia ^[1]. El que sí que s'ha comprovat és que existeixen un seguit de factors que influeixen de manera directa en la patogènesi de la psoriasi. Aquests factors poden ser:

- **Genètics**

S'ha trobat un fort component hereditari en la psoriasi. Els investigadors han descobert que molts gens estan associats amb la psoriasi, però encara no saben de quina manera s'interrelacionen. La major part dels gens involucrats amb la malaltia codifiquen molècules de proliferació cel·lular epidèrmica o relacionades amb el sistema immunitari.

Per acabar de confirmar que els factors genètics influeixen en la psoriasi, s'han descobert en diferents cromosomes nou loci associats a la malaltia. Els gens que es troben en aquests loci són gens que condueixen a la inflamació.

D'aquests nou gens, el PSORS1 és el factor determinant principal, que probablement representa del 35% al 50% de la herència de la psoriasi. PSORS1 es troba al

cromosoma 6 del complex major d'histocompatibilitat (MHC), que controla importants funcions del sistema immunològic.

- ***Estil de vida***

L'ambient en què viu la persona que pateix psoriasi és un factor que pot desencadenar la malaltia. També es considera un factor agreujant de la psoriasi. Inclou infeccions cròniques, estres, canvis de clima (generalment de càlid a fred), ingesta d'alcohol excessiva, fumar, rascar les ferides de la pell i l'obesitat.

- ***VIH/SIDA***

Sovint les persones què, a més de presentar psoriasi, tenen el virus del VIH pateixen una malaltia més severa. És a dir que el VIH és un factor que empitjora la psoriasi.

Al ser dues malalties que afecten el sistema immunològic del pacient, es teoritza que degut a la disminució d'unes cèl·lules immunològiques específiques, anomenades limfòcits T CD4+ , altres cèl·lules amb funcions semblants poden ocupar el seu lloc quedant sobreactivades i provocant l'exacerbació ^[2] de la psoriasi en persones infectades amb VIH.

- ***Microbis***

Els científics descriuen que la psoriasis pot manifestar-se després de patir faringitis estreptocòccica, i pot empitjorar-se per la colonització cutània o intestinal amb *Staphylococcus aureus*, *Malassezia* i *Candida albicans*.

- ***Medicaments***

La psoriasi induïda per fàrmacs es pot produir amb antihipertensius (bloquejadors beta-adrenèrgics, bloquejadors de canals de calci, captopril), antipalúdics, antiinflamatoris no esteroïdals, liti, gliburida, interleucines, interferons i medicaments que redueixen els lípids, entre d'altres.

La retirada de cremes d'esteroides tòpics (corticoides^[3]) pot agreujar la psoriasi degut a l'efecte rebot.

2.4. Classificació

La psoriasi, com moltes altres malalties, es presenta de diferents maneres. A continuació s'esmenten els tipus de psoriasi que es coneixen:

- ***Psoriasi en plaques***

També anomenada Psoriasi Vulgar, és la manifestació més freqüent d'aquesta malaltia. Està caracteritzada per l'aparició de plaques circulars o ovalades d'un o més centímetres de diàmetre. Sol aparèixer als colzes, cuir cabellut, espatlla i genolls, encara que pot arribar a generalitzar-se (cobrint tot el cos). Aquest tipus de psoriasi és manifestada per entre un 85% i un 90% de les persones que pateixen la malaltia.



Il·lustració 1: Psoriasi en plaques en el cuir cabellut.



Il·lustració 2: Psoriasi en plaques en colzes.



Il·lustració 3: Psoriasi en plaques en espatlla.



Il·lustració 4: Psoriasi en plaques en genolls.

- ***Psoriasi guttata o en gotes***

Aquest tipus de psoriasi es caracteritza per l'aparició de petites lesions amb l'aspecte de gotes d'aigua que es localitzen principalment al troc i a les extremitats superiors. Les "gotes" tenen un diàmetre que pot variar entre 2 mm i 1 cm. Aquesta variació de la psoriasi sol manifestar-se després de patir una infecció de les vies respiratòries altes (estreptococs). Afecta un 2% de les persones que pateixen psoriasi i pot evolucionar cap a la seva desaparició o bé, transformar-se en un psoriasi en plaques.



Il·lustració 5: Psoriasi guttata en mans.



Il·lustració 6: Psoriasi guttata en tronc.

- ***Psoriasi invertida o "intertriginosa"***^[4]

Afecta les zones de plecs i flexió de la pell, per exemple les zones submamàries, entre els glutis, engonals^[5] i al voltant del melic. No es sol manifestar a les axil·les i a les zones poplítees^[6]. Es presenta en forma d'una placa uniforme, vermella, brillant i lisa, sense descamacions a les seves delimitacions. Provoca coïssor i dolor.



Il·lustració 7: Psoriasi inversa en melic.



Il·lustració 8: Psoriasi invertida submamària.

- ***Psoriasi en cuir cabellut***

És un tipus de psoriasi bastant comú. Pot manifestar-se sola o acompanyada de plaques en altres parts del cos. Pot confondre's amb una seborrea del cuir cabellut si les plaques que manifesta són humides i pruriginoses. En general poden ser plaques disperses per tota la superfície del cap o bé, una gran placa formada per descamacions molt seques.



il·lustració 9: Psoriasi en cuir cabellut (closca)

- ***Psoriasi facial***

Sol ser una manifestació de la malaltia poc freqüent. Es pot confondre amb la seborrea^[7] ja que comparteixen símptomes. Per això també rep el nom de sebopsoriasi. Ve acompanyada d'altres tipus de psoriasi, com psoriasi en plaques pel cos.



Il·lustració 10: Psoriasi facial al front.



Il·lustració 11: Psoriasi facial universalitzada

- ***Psoriasi palmo-plantar***

Aquesta és una manifestació molt peculiar de la psoriasi. Es localitza a les palmes i a la planta dels peus. Les lesions que apareixen solen presentar-se com a plaques gruixudes i s'associen a esquerdes doloroses. S'associa a la psoriasi ungueal que, tal com diu el nom, es manifesta al voltant de les ungles tant de les mans com dels peus.



Il·lustració 12: Psoriasi palmoplantar en mans.



Il·lustració 13: Psoriasi palmoplantars en peus.

- ***Psoriasi pustulosa***

Pot ser de diferents tipus:

- *Psoriasi pustulosa de Barber*. És resistent al tractament, però no es greu per al pacient. Es localitza a les palmes i a les plantes dels peus. El començament de brot és a les ungles, però s'estén per la resta de les extremitats.

- *Psoriasi pustulosa de Von Zumbusch*. És generalitzada, és a dir que afecta tot el cos. Pot ser molt perillosa per al pacient ja que ve acompanyada d'altres temperatures corporals. Afecta les mucoses nasal i genital.

- *Psoriasi Vulgar*. Com s'ha esmentat anteriorment, la retirada de cremes corticoides fa empitjorar la malaltia. En aquest cas es pot produir un brot de psoriasi pustulosa que converteix les descamacions en petites pústules inflamades.



Il·lustració 14: Psoriasi Pustulosa de Von Zumbusch



Il·lustració 15: Psoriasi Pustulosa de Barber.

- **Psoriasi eritrodèrmica**^[8]

Aquest tipus de psoriasi és molt agressiu. Pot ser causat per un tipus de psoriasi ja existent o degut a algun fàrmac. Sol ser més freqüent en el sexe masculí en la proporció 2/1 i sol manifestar-se al voltant dels 40-50 anys. Ve associada amb descamació i temperatura corporal augmentades. Afecta una superfície del cos molt ampla i comporta l'alteració de l'estat general amb febre, calfreds i aspecte tens i brillant de la pell, entre d'altres. En els casos més extrems, el pacient pot morir per un atac de miocardi, sèpsia^[9], etc.



Il·lustració 16: Psoriasi eritrodèrmica.



Il·lustració 17: Psoriasi eritrodèrmica.

- **Artritis psoriàsica**

Es tracta de la presència simultània de psoriasi vulgar i poliartritis, principalment d'articulacions distals (dits, mans i peus). Aquesta manifestació de la malaltia es dona entre el 5% i el 7% dels pacients amb psoriasi podent afectar de forma permanent i destructiva diverses articulacions, preferentment de falanges. L'associació d'artritis i psoriasi comporta una pitjor qualitat de vida pel pacient i majors comorbiditats com dolor.



Il·lustració 18: Psoriasi artrítica.



Il·lustració 19: Psoriasi artrítica.

2.5. *Tractament*

Sabent que cada persona i cada lesió són diferents s'ha de tenir en compte la localització de les lesions i la seva gravetat abans de tractar un/-a pacient de psoriasi.

Tenint present que la malaltia és crònica i no té cura, el primer tractament que s'ha de dur a terme és la notificació al/a la pacient, és a dir que en el moment de parlar amb ell/ella i notificar-li que pateix psoriasi, s'ha d'abordar el tema amb positivitat per tal d'evitar que la persona s'angoixi i s'estressi. Això és degut a que, com ja s'ha mencionat amb anterioritat, l'estrès és un factor agreujant de la psoriasi.

Havent passat per la situació anterior, es decideix el millor tractament per al/a la pacient. Els tractaments possibles són els següents:

I. Tractaments tòpics^[10]

- *Emol·lients^[11] o lubricants.* Hidraten la pell i hi proporcionen certa elasticitat. Això evita la seva fissuració. A més ajuden a disminuir la descamació de la pell i creen una capa que impedeix l'evaporació de l'aigua de la pell.
- *Corticoides tòpics.* Es fan servir preferiblement en adults. Els seus efectes antiinflamatoris i immunosupressors els fans idonis per tractar les lesions de la psoriasi. Al ser una malaltia crònica, s'han de fer servir les cremes corticoides de baixa i mitjana potència ja que tenen efectes secundaris, com ara estries, atrofia de la pell i hipopigmentació. Degut a la seva facilitat d'ús els pacients prefereixen aquest tipus de tractament, encara que l'abús pot comportar alguns efectes secundaris no desitjats.
- *Àcid Salicílic.* En forma de vaselines o gels rentables amb una concentració del 2% al 10%, es fan servir per la seva acció queratolítica^[12] en les descamacions del cuir cabellut i les lesions palmo-plantars, què solen estar més adherides. Ajuda a desprendre les descamacions de la pell i netejar les lesions cutànies.
- *Quitrans (coaltar^[13]).* Es fan servir en forma de cremes i ungüents. Els pacients els solen rebutjar degut al fort olor, a que taquen la pell i poden cremar-la. El seu efecte és també antiinflamatori, com el de les cremes amb corticoides, encara que la dificultat per aplicar-los por comportar que no facin tant efecte per la psoriasi.
- *Antralina.* És un tractament també derivat dels quitrans que disminueix la proliferació cel·lular i suprimeix la síntesi de DNA i les mitosis. Degut a que és molt irritant i taca la pell i la roba es fa servir poc.
- *Anàlegs de la Vitamina D3.* Actuen disminuint la quantitat de capes de pell que produeix la psoriasi i també tenen un efecte antiinflamatori.

II. Tractaments amb Fototeràpia

- *Fototeràpia.* Es fan servir radiacions electromagnètiques no ionitzades de l'espectre ultraviolat. És un tractament efectiu però a llarg termini pot augmentar la possibilitat de càncer de pell. Especificant, es fan servir radiacions ultraviolades de freqüència més baixa (UVB), ja que són menys perjudicials per a la salut i són les longituds d'ona que més milloren les plaques de psoriasi. Aquest tractament es recomana a pacients que no responen al tractaments tòpics i amb molta extensió de psoriasi i és eficient en el 80% dels casos.
- *Fotoquimioteràpia.* Aquest tractament associa les radiacions electromagnètiques no ionitzades a tractaments sistèmics que s'administren abans de la fototeràpia i que incrementen la sensibilitat de la pell per la radiació ultraviolada. En aquest cas s'utilitza la radiació amb UVA.

III. Tractaments sistèmics convencionals

Inclouen tots els tractaments que es subministren per via oral o per injeccions, i que actuen sobre tot l'organisme. Solen presentar majors efectes secundaris que els tractaments tòpics, de manera que es reserven per a casos de psoriasi moderats o greus, resistents al tractament, i per les formes eritrodèrmica i pustulosa. No es recomana l'ús de corticoides orals, pel fet que poden provocar un rebrot molt important en el moment de la seva retirada o un brot de psoriasi pustulosa.

