

Guía de manejo de la
PSORIASIS
en la farmacia

Coordinadores

Gregorio Carretero y Jesús Carlos Gómez



© 2016 Elsevier España, S.L.U.
Josep Tarradellas, 20-30, 1ª pl. 08029 Barcelona.
Zurbano, 76, 4º izq. 28010 Madrid.

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia o grabación magnética, ni registrado por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación.

Elsevier y sus asociados no asumen responsabilidad alguna por cualquier lesión y/o daño sufridos por personas o bienes en cuestiones de responsabilidad de productos, negligencia o cualquier otra, ni por uso o aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en el presente material. Dados los rápidos avances que se producen en las ciencias médicas, en particular, debe realizarse una verificación independiente de los diagnósticos y las posologías de los fármacos.

Esta publicación ha sido patrocinada por Laboratorios LEO Pharma, S.A.

DL: B 22846 2016
Impreso en España

Sumario

	Presentación	5
	Jesús C. Gómez	
	Introducción	7
	G. Carretero Hernández	
1	Psoriasis. Definición y diagnóstico	11
	P. Coto Segura	
2	Pronóstico y comorbilidades	21
	A. López Ferrer	
3	Manejo terapéutico. Prescripción	25
	A. López Ferrer	
4	Manejo terapéutico sin prescripción	35
	G. Herrerías Esteban	
5	Consejos de salud	39
	J. C. Gómez Martínez	
6	Signos y señales de alarma	41
	J. C. Gómez Martínez	
7	Atención farmacéutica	43
	J. C. Gómez Martínez	
8	Algoritmo de actuación ante un problema de psoriasis	49
	G. Carretero y Jesús C. Gómez	
9	Seguimiento farmacoterapéutico en la psoriasis	51
	A. González Borrego	
10	Adherencia al tratamiento	55
	A. González Borrego	

Presentación

Estimado lector, como presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), es un placer para mí presentarle esta *Guía de manejo de la psoriasis en la farmacia*, en cuya redacción han trabajado varios expertos del grupo de dermatología de la SEFAC y también del grupo de psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

No cabe duda de que la colaboración entre profesionales de la salud es un elemento imprescindible para mejorar la atención de los pacientes, sobre todo y especialmente la de aquellos que pueden transitar por distintos niveles asistenciales y requieren actuaciones complementarias y mensajes homogéneos para garantizar una buena adherencia a su tratamiento. Este es el caso de la psoriasis, una enfermedad inflamatoria crónica que daña considerablemente la calidad de vida de los pacientes que la sufren y que se caracteriza por lesiones rojizas escamosas en la piel.

En España la psoriasis afecta a más de un dos por ciento de la población y el farmacéutico comunitario, en colaboración con los especialistas en dermatología, puede desempeñar un papel muy relevante para mejorar la atención de los pacientes. No en vano la farmacia comunitaria es el punto sanitario más cercano a la población y al que con más asiduidad acuden los pacientes ambulatorios. Además, la dermatología está muy arraigada en la labor profesional de muchos farmacéuticos, por lo que aplicar sus conocimientos en intervención farmacéutica servirá para ayudar a mejorar la salud de los pacientes en coordinación con el médico o para indicar la derivación al mismo en caso de detectar síntomas de alarma. Hay que tener en cuenta que las enfermedades de la piel muchas veces son simplemente el espejo de patologías más complicadas o que están asociadas a comorbilidades graves, como es el caso que nos ocupa, pues los pacientes con psoriasis pueden estar ligados a enfermedades como la diabetes, cardiopatías, artrosis, otras enfermedades inmunológicas, etc.

El presente documento es un gran paso adelante para mejorar la atención farmacéutica a los pacientes con psoriasis y aumentar también la coordinación con los dermatólogos. Los contenidos van desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la adherencia terapéutica, pasando por el manejo terapéutico con y sin prescripción, consejos de salud, signos y señales de alarma, atención farmacéutica en la dispensación y seguimiento farmacoterapéutico.

Esta guía es, en definitiva, un magnífico exponente de como la colaboración entre sociedades científicas puede generar recursos valiosos para mejorar el abordaje de una patología. Los pacientes confían en los profesionales sanitarios para que coordinados consigan que ellos tengan un mejor cuidado de su salud y mejor calidad de vida. Es nuestra responsabilidad y compromiso dar una respuesta eficiente a esa demanda, por lo que esperamos que esta guía se convierta en documento de referencia para el farmacéutico.

Por último, desde SEFAC queremos dar las gracias a todos los profesionales que han trabajado para que este proyecto sea una realidad, a la AEDV y en concreto al Dr. Carretero, por confiar en la labor del farmacéutico coordinada con el dermatólogo en beneficio de los pacientes, y a los Laboratorios Leo Pharma por su colaboración.

Dr. Jesús C. Gómez
Presidente de SEFAC

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, caracterizada por la aparición de placas eritematoescamosas y/o pústulas cutáneas, de base inmunológica, predisposición genética y de origen multifactorial, que afecta al 1-3% de la población mundial. En un estudio reciente se ha estimado que tiene una prevalencia del 2,3% en la población española¹.

En un porcentaje elevado de pacientes, la psoriasis se asocia con comorbilidades sistémicas importantes (osteoarticular, cardiovascular, diabetes, obesidad, enfermedad inflamatoria intestinal, cardiopatía isquémica, síndrome metabólico, ictus, hepatopatía, enfermedad psiquiátrica)², lo que hace que su afectación patológica se extienda más allá de la piel. Entre estas comorbilidades, merece especial atención la artritis psoriásica, una artropatía inflamatoria frecuentemente incapacitante que, por lo general, aparece un promedio de 10 años después del diagnóstico de la enfermedad cutánea, y cuya prevalencia puede variar entre el 6% y el 26%, dependiendo de la población estudiada³. En España, según los resultados del primer estudio epidemiológico realizado en una población de 3.320 pacientes con psoriasis moderada/grave, el 13% tiene un diagnóstico confirmado de artritis psoriásica⁴.

Para definir la gravedad de la psoriasis en la práctica clínica dermatológica se utiliza normalmente el porcentaje de superficie corporal afectada (considerando la palma de la mano como el 1% de dicha superficie) o el *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI)⁵. Otras medidas que se han empleado como parámetros de gravedad de la psoriasis y para evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas son el *Physician's Global Assessment* (PGA) y parámetros de calidad de vida, como el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI). Existe una buena correlación entre el PASI y el PGA, pero el primero está mejor validado y es el parámetro de elección para determinar la respuesta en los ensayos clínicos. Por lo que respecta a la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, el DLQI es el índice más utilizado. No obstante, la afectación cutánea objetivable, aunque resulta fundamental para la correcta

valoración de la respuesta en los ensayos clínicos, es en muchos casos insuficiente como criterio de gravedad teniendo en cuenta las necesidades del paciente, y en la actualidad existe consenso en España en establecer una definición operativa de psoriasis moderada/grave como la que presentan los pacientes que son candidatos a tratamiento sistémico y/o fototerapia⁶. La decisión terapéutica debe estar basada en una experiencia clínica amplia por parte del dermatólogo prescriptor, y en las características individuales del paciente y del curso y momento evolutivo de la enfermedad en cada caso⁷.

No obstante, y a pesar de la multitud de opciones terapéuticas disponibles y los numerosos avances en el tratamiento desarrollados durante la última década, ningún agente se muestra eficaz de forma constante en el control de la enfermedad a largo plazo, por lo que con frecuencia un mismo paciente recibirá diversos tratamientos de forma consecutiva y se requiere que cada uno de ellos sea individualizado atendiendo a las características clínicas, estilos de vida y comorbilidades del paciente. El objetivo final es que el paciente quede limpio de lesiones cutáneas, evite la posible afectación articular, prevenga las comorbilidades potencialmente asociadas y mejore su calidad de vida.

La complejidad patogenética intrínseca de la enfermedad, junto con el hecho de que puede provocar morbilidad considerable, producen un impacto total –físico y emocional– en la vida del paciente comparable, y a veces superior, a otras patologías^{8,9}. Recientemente –tras el impulso y esfuerzo realizados por la International Federation of Psoriasis Association para que se incluyera la psoriasis en su programa de *Strategy for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*–, la Organización Mundial de la Salud, en su 67ª asamblea (WHA67.9/Mayo 2014), reconoce que la psoriasis es una enfermedad crónica, dolorosa, desfigurante e incapacitante, que no tiene cura, y, además de poder asociar picor, dolor y sangrado de las lesiones, los individuos afectados experimentan estigmatización y discriminación social y laboral. Por lo tanto, la medida de afectación de una enfermedad debe hacerse sobre la carga que la misma produce sobre la salud global, y contemplar aspectos clínicos, pero también económicos y sociales¹⁰.

Por todo ello, el impacto no físico medible que la psoriasis ejerce sobre el paciente debería tenerse en cuenta a la hora de tratar la psoriasis. Los obje-

tivos terapéuticos no solo habrán de contemplar medidas morfológicas, sino, además, aquellas otras que reflejen lo que para el paciente significa realmente vivir con su psoriasis y cómo la perciben, máxime teniendo en cuenta que el coste social de la psoriasis guarda más relación con la calidad de vida relacionada con la enfermedad que con su gravedad¹¹.

G. Carretero Hernández

Dermatólogo.
Coordinador del GPs-AEDV

Bibliografía

1. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:504-9.
2. Grozdev I, Korman N, Tsankov N. Psoriasis as a systemic disease. *Clin Dermatol.* 2014;32:343-50.
3. Prey S, Paul C, Bronsard V, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S, et al. Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psoriasis: A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(Supl 2):31-55.
4. García-Díez A, Ferrándiz C, Vanaclocha F, Lizán L, Badía X, Sellers G. What characterizes the severity of psoriasis? Results from an epidemiological study of over 3,300 patients in the Iberian Region. *Dermatology.* 2008;216:137-51.
5. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology.* 2005;210:194-9.
6. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre evaluación y tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:277-86.
7. Puig L, Carrascosa JM, Carretero G, de la Cueva P, Lafuente-Urrez RF, Belinchón I, et al; Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, 2013. I. Consideraciones de eficacia y selección del tratamiento. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:694-70.
8. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:401-7.
9. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, van de Kerkhof PCM, Chimenti S, Lotti T, et al; en representación de EUROPSO patient survey. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol.* 2006;155:729-36.
10. Chren MM, Weinstockwz MA. Conceptual issues in measuring the burden of skin diseases. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004;9:97-100.
11. Hägg D, Sundström A, Eriksson M, Schmitt-Egenolf M. Decision for biological treatment in real life is more strongly associated with the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) than with the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:452-6.