- *Metotrexat.* És un fàrmac que frena la multiplicació de les cèl·lules cutànies deguda a la psoriasi i a part té un efecte antiinflamatori. Es recomana administrarlo en petites dosis (5-15mg a la setmana) i no durant molt temps degut a que existeix el risc de patir alteracions hepàtiques, podent arribar a la cirrosi.
- *Retinoides.* Són uns compostos químics que estan relacionats químicament amb la vitamina A. Els retinoides es fan servir en aquest cas degut a que regulen el

creixement de les cèl·lules epitelials i com a efectes secundaris principals es troben l'alteració del fetge i dels lípids en sang.

- *Ciclosporina*. És un fàrmac que es fa servir per reduir l'activitat del sistema immunològic, més concretament per inhibir els limfòcits T CD4+. És un fàrmac molt efectiu però que se sol donar en períodes curts pels seus efectes secundaris sobre el ronyó i el perill d'hipertensió arterial.

IV. Tractaments biològics

- Son anticossos monoclonals que bloquegen molècules inflammatòries implicades en la psoriasi. Son tractaments més nous i cars que els anteriors, encara que amb menys efectes secundaris. Es reserven per casos en que ja s'han utilitzat tractaments sistèmics. Entre ells estan l'infliximab, etanercept o adalimumab.

V. Per controlar la malaltia també es donen els següents consells:

- Evitar xampús i gels agressius amb la pell.
- Evitar esponges, guants o raspalls que puguin provocar traumatismes a la pell.
- Portar les ungles curtes, sense cap tipus de manicura.
- Fer servir productes per a la pell amb un pH entre 4 i 4'5.
- No aplicar a la pell perfums o colònies que la puguin irritar.
- Prendre banys abans que dutxes ràpides ja que hidraten millor la pell i ajuden a relaxar-se.
- Després de banyar-se, és recomanable fer servir locions i llets corporals hidratants i nutritives.
- Aplicar els tractaments tòpics només a les parts afectades i no abusar-ne.
- Es recomana assistir a balnearis terapèutics amb aigües sulfurades, fangs, etc. que a la vegada serveixen per a la relaxació del pacient.

3. Riscos i Comorbiditats

La complexitat del nostre organisme porta a que, amb l'aparició d'una malaltia, n'apareguin d'altres. En el cas de la psoriasi, les comorbiditats^[14] que comporta són:

- **Riscos cardiovasculars.**

Els riscos cardiovasculars o cardiometabòlics són prevalents entre els pacients amb psoriasi, sobretot si aquesta és severa.

El fet de patir psoriasi, especialment una manifestació severa, pot ser un factor de risc independent que afavoreix l'aparició de diabetis i de malalties cardiovasculars adverses.

S'ha vist una relació entre els pacients de psoriasi i la inflamació sistèmica crònica que pot contribuir a l'aterogènesi^[15].

Les comorbiditats cardiovasculars més prevalents a pacients amb psoriasi són *obesitat, hipertensió, diabetis, dislipèmia i síndrome metabòlica*, sobre la qual em centraré en el proper apartat.

- **Riscos gastrointestinals.**

La psoriasis pot associar-se a una major incidència i prevalença de malalties inflamatòries intestinals, com ara la *malaltia de Crohn* (enteritis regional) o la *colitis ulcerosa*.

Alguns estudis suggereixen que la psoriasi està associada amb una major prevalença de malalties hepàtiques, particularment l'*esteatosi hepàtica* més coneguda com a malaltia del fetge gras no alcohòlic.

- **Malaltia renal crònica.**

Les probabilitats de patir una malaltia renal crònica augmenten de forma dependent del grau de psoriasi.

Tant la psoriasi moderada com la severa poden ser un factor de risc independent per a les *malalties renals crònica* i en estat *terminal*.

- ***Tumors.***

En particular, la psoriasis severa pot associar-se a un major risc de càncer. El risc de limfoma cutani de cèl·lules T sembla ser més alt en pacients amb psoriasi.

- ***Infeccions.***

La faringitis estreptocòcica és un activador de la psoriasi guttata i, en el context de la infecció pel VIH, es pot observar l'exacerbació de la psoriasi.

La psoriasis pot associar-se a un major risc d'infecció greu, especialment infeccions respiratòries, en els pacients que es troben en tractament sistèmic o biològic, degut a que aquests fàrmacs disminueixen les defenses.

- ***Trastorns psicològics.***

Els trastorns de l'humor són comuns entre els pacients amb psoriasi, la qual s'associa amb un major risc de depressió, ansietat i idees suïcides. En molts casos es degut a que la psoriasi té un impacte important en la qualitat de vida física i emocional dels pacients, i això pot comportar el desenvolupament d'aquest tipus de trastorns.

- ***Artritis.***

En un apartat anterior s'ha esmentat l'artritis psoriàsica, la qual es un tipus d'artritis associada a la psoriasi però que es percep com una manifestació més de la malaltia degut a l'alta prevalença d'aquesta entre els pacients amb psoriasi, que es d'entre un 6% i un 42%.

Aquesta artritis es sol manifestar en pacients amb una gran superfície de pell afectada per la psoriasi.

S'estima que aproximadament un 15% de la població que pateix psoriasi també presenten l'artritis, però no han estat diagnosticats.

- ***Comorbiditats emergents.***

Estudis epidemiològics addicionals han suggerit associacions entre la psoriasi i altres malalties comòrbides emergents, incloent la *malaltia pulmonar obstructiva crònica*, la *malaltia ulcerosa pèptica*, la *disfunció sexual* i l'*apnea obstructiva de la son*, entre d'altres.

4. Síndrome metabòlica i la seva relació amb la psoriasi

La síndrome metabòlica és una agrupació d'entre tres a cinc condicions mèdiques de les següents, donant un total de 16 possibles combinacions que donen la síndrome:

1. Obesitat central o abdominal
2. Pressió arterial alta
3. Nivell de sucre alt en la sang
4. Hipertrigliceridèmia
5. Baixos nivells de lipoproteïnes d'alta densitat (HDL)

La síndrome metabòlica s'associa al risc de desenvolupar malalties cardiovasculars i diabetis de tipus 2.

La resistència a la insulina, la síndrome metabòlica i la prediabetis estan estretament relacionades entre si i tenen aspectes solapats. Es creu que la síndrome és causada per un trastorn subjacent en la utilització i l'emmagatzematge d'energia. La causa de la síndrome és encara un àrea d'investigació en desenvolupament.

- Signes i símptomes

El principal signe de la síndrome metabòlica és l'obesitat central, què implica sobrepès amb acumulació de teixit adipós, particularment al voltant de la cintura i el tron.

Altres components de la síndrome metabòlica inclouen una alta pressió arterial, disminució del colesterol HDL, elevació del nivell de triglicèrids en sèrum, elevació de la glucosa, resistència a la insulina o prediabetis.

Les condicions associades inclouen la *hiperuricèmia*^[16], la malaltia del fetge gras, la síndrome d'ovari poliquístic (en dones), la disfunció erèctil (en homes) i l'*acantosis nigricans*^[17].

- Causa

La causa exacta de la síndrome metabòlica encara no és completament coneguda. La fisiopatologia és summament complexa i només ha estat parcialment dilucidada. La majoria dels pacients són grans, obesos, sedentaris i tenen cert grau de resistència a la insulina. L'estrès també pot ser un factor predisposant.

Els factors de risc més importants són la dieta, la genètica, l'envelliment, el comportament sedentari o la baixa activitat física, l'alteració de la son i ús excessiu d'alcohol.

Hi ha un debat sobre si l'obesitat o la resistència a la insulina és la causa de la síndrome metabòlica o si són conseqüència d'un trastorn metabòlic amb un abast més llarg.

Les investigacions mostren que els hàbits alimentaris occidentals són un factor en el desenvolupament de la síndrome metabòlica, amb un alt consum d'aliments que no són bioquímicament adequats per als éssers humans.

- Relació entre Psoriasi i Síndrome metabòlica

Cada vegada hi ha més estudis que relacionen la psoriasi amb factors de risc cardiovascular clàssics com l'obesitat, la hipertensió arterial, la diabetis mellitus 2 i la dislipèmia .

En els últims anys, i sobretot amb l'aparició de nous tractaments biològics per a la psoriasi, s'ha augmentat l'estudi i les publicacions en aquest nivell.

S'ha plantejat que la psoriasi i la síndrome metabòlica, què te com a principal símptoma l'obesitat, són dues malalties interrelacionades. És a dir que per una part la psoriasi augmenta les possibilitats de patir síndrome metabòlica, i per l'altra part la síndrome metabòlica pot ser un factor agreujant de la psoriasi, formant així una relació bidireccional.

Aquest és encara un camp d'investigació poc desenvolupat. En un estudi recent de la província de Lleida s'ha demostrat la necessitat de fer més investigacions sobre la relació entre els riscos cardiovasculars i la psoriasi ja que els pocs estudis que s'han realitzat resulten bastant contradictoris en quant als resultats. Es creu que aquest fet és degut a que els estudis han estat realitzats a diferents parts del món en que es segueixen dietes molt diferents.

5. La dieta

Entre els factors de risc de la psoriasi, és evident que la nutrició juga un paper important.

La psoriasi severa s'ha associat a deficiències nutricionals a causa d'una pèrdua accelerada de nutrients a partir de la hiperproliferació i descamació de la capa epidèrmica de la pell.

De fet, en casos greus, la psoriasi pot provocar un estat nutricional insuficient que pot ser provocat per interaccions entre nutrients i medicaments. Existeix poca informació sobre el paper dels règims de dieta específics en la psoriasi, principalment amb l'objectiu de reduir els factors de risc cardíac i les comorbiditats relacionades amb l'obesitat.

Estudis previs van informar els efectes positius de les dietes amb baix consum energètic i les dietes vegetarianes o la dieta sense gluten. Assaigs clínics han associat els períodes de dejuni o les dietes vegetarianes i les dietes riques en àcids grassos poliinsaturats omega-3 procedents d'oli de peix amb la millora de la psoriasi.

Es creu que algunes vitamines (A, E i C) i oligoelements (ferro, coure, manganès, zinc i seleni) tenen capacitat anti-oxidant. La vitamina D s'ha convertit en una opció terapèutica important en el tractament de la psoriasi pel seu paper en la proliferació i maduració dels queratinòcits, les cèl·lules més abundants a l'epidermis.

Els àcids grassos monoinsaturats es consideren un greix dietètic saludable, a diferència d'àcids grassos saturats. Els olis dietètics rics en aquests àcids consumits més freqüentment són olis d'oliva extraverges. Els efectes beneficiosos de l'oli d'oliva extraverge s'ha atribuït al seu elevat contingut de àcid oleic, un àcid gras monoinsaturat, ja que protegeix les lipoproteïnes i les membranes cel·lulars.

Recentment, s'ha demostrat que els pacients psoriàsics, en comparació amb el grup de control, tenen un consum més alt de carbohidrats simples, greixos totals i àcids grassos poliinsaturats, amb una ingesta més baixa de proteïnes, hidrats de carboni complexos, àcids grassos monoinsaturats, ω -3 i fibres. En particular, en aquest estudi es va trobar que la ingesta més baixa d'àcids grassos monoinsaturats es va associar amb la més alta severitat clínica de la psoriasi.

Aquesta evidència, juntament amb d'altres recents, ha confirmat que l'adherència a una dieta sana amb el temps redueix el risc d'inflamació a llarg termini

La dieta mediterrània és una dieta molt favorable i aconsellada per al tractament de la psoriasi. L'oli d'oliva extraverge és la principal font de greix i la ingesta de peix, aus, productes lactis i ous és moderada. A més, es consumeixen diferents quantitats de vi amb moderació amb els menjars. Els greixos animals que s'utilitzen en mantega i nata no estan inclosos en aquesta dieta. La dieta mediterrània es considera un patró alimentari saludable, associat amb un risc reduït de malalties cardiovasculars i malalties inflamatòries cròniques, degut a la gran varietat d'aliments amb diferents propietats beneficioses per l'estat de salut dels pacients amb psoriasi.

6. Part pràctica

6.1. Hipòtesis

- Les persones que pateixen psoriasi tenen una dieta diferent de les persones que no la pateixen.
- La síndrome metabòlica associada a la psoriasi és causada per la mala alimentació dels pacients.
- Els pacients amb psoriasi que assisteixen a la consulta no saben que la dieta mediterrània és beneficiosa per la seva condició i, per tant, tenen una baixa adherència a aquesta.

6.2. Objectius

I. Objectius de la part teòrica:

- Assolir els coneixements pertinents sobre la malaltia que estic investigant.
- Trobar la relació que existeix entre la malaltia i les comorbiditats associades a aquesta.
- Relacionar la presència de la síndrome metabòlica en pacients psoriàsics amb la malaltia, tenint com a punt de vista la seva dieta.

II. Objectius de la part pràctica:

- Recollir el màxim d'enquestes possible durant els mesos d'estiu que estigui disponible la consulta de dermatologia de l'hospital Arnau de Vilanova.
- Elaborar els gràfics i les taules pertinents a partir de les enquestes recollides per poder extreure conclusions.

6.3. *Disseny experimental*

Aquesta investigació ha estat portada a terme amb ajuda d'una enquesta elaborada per a l'estudi **PREDIMED** (**P**revención **P**rimaria de la **E**nfermedad **C**ardiovascular con la **D**ieta **M**editerránea). He escollit aquesta enquesta entre d'altres degut a que l'estudi principal d'aquesta recerca és la relació que hi ha entre la dieta de les persones que pateixen psoriasi i la prevalença de la síndrome metabòlica en aquestes persones, i com que l'enquesta ha estat creada per a estudiar les malalties cardiovasculars em va semblar perfecta. A més és una enquesta ja validada que s'ha utilitzat en diversos estudis anteriorment.

El test PREDIMED és una breu enquesta de valoració de la dieta format per un conjunt de 14 preguntes curtes. El seu objectiu és oferir informació sobre l'adherència al patró de Dieta Mediterrània.

Segons la puntuació d'aquesta enquesta, treure una puntuació inferior o igual a 8 significa que la persona té una baixa adherència a la Dieta Mediterrània. En canvi, treure una puntuació superior o igual a 9 vol dir que la persona té una bona adherència a aquesta dieta.

L'enquesta en qüestió és la següent:

ESTUDIO PREDIMED

Cumplimiento de la dieta

Identificador del participante:

Nodo C.Salud Médico Paciente Visita

Nodo: anotar el número de nodo correspondiente.

01. Andalucía - Málaga / 02. Andalucía - Sevilla - S.Pablo / 03. Andalucía - Sevilla - V.Rocío / 04. Baleares /
05. Cataluña - Barcelona norte / 06. Cataluña - Barcelona Sur / 07. Cataluña - Reus - Tarragona / 08. Madrid Norte /
09. Madrid Sur / 10. Navarra / 11. País Vasco / 12. Valencia

C.Salud: anotar el número del centro de salud correspondiente.

Médico: anotar el número del médico correspondiente.

Paciente: anotar el número del paciente correspondiente.

Visita: anotar el número de visita correspondiente.

00. Inclusión - exclusión / 01. Visita inicial / 02. Visita 3 meses / 03. Visita 1 año / 04. Visita 2 años / 05. Visita 3 años

Fecha del examen

/ / 200
Día Mes Año

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar? Sí = 1 punto ☐
2. ¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)? 4 o más cucharadas = 1 punto ☐
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? 2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto ☐
(las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200g.
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? 3 o más al día = 1 punto ☐
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g) menos de 1 al día = 1 punto ☐
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g) menos de 1 al día = 1 punto ☐
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día? menos de 1 al día = 1 punto ☐
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana? 7 o más vasos a la semana = 1 punto ☐
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? 3 o más a la semana = 1 punto ☐
(1 plato o ración de 150 g)
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? 3 o más a la semana = 1 punto ☐
(1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana? menos de 2 a la semana = 1 punto ☐
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g) 3 o más a la semana = 1 punto ☐
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g) Sí = 1 punto ☐
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)? 2 o más a la semana = 1 punto ☐



La Dieta Mediterrània tradicional és un model alimentari compost principalment pel consum abundant d'aliments d'origen vegetal (fruites, verdures, hortalisses, llegums i fruits secs), així com de cereals i productes del mar, l'ús de l'oli d'oliva com a greix principal i la poca presència de carns vermelles i aliments processats.

A més, sosté el consum de productes frescos, locals i de temporada i els mètodes culinaris i de cultiu tradicionals.

Per la recollida de dades he assistit a la consulta dermatològica del doctor Casanova a l'hospital Arnau de Vilanova de Lleida i he recollit 54 enquestes de pacients amb psoriasi i 55 de pacients amb altres malalties de la pell que s'han presentat a la consulta, com a grup de control.

Cada pacient ha hagut de firmar un consentiment informat per a poder fer servir les seves respostes en la investigació. L'escrit que han rebut i han firmat les persones que han respost l'enquesta és el següent:

Consentiment informat

Nom:

Cognoms:

NHC:

El servei de Dermatologia de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida conjuntament amb un grup d'investigació de Metges d'Atenció Primària i l'IRB Lleida ha realitzat un estudi sobre la població de Lleida en el que es comprova que els pacients amb psoriasi pateixen més síndrome metabòlica (diabetis, augment del colesterol, hipertensió i obesitat) que la població general, el que coincideix amb els estudis fets en altres països. No sabem si això es degut a que fan una dieta diferent o es deu a la mateixa psoriasi.

Per tal de saber el motiu, estem fent una enquesta sobre la dieta que segueixen els pacients amb psoriasi de Lleida i la volem comparar amb la que fa gent que no pateix aquesta malaltia.

Li garantim que les dades obtingudes es tractaran segons la llei Orgànica 15/1999 de confidencialitat de dades personals.

Per tant, autoritzo al servei de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova a que em faci l'enquesta.

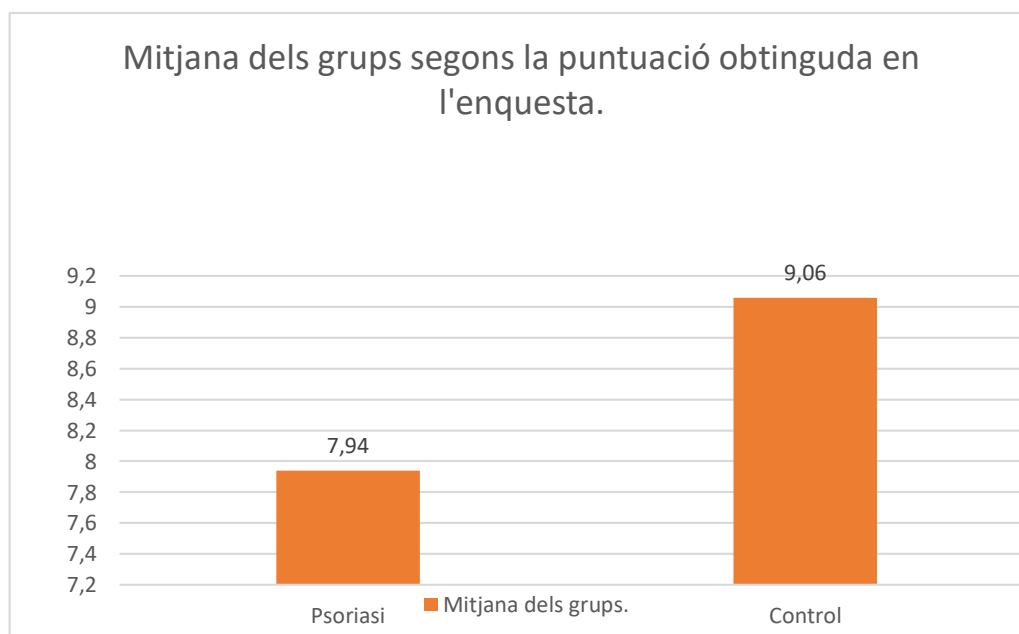
Data

Signatura del pacient

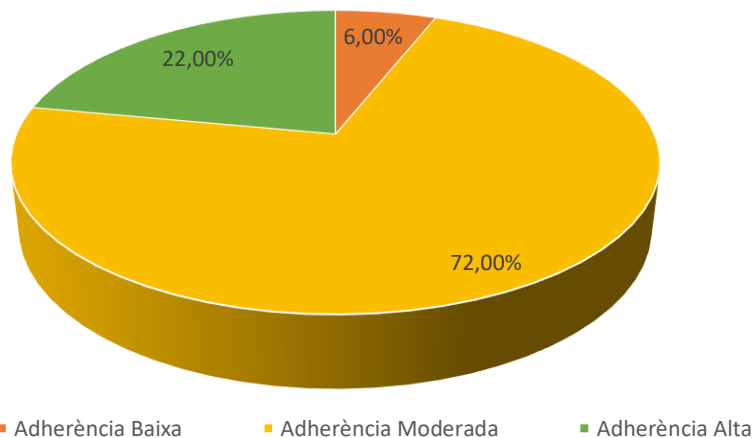
Signatura del investigador

6.4. Recollida i interpretació de dades

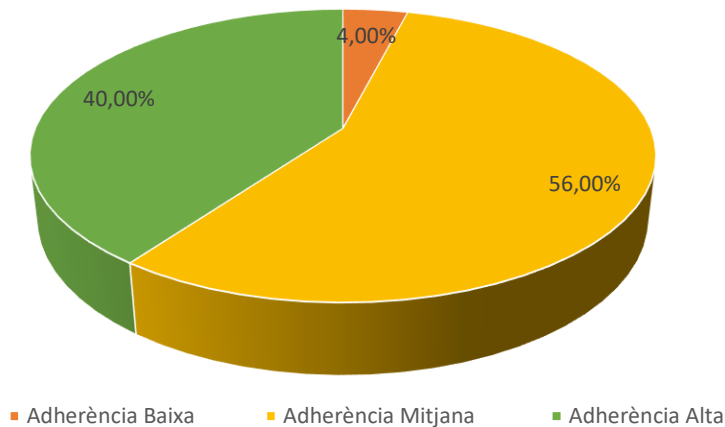
Totes les enquestes han estat ordenades en un arxiu Excel i a partir d'aquest s'han obtingut un seguit de taules de dades i els següents gràfics:



Percentatge dins del grup Psoriasi segons l'adherència a la Dieta Mediterrània



Percentatge dins del grup Control segons l'adherència a la Dieta Mediterrània



L'anàlisi estadístic de les taules es pot fer de tres maneres:

- Mètode 1: Comparant els valors del grup de control amb els del grup de pacients amb psoriasi que s'han obtingut en les enquestes.
- Mètode 2: Separant els resultats de les enquestes de cada grup en diferents categories (baixa, moderada i alta adherència) i comparant-les.
- Mètode 3: Comparant els resultats de cada grup pregunta per pregunta.

Mètode 1

S'agafen els resultats numèrics de totes les enquestes i, separats per grup de control i psoriasi, i es fa la mitjana de cada grup. En aquest cas comparem una variable qualitativa (Psoriasi / Control) amb una quantitativa (valor numèric del test) mitjançant un test anomenat T-Student.

El valor p és el nivell de significació més baix en el que el valor observat de l'estadística de prova és significatiu. Assumirem llavors que les diferències són estadísticament significatives quan el valor de p sigui inferior a 0.05. És el mateix dir que si el valor p de la taula és més petit que 0.05, hi ha més possibilitats que les diferències observades (si n'hi ha) no són degudes a l'atzar.

Tenint com a pregunta la existència de diferències entre els resultats del grup de control i psoriasi s'elabora la següent taula:

Grup	Nombre d'enquestes	Mitjana	Desviació tip.	Error tip. de la mitjana
Psoriasi	50	7,94	1,695	,240
Control	50	9,06	1,878	,266

Observant la taula, sembla doncs que sí que hi ha diferències (1,12 punts de mitjana). Es pot veure que les persones amb psoriasi solen treure menys puntuació en el test i aquestes diferències són estadísticament significatives, ja que el valor p de la taula és 0.02.