Psoriasis. Definición y diagnóstico

P. Coto Segura

Dermatólogo. Grupo de Psoriasis-AEDV

Definición

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica en cuya etiología participan factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Inicialmente, la psoriasis se consideró una variante de la lepra, y no fue hasta 1841 cuando Hebra la definió como una entidad independiente. Ante la ausencia de un autoantígeno responsable claramente identificado, la psoriasis se incluye dentro de los denominados “trastornos inflamatorios mediados inmunológicamente”. Se caracteriza por placas eritemato-descamativas de predominio en las superficies de extensión de los miembros y en el cuero cabelludo, con posibilidad de afectación mucosa, ungueal y articular. Entre los diferentes individuos que sufren esta patología existe una gran variabilidad en cuanto a forma de presentación, duración, periodicidad de los brotes y superficie corporal afectada. La psoriasis es, además, una enfermedad con gran morbilidad, y supone, en términos económicos, un gasto sanitario equiparable a enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus o patología psiquiátrica.

Epidemiología

La incidencia global de la psoriasis se ha estimado entre 60-140/100.000 habitantes-año. En un estudio se ha observado una duplicación de estas cifras entre los años 1970 y 2000. Este incremento podría deberse no solo a un cambio franco en la incidencia, sino a modificaciones en los procedimientos o en las clasificaciones diagnósticas.

La prevalencia global es del 2-3% de la población, siendo mayor en Noruega y en el Ártico (5-12%), y menor en africanos, afroamericanos o asiáticos (0,4-0,7%). Respecto a la población española, se ha estimado que la prevalencia es del 2,3%¹.

La edad de presentación sigue una distribución bimodal, con un primer pico entre los 15 y 30 años, y un segundo pico entre la quinta y la sexta dé-

casos. Suele aparecer más tempranamente en mujeres, y más del 60% de los casos comienzan antes de los 30 años^{2,3}.

Fisiopatogenia

Con el avance en el conocimiento sobre las bases genéticas de la enfermedad, la psoriasis ha dejado de considerarse un trastorno primario de la proliferación y diferenciación de los queratinocitos, para considerarse una enfermedad mediada inmunológicamente, donde tanto la respuesta inmune innata (células dendríticas, neutrófilos, macrófagos, células *natural killer* y queratinocitos) como la adaptativa (linfocitos T CD4+ y CD8+) son fundamentales. Los eventos inmunológicos consisten en una regulación alterada de las células que desencadenan la respuesta inmunitaria frente a una barrera cutánea alterada. Las células presentes en las placas de psoriasis son las mismas que intervienen en la reparación de las heridas (queratinocitos, células dendríticas, monocitos, macrófagos y linfocitos T y B). Es por ello que, debido a las grandes similitudes entre reepitelización y psoriasis, muchos investigadores consideran que las lesiones de psoriasis representan un proceso de curación de herida prolongado en el tiempo, ya que, en presencia de un epitelio alterado, estas células continúan con la respuesta inmunitaria aberrante frente a un antígeno desconocido. Debemos considerar la psoriasis como una enfermedad dinámica, y es probable que en diferentes estadios de la enfermedad (iniciación, progresión, mantenimiento y remisión) se produzca un cambio en el tipo de respuesta inmunitaria y en los tipos celulares predominantes.

Son varios los ejes moleculares implicados en la psoriasis, con relaciones de regulación cruzada e interdependientes. Para su estudio los clasificaremos en tres tipos de respuestas paradigmáticas: respuesta tipo Th1 (vía del interferón γ [INF- γ]), respuesta tipo Th22 (vía de la interleucina 22 [IL-22]) y respuesta tipo Th17 (eje IL-23/IL-17)³.

Las citocinas procedentes de células del sistema inmunitario innato (factor de necrosis tumoral α , INF- γ , IL-1 β , IL-6) activan las células dendríticas mieloides, que, una vez activadas, presentan antígenos y liberan mediadores como la IL-12 y la IL-23, llevando a la diferenciación de células Th1 y Th17, respectivamente. Los mediadores liberados por las células Th17 activan los

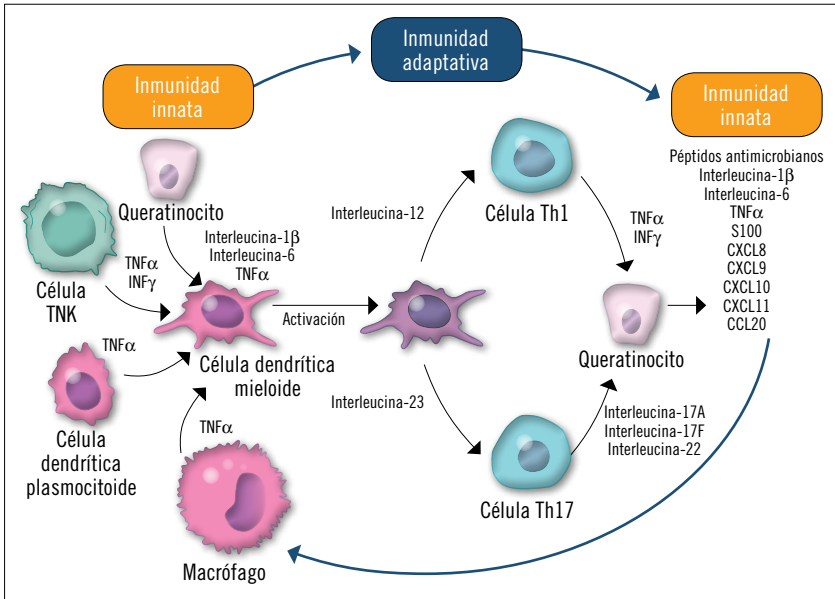


Figura 1. Fisiopatología de la psoriasis. INF γ , interferón γ ; NK, *natural killer*; TNF α , factor de necrosis tumoral α .

queratinocitos induciendo la producción de péptidos antimicrobianos y citoquinas proinflamatorias. Estos productos liberados por los queratinocitos permiten la retroalimentación positiva del proceso inflamatorio (fig. 1).

Factores desencadenantes

Diversos factores ambientales se han relacionado con el desarrollo de psoriasis^{2,3}. La psoriasis es una de las enfermedades en las que los traumatismos pueden inducir la enfermedad en la piel previamente no afectada. La aparición de psoriasis sobre áreas de traumatismos se conoce como fenómeno de Koebner. Afecta al 38-76% de los pacientes, y ocurre generalmente 7-14 días tras el traumatismo. El fenómeno de Koebner inverso se refiere al blanqueamiento de la psoriasis en una zona de traumatismo.

La aparición de psoriasis guttata aguda se ha asociado a una infección estreptocócica precedente, predominantemente faríngea. Se ha descrito tam-

Tabla 1. Fármacos desencadenantes de brotes de psoriasis

- Antiinflamatorios no esteroideos
- Antipalúdicos
- Beta-bloqueantes
- Corticoides sistémicos
- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina
- Interferón- α
- Sales de litio
- Sales de oro
- Yoduro potásico

bién la aparición de psoriasis en gotas como exacerbación de una psoriasis previa o como forma de inicio en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana.

Se han relacionado diferentes fármacos con el inicio o la exacerbación de la psoriasis (tabla 1).

Aunque la fotoexposición suele ser beneficiosa, en una minoría de pacientes la psoriasis puede exacerbarse tras la exposición solar. La fotosensibilidad en la psoriasis es más frecuente en el sexo femenino, y se asocia a la presencia de ciertos factores genéticos, como el *HLA-Cw6*, a historia familiar y a edad de inicio precoz.

La edad de presentación más temprana en mujeres, los cambios de la enfermedad durante el embarazo y las exacerbaciones o el inicio de la psoriasis durante la administración de estrógenos a altas dosis son indicativos de un papel hormonal. La hipocalcemia se ha relacionado con formas graves de psoriasis.

También se ha atribuido a los factores estresantes un papel en la exacerbación de la psoriasis. Aunque los datos de los estudios epidemiológicos no son totalmente concluyentes, parece que el alcohol y el tabaco pueden influir en su desarrollo. Conviene destacar la existencia de una marcada relación entre hábito tabáquico y formas pustulosas de psoriasis, en las que un porcentaje mayor del 95% de los pacientes son fumadores al inicio de la enfermedad, y un 90% de ellos son mujeres. También se ha observado que el cese del hábito tabáquico favorece una mejoría considerable en esta forma de psoriasis.

Formas clínicas

La psoriasis tiene un gran número de presentaciones clínicas (tabla 2). La psoriasis vulgar o crónica en placas es la forma más frecuente de presentación, y afecta a más del 80% de los pacientes. Se caracteriza por placas eritematosas con descamación nacarada adherida (fig. 2A). Las placas pueden ser pruriginosas y ocasionalmente acompañarse de dolor. Afecta preferentemente a las superficies extensoras de los codos y las rodillas, al cuero cabelludo y al área lumbosacra. El área facial habitualmente está respetada.

Existen otras formas menos frecuentes, como la psoriasis en gotas (fig. 2B), que aparece más comúnmente en niños, adolescentes y adultos jóvenes semanas después de un episodio infeccioso de las vías respiratorias superiores. Otros tipos poco habituales son las formas pustulosas (figs. 2C y 2D) (caracterizadas por una erupción generalizada o localizada de pústulas estériles), las variantes confinadas a los pliegues (fig. 2E) (psoriasis invertida) o las formas graves generalizadas (como la psoriasis eritrodérmica).