Mètode 2

En aquest cas, els resultats de les enquestes de cada grup (control i psoriasi) es separen en tres grups, segons la intensitat de l'adherència (baixa, moderada o alta). En aquesta situació compararem dues variables qualitatives i, per tant, utilitzarem un altre tipus de test que s'anomena Chi-Quadrat de Pearson.

Igual que abans, assumirem que les diferències són estadísticament significatives si el valor de p és inferior a 0.05.

Fent el mateix que abans, i tenint en ment la pregunta de si existeixen diferències entre els grups de control i psoriasi, s'elabora la següent taula:

Taula de contingència: Categoria qüestionari * Psoriasis o control					
			Psoriasis o control		Total
			Psoriasis	Control	
Categoria qüestionari	Adherència baixa	Recompte	3	2	5
		% dins de Psoriasis o control	6,0%	4,0%	5,0%
	Adherència moderada	Recompte	36	28	64
		% dins de Psoriasis o control	72,0%	56,0%	64,0%
	Adherència alta	Recompte	11	20	31
		% dins de Psoriasis o control	22,0%	40,0%	31,0%
Total		Recompte	50	50	100
		% dins de Psoriasis o control	100,0%	100,0%	100,0%

El valor p d'aquesta taula és: 0.149 . Supera el valor límit de 0.05, per tant aquestes diferències no són estadísticament significatives. Però es cert que es poden observar diferències en el mateix sentit que abans, sobretot entre els grups d'adherència moderada i alta. En canvi el grup de baixa adherència sembla ser bastant igual entre psoriasis i control, per tant repetirem la comparació extraient aquests 5 casos classificats com a adherència baixa, ja que sembla ser que només ens confonen:

Tabla de contingència: Categoria qüestionari * Psoriasis o control					
			Psoriasis o control		Total
			Psoriasis	Control	
Categoria qüestionar i	Adherència moderada	Recompte	36	28	64
		% dins de Psoriasis o control	76,6%	58,3%	67,4%
	Adherència alta	Recompte	11	20	31
		% dins de Psoriasis o control	23,4%	41,7%	32,6%
Total		Recompte	47	48	95
		% dins de Psoriasis o control	100,0%	100,0%	100,0%

El valor p d'aquesta taula és 0.58 i, igual que abans, les diferències que hi ha no són estadísticament significatives. Però si ens fixem en els resultats que s'han obtingut, sembla ser que la major part dels pacients amb psoriasi tenen una adherència moderada a la Dieta Mediterrània. En canvi, el grup de control mostra un percentatge d'alta adherència que gairebé duplica el percentatge d'alta adherència del grup de psoriasi. Per tant, la meua resposta a la pregunta anterior seria que sembla ser que existeixen diferències, però que la mostra no es suficientment gran per observar significació estadística. També cap la possibilitat que la categorització que s'ha utilitzat per aquest test no es adequada, tot i que la realitat és que els resultats que observem no permeten assegurar en cap cas que les diferències observades no sigui degudes a l'atzar.

Mètode 3

En aquest tercer cas les respostes del test de cada pacient s'han transcrit a un arxiu Excel i, amb ajuda d'un programa que posseeixen a l'hospital anomenat SPSS, s'ha extret un seguit de taules. En aquest apartat es faciliten les taules que mostren i comparen les respostes dels pacients. Segons la quantitat de persones que responen afirmativament o negativament es determinaran les mesures necessàries que s'haurien d'aplicar a la població. En aquest cas la mostra de la població és relativament petita, per tant els resultats obtinguts s'haurien d'aplicar específicament a aquesta mostra. Per determinar les pautes de la dieta de la població general s'hauria d'analitzar mostres més grans o significatives.

Aquesta primera taula mostra la freqüència de cada sexe en cada grup.

Sexe						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	Home	23	41,8	42,6	42,6
		Dona	31	56,4	57,4	100,0
		Total	54	98,2	100,0	
	Perduts	Sistema	1	1,8		
	Total		55	100,0		
Psoriasi	Vàlides	Home	26	48,1	49,1	49,1
		Dona	27	50,0	50,9	100,0
		Total	53	98,1	100,0	
	Perduts	Sistema	1	1,9		
	Total		54	100,0		

Les taules següents mostres la freqüència de respostes negatives i afirmatives per a cada pregunta de la enquesta.

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	4	7,3	7,3	7,3
		sí	51	92,7	92,7	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	3	5,6	5,6	5,6
		sí	51	94,4	94,4	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En ambdós grups, la major part dels pacients fan servir l'oli d'oliva com a greix principal per la cuina.

2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día? (4 o más cucharadas)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	20	36,4	36,4	36,4
		sí	35	63,6	63,6	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	18	33,3	33,3	33,3
		sí	36	66,7	66,7	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En ambdós grups, la major part dels pacients ingereixen 4 o més cullerades d'oli d'oliva al dia, però més del 30% d'aquest, tant en Psoriasi com en Control, no ho fan.

3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (2 o más raciones)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	16	29,1	29,1	29,1
		sí	39	70,9	70,9	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	30	55,6	55,6	55,6
		sí	24	44,4	44,4	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En aquest cas, els percentatges del grups ja no són tan semblants. Un 70'9% dels pacients del grup Control fan ingereixen 2 o més racions d'hortalisses al dia, mentre que només el 29.1% n'ingereix menys. En el cas dels pacients psoriàsics, els que ingereixen aquesta quantitat representen el 44,4%, mentre que el 55,6% no arriba a consumir-ne tant.

4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? (3 o más piezas)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	20	36,4	36,4	36,4
		sí	35	63,6	63,6	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	35	64,8	64,8	64,8
		sí	19	35,2	35,2	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

Com en el cas anterior, la major part del grup de Control és el que consumeix 3 o més peces de fruita al dia, mentre que la minoria del 36,4% no ho fa. En el cas del grup de Psoriasi els valors es veuen pràcticament invertits, ja que la major part del grup no consumeix tanta fruita.

5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (menos de 1 ración)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	17	30,9	30,9	30,9
		sí	38	69,1	69,1	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	16	29,6	29,6	29,6
		sí	38	70,4	70,4	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En aquesta taula es poden observar valors molt semblants, tant entre els grups com en comparació amb la segona taula. Predomina la resposta afirmativa, que es basa en que les persones consumeixen poca carn vermella o embotits. El percentatge d'aquesta volta el 70% en ambdós grups.

6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (menos de 1 ración)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	8	14,5	14,5	14,5
		sí	47	85,5	85,5	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	9	16,7	16,7	16,7
		sí	45	83,3	83,3	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En aquest cas també coincideixen els valors entre els dos grups. La major part del pacients que han respost l'enquesta consumeix molt poca mantega, margarina i/o nata.

7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día? (menos de 1 al día)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	6	10,9	10,9	10,9
		sí	49	89,1	89,1	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	13	24,1	24,1	24,1
		sí	41	75,9	75,9	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En quant a les begudes ensucrades, sembla ser que el percentatge de persones que consumeix 1 o més al dia és minoritari, però en el grup dels psoriàsics aquest valor representa el doble del valor del grup de Control.

8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana? (7 o más vasos)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	41	74,5	74,5	74,5
		sí	14	25,5	25,5	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	45	83,3	83,3	83,3
		sí	9	16,7	16,7	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En el cas del vi, la major part dels pacients d'ambdós grups no en consumeix. Els percentatges d'aquest cas són 74,5% en el grup Control i 83,3% en el grup Psoriasi.

9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (3 o más raciones)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	38	69,1	69,1	69,1
		sí	17	30,9	30,9	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	38	70,4	70,4	70,4
		sí	16	29,6	29,6	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En aquest cas, igual que en el anterior, predomina la resposta negativa, la qual es tradueix per la ingesta de menys de 3 racions de llegums a la setmana. Tot i que representen valors majoritaris, els percentatges són inferiors que e el cas anterior, amb un 69,1% en el grup Control i un 70,4% en el grup Psoriasi.

10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (3 o más raciones)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	28	50,9	50,9	50,9
		sí	27	49,1	49,1	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	30	55,6	55,6	55,6
		sí	24	44,4	44,4	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En el cas de la desena pregunta es fa referència al peix i al marisc. En aquest cas les respostes negatives predominen en ambdós casos, però per molt poca diferència. Per no dir que predominen es podria dir que es troben en equilibri. En el grup Control, el percentatge de les persones que ingereixen peix o marisc 3 o més vegades a la setmana és del 50,9%, mentre que el grup Psoriasi és del 55,6%.

11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana? (menos de 2 veces)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	21	38,2	38,2	38,2
		sí	34	61,8	61,8	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	24	44,4	44,4	44,4
		sí	30	55,6	55,6	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

Ambdós grups tenen un percentatge de persones que ingereixen 2 o més vegades a la setmana rebosteria comercial bastant elevat, tot i que sigui minoritari. En el grup Control hi ha un 38,2% i en el grup Psoriasi, un 44,4%.

12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (3 o más veces)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	33	60,0	60,0	60,0
		sí	22	40,0	40,0	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	38	70,4	70,4	70,4
		sí	16	29,6	29,6	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En aquesta taula podem observar que en ambdós grups el percentatge de persones que consumeixen fruits secs 3 o més vegades a la setmana és minoritari. En el grup Control és del 40% i en grup Psoriasi és del 29,6%.

13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (consumo preferente de pollo/pavo/conejo)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	5	9,1	9,1	9,1
		sí	50	90,9	90,9	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	9	16,7	16,7	16,7
		sí	45	83,3	83,3	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En aquest cas a preferència d'ingerir carn de pollastre, gall d'indi o conill guanya davant la carn de porc i de vedella. Els percentatges són altíssims en ambdós casos. En el grup Control el percentatge de persones que responen afirmativament és de 90,9%, i en el grup Psoriasi és del 83,3%.

14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)? (2 o más veces)						
Grup			Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Control	Vàlids	no	23	41,8	41,8	41,8
		sí	32	58,2	58,2	100,0
		Total	55	100,0	100,0	
Psoriasi	Vàlids	no	15	27,8	27,8	27,8
		sí	39	72,2	72,2	100,0
		Total	54	100,0	100,0	

En el cas de la última pregunta els percentatges difereixen bastant entre els dos grups. Mentre en el grup Control les persones que ingereixen verdures cuites, pasta o arròs acompanyades de sofregits casolans 2 o més vegades per setmana es corresponen al 58,2%, en el grup Psoriasi corresponen al 72,2%.

7.1. Discussió i conclusions

Discussió

Diversos estudis demostren que els aliments típics de la dieta mediterrània, com ara fruites, verdures i cereals integrals, estan associats a concentracions més baixes de molècules proinflamatòries com la proteïna C reactiva (PCR) que es troba a la sang en resposta a la inflamació. Un nivell baix de PCR implica una menor inflamació a nivell sistèmic, i per tant, també a la pell. Una altra manera de dir-ho és que la inflamació provocada per la psoriasi pot disminuir segons la dieta d'aquests pacients.

A més, s'ha demostrat que altres components dels aliments característics de la dieta mediterrània, com el β -carotè, el zinc, el seleni, la vitamina C i la vitamina E, s'associen a nivells més baixos de marcadors d'inflamació. En particular, les verdures són una font important de fitosterols^[18] que redueixen els nivells de colesterol en sang i, consegüentment, el risc cardiovascular.

Fins i tot els condiments utilitzats freqüentment en la dieta mediterrània per augmentar la palatabilitat, incloent all, cebes, naps, herbes, contenen grans quantitats de flavonoides^[19] que tenen propietats antiinflamatòries.

El omega-3 poliinsaturat, principalment trobat al peix i fruits secs, contribueixen a proporcionar protecció contra diverses malalties cròniques.

Els productes lactis de la dieta mediterrània, com el iogurt, són millor tolerats pels subjectes intolerants a la lactosa i poden induir canvis favorables a la microflora intestinal, amb efectes positius també sobre el risc de càncer de còlon.

Aquestes són algunes propietats dels aliments que formen part de la dieta mediterrània, però encara n'hi ha d'altres. Per resumir, la rica diversitat d'aliments d'aquesta dieta tradicional proporciona característiques especials, donant com a resultat un conjunt únic de nutrients, els efectes del quals contribueixen a la lluita contra la psoriasi i altres malalties inflamatòries cròniques.