La onicopatía psoriásica (fig. 2F) se presenta a lo largo de la vida en el 80-90% de los pacientes con psoriasis. Aunque es infrecuente, la afectación ungueal puede ser la única forma de presentación de una psoriasis.

La psoriasis afecta frecuentemente al área genital (vulva y glande) y muy rara vez a la mucosa oral. En esta última localización, la lengua geográfica se ha descrito como la forma más habitual, especialmente en pacientes con psoriasis pustulosa generalizada⁴.

Tabla 2. Principales formas clínicas de la psoriasis

- Psoriasis vulgar o crónica en placas
- Psoriasis en gotas
- Psoriasis palmo-plantar
- Psoriasis invertida o en pliegues
- Psoriasis ungueal
- Psoriasis eritrodérmica
- Psoriasis pustulosa: forma generalizada/forma localizada



Figura 2. A. Psoriasis en placas; B. Psoriasis guttata; C. Psoriasis pustulosa; D. Psoriasis pustulosa palmoplantar; E. Psoriasis invertida; F. Onicopatía psoriásica (*pitting* u hoyuelos).

Histología

Los cambios clínicos observados en la placa de psoriasis se correlacionan con los hallazgos histopatológicos. El engrosamiento epidérmico y la descamación plateada se deben a una maduración prematura e incompleta de los

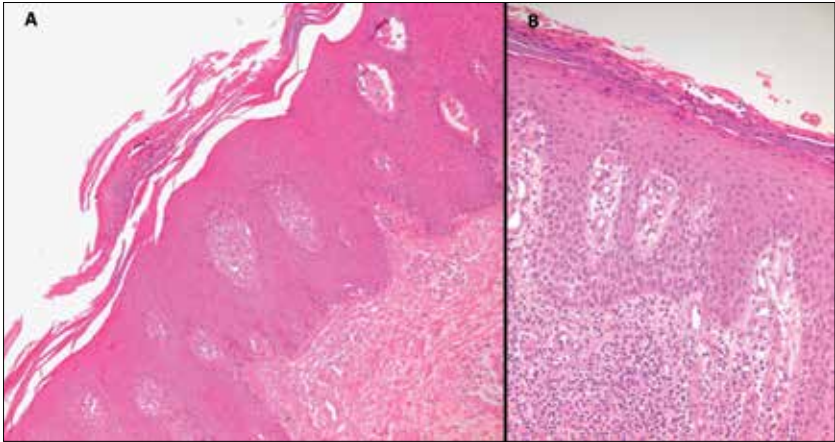


Figura 3. A. Psoriasis: acantosis epidérmica, papilomatosis, hipogranulosis y paraqueratosis (hematoxilina-eosina, x10) B. Detalle: se observan los microabscesos de neutrófilos en la capa córnea, una vascularización dérmica prominente y un infiltrado linfocítico en la dermis superficial (hematoxilina-eosina, x20).

queratinocitos, lo que provoca retención de núcleos en las células de la capa córnea (paraqueratosis). El *turnover* de los queratinocitos basales es el responsable del engrosamiento de la epidermis (acantosis), la elongación de las crestas epidérmicas (papilomatosis) y la disminución de la capa granulosa (hipogranulosis)⁵. Existe una llamativa neoformación vascular caracterizada por vasos tortuosos en la dermis papilar. Esta vascularización prominente se manifiesta clínicamente como sangrado cuando se eliminan las escamas (signo de Auspitz). En la dermis papilar se observa un infiltrado inflamatorio compuesto por células dendríticas y linfocitos T. Un signo histopatológico distintivo es la transmigración de neutrófilos a la epidermis para formar los microabscesos de Munro en el estrato córneo (fig. 3).

Evaluación clínica de la enfermedad

Para definir la gravedad de la enfermedad en la práctica dermatológica se utiliza normalmente el porcentaje de superficie corporal afectada (BSA) o el índice de gravedad y área de la psoriasis (PASI). Aunque no está universalmente aceptado, por lo general se considera que los pacientes con BSA > 5% presentan psoriasis moderada a grave; en la mayoría de los ensayos

**Tabla 3. Criterios CASPAR
(Classification Criteria for Psoriatic Arthritis)**

1. Enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o esntésítica) con 3 o más puntos obtenidos de las siguientes categorías		
	Presencia actual de psoriasis, historia personal o familiar de psoriasis	
a	Presencia actual definida como psoriasis en la piel o cuero cabelludo evaluado por un reumatólogo o dermatólogo	2
	La historia personal es la historia de psoriasis obtenida del paciente, dermatólogo, médico de cabecera, reumatólogo u otro personal médico cualificado	1
	La historia familiar es la historia de psoriasis en un familiar de primer o segundo grado referido por el paciente	1
b	Distrofia psoriásica ungueal, incluidos onicólisis, pitting e hiperqueratoris, observados en la exploración actual	1
c	Factor reumatoide negativo, determinado por cualquier método excepto el látex, preferible ELISA o nefelometría. Los valores serán los del laboratorio final de referencia	1
d	Historial actual de dactilitis, definida como inflamación de todo el dedo o una historia de dactilitis recogida por un reumatólogo	1
e	Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxtaarticular cerca de los márgenes de la articulación (manos y pies): oscilación mal definida (excluidos osteofitos)	1

clínicos efectuados recientemente se define el PASI superior a 10 o 12 como criterio de inclusión definitorio de psoriasis moderada a grave. Para la práctica clínica diaria es muy útil la llamada «regla de los 10» (tabla 3), que define como psoriasis grave la de los pacientes con PASI > 10, o BSA > 10 o una puntuación > 10 en la escala de calidad de vida Dermatology Life Quality Index (DLQI) (tabla 4).

En la definición de la gravedad de la psoriasis y la indicación de tratamiento sistémico se deben tener en cuenta, además de la extensión e intensidad de las lesiones, la presencia de formas especiales de psoriasis (pustulosa, eritrodérmica, etc.) que tienen un curso más agresivo o que por su topografía (afectación facial, flexural, genital, de manos, etc.) representan un mayor perjuicio psicológico y social para los pacientes, con independencia del PASI o el BSA, o no responden al tratamiento tóxico.

Tabla 4. Regla de los 10

- Índice de gravedad y área de la psoriasis PASI ≥ 10
- Porcentaje de superficie corporal afectada (BSA) ≥ 10
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) ≥ 10

Tabla 5. Escala de calidad de vida Dermatology Life Quality Index (DLQI)

Cuantificación del DLQI	Interpretación cualitativa del DLQI
De 0 a 1	No afecta calidad de vida = Calidad satisfactoria
De 6 a 10	Moderada afectación calidad de vida = Calidad insatisfactoria
De 11 a 30	Grave y muy grave afectación calidad de vida = Mala calidad de vida

Sobre la base de las características de las lesiones pueden efectuarse valoraciones globales de la enfermedad. Existen dos formas principales: la forma estática y la dinámica, en la que el médico evalúa la mejoría global con respecto a la situación basal; esta última es difícilmente repetible, y se basa en la memoria del observador, por lo que la valoración estática se ha convertido en el estándar (*static Physician's Global Assessment*, PGA). Para valorar globalmente la psoriasis se suele emplear una puntuación comprendida entre 0 y 6: 0 = blanqueada; 1 = casi blanqueada, mínima; 2 = leve; 3 = leve a moderada (elevación/infiltración leve, eritema/descamación moderados); 4 = moderada; 5 = moderada a grave (elevación/infiltración, eritema y descamación marcados), y 6 = grave⁶.

Bibliografía

1. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:504-9.
2. Schon MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2005;352:1899-912.
3. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2009;361:496-509.
4. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, Alavi A, Mistry N, Sibbald RG. A review of the clinical variants and the management of psoriasis. *Adv Skin Wound Care.* 2013;26:271-84.
5. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(Supl 2):ii14-7.
6. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al; Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:277-86.

Pronóstico y comorbilidades

A. López Ferrer

Dematóloga. Grupo de Psoriasis-AEDV

El modelo actual de la psoriasis ha dejado de ser el de una enfermedad crónica inflamatoria de la piel para considerarse una enfermedad sistémica, en la que los pacientes con psoriasis pueden presentar una serie de enfermedades o complicaciones denominadas comorbilidades, a las que se supone también un origen inmunológico¹. A continuación se detallan las más frecuentes.

Artritis

La artritis psoriásica es una artropatía inflamatoria crónica asociada a la psoriasis que se incluye dentro de las espondiloartropatías seronegativas. La psoriasis se asocia con una artropatía potencialmente invalidante en un porcentaje significativo de pacientes, que puede llegar a ser desde el 5-8% hasta el 30% de los casos². Es habitual que las manifestaciones cutáneas precedan a las articulares, aunque en determinados pacientes pueden aparecer primero las manifestaciones articulares que las cutáneas. La manifestación inicial de la artritis psoriásica suele ser en forma de oligoartritis asimétrica, con afectación de las articulaciones interfalángicas distales, de forma característica, y a diferencia de la artritis reumatoide, donde la afectación predominante es en las articulaciones interfalángicas proximales. En algunos casos puede afectarse el esqueleto axial (espondilitis). La entesitis también es característica de la artritis psoriásica y se caracteriza por la inflamación de las entesis o puntos de inserción de tendones y ligamentos al hueso. Son características de esta enfermedad la entesitis del tendón de Aquiles y la fasciitis plantar. También la presencia de dactilitis, caracterizada por la inflamación de las articulaciones interfalángicas distal y proximal del mismo dedo, junto a inflamación de partes blandas, dando lugar al denominado “dedo en salchicha”³.

Si bien la psoriasis puede tratarse de forma tópica en casos leves, el diagnóstico de artritis en un paciente con psoriasis implica en muchas ocasiones el inicio de tratamiento sistémico. Es en estos casos en los que es clave la colaboración estrecha y derivación precoz al reumatólogo.