Els resultats d'aquest estudi mostren que un percentatge més elevat de pacients psoriàsics tenen una baixa adherència a aquesta dieta en comparació amb el grup de control. A la primera taula es pot observar una diferència estadísticament significativa entre l'adherència a la dieta mediterrània del grup de control i del grup de psoriasi. En les taules

següents d'anàlisi per subgrups, tot i que no hi ha diferències estadísticament significatives, es pot observar que el grup de control, en general, té una adherència a la dieta mediterrània més alta que el grup de psoriasi. Això implica que les persones que pateixen psoriasi solen seguir una dieta menys saludable.

Cal esmentar que els pacients que s'han inclòs en l'estudi i han respost l'enquesta són persones que acudien al servei de dermatologia de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, i que per tant, solen tenir una psoriasi més greu que moltes persones amb psoriasis que segueixen controls pel seu metge de capçalera degut a que no necessiten un tractament més especialitzat. Conseqüentment, les dades proporcionades per aquesta investigació podrien suggerir que hi ha una associació entre l'adherència a la dieta mediterrània i la gravetat de la psoriasi, i caldrien estudis posteriors per confirmar-ho.

El fet que els pacients amb psoriasi severa tenen major inflamació a la pell que la majoria podria fer pensar que aquest subgrup de població es beneficiaria més dels efectes positius que aporta aquest hàbit alimentari canviant-ne l'actual per evitar posteriors esdeveniments cardiovasculars com l'infart de miocardi i l'ictus cerebral.

En quant a la comparació de cada pregunta, s'ha observat el següent:

- En el grup Control, encara que siguin minoria, s'hauria de consumir més oli d'oliva i més fruita. La minoria que consumeix embotits i carns vermelles també hauria de disminuir-ne el consum. Tot i ser una beguda alcohòlica, un vas de vi al dia, acompanyant el dinar, pot resultar beneficis com a part de la dieta mediterrània. S'hauria d'incrementar el consum de llegums, de productes marins (com el peix o el marisc), de fruits secs i de verdures cuites, pasta o arròs acompanyades de salses o sofregits casolans, per tal de beneficiar-se dels seus efectes positius. En quant a la rebosteria comercial, s'hauria de disminuir el consum.
- En el grup Psoriasi, igual que en l'altre grup i encara que sigui minoria, s'hauria d'incrementar la ingesta d'oli d'oliva, de verdures i hortalisses i de fruites. En quant a la carn vermella i els embotits passa el mateix que en el grup Control: la minoria que en consumeix hauria de disminuir el consum. Com s'ha esmentat anterior, en aquest grup el percentatge de persones que consumeixen begudes ensucrades amb regularitat dobla el percentatge de l'altre grup, per tant haurien

de consumir-ne menys. Amb el cas del vi passa el mateix als dos grups; tot i ser una beguda alcohòlica, una petita quantitat diària pot resultar fins i tot beneficiosa. L'incrementar del consum de peix i marisc, de llegums, de verdures cuites, pasta o arròs acompanyades de salses o sofregits casolans i de fruits secs seria necessari per poder adoptar la dieta mediterrani que pot ajudar a les persones que pateixen psoriasi. Una vegada més, igual que a l'altre grup, la rebosteria comercial hauria de ser un producte menys consumit.

Encara que sembli que ambdós grups tenen una dieta molt pareguda, els pacients del grup Psoriasi tenen uns percentatges més elevats en quant a les qüestions que s'han discutit en el paràgraf de dalt.

Conclusions

S'han observat associacions entre la dieta (un factor de risc ambiental) i la psoriasi.

L'educació sobre els factors ambientals modificables (dieta, nutrició, pes adequat i activitat física) és essencial en el tractament d'aquesta malaltia.

La dieta mediterrània presenta beneficis per la salut i pot prevenir l'obesitat, la diabetis i els esdeveniments cardiovasculars. Els efectes beneficiosos de les intervencions nutricionals que promouen el patró alimentari mediterrani es podrien estendre als pacients psoriàsics. Es necessiten futurs assaigs d'intervenció dietètica ben dissenyats en mostres de població més grans per definir pautes dietètiques específiques per a la psoriasi.

Els pacients psoriàsics haurien de consumir més oli d'oliva, verdures i hortalisses, fruita, vi, peix i marisc, llegums, verdures cuites, pasta o arròs acompanyades de salses o sofregits casolans i fruits secs. En el cas dels aliments que haurien d'evitar o de disminuir-ne la ingesta són la carn vermella i els embotits, les begudes ensucrades i la rebosteria comercial.

8. Conclusió final sobre el treball

Aquesta investigació ha aportat molts aspectes nous sobre la percepció que tenia de la medicina actual i sobre el fet de treballar en un hospital. Basant-me en tot el treball fet puc afirmar el següent sobre les meves hipòtesis inicials:

- *Els pacients amb psoriasi que assisteixen a la consulta no saben que la dieta mediterrània és beneficiosa per la seva condició i, per tant, tenen una baixa adherència a aquesta.*

Amb el simple fet de parlar amb els pacients que responien a la enquesta he pogut determinar que la tercera hipòtesi que havia plantejat és correcta. Encara que els metges els hi diuen que portin una dieta equilibrada i que facin exercici físic, alguns pacients encara no saben en què els beneficia. Segons la meva opinió la culpa d'això es divideix entre el pacient i el metge; mentre que el metge intenta complir amb l'horari establert i omet alguns aspectes que semblen obvis, els pacients no es paren a qüestionar el perquè de la decisió del metge.

- *La síndrome metabòlica associada a la psoriasi és causada per la mala alimentació dels pacients.*

En quant a la segona hipòtesi, al llarg de la meva documentació he descobert que la síndrome metabòlica no té una causa exacta i que aquest tema encara s'està estudiant. Degut a això no puc afirmar ni negar aquest aspecte, per tant la hipòtesi queda inconclusa.

- *Les persones que pateixen psoriasi tenen una dieta diferent de les persones que no la pateixen.*

Passant a la primera hipòtesi, que considero la principal, els resultats obtinguts amb les enquestes deixen més que clar la veracitat d'aquesta. Tot i això, hem de tenir en compte que els pacients de la consulta del doctor Casanova pateixen una psoriasi severa, per tant la hipòtesi s'hauria de reformular de la següents manera per a que sigui al cent per cent correcta: *Potser les persones que pateixen una psoriasi greu tenen una dieta diferent de les persones que no la pateixen.*

Al marge de les hipòtesis he arribat a la conclusió de que el món de la investigació és molt sorprenent en quant a procediments emprats. Com esmento a l'apartat dels *Annexos*, encara no tinc el nivell ni els coneixements adequats per interpretar certes taules de dades que podrien aportar més a les conclusions anteriors o ser completament irrelevantes. Això aporta una raó més per voler endinsar-me en el món de la medicina i la recerca.

Per concloure el treball voldria remarcar que aquest tipus de investigació mai és senzilla. Sempre sorgeixen complicacions i traves que et desvien de l'objectiu inicial. Tota aquesta experiència no ha estat pas fàcil, però acabar el que m'he proposat és un fet molt satisfactori que em fa desitjar encara més dedicar-m'hi a la recerca en un futur.

9. Agraïments

Voldria agrair en primer lloc a la Marta Artells, ex tutora meva en aquesta investigació, per haver-me ajudat amb la elecció del treball i haver-se posat en contacte amb el dr. Casanova. Estic molt agraït pel suport i els consells rebuts de part seva.

Al la Montse Teixidó, tutora actual d'aquest treball, per haver-se fet càrrec d'orientar-me amb la investigació quan la meva tutora va haver de marxar. Moltes gràcies pel suport, els consells i la resolució dels dubtes que m'han anat sorgint.

A la meva família i amics, pel suport moral que m'han ofert quan ho necessitava, i a les meves cosines, pels seus consells sobre la elaboració d'aquest treball.

Als doctors Josep Manel Casanova Seuma, cap de dermatologia de l'hospital Arnau de Vilanova, i Josep Manel Fernández, resident al mateix centre sanitari, per haver pogut assessorar-me en el treball i per facilitar-me la informació. També els hi vull agrair els consells i el suport donat.

Als doctors Marc Olivart Parejo i Xavier Gómez , per ajudar-me amb l'elaboració de les taules de dades.

Al mateix centre sanitari Arnau de Vilanova i a tot el personal que hi treballa, per haver-me obert les portes i per oferir-me accés als pacients.

A totes les persones que han participat tant responent l'enquesta com donant-me suport.

Finalment, però no menys important, m'agradaria agrair al projecte Itinera la oportunitat d'incorporar-me en una investigació del departament de dermatologia de l'hospital Arnau de Vilanova.

10. Glossari

1. *Etiologia* : causa d'alguna cosa.
2. *Exacerbació* : augment de la gravetat d'un símptoma o una malaltia.
3. *Corticoides*: Esteroides en forma de crema o pomada que s'empren com antiinflamatoris locals en els processos de la pell que no estan produïts per infeccions.
4. *Intertriginosa*: terme mèdic del castellà que defineix una zona cutània on dues superfícies de la pell es troben en contacte.
5. *Engonal*: zona del cos en que s'ajunta cada cuixa amb el ventre.
6. *Zones poplítees*: relatiu o pertanyent a la sofraja, fa referència a les zones aposades als colzes i als genolls.
7. *Seborrea*: Secreció excessiva de les glàndules sebàcies i sudorípares de la pell, acompanyat sovint d'hipertrofia glandular.
8. *Psoriasi eritrodèrmica*: s'anomena eritrodèrmia a qualsevol malaltia associada a la descamació de la pell i l'enrogiment d'aquesta degut a l'augment de sang continguda als capil·lars.
9. *Sèpsia*: de Septicèmia; nom genèric d'un grup d'infeccions generalitzades greus, que són degudes a l'existència d'un focus infecciós dins el cos, del qual, constantment o periòdicament, passen gèrmens patògens a la sang circulant i hi originen focus infecciosos metastàtics.
10. *Tòpic*: Dit del remei o medicament que hom aplica exteriorment damunt la pell o regió afectada, com és el cas de les pomades, els ungüents, els emplastres, els pegats, etc.
11. *Emol·lients*: Dit de les substàncies que tenen la propietat d'ablanir i relaxar les parts inflamades.
12. *Acció queratolítica*: acció de dissoldre, parcialment o totalment, la capa còrnia de la pell.
13. *Coaltar*: Preparat galènic obtingut per addició de tintura de quil·laia al quitrà mineral, emprat com a desinfectant en dermatologia.

14. *Comorbiditat*: Fa referència a la presència d'una o més malalties o trastorns que es mostren de forma simultània amb una malaltia o trastorn primari; en el sentit comptable del terme, una comorbiditat és cada trastorn o malaltia addicional.
15. *Aterogènesi*: Formació de plaques de greix a les parets de les artèries.
16. *Hiperuricèmia*: es defineix com una concentració d'àcid úric en el plasma superior al límit normal estipulat, que és de 7mg/dl.
17. *Acantosi nigricans*: és un trastorn cutani, caracteritzat per la presència d'hiperqueratosi i hiperpigmentació (lesions de color gris - terrós i engrossides, que donen un aspecte berrugós i superfície vellutada) en els plecs cutanis perianals i de les aixelles.
18. *Fitosterols*: són un grup d'esterols, molècules orgàniques que formen part de la membrana cel·lular de les cèl·lules vegetals, amb una funció similar a la del colesterol en les membranes cel·lulars animals.
19. *Flavonoides*: són una varietat de compostos fenòlics sintetitzats per les plantes superiors durant el seu creixement i desenvolupament. Són productes de la ruta biosintètica de l'àcid fenilpropanoic. Intervenien en la formació de pigments, en la protecció enfront de la radiació UV i en la defensa durant la interacció planta-patogen.

11. Annexos

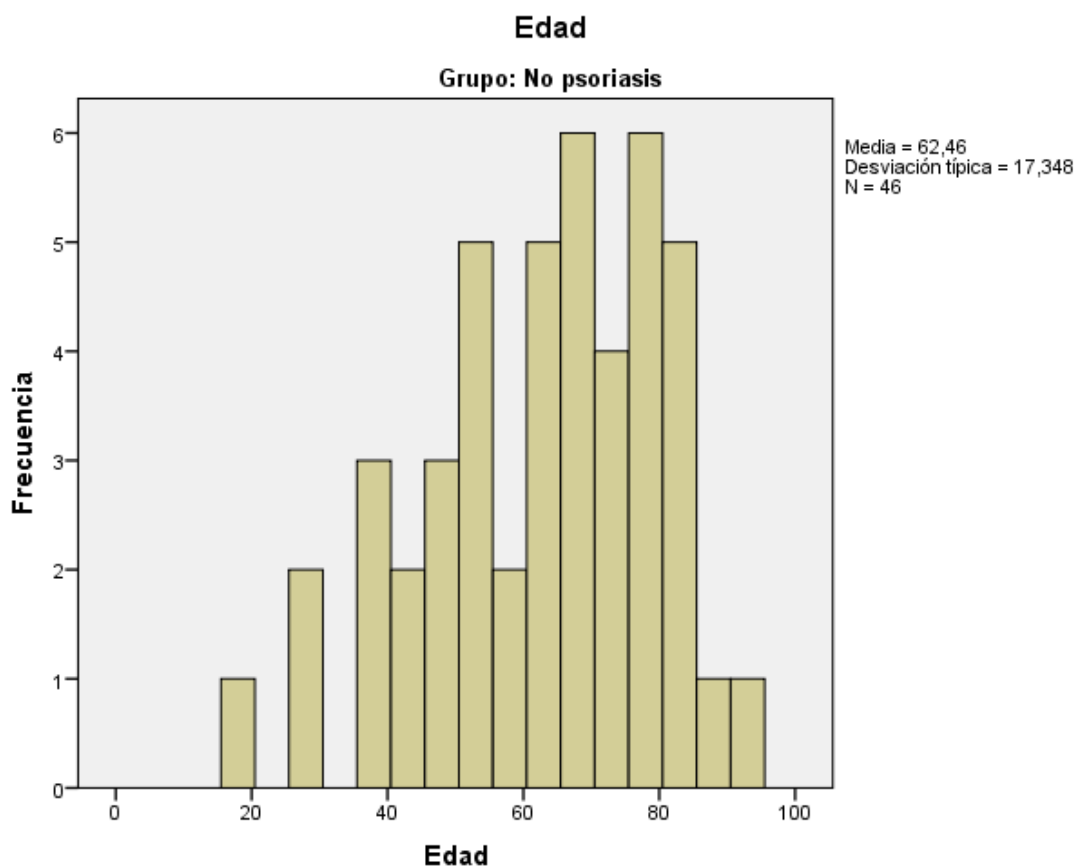
En l'apartat anomenat *Recollida i interpretació de dades* es poden trobar tres mètodes per interpretar les dades proporcionades en forma de taula de dades. En el tercer mètode he esmentat que les respostes de cada pregunta han estat transcrits a un Excel i que, amb ajuda d'un programa anomenat SPSS que posseeix el sistema de l'hospital, s'han obtingut les taules. En aquest tercer mètode no he introduït totes les taules que es va obtenir degut que no tinc el nivell per entendre la informació que contenen. El fet de tenir-les implica que tinc accés només als resultats, però no al procediment d'elaboració.

Afegeixo aquestes taules i alguns gràfics com a referència de com s'interpreten i es tracten les dades en una investigació dintre d'un hospital.

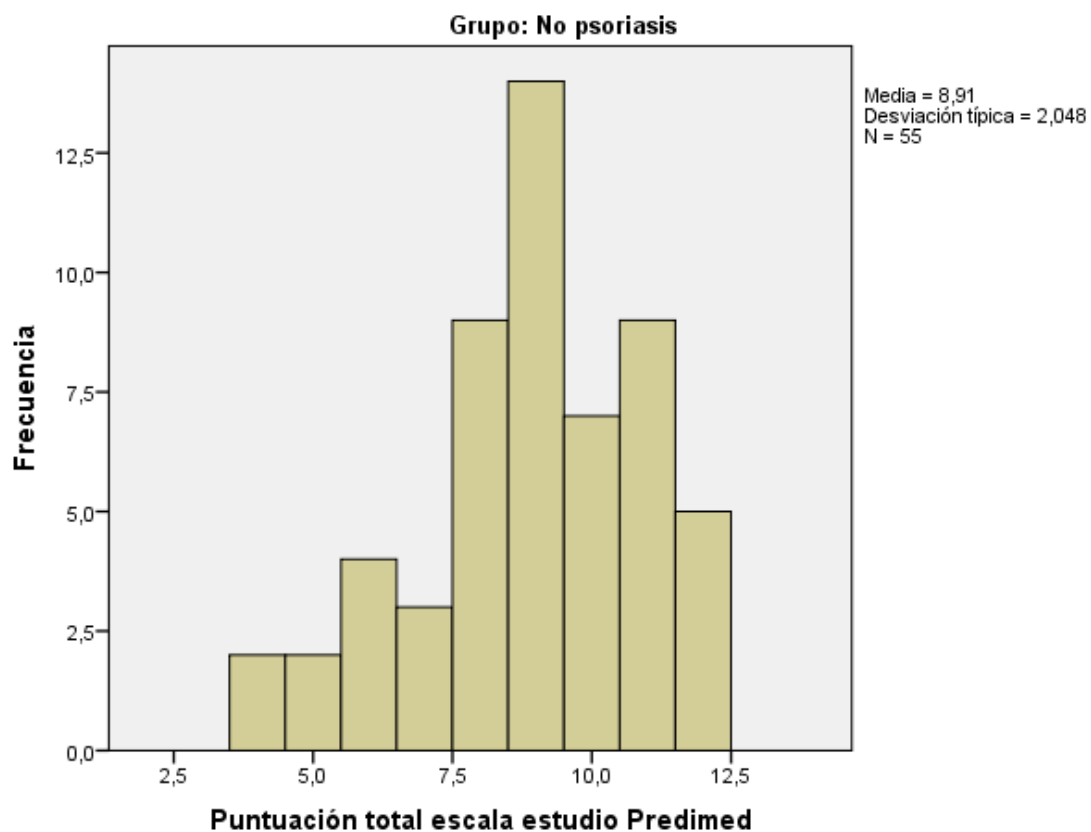
Com a dada informativa, totes les taules que apareixen en aquest treball es va elaborar originalment en llengua castellana, vet aquí el fet que les següents taules no estiguin en català.

Estadísticos				
Grupo			Edad	Puntuación total escala estudio Predimed
No psoriasis	N	Válidos	46	55
		Perdidos	9	0
	Media		62,46	8,91
	Mediana		65,50	9,00
	Desv. típ.		17,348	2,048
	Rango		74	8
	Mínimo		18	4
	Máximo		92	12
	Percentiles	25	51,50	8,00
		50	65,50	9,00
		75	77,00	11,00
Psoriasis	N	Válidos	22	54

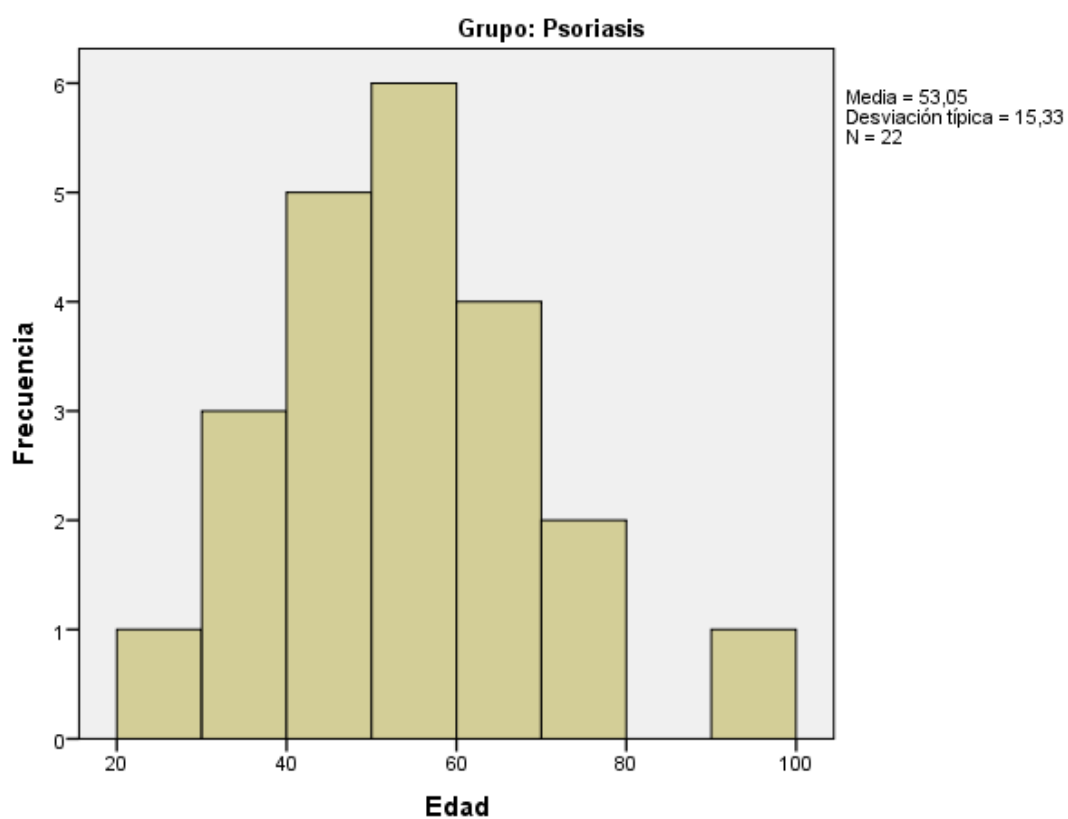
	Perdidos	32	0
Media		53,05	8,02
Mediana		51,50	8,00
Desv. típ.		15,330	1,796
Rango		61	8
Mínimo		29	5
Máximo		90	13
Percentiles	25	40,75	6,75
	50	51,50	8,00
	75	65,25	9,00



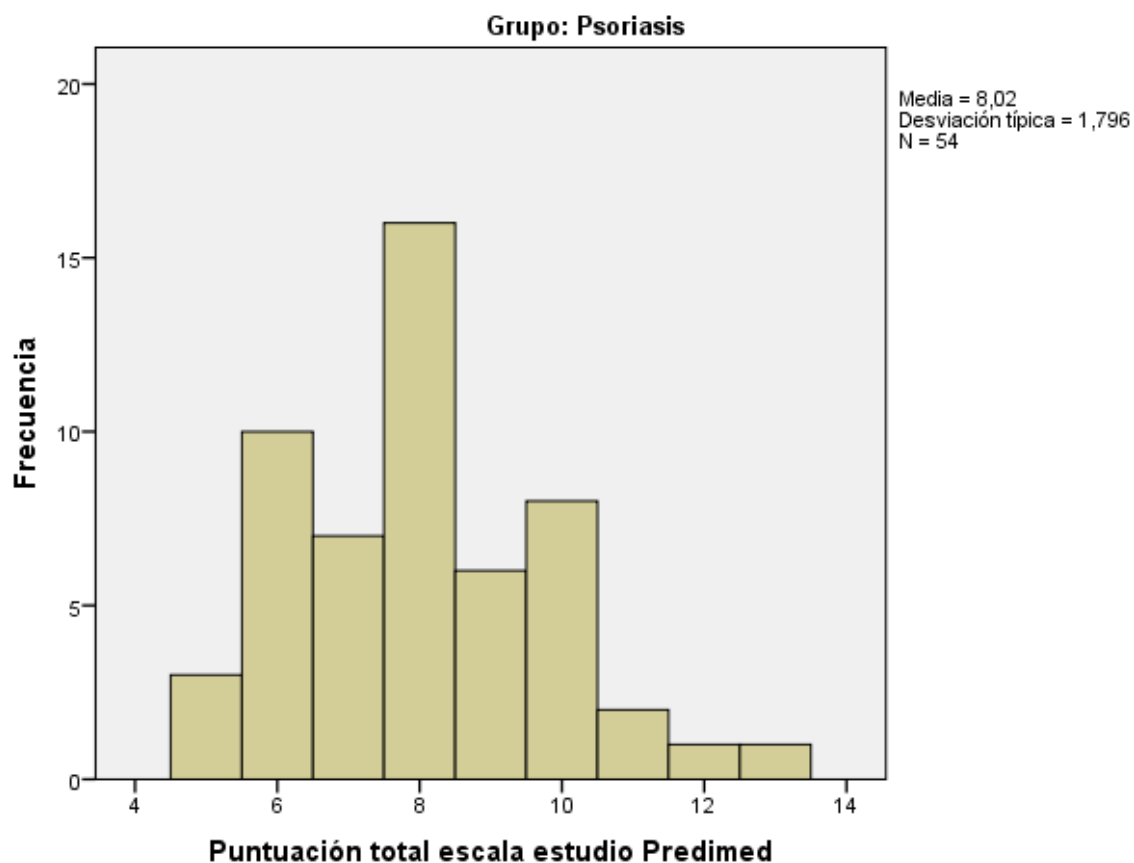
Puntuación total escala estudio Predimed