Enfermedad cardiovascular

Los enfermos con psoriasis moderada o grave tienen una probabilidad mayor de presentar patología cardiovascular como el infarto de miocardio que la población general. Inicialmente, se pensó que esta asociación estaba relacionada con el hecho de que los enfermos con psoriasis tienen mayor número de factores de riesgo cardiovascular, como obesidad, hipertensión, tabaquismo, hiperlipidemia o diabetes, pero estudios posteriores demostraron que la psoriasis puede considerarse un factor independiente de riesgo cardiovascular, incrementando el riesgo de sufrir cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica y muerte (*odds ratio* [OR] de 1,78, 1,70, 1,98 y 1,86, respectivamente). El control de los factores de riesgo mencionados es clave en estos pacientes para no incrementar el riesgo cardiovascular que sufren⁴.

Síndrome metabólico

Este síndrome consiste en la asociación de obesidad abdominal, dislipidemia, hipertensión y resistencia a la insulina. Estas alteraciones metabólicas determinan un estado proinflamatorio y protrombótico, por lo que la detección de un síndrome metabólico en un paciente indica un riesgo cardiovascular más elevado que requiere tratamiento en todos los casos por parte de su médico de cabecera o endocrinólogo⁵.

Esteatohepatitis

El hígado graso no alcohólico es la causa más frecuente de elevación de las transaminasas en nuestro medio, y es la enfermedad hepática más prevalente en los países desarrollados. Está relacionada con la obesidad y el síndrome metabólico, por lo que los pacientes con hígado graso no alcohólico tienen un riesgo cardiovascular más elevado que los individuos que no la padecen. Tal y como demuestran varios estudios, los pacientes con psoriasis tienen una prevalencia más elevada de hígado graso no alcohólico, que puede condicionar la elección del tratamiento, especialmente metotrexato y acitretina⁶.

Enfermedad inflamatoria intestinal

Se ha descrito una mayor prevalencia de psoriasis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, tanto colitis ulcerosa como enfermedad de Crohn. Por

otro lado, también se ha observado una mayor prevalencia de enfermedad de Crohn en pacientes con psoriasis (OR 2,49)⁷. La asociación entre psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal parece deberse a una patogenia común.

Enfermedad renal

La psoriasis se asocia de forma independiente con insuficiencia renal crónica (OR 1,28)⁸, y aumenta en las formas graves (OR 1,57) y en presencia de artritis psoriásica (OR 2,34). Asimismo, se ha comprobado mayor incidencia de glomerulonefritis en pacientes con psoriasis (OR 1,50).

Comorbilidades psicosociales

Se ha comprobado en estudios poblacionales que el impacto psicológico de la psoriasis en el paciente es mayor que el referido por otras enfermedades crónicas, situándose en tercer lugar detrás de la depresión y la enfermedad obstructiva pulmonar crónica, pero por encima del **cáncer**, el infarto de miocardio, la hipertensión o la diabetes. Asimismo, la psoriasis produce un gran impacto emocional, derivado del temor a que la enfermedad empeore o reaparezca, incluso después de controlada terapéuticamente. Este mayor impacto deriva en la mayor frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con psoriasis⁹.

Bibliografía

1. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386:983-94.
2. Mease PJ. Psoriatic arthritis update. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2006;64:25-31.
3. López-Ferrer A, Torrente-Segarra V, Puig L. Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo necesita saber (parte 1). *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:578-584.
4. Prodanovich S, Kirsner RS, Kravetz JD, Ma F, Martinez L, Federman DG. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. *Arch Dermatol*. 2009;145:700-3.
5. Ryan C, Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatol Clin*. 2015;33:41-55.
6. Prussick R, Prussick L, Nussbaum D. Nonalcoholic Fatty liver disease and psoriasis: what a dermatologist needs to know. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015;8:43-5.
7. Najarian DJ, Gottlieb AB. Connections between psoriasis and Crohn's disease. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:805-21.
8. González-Parra E, Daudén E, Carrascosa JM, Oliveira A, Botella R, Bonanad C, Rivera R; en representación del Grupo de Trabajo en Inflamación Sistémica en Psoriasis. *Kidney Disease and Psoriasis. A New Comorbidity?* *Actas Dermosifiliogr*. 2016; doi: 10.1016/j.ad.2016.05.009.
9. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004;45:155-9.

Manejo terapéutico. Prescripción

3

A. López Ferrer

Dermatóloga. Grupo de Psoriasis-AEDV

En pacientes con formas leves de psoriasis se recomienda iniciar tratamiento tópico, mientras que en aquellos pacientes que presentan formas leves o moderadas, es aconsejable comenzar tratamiento tópico en monoterapia o como complemento a diversos tratamientos sistémicos o fototerapia.

El tratamiento tópico es la primera escala en el manejo de la psoriasis y es fundamental conseguir la adherencia terapéutica por parte del paciente para lograr su eficacia.

Para conseguir este objetivo es básico que el paciente conozca su patología, la razón del tratamiento, cómo, cuándo, cuánto tiempo tomarlo o usarlo, así como aspectos ligados a la galénica de los tratamientos que satisfagan al paciente y sean cómodos en su uso.

Tratamientos tópicos

Corticosteroides tópicos

Se informará al paciente sobre la disponibilidad de corticosteroides de diferente potencia y formulación (gel, solución, crema, pomada, ungüento, champú, espuma) (tabla 1).

Con respecto a las formulaciones, el gel lipofílico es fácil de usar y de aplicar, no reseca la piel ni la irrita y puede favorecer la adherencia terapéutica. Las pomadas y ungüentos se recomiendan para placas con escamas gruesas y adherentes. Por su parte, las soluciones, la espuma y el champú son las más adecuadas para la psoriasis del cuero cabelludo. Las cremas y emulsiones se reservan para psoriasis con lesiones diseminadas. En cuanto a la potencia del corticosteroide tópico, se seleccionará en función de la edad del paciente, la localización y la gravedad de las lesiones. Los corticosteroides potentes y muy potentes deben evitarse durante períodos superiores a 4-8 semanas, en niños y en áreas de piel fina (pliegues, región facial). Entre cada ciclo de tratamiento con corticosteroides potentes o muy potentes es recomendable un período

Tabla 1. Clasificación de los corticosteroides tópicos por potencia

<p>Corticosteroides clase I: potencia muy alta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betametasona dipropionato al 0,05% • Clobetasol propionato al 0,050% • Diflorasona diacetato al 0,05% • Diflucortolona valerato al 0,3% • Hacinónido al 0,1% • Halobetasona propionato al 0,05% <p>Corticosteroides clase II: potencia alta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amcinónido al 0,1% • Beclometasona dipropionato al 0,025% • Betametasona benzoato al 0,025% • Betametasona valerato al 0,1% • Budesonida al 0,025% • Desonida al 0,05% • Desoximetasona al 0,25% • Diflorasona diacetato al 0,05%/ 0,1% • Diflucortolona valerato al 0,1% • Fluclorolona acetónido al 0,2% • Fluocinolona acetónido al 0,2% • Fluocinónido al 0,05% • Fluprednilidén acetato al 0,1% • Fluticasona propionato al 0,05% • Metilpresnisolona aceponato al 0,1% • Mometasona furoato al 0,1% • Prednicartrato al 0,25% • Triamcinolona acetónido al 0,1% 	<p>Corticosteroides clase III: potencia moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aclometasona dipropionato al 0,05% • Beclometasona dipropionato al 0,025% • Beclometasona salicilato al 0,025% • Betametasona benzoato al 0,025% • Betametasona valerato al 0,05% • Clobetasona butirato al 0,05% • Desoximetasona al 0,05% • Fluclorolona acetónico al 0,025% • Flumetasona pivalato al 0,025% • Fluocinolona acetónido al 0,01% • Fluocinolona acetónido al 0,025% • Fluocortolona al 0,2% • Flupametasona al 0,3% • Flurandrenolona al 0,05% • Halometasona al 0,05% • Hidrocortisona aceponato al 0,1% • Hidrocortisona butirato al 0,1% • Hidrocortisona valerato al 0,2% • Triamcinolona acetónido al 0,04% <p>Corticosteroides clase IV: baja potencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona al 0,1-0,2% • Fluocortin butilo al 0,75% • Hidrocortisona acetato al 1-2,5% • Metilprednisolona acetato al 0,25%
--	---

sin tratamiento de al menos 4 semanas. Los pacientes en tratamiento intermitente con corticosteroides potentes o muy potentes deberán ser revisados al menos una vez al año al objeto de identificar efectos adversos locales o sistémicos. El uso continuado de corticosteroides potentes y muy potentes puede asociarse a atrofia cutánea irreversible, estrías, inestabilidad de la psoriasis y efectos tóxicos sistémicos cuando se aplican a áreas extensas de la piel (síndrome de Cushing). Se informará al paciente y a sus cuidadores sobre estos riesgos potenciales del uso continuado de corticosteroides tópicos potentes. Como alternativa a los corticosteroides potentes, y con la intención de mejo-

rar la tolerancia, o bien en determinados territorios como la región facial y los pliegues, se priorizarán los corticosteroides de potencia baja e intermedia.

Los corticosteroides tópicos se aplicarán 1-2 veces al día.

Análogos de la vitamina D

Los análogos de la vitamina D son el calcipotriol, el tacalcitol y el calcitriol. Los análogos sintéticos de la vitamina D tópicos representan una de las alternativas más seguras y eficaces en el tratamiento de la psoriasis leve o moderada. Según algunos estudios, el calcipotriol presenta resultados comparables a los asociados con los corticosteroides de alta potencia después de 8 semanas de tratamiento, y su efecto beneficioso ha demostrado ser más persistente en el tiempo que algún corticosteroide tópico. Además, durante la aplicación prolongada, su eficacia se mantiene en el tiempo¹.

Los análogos de la vitamina D se mantienen como alternativa de elección en la fase de mantenimiento.

El calcitriol (pomada) se aplica dos veces al día. El tacalcitol (pomada) se usa una vez al día. Su eficacia es menor que las combinaciones de análogos de vitamina D con corticosteroides tópicos.

El efecto adverso más frecuente es la irritación, generalmente en la zona lesional o perilesional, región facial o pliegues. La hipercalcemia y la hipercalciuria son infrecuentes y están relacionadas con excesos de la dosis semanal recomendada.