Edad



Puntuación total escala estudio Predimed



Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo * Sexo	107	98,2%	2	1,8%	109	100,0%

Tabla de contingencia Grupo * Sexo					
			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Grupo	No psoriasis	Recuento	23	31	54
		% dentro de Grupo	42,6%	57,4%	100,0%

	Psoriasis	Recuento	26	27	53
		% dentro de Grupo	49,1%	50,9%	100,0%
Total		Recuento	49	58	107
		% dentro de Grupo	45,8%	54,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,450 ^a	1	,502	,563	,317
Corrección por continuidad ^b	,227	1	,633		
Razón de verosimilitudes	,451	1	,502		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,446	1	,504		
N de casos válidos	107				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,27.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,770	,360	1,651
Para la cohorte Sexo = Hombre	,868	,574	1,313
Para la cohorte Sexo = Mujer	1,127	,794	1,599
N de casos válidos	107		

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo * uso aceite oliva	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 4 o más cucharadas aceite oliva	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 2 o más raciones verdura/hortalizas al día	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 3 o más piezas de fruta al día	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * menos de 1 ración carne roja/embutidos al día	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * menos de 1 ración mantequilla al día	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * menos de 1 bebida carbonatada al día	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 7 o más vasos de vino a la semana	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 3 o más raciones legumbres a la semana	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 3 o más raciones pascado/marisco a la semana	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * menos de 2 veces repostería comercial a la semana	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 3 o más veces de frutos secos a la semana	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%

Grupo * consumo preferente de pollo/pavo/conejo	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%
Grupo * 2 o más veces de sofritos a la semana	109	100,0%	0	0,0%	109	100,0%

Grupo * uso aceite oliva

Tabla de contingencia					
			uso aceite oliva		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	4	51	55
		% dentro de Grupo	7,3%	92,7%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	3	51	54
		% dentro de Grupo	5,6%	94,4%	100,0%
Total		Recuento	7	102	109
		% dentro de Grupo	6,4%	93,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,134 ^a	1	,715	1,000	,510
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,134	1	,714		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,132	1	,716		
N de casos válidos	109				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,47.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	1,333	,284	6,260
Para la cohorte uso aceite oliva = no	1,309	,307	5,576
Para la cohorte uso aceite oliva = sí	,982	,890	1,083
N de casos válidos	109		

Grupo * 4 o más cucharadas aceite oliva

Tabla de contingencia					
			4 o más cucharadas aceite oliva		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	20	35	55
		% dentro de Grupo	36,4%	63,6%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	18	36	54
		% dentro de Grupo	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	38	71	109
		% dentro de Grupo	34,9%	65,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,110 ^a	1	,740		
Corrección por continuidad ^b	,017	1	,896		
Razón de verosimilitudes	,110	1	,740		

Estadístico exacto de Fisher				,841	,448
Asociación lineal por lineal	,109	1	,741		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,83.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	1,143	,519	2,515
Para la cohorte 4 o más cucharadas aceite oliva = no	1,091	,652	1,825
Para la cohorte 4 o más cucharadas aceite oliva = sí	,955	,725	1,256
N de casos válidos	109		

Grupo * 2 o más raciones verdura/hortalizas al día

Tabla de contingencia					
			2 o más raciones verdura/hortalizas al día		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	16	39	55
		% dentro de Grupo	29,1%	70,9%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	30	24	54
		% dentro de Grupo	55,6%	44,4%	100,0%

Total	Recuento	46	63	109
	% dentro de Grupo	42,2%	57,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,824 ^a	1	,005		
Corrección por continuidad ^b	6,776	1	,009		
Razón de verosimilitudes	7,926	1	,005		
Estadístico exacto de Fisher				,007	,004
Asociación lineal por lineal	7,752	1	,005		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,79.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,328	,149	,724
Para la cohorte 2 o más raciones verdura/hortalizas al día = no	,524	,325	,843
Para la cohorte 2 o más raciones verdura/hortalizas al día = sí	1,595	1,132	2,248

N de casos válidos

109

Grupo * 3 o más piezas de fruta al día

Tabla de contingencia					
			3 o más piezas de fruta al día		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	20	35	55
		% dentro de Grupo	36,4%	63,6%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	35	19	54
		% dentro de Grupo	64,8%	35,2%	100,0%
Total		Recuento	55	54	109
		% dentro de Grupo	50,5%	49,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,823 ^a	1	,003	,004	,003
Corrección por continuidad ^b	7,722	1	,005		
Razón de verosimilitudes	8,947	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	8,742	1	,003		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,75.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,310	,142	,679
Para la cohorte 3 o más piezas de fruta al día = no	,561	,376	,838
Para la cohorte 3 o más piezas de fruta al día = sí	1,809	1,196	2,735
N de casos válidos	109		

Grupo * menos de 1 ración carne roja/embutidos al día

Tabla de contingencia					
			menos de 1 ración carne roja/embutidos al día		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	17	38	55
		% dentro de Grupo	30,9%	69,1%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	16	38	54
		% dentro de Grupo	29,6%	70,4%	100,0%
Total		Recuento	33	76	109
		% dentro de Grupo	30,3%	69,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,021 ^a	1	,884		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,021	1	,884		

Estadístico exacto de Fisher				1,000	,525
Asociación lineal por lineal	,021	1	,885		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,35.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	1,063	,469	2,406
Para la cohorte menos de 1 ración carne roja/embutidos al día = no	1,043	,590	1,845
Para la cohorte menos de 1 ración carne roja/embutidos al día = sí	,982	,767	1,257
N de casos válidos	109		

Grupo * menos de 1 ración mantequilla al día

Tabla de contingencia					
			menos de 1 ración mantequilla al día		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	8	47	55
		% dentro de Grupo	14,5%	85,5%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	9	45	54
		% dentro de Grupo	16,7%	83,3%	100,0%

Total	Recuento	17	92	109
	% dentro de Grupo	15,6%	84,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,093 ^a	1	,760	,797	,483
Corrección por continuidad ^b	,002	1	,967		
Razón de verosimilitudes	,093	1	,760		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,092	1	,761		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,42.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,851	,302	2,399
Para la cohorte menos de 1 ración mantequilla al día = no	,873	,364	2,094
Para la cohorte menos de 1 ración mantequilla al día = sí	1,025	,872	1,205
N de casos válidos	109		

Grupo * menos de 1 bebida carbonatada al día

Tabla de contingencia					
			menos de 1 bebida carbonatada al día		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	6	49	55
		% dentro de Grupo	10,9%	89,1%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	13	41	54
		% dentro de Grupo	24,1%	75,9%	100,0%
Total		Recuento	19	90	109
		% dentro de Grupo	17,4%	82,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,281 ^a	1	,070	,082	,059
Corrección por continuidad ^b	2,430	1	,119		
Razón de verosimilitudes	3,344	1	,067		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	3,251	1	,071		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,41.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,386	,135	1,106
Para la cohorte menos de 1 bebida carbonatada al día = no	,453	,186	1,105
Para la cohorte menos de 1 bebida carbonatada al día = sí	1,173	,984	1,400
N de casos válidos	109		

Grupo * 7 o más vasos de vino a la semana

Tabla de contingencia					
			7 o más vasos de vino a la semana		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	41	14	55
		% dentro de Grupo	74,5%	25,5%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	45	9	54
		% dentro de Grupo	83,3%	16,7%	100,0%
Total		Recuento	86	23	109
		% dentro de Grupo	78,9%	21,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,264 ^a	1	,261		
Corrección por continuidad ^b	,791	1	,374		

Razón de verosimilitudes	1,273	1	,259		
Estadístico exacto de Fisher				,349	,187
Asociación lineal por lineal	1,252	1	,263		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,39.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,586	,229	1,497
Para la cohorte 7 o más vasos de vino a la semana = no	,895	,736	1,087
Para la cohorte 7 o más vasos de vino a la semana = sí	1,527	,723	3,228
N de casos válidos	109		

Grupo * 3 o más raciones legumbres a la semana

Tabla de contingencia					
			3 o más raciones legumbres a la semana		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	38	17	55
		% dentro de Grupo	69,1%	30,9%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	38	16	54

		% dentro de Grupo	70,4%	29,6%	100,0%
Total		Recuento	76	33	109
		% dentro de Grupo	69,7%	30,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,021 ^a	1	,884	1,000	,525
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,021	1	,884		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,021	1	,885		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,35.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,941	,416	2,132
Para la cohorte 3 o más raciones legumbres a la semana = no	,982	,767	1,257
Para la cohorte 3 o más raciones legumbres a la semana = sí	1,043	,590	1,845
N de casos válidos	109		

Grupo * 3 o más raciones pascado/marisco a la semana

Tabla de contingencia					
			3 o más raciones pascado/marisco a la semana		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	28	27	55
		% dentro de Grupo	50,9%	49,1%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	30	24	54
		% dentro de Grupo	55,6%	44,4%	100,0%
Total		Recuento	58	51	109
		% dentro de Grupo	53,2%	46,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,236 ^a	1	,627	,702	,384
Corrección por continuidad ^b	,087	1	,769		
Razón de verosimilitudes	,236	1	,627		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,234	1	,628		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25,27.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,830	,391	1,762
Para la cohorte 3 o más raciones pascado/marisco a la semana = no	,916	,644	1,304
Para la cohorte 3 o más raciones pascado/marisco a la semana = sí	1,105	,739	1,651
N de casos válidos	109		

Grupo * menos de 2 veces repostería comercial a la semana

Tabla de contingencia					
			menos de 2 veces repostería comercial a la semana		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	21	34	55
		% dentro de Grupo	38,2%	61,8%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	24	30	54
		% dentro de Grupo	44,4%	55,6%	100,0%
Total		Recuento	45	64	109
		% dentro de Grupo	41,3%	58,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,441 ^a	1	,507	,562	,319
Corrección por continuidad ^b	,220	1	,639		
Razón de verosimilitudes	,441	1	,507		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,437	1	,509		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 22,29.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,772	,360	1,658
Para la cohorte menos de 2 veces repostería comercial a la semana = no	,859	,548	1,347
Para la cohorte menos de 2 veces repostería comercial a la semana = sí	1,113	,811	1,527
N de casos válidos	109		

Grupo * 3 o más veces de frutos secos a la semana

Tabla de contingencia					
			3 o más veces de frutos secos a la semana		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	33	22	55
		% dentro de Grupo	60,0%	40,0%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	38	16	54
		% dentro de Grupo	70,4%	29,6%	100,0%
Total		Recuento	71	38	109
		% dentro de Grupo	65,1%	34,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,290 ^a	1	,256	,316	,175
Corrección por continuidad ^b	,874	1	,350		
Razón de verosimilitudes	1,295	1	,255		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,279	1	,258		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,83.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior

Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,632	,285	1,399
Para la cohorte 3 o más veces de frutos secos a la semana = no	,853	,647	1,124
Para la cohorte 3 o más veces de frutos secos a la semana = sí	1,350	,800	2,278
N de casos válidos	109		

Grupo * consumo preferente de pollo/pavo/conejo

Tabla de contingencia					
			consumo preferente de pollo/pavo/conejo		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	5	50	55
		% dentro de Grupo	9,1%	90,9%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	9	45	54
		% dentro de Grupo	16,7%	83,3%	100,0%
Total		Recuento	14	95	109
		% dentro de Grupo	12,8%	87,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,397 ^a	1	,237		
Corrección por continuidad ^b	,802	1	,370		
Razón de verosimilitudes	1,413	1	,235		
Estadístico exacto de Fisher				,266	,186
Asociación lineal por lineal	1,384	1	,239		

N de casos válidos	109			
--------------------	-----	--	--	--

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,94.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,500	,156	1,603
Para la cohorte consumo preferente de pollo/pavo/conejo = no	,545	,195	1,523
Para la cohorte consumo preferente de pollo/pavo/conejo = sí	1,091	,943	1,262
N de casos válidos	109		

Grupo * 2 o más veces de sofritos a la semana

Tabla de contingencia					
			2 o más veces de sofritos a la semana		Total
			no	sí	
Grupo	No psoriasis	Recuento	23	32	55
		% dentro de Grupo	41,8%	58,2%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	15	39	54
		% dentro de Grupo	27,8%	72,2%	100,0%
Total		Recuento	38	71	109
		% dentro de Grupo	34,9%	65,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,365 ^a	1	,124	,160	,090
Corrección por continuidad ^b	1,787	1	,181		
Razón de verosimilitudes	2,379	1	,123		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	2,344	1	,126		
N de casos válidos	109				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,83.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	1,869	,839	4,163
Para la cohorte 2 o más veces de sofritos a la semana = no	1,505	,885	2,561
Para la cohorte 2 o más veces de sofritos a la semana = sí	,806	,610	1,064
N de casos válidos	109		

Estadísticos de grupo					
	Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	No psoriasis	46	62,46	17,348	2,558
	Psoriasis	22	53,05	15,330	3,268
Puntuación total escala estudio Predimed	No psoriasis	55	8,91	2,048	,276
	Psoriasis	54	8,02	1,796	,244

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad	Se han asumido varianzas iguales	,645	,425	2,170	66	,034	9,411	4,337	,751	18,071
	No se han asumido varianzas iguales			2,268	46,469	,028	9,411	4,150	1,059	17,763
Puntuación total escala estudio Predimed	Se han asumido varianzas iguales	,809	,370	2,412	107	,018	,891	,369	,159	1,623
	No se han asumido varianzas iguales			2,415	105,669	,017	,891	,369	,159	1,622

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo * Sexo	107	98,2%	2	1,8%	109	100,0%

Tabla de contingencia Grupo * Sexo					
			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Grupo	No psoriasis	Recuento	23	31	54
		% dentro de Grupo	42,6%	57,4%	100,0%
	Psoriasis	Recuento	26	27	53
		% dentro de Grupo	49,1%	50,9%	100,0%
Total		Recuento	49	58	107
		% dentro de Grupo	45,8%	54,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,450 ^a	1	,502	,563	,317
Corrección por continuidad ^b	,227	1	,633		
Razón de verosimilitudes	,451	1	,502		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,446	1	,504		
N de casos válidos	107				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,27.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

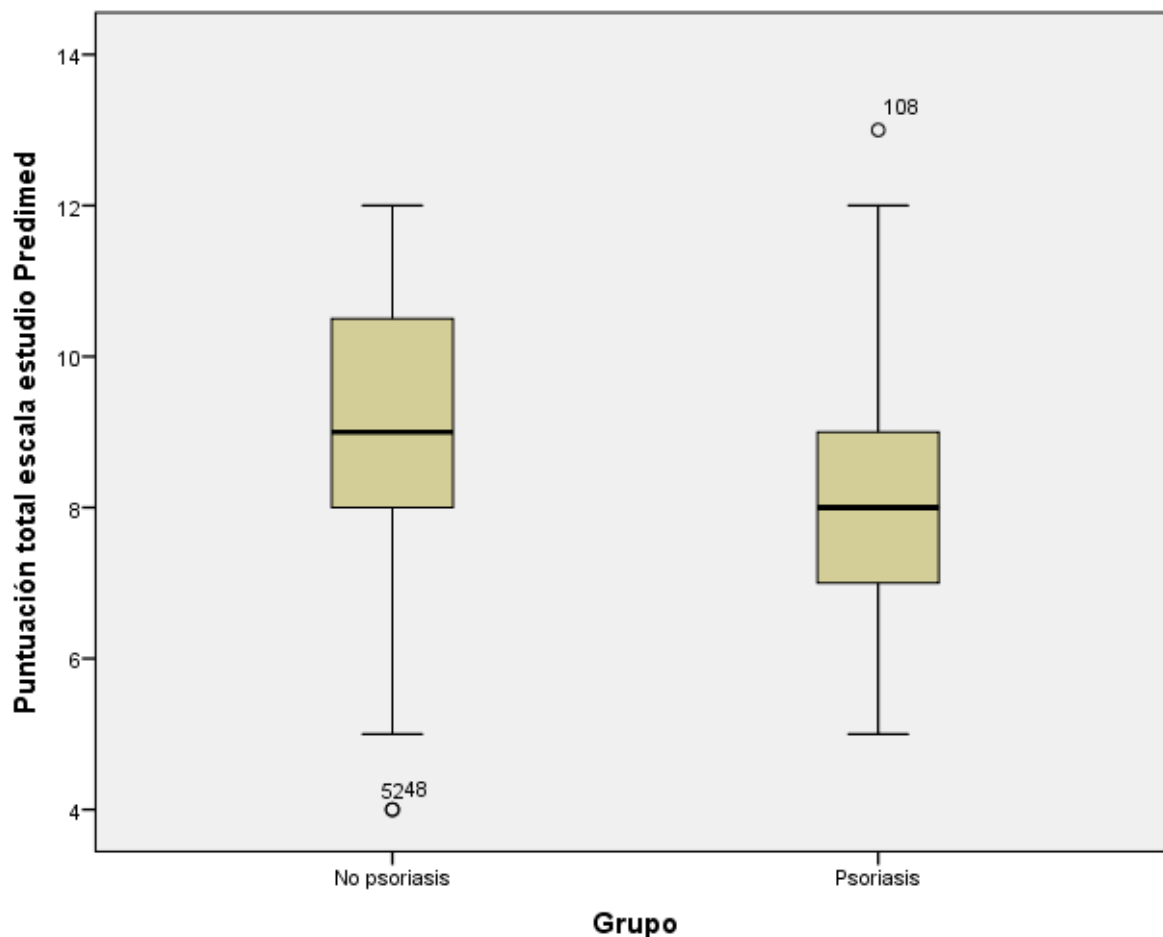
Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo (No psoriasis / Psoriasis)	,770	,360	1,651
Para la cohorte Sexo = Hombre	,868	,574	1,313
Para la cohorte Sexo = Mujer	1,127	,794	1,599
N de casos válidos	107		

		Grupo			
		No psoriasis		Psoriasis	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
uso aceite oliva	no	4	7,3%	3	5,6%
	sí	51	92,7%	51	94,4%
4 o más cucharadas aceite oliva	no	20	36,4%	18	33,3%
	sí	35	63,6%	36	66,7%
2 o más raciones verdura/hortalizas al día	no	16	29,1%	30	55,6%
	sí	39	70,9%	24	44,4%
3 o más piezas de fruta al día	no	20	36,4%	35	64,8%
	sí	35	63,6%	19	35,2%
menos de 1 ración carne roja/embutidos al día	no	17	30,9%	16	29,6%
	sí	38	69,1%	38	70,4%
menos de 1 ración mantequilla al día	no	8	14,5%	9	16,7%
	sí	47	85,5%	45	83,3%
menos de 1 bebida carbonatada al día	no	6	10,9%	13	24,1%
	sí	49	89,1%	41	75,9%

*Dieta i Psoriasi
Hi ha Relació?*

7 o més vasos de vino a la semana	no	41	74,5%	45	83,3%
	sí	14	25,5%	9	16,7%
3 o més raciones legumbres a la semana	no	38	69,1%	38	70,4%
	sí	17	30,9%	16	29,6%
3 o más raciones pascado/marisco a la semana	no	28	50,9%	30	55,6%
	sí	27	49,1%	24	44,4%
menos de 2 veces repostería comercial a la semana	no	21	38,2%	24	44,4%
	sí	34	61,8%	30	55,6%
3 o más veces de frutos secos a la semana	no	33	60,0%	38	70,4%
	sí	22	40,0%	16	29,6%
consumo preferente de pollo/pavo/conejo	no	5	9,1%	9	16,7%
	sí	50	90,9%	45	83,3%
2 o más veces de sofritos a la semana	no	23	41,8%	15	27,8%
	sí	32	58,2%	39	72,2%



12. Webgrafia i Referències

❖ Pàgines Web

1. <https://ca.wikipedia.org/wiki/Psoriasi>
2. <https://es.wikipedia.org/wiki/Psoriasis>
3. <https://en.wikipedia.org/wiki/Psoriasis>
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Metabolic_syndrome
5. https://ca.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_metab%C3%B2lica

❖ Articles

1. Palomar Llatas, F. (2009). Psoriasis y sus cuidados. *Enfermería Dermatológica*, 6.
2. Barrea, L., Nappi, F., Di Somma, C., Savanelli, M., Falco, A., Balato, A. et al. (2016). Environmental Risk Factors in Psoriasis: The Point of View of the Nutritionist. *Public Health*. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13070743>
3. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(3):377-390.
4. Barrea, L., Balato, N., Di Somma, C., et al. (2015). Nutrition and psoriasis: is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet?. *Journal Of Translational Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1186/129667-014-0372-1>
5. Steffen, L., Van Horn, L., Daviglus, M., Zhou, X., et al. (2017). A Modified Mediterranean diet pattern is related to lower risk of incident metabolic syndrome

over 25 years among young adults: the CARDIA Study.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0007114514002633>

6. Afifi, L., Danesh, M., Lee, K., et al. (2017). Dietary Behaviours in Psoriasis: Patient-Reported Outcomes from U.S. National Survey.
<http://dx.doi.org/10.1007/s13555-017-0183-4>

❖ Fonts de les il·lustracions

1. <http://www.lineaysalud.com/enfermedades/psoriasis-psoriasis-en-placa>
2. <http://psoriasisysalud.info/tipos-de-psoriasis/psoriasis-en-placas/>
3. <http://dermas.info/?derma=psoriasis-placas>
4. <http://www.leo-pharma.es/Pacientes/Psoriasis/Localizaciones-Psoriasis.aspx>
5. <https://www.onsalus.com/psoriasis-guttata-sintomas-y-tratamiento-19151.html>
6. <http://remedioscaserosparalapsoriasis.blogspot.com.es/2013/12/>
7. <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ptxt/psoriasis-inversa.htm>
8. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/psoriasis/multimedia/inverse-psoriasis/img-20007732>
9. <http://remedioscaserosparalapsoriasis.blogspot.com.es/2013/06/fotos-de-la-psoriasis-y-sus-tratamientos.html>
10. <http://psoriasiscuradnaturally.com/facial-psoriasis-natural-treatment-with-home-remedies/>
11. <http://www.pcids.org.uk/clinical-guidance/psoriasis-facial-psoriasis>
12. <http://dermis.net/dermisroot/es/1303279/image.htm>
13. <https://clinicalgate.com/psoriasis/>

14. [http://dermatoweb2.udl.es/atlasg.php?idfoto=401946&lletra=p&pag=1&idsubm
enu=2599&idapartat=3575&idsubapartat=](http://dermatoweb2.udl.es/atlasg.php?idfoto=401946&lletra=p&pag=1&idsubm
enu=2599&idapartat=3575&idsubapartat=)
15. <http://curalapsoriasisahora.blogspot.com.es/2013/10/>
16. <https://saludtotal.net/psoriasis-eritrodermica/>
17. [https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3965/1/Psoriasis-
eritrodermica-Reporte-de-un-caso-clinico.html](https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3965/1/Psoriasis-
eritrodermica-Reporte-de-un-caso-clinico.html)
18. <https://www.allinallnews.com/health/psoriatic-arthritis-signs-and-symptoms>
19. [http://remedioscaserosparalapsoriasis.blogspot.com.es/2014/05/artritis-
psoriasica-fotos.html](http://remedioscaserosparalapsoriasis.blogspot.com.es/2014/05/artritis-
psoriasica-fotos.html)