Combinación de corticosteroides tópicos y derivados de la vitamina D

El calcipotriol (50 µg/g) y la betametasona dipropionato (0,5 mg/g) son los principios activos de elección, tanto en monoterapia como en combinación durante la fase de inducción. Son útiles en casos de psoriasis vulgar estable (psoriasis en placas) o afectación del cuero cabelludo. La eficacia y la seguridad en la fase de inducción de la combinación de ambos principios activos son superiores a las obtenidas por sus componentes por separado². El inicio de la respuesta es rápido, pues se observa desde la primera semana, lo que favorece la adherencia al tratamiento. La respuesta observada es independiente con respecto a la gravedad de la psoriasis. Asimismo, se reducirían los

efectos secundarios como la irritación y la aplicación de corticoesteroides. Esta asociación se aplica una vez al día, como máximo durante 4 semanas y a partir de entonces a demanda, que los expertos han estimado en 2-3 veces por semana. Esta combinación está disponible en la formulación en gel lipofílico, por lo que es fácil de usar y de aplicar y favorece la adherencia terapéutica. Asimismo, también está disponible en formulación en pomada, útil en lesiones gruesas, muy hiperqueratósicas o en palmas y plantas. Sin embargo, debido a su textura resulta difícil de extender, poco cosmética y difícil de implementar en áreas extensas. Su efecto adverso más frecuente es la irritación de la piel. El paciente con psoriasis moderada (afectación superior al 10% de la superficie corporal) puede no alcanzar un control adecuado de la enfermedad con tratamiento tópico en monoterapia.

Breas

Disponibles en forma de champú o solución jabonosa principalmente. El champú debe utilizarse 1-2 veces a la semana, dejando actuar 5-10 minutos antes de aclarar adecuadamente. Las cremas, lociones y ungüentos se deben formular, se aplican de manera tópica 1 o 2 veces al día, preferiblemente por la noche, y es necesario retirarlos por la mañana con un jabón adecuado. Es importante tener en cuenta que producen fotosensibilidad. Son bien toleradas, aunque presentan el inconveniente de manchar la ropa y el baño³.

Inhibidores de la calcineurina

Algunos estudios han demostrado que son eficaces en formas de psoriasis invertida o afectación facial o genital, evitando la atrofia que pueden producir otros tratamientos tópicos como los corticosteroides, especialmente en las localizaciones mencionadas³.

Otros: tazaroteno

Es un retinoide tópico. Inhibe la proliferación de las células, modula su diferenciación y disminuye los marcadores de la inflamación. Se presenta en forma de gel en dos concentraciones, al 0,1% y al 0,05%. Se aplica una vez al día. Puede producir irritación local³.

Fototerapia

La **fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVBbe)**⁴ constituye un tratamiento de primera línea en pacientes con psoriasis en placas o en gotas que

no pueden ser controlados con tratamientos tópicos en monoterapia y en los que la fototerapia no esté dificultada por factores logísticos (distancia al centro, motivos laborales, etc.) o contraindicada por la presencia de enfermedad fotosensible o riesgo alto de cáncer de piel. La fototerapia UVBbe es un tratamiento con un perfil de seguridad aceptable en niños y durante el embarazo y la lactancia. Las sesiones se administran con una frecuencia de 3 a 5 días por semana, en una media de 20-30 sesiones por pauta, tras las que cabe esperar, en caso de respuesta adecuada, una remisión de 2 a 4 meses.

La **fototerapia PUVA oral** requiere la administración previa de un fármaco sensibilizante, habitualmente 8-metoxipsoraleno, entre 1,5 y 2 horas antes de la sesión de fototerapia. Aunque se trata de un tratamiento muy eficaz incluso en pacientes con formas graves de psoriasis, son mayores los riesgos de efectos adversos asociados a la ingesta de psoraleno — transaminitis, vértigo, intolerancia gástrica, fotosensibilidad por exposición a radiación UVA externa—, fotosensibilidad prolongada y también en forma de daño actínico crónico y fotocarcinogénesis, por lo que en general debe reservarse esta forma de tratamiento para aquellos pacientes en los que la terapia UVBbe no ha sido eficaz o cuando las lesiones cutáneas son muy infiltradas y se presume el fracaso de aquella. Las sesiones se administran con una frecuencia de 2 a 4 sesiones por semana durante 15 a 25 sesiones por pauta. La terapia PUVA oral está contraindicada en niños menores de 12 años y en embarazadas. Las remisiones, cuando es eficaz, pueden ser prolongadas y superar los 4-6 meses.

La **fototerapia con PUVA tópica** (administración localizada de psoraleno y de radiación UVA) es una opción adecuada en pacientes con formas localizadas de psoriasis (con un BSA < 5%), en particular con psoriasis palmoplantar o pustulosis palmoplantar. La frecuencia de sesiones habitual es de 2 a 3 por semana, con dosis por sesión y duración de la pauta variables en función del paciente y de la formulación y utillaje empleados.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico (convencional o biológico) de la psoriasis está indicado en pacientes con psoriasis moderada-grave, situación definida por alguno de los siguientes criterios: ausencia de control con tratamiento tópico,

ausencia de control con fototerapia o imposibilidad de la misma, psoriasis extensa (PASI \geq 10, BSA \geq 5-10%), empeoramiento rápido, compromiso de áreas visibles, limitación funcional (palmoplantar, genital), percepción visible, limitación funcional (palmoplantar, genital), percepción de gravedad subjetiva (DLQI $>$ 10), eritrodermia o psoriasis pustulosa extensa o artropatía psoriásica⁵. En todos los pacientes con psoriasis candidatos a tratamiento sistémico la anamnesis debe recoger la duración de la enfermedad, los tratamientos sistémicos o ingresos previos, la presencia o no de artropatía, los antecedentes de enfermedades infecciosas y la posible exposición a tuberculosis, las enfermedades previas, los tratamientos concomitantes, las comorbilidades y los posibles factores de riesgo para efectos adversos o contraindicaciones. Antes de iniciar el tratamiento sistémico convencional se recomienda hacer despistaje de comorbilidades y riesgo infeccioso.

Ciclosporina

Se recomienda ofrecer ciclosporina como primera elección de tratamiento sistémico en pacientes que cumplen con criterios para tratamiento sistémico y uno o más de las siguientes características: necesidad de control rápido de la enfermedad, pustulosis palmoplantar, deseo de concepción (tanto en varones como mujeres) sin posibilidad de evitar el tratamiento sistémico. Se evitará el tratamiento con ciclosporina en pacientes que presenten alguna de las siguientes contraindicaciones: insuficiencia renal, hipertensión, neoplasias, infecciones, inmunodeficiencia, tratamiento concomitante con PUVA o UVB, alquitrán de hulla. Aunque deberá evitarse durante la lactancia y el embarazo (categoría C), la ciclosporina representa en estas circunstancias el medicamento de elección en pacientes con psoriasis grave e indicación de tratamiento sistémico.

Se recomienda iniciar el tratamiento con 2,5-3 mg/kg/día, escalando la dosis 5 mg/kg/día cada 4 semanas, y en caso de no respuesta o de necesidad de alcanzar un control rápido de la enfermedad hasta una dosis máxima de 5 mg/kg/día. Se observa una respuesta clínicamente relevante después de 4 semanas de tratamiento. La respuesta terapéutica debe valorarse a los 3 meses de alcanzar la dosis máxima y en caso de respuesta inadecuada suspender el tratamiento. Una vez alcanzada la respuesta terapéutica óptima, se recomienda usar la dosis mínima efectiva para mantener la remisión. Debe evitarse el tratamiento continuado con ciclosporina durante más de 2

años, excepto en caso de enfermedad grave o inestable sin posibilidad de otra alternativa terapéutica. Se informará al paciente sobre la posibilidad de los siguientes efectos tóxicos relevantes: insuficiencia renal, hipertensión, inmunosupresión, insuficiencia hepática, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, hiperlipidemia, hiperplasia gingival, tremor, hipertrichosis, parestesias, hiperpotasemia, hipomagnesemia. Se revisarán, y se informará al paciente y a sus cuidadores, las posibles interacciones de la ciclosporina con medicamentos de uso habitual.

Metotrexato

Se recomienda ofrecer metotrexato en pacientes con indicación de tratamiento sistémico, excepto en las circunstancias en las que deba priorizarse la ciclosporina. Se evitará el tratamiento con metotrexato en pacientes que presenten alguna de las siguientes contraindicaciones: embarazo (categoría X), lactancia, hepatopatía, hábito enólico, inmunodeficiencia, insuficiencia renal crónica, infecciones, disfunción de médula ósea, alteración de la función pulmonar, fibrosis pulmonar o úlcera péptica. En pacientes sin factores de riesgo para desarrollar efectos adversos se prefiere comenzar con dosis terapéuticas —al menos 10 mg, y de forma idónea 15 mg por semana—. En el caso de que se inicie con dosis inferiores, en función del perfil del paciente se incrementará gradualmente hasta la dosis efectiva o hasta una dosis máxima de 25 mg/semana. La dosis de metotrexato puede administrarse por vías oral, subcutánea o intramuscular. Se monitorizará hematológicamente al paciente con: hemograma a las 2-4 semanas y después cada 2-3 meses, bioquímica con urea, creatinina y función hepática cada 2-3 meses, y PIIINP (Péptido N-Terminal Colágeno III) cada 3 meses (en función de la disponibilidad).

Se espera una respuesta clínica relevante a las 4-12 semanas. La mayoría de los pacientes que respondan al tratamiento mostrarán signos claros de mejoría a las 8 semanas. A los 3 meses de alcanzar la dosis máxima o diana se puede suspender el tratamiento si la respuesta obtenida se considera inadecuada. En caso de respuesta adecuada, se mantendrá al paciente con la dosis mínima efectiva. Se informará con detalle al paciente y a sus cuidadores sobre la dosificación, posología y pauta de administración (una vez a la semana) con objeto de evitar sobredosis relacionadas con errores de posología. Se informará al paciente sobre la posibilidad de los siguientes efectos tóxicos relevantes: hepatotoxicidad, mielosupresión, neumonitis, estoma-

titis, teratogenia, náuseas, anorexia, astenia o cefalea. Antes de iniciar el tratamiento se evaluarán posibles factores de riesgo de hepatotoxicidad (obesidad, hábito enólico, diabetes). Durante el tratamiento se monitorizará la función hepática. Se informará al paciente sobre el interés de evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento, así como de reducir peso. La administración de ácido fólico puede disminuir la aparición de algunos efectos tóxicos sin afectar a la efectividad del tratamiento con metotrexato.

Acitretina

Se recomienda tratamiento con acitretina en adultos, y excepcionalmente en niños, valorando siempre la relación riesgo/beneficio, en las siguientes situaciones: contraindicación o ausencia de respuesta a ciclosporina y metotrexato, o formas pustulosas de psoriasis. Se evitará el tratamiento con acitretina en pacientes que presenten alguna de las siguientes contraindicaciones: embarazo (categoría X), lactancia, hepatopatía, insuficiencia renal, dislipidemia o tratamiento concomitante con tetraciclina. La posibilidad de teratogenia por acitretina en mujeres en edad fértil obliga a continuar la anticoncepción durante el tratamiento hasta 2 años después de finalizado este. Habitualmente, se inicia a dosis bajas y se incrementa en función de la respuesta terapéutica y la tolerancia. Se recomienda evaluar la respuesta terapéutica después de 16 semanas de tratamiento a dosis óptima de acitretina. Se informará al paciente sobre la posibilidad de los siguientes efectos tóxicos relevantes: muerte fetal o anomalías fetales, hepatotoxicidad, alopecia, sequedad labial, queilitis, xerosis o piel pegajosa, hiperlipidemia o toxicidad musculoesquelética.

Apremilast

Es un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4, mediador intracelular de inflamación. Ha sido aprobado por la European Medicines Agency en 2015 para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica. Se recomienda empezar a dosis bajas (para mejorar la tolerancia gastrointestinal) e ir aumentando hasta alcanzar la dosis estándar de 30 mg/12 h. Los acontecimientos adversos descritos han sido leves y los más frecuentes son náuseas y diarrea.

Tratamientos biológicos

Los tratamientos biológicos⁶ (anti-TNF: adalimumab, etanercept, infliximab; anti-IL-12/23: ustekinumab; anti-IL-17: secukinumab) están indica-

dos en el tratamiento de los pacientes con una psoriasis moderada-grave (PASI > 10, DLQI > 10), que no han respondido, que tienen contraindicación o presentan intolerancia, efectos adversos o probable toxicidad (aguda o por dosis acumulada) a los tratamientos sistémicos clásicos, incluyendo acitretina, metotrexato, ciclosporina, fototerapia (UVB o PUVA). Se incluyen en esta definición:

- Pacientes con psoriasis moderada grave.
- Pacientes en quienes no se consigue un control eficaz con los agentes sistémicos disponibles, solos o en combinación.
- Pacientes que presentan recaídas rápidas (en menos de 3 meses) después de suspender cualquier tipo de tratamiento.
- Pacientes que requieren dosis altas de tratamiento sistémico clásico (con riesgo de aparición de efectos adversos por toxicidad aguda o acumulada en un porcentaje significativo de pacientes).
- Pacientes con intolerancia a algún tratamiento sistémico (aparición de toxicidad o efectos adversos a dosis eficaces) o riesgo elevado (por la dosis o la duración del tratamiento, susceptibilidad individual, factores de riesgo individual) de toxicidad acumulativa con metotrexato, ciclosporina, acitretina o fototerapia (PUVA), incluso en ausencia de alteraciones analíticas.
- Pacientes que por razones laborales, de horario, desplazamiento o disponibilidad no sean susceptibles de recibir fototerapia.

El etanercept cuenta con aprobación para el tratamiento de la psoriasis infantil a partir de los 6 años, también el adalimumab a partir de los 4 años y el ustekinumab a partir de los 12 años.

Adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab y secukinumab cuentan con aprobación para el tratamiento de la artritis psoriásica.

En la práctica clínica habitual, la decisión referente al fracaso o éxito del tratamiento se realiza entre las semanas 16 y 24, una vez transcurrida la fase de inducción terapéutica y generalmente antes de prescribir la siguiente dosis. Se considerará respuesta terapéutica la consecución de una respuesta PASI 75. Se considerará fracaso o fallo terapéutico cualquier respuesta terapéutica inferior a PASI 50 después del período de inducción (fracaso primario) o durante el mantenimiento (fracaso secundario).

En los pacientes con fracaso terapéutico primario o secundario se valorará la posibilidad de tratamiento combinado con otras opciones terapéuticas, habitualmente metotrexato, fototerapia o acitretina o cambio de medicamento biológico. En casos concretos, se valorará la intensificación de la dosis. En pacientes con respuesta máxima mantenida (PASI 90, PGA 0) durante un período inicial superior entre 6 y 10 meses, pueden valorarse pautas de optimización mediante el uso de dosis mínima efectiva (ampliación de los intervalos de administración, reducción de dosis de administración, suspensión terapéutica).

Se informará al pacientes sobre la posibilidad de los siguientes efectos tóxicos relevantes: tuberculosis y otras infecciones como candidiasis (secukinumab), descompensación de insuficiencia cardíaca (anti-TNF), reacciones en el sitio de la inyección, reacciones infusionales (infliximab), eventos autoinmunes (lupus eritematoso sistémico) (anti-TNF), formación de anticuerpos, enfermedad desmielinizante (anti-TNF) o neoplasias (con una incidencia similar a la población general, salvo en el cáncer cutáneo no melanoma y los anti-TNF).

Bibliografía

1. O'Neill JL, Feldman SR. Vitamin D analogue-based therapies for psoriasis. *Drugs Today*. 2010;46:351-60.
2. Fleming C, Ganslandt C, Guenther L, Johannesson A, Buckley C, Simon JC, et al. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate gel compared with its active components in the same vehicle and the vehicle alone in the treatment of psoriasis vulgaris: a randomised, parallel group, double-blind, exploratory study. *Eur J Dermatol*. 2010;20:465-71.
3. Sánchez-Regaña M, Aldunce Soto MJ, Belinchón Romero I, Ribera Pibernat M, Lafuente-Urrez RF, Carrascosa Carrillo JM, et al; en representación del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Evidence-based guidelines of the spanish psoriasis group on the use of biologic therapy in patients with psoriasis in difficult-to-treat sites (nails, scalp, palms, and soles). *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:923-34.
4. Carrascosa JM, López-Estebanz JL, Carretero G, Daudén E, Ferrándiz C, Vidal D, et al; Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. [Narrowband UV-B, monochromatic excimer laser, and photodynamic therapy in psoriasis: a consensus statement of the Spanish Psoriasis Group]. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:175-86.
5. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al; Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:277-86.
6. Puig L, Carrascosa JM, Carretero G, de la Cueva P, Lafuente-Urrez RF, Belinchón I, et al; Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Spanish evidence-based guidelines on the treatment of psoriasis with biologic agents, 2013. Part I: on efficacy and choice of treatment. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:694-709.

Manejo terapéutico sin prescripción

4

G. Herrerías Esteban

Farmacéutica Comunitaria. Grupo Dermatología SEFAC

La función del farmacéutico es ayudar al paciente a aliviar los signos y síntomas de la psoriasis, mediante la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito por el médico, y ayudarle a espaciar los períodos interbrote con las medidas higiénico-dietéticas adecuadas.

El tratamiento con productos dermofarmacéuticos, unido al tratamiento farmacológico tópico y/u oral o formulación magistral por prescripción médica, logra disminuir la posibilidad de fisuras en las placas, y mejorar la elasticidad e hidratación de la piel.

En la farmacia comunitaria nos encontramos con dos situaciones posibles:

- Paciente **sin diagnóstico médico de psoriasis**: en caso de brote psoriásico, el farmacéutico le informará del mismo y de su cronicidad, y derivará al médico para su diagnóstico¹.
- Paciente **con previo diagnóstico médico de psoriasis**: en caso de paciente en **brote**, el farmacéutico colaborará en la comprensión del tratamiento prescrito por el médico, y también insistirá en la conveniencia de la aplicación de productos dermofarmacéuticos. Ante el paciente que está en **fase de mantenimiento**, el farmacéutico le motivará e insistirá en que mantenga la hidratación adecuada debido a la cronicidad del proceso.
- Los productos dermofarmacéuticos van encaminados a mantener la hidratación y la integridad del estrato córneo, tratar las escamas, reducir las placas, mejorar el confort de la piel y a disminuir los estados hiperqueratósicos. Debemos distinguir dos pautas de tratamiento en función de la gravedad de los síntomas:
- En pacientes con **psoriasis leve a moderada** que presentan una ligera sequedad o hiperqueratosis en zonas localizadas como codos o rodillas, la aplicación de productos dermofarmacéuticos hidratantes con baja concentración de queratolíticos puede ser suficiente².

- En pacientes en que la **psoriasis es grave**, y se requiere tratamiento farmacológico bajo prescripción médica, se recomienda su aplicación por la noche, mientras que por la mañana, después de la higiene, debe utilizarse el tratamiento hidratante y/o queratolítico. Tras la mejoría de las lesiones, se recomiendan las aplicaciones espaciadas de forma semanal para prevenir las recidivas³.

Productos dermofarmacéuticos tópicos indicados en caso de psoriasis:

- **Productos dermofarmacéuticos para la higiene:** en caso de psoriasis, se recomienda el uso de agua tibia y jabones suaves, no agresivos, con pocos agentes tensioactivos, y con un producto sin perfume, lociones sin jabón o *syndets* y geles sobregrasos⁴. La ducha corta es mejor que el baño largo. En caso de presentar placas, se recomiendan baños con agua templada durante 5 o 10 minutos y con sustancias emolientes que disminuyan el picor y contribuyan a humectar las placas psoriásicas. Es importante que el paciente no realice fricción a la hora del secado. Tras el baño es imprescindible la aplicación de un producto hidratante.
- **Agentes queratolíticos:** cuando se presentan placas psoriásicas hiperqueratósicas, están indicados productos dermofarmacéuticos que contengan algún agente queratolítico⁵. Su función es disolver las escamas en la superficie cutánea, ya que reducen el grosor de la placa hiperqueratósica desde la superficie superior hacia el interior, reblandeciendo las capas escamosas y facilitando su eliminación. Además, actúan como coadyuvantes para la posterior absorción de otros productos tópicos. El ácido salicílico se presenta en múltiples formas, desde champú a geles y cremas, pero hay que tener precaución, ya que es irritante y aplicado con demasiada frecuencia o en más del 20% de la superficie corporal, podría producir salicilismo. Los más empleados para psoriasis son el ácido salicílico al 1-3%, el ácido glicólico al 8-15%, la urea al 10-30% y el ácido láctico al 5-12%.
- **Agentes emolientes e hidratantes:** la piel seca es signo de mala función barrera, como ocurre en la psoriasis. Además, conlleva una frecuente descamación cutánea, picor y aumento de la sensibilidad. El uso diario de lociones o leches hidratantes consigue restaurar el cemento lipídico y la función barrera, así como regular el proceso de diferenciación de los queratinocitos⁶. Hidratan, calman el picor y disminuyen la inflamación y

la aparición de escamas. El número de aplicaciones del producto y el grosor de la capa aplicada afectan al éxito del tratamiento, y su uso continuado consigue incluso hacer invisibles las escamas.

El vehículo del producto precisa un alto porcentaje de contenido lipídico, como por ejemplo las ceramidas o la manteca de karité. Se emplean bastante la urea (5-10%), el ácido hialurónico o el aloe vera, con acción reparadora. También está indicada la vaselina como emoliente hidrofóbico oclusivo, que crea una capa física protectora sobre la superficie cutánea que ayuda a frenar la pérdida epidérmica de agua. Asimismo, la glicerina al 5-10%, que es un emoliente hidrofílico humectante, atrae la humedad a partir del aire y ayuda a mantener el contenido de agua. Frecuentemente en las fórmulas van asociados con agentes antipruriginosos como el polidocanol o agentes cicatrizantes y regeneradores como la alantoína, el extracto de centella asiática o el aceite de rosa mosqueta.

- **Protección solar:** las exposiciones al sol y a los rayos ultravioletas tienen en general un efecto favorable sobre la psoriasis; sin embargo, hay que evitar la exposición excesiva y las quemaduras, y siempre utilizar una protección solar alta FPS 50+. Debemos indicar la textura adecuada del protector solar según la tipología cutánea y la zona de aplicación⁷.

En el caso de existir afectación con psoriasis en otras localizaciones, el farmacéutico contribuirá a encontrar los productos dermofarmacéuticos de tratamiento tópico adecuados.

- **Afectación del cuero cabelludo:** el tratamiento tópico es la estrategia de intervención de primera línea. Están indicados los champús con base lavante suave a pH ligeramente ácido (4-4,5) para facilitar el lavado diario, con ingredientes como la breva de hulla o coaltar, la piroxolamina y/o queratolíticos. Los reductores, con base de alquitrán o de aceite de enebro, se emplean menos, aunque también son eficaces.

En casos de psoriasis leve se recomienda alternar champú de tratamiento con champú suave de uso frecuente. En caso de prescripción de un tratamiento farmacológico tópico, se aplicará por la noche y en ese caso se aconseja por la mañana el champú.

Debemos transmitir a los pacientes que la psoriasis no hace caer el cabello y que su tratamiento es eficaz, aunque únicamente suspensivo, ya que la psoriasis no se cura de forma definitiva⁸.

- **Afectación ungueal:** las lacas o soluciones ungueales protectoras pueden coadyuvar a aliviar la sintomatología y mantener la lámina ungueal en buen estado.
- **Afectación palmo-plantar:** emulsiones o pomadas sobregrasas, con proporciones y componentes grasos en mayor cantidad que los estudiados anteriormente.

Bibliografía

1. Conejo Mir J, Moreno JC, Camacho F. Manual de dermatología. Madrid: Aula Médica; 2010.
2. Fitzpatrick TB. Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica. 6ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
3. Club pharmaweb [Internet]. Paris: Wallach; [citado 18 nov 2015] Disponible en: <http://www.clubpharmaweb.com/front/es/portail/conseiller/fiche-pratique/514.html>.
4. Pérez López M. Higiene en Psoriasis. Revista Psoriasi [Internet]. 2004 [18 nov 2015]; (38). Disponible en: <http://bit.ly/1MDJNWX>.
5. Carrascosa JM, Vanaclohab F, Borregoc, I, Fernández-López E. Documento de consenso. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:190-200.
6. González A. Psoriasis y otras patologías descamativas del cuero cabelludo. Aula de la Farmacia. 2012;8:8-27.
7. Draelos Z. Dermatología Cosmética. Productos y Técnicas. Madrid: Aula Médica; 2011.
8. González P, Gómez J. Abordaje de la patología capilar. Madrid: S3 Estudio; 2014.

Consejos de salud

J. C. Gómez Martínez

Farmacéutico Comunitario en Barcelona. Presidente SEFAC

5

Es recomendable que el paciente siga una serie de medidas higiénico-sanitarias para evitar la posibilidad de aparición de nuevas lesiones. Entre las medidas más importantes a recomendar por el farmacéutico al paciente se destacan las siguientes:

- Evitar factores agravantes o desencadenantes como el estrés o la ansiedad. El ejercicio físico le ayudará a cumplir este objetivo.

- Evitar el consumo de tabaco, pues fumar debilita el sistema inmunológico y, por tanto, aumenta el riesgo de padecer psoriasis. Además, se han realizado estudios que indican que los fumadores tienden a contraer formas de psoriasis más graves y resistentes al tratamiento que los no fumadores.

- No consumir alcohol. Algunos estudios sugieren una relación entre el consumo frecuente de alcohol, incluso en pequeñas cantidades, y la aparición de síntomas psoriásicos.

- Evitar la obesidad, el rascado, la sequedad ambiental o medicamentos como beta-bloqueantes, sales de litio, antipalúdicos, interferón, suspensión brusca de tratamientos con corticoides, indometacina o digoxina.

- Evitar los traumatismos físicos, como heridas, roces continuados, golpes, rascados, etc., porque suelen generar rebrotes de la enfermedad al cabo de una o dos semanas.

- La exposición al sol minimiza el impacto de la psoriasis, porque la radiación ultravioleta reduce la actividad inflamatoria de la piel, aunque hay que prevenir al paciente de que, en todo caso, se cuide de las quemaduras solares.

- Llevar una dieta equilibrada, rica en pescado azul con aceites grasos omega 3 y 6 y verduras que contengan carotenos.

- Hidratar de forma oral y tópica para tratar las escamas, reducir las placas, mejorar el confort, disminuir la inflamación y el picor y evitar los efectos atróficos de los tratamientos tópicos con corticoides. Para mantener la piel hidratada y disminuir la sequedad, descamación y alivio del picor, existen cremas hidratantes y/o emolientes adecuadas.
-

- Es preferible utilizar el baño en lugar de la ducha, pues hidrata más la piel, y emplear jabones poco detergentes y suaves. Evitar secarse con la toalla demasiado fuerte, porque esto puede irritar la piel y desencadenar un brote.

Aunque no se observe avances en la enfermedad con el tratamiento farmacológico, nunca hay que suspenderlo por cuenta propia, pues hay riesgo de sufrir un rebrote intenso y amplio.

Signos y señales de alarma

J. C. Gómez Martínez

Farmacéutico Comunitario en Barcelona. Presidente SEFAC

Desde la farmacia comunitaria, y dentro de la aplicación del protocolo de actuación al paciente que consulta por problemas de psoriasis, es importante detectar la existencia de señales de alarma que planteen la derivación al médico.

¿Cuáles son los principales criterios que requieren derivación?

- 1 Embarazo o lactancia
- 2 Menor de 18 años
- 3 Sospecha de lesiones psoriásicas sin diagnosticar
- 4 Sospecha de lesiones psoriásicas sin mejoría tras tres meses de tratamiento
- 5 Reparición de placas tras el cese de un tratamiento
- 6 Dolor e inflamación articular para descartar que se trate de un proceso de artritis psoriásica, ya que su detección precoz es crucial en la evolución posterior de esta
- 7 Reacciones adversas causadas por el tratamiento antipsoriásico
- 8 En el caso de estar siguiendo un tratamiento sistémico para la psoriasis y se presentasen síntomas de alguna enfermedad infecciosa

Atención farmacéutica

J. C. Gómez Martínez

Farmacéutico Comunitario en Barcelona. Presidente SEFAC

La atención farmacéutica es la actividad fundamental del farmacéutico comunitario en la labor diaria de la farmacia comunitaria determinada por los servicios de dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.

La dispensación se aplicará ante la prescripción médica, la indicación se efectuará normalmente ante una consulta de salud, y el seguimiento farmacoterapéutico es un servicio farmacéutico en el que se incluirá a aquellos pacientes que requieren el control o seguimiento de su enfermedad o tratamiento.

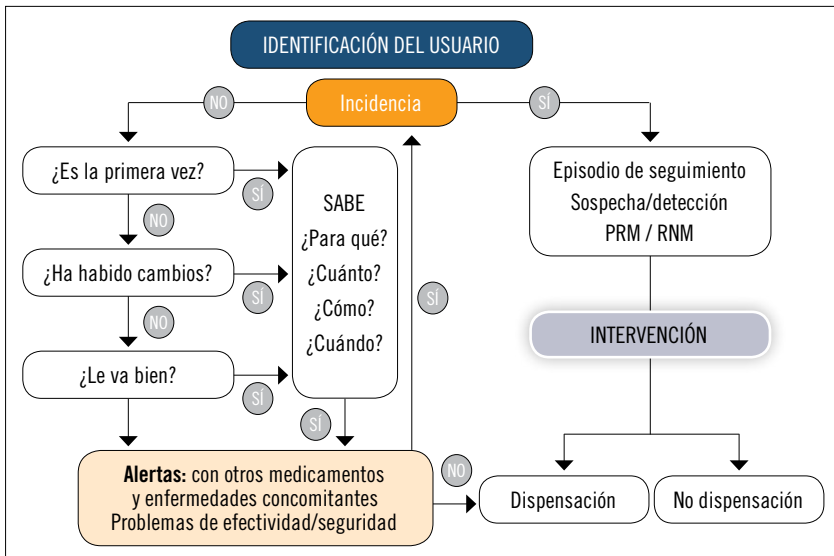


Figura 1. Protocolo de dispensación que debe aplicar el farmacéutico ante un medicamento prescrito por el médico¹.

PRM: Problemas relacionados con los medicamentos. RNM: Resultados negativos de la medicación.

Cómo dispensar un fármaco

Ante la prescripción médica de un medicamento para la psoriasis, se dispensará el fármaco tras una evaluación individual, para que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según los requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente¹ (fig. 1).

Antes de la dispensación de un medicamento, el farmacéutico tendrá que confirmar los siguientes datos:

- Para quién es.
- Si utiliza otros medicamentos, presenta enfermedades concomitantes o alergias que puedan interferir con el medicamento, afectar a la salud del paciente o al objetivo del tratamiento.
- Valorar los criterios de no dispensación y/o derivación al médico si procediera:
 - Embarazo.
 - Lactancia.
 - Alergia.
 - Contraindicaciones con enfermedades o problemas de salud.
 - Interacciones con otros medicamentos.
 - Duplicidades.

Así, ante el caso de una dispensación que corresponde al inicio de un tratamiento, mediante una breve entrevista, el farmacéutico debe confirmar que el paciente, o quien recoge la medicación en su lugar, conoce los siguientes aspectos:

- ¿Para qué lo va a usar?
- ¿Cuánto ha de usar?
- ¿Durante cuánto tiempo lo va a usar?
- ¿Cómo lo va a usar?

En caso de que la dispensación ya no sea la primera, sino que sea de continuación, el objetivo será conocer la percepción del paciente sobre la efectividad y seguridad del tratamiento:

- ¿Le han cambiado algo? (pauta, dosis, etc.).
- ¿Cómo le va el tratamiento?
- ¿Tiene algún problema con el tratamiento?
- Si es posible, recabar datos biomédicos, análisis clínicos, tensión arterial, etc.

Indicación farmacéutica

La indicación farmacéutica es el servicio profesional prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto. Si el servicio requiere la dispensación de un medicamento, esta se realizará de acuerdo con la definición de dispensación.

Antes de llevar a cabo la indicación farmacéutica, el farmacéutico/a debe tener en cuenta una serie de información sobre el paciente, su estado de salud y los medicamentos que esté tomando, y para obtener esa información deberá obtener respuesta a las siguientes cuestiones:

- ¿Quién es?
- Duración del problema de salud.
- Si presenta criterios de derivación.
- Si ha tomado algún medicamento para el problema de salud.
- El resultado del mismo.
- Posibilidad de interacciones, alertas con otros medicamentos o enfermedades asociadas.

En el capítulo siguiente se muestra el algoritmo de decisión final de actuación ante una consulta por un problema de salud de psoriasis.

Caso práctico de indicación de un fármaco para la psoriasis:

Un varón de 40 años acude a la farmacia solicitando algo para su piel, ya que el médico le ha comentado que tiene psoriasis y tiene que hidratarse la piel. Una vez que realiza la consulta, antes de proceder a la indicación hay que efectuar algunas preguntas para resolver las siguientes cuestiones.

Identificación:

– ¿Quién es el paciente? Varón adulto. Inicialmente no hay que derivarlo al médico.

Síntomas:

- ¿Qué le pasa? Refiere que tiene un brote de psoriasis y en las zonas de la placa tiene mucho picor.
- ¿Desde cuándo le pasa? Hace años que está diagnosticado de psoriasis, pero últimamente le pica más la piel y la nota mucho más seca.

Medicación para el problema de salud:

Le preguntamos sobre la higiene corporal que efectúa.

Se hidrata con cualquier crema y cuando se acuerda; el médico en el pasado le recetó una crema, pero él se pone cuando se acuerda cualquier crema.

Le preguntamos si toma algún medicamento para solucionar este problema de salud o si tiene alguna patología diagnosticada. Afirma que cuando tiene un brote se aplica una crema de corticoide que le recetaron.

Signos de alarma: ninguno.

Alergias conocidas: ninguna.

¿Toma medicación habitualmente?

Solamente algún alprazolam 0,5 mg que le recetaron para el estrés cuando lo necesita; en estos momentos, reconoce estar algo estresado por el trabajo y toma uno por la mañana y otro por la noche al llegar a casa.

Se le comenta que si no observa mejoría debería consultar con el médico, y no automedicarse.

Y se le indica un emoliente que le hidrate, regenere la piel y evite el picor

Indicación

Un emoliente específico para cuando tiene el brote de psoriasis.

Al ser la primera vez que va a usar este emoliente se le especifica:

- Para qué es: para la hidratación y emoliencia en los brotes de psoriasis, actúa reduciendo el eritema y la descamación aparte de reforzar la función barrera de la piel.
- Cuánto tiene que aplicar: se aplicará la crema emoliente por la mañana dejando para la noche el tratamiento prescrito por el médico si lo hubiera para esta patología.
- Cómo lo tiene que aplicar: lo aplicará en las zonas de las placas y también en otras zonas donde tenga tendencia a desarrollar las placas de psoriasis.
- ¿Durante cuánto tiempo? hasta cuándo tiene que aplicarlo. Esta crema emoliente la utilizará mientras tenga el brote, posteriormente hay otra que es específica para la piel seca y para el mantenimiento de la función barrera.

Finalizamos nuestra actuación:

- Facilitando información personalizada sobre el medicamento.
- Le remitimos a su médico para que valore el estado de salud con el brote de psoriasis y aplique el tratamiento más adecuado, evitando la automedicación por parte del paciente utilizando el corticoide a demanda sin prescripción actual del médico.
- Ofreciendo educación sanitaria. Le aconsejamos que siga una serie de medidas higiénico-dietéticas.

Resultado

El paciente refiere que desde que está utilizando la loción para el brote ha mejorado; no obstante, ya tiene cita con su médico para que evalúe su estado de salud respecto al brote de psoriasis.

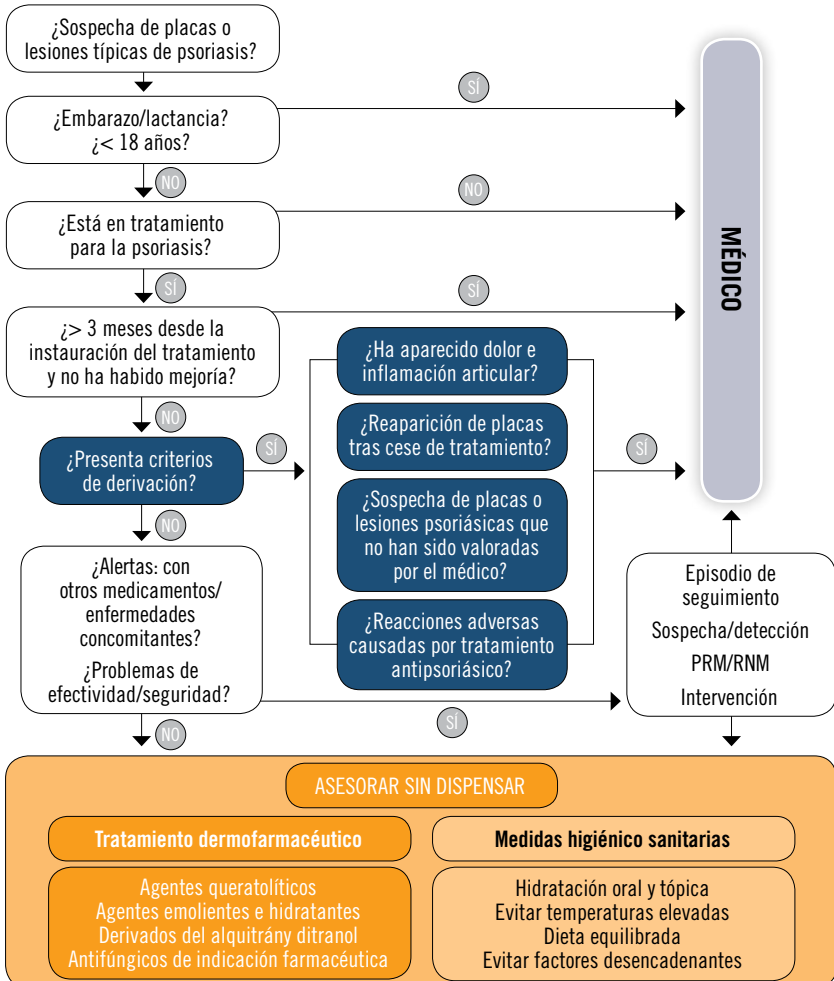
Bibliografía

Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Enero 2008.

Algoritmo de actuación ante un problema de psoriasis

G. Carretero¹ y Jesús C. Gómez²

¹Dermatólogo. Coordinador GPs-AEDV. ²Farmacéutico. Presidente SEFAC



PRM: Problemas relacionados con los medicamentos. RNM: Resultados negativos de la medicación.

Seguimiento farmacoterapéutico en la psoriasis

A. González Borrego

Farmacéutico Comunitario en Sevilla. Grupo Dermatología SEFAC

El seguimiento farmacoterapéutico personalizado se incluye en España entre los cometidos y obligaciones de los farmacéuticos dentro de los distintos ámbitos de ejercicio profesional¹. El Foro sobre Atención Farmacéutica lo define como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección de los problemas relacionados con los medicamentos para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación. Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente².

Procedimiento

El esquema básico² para llevar a la práctica el servicio de seguimiento farmacoterapéutico siempre debe considerar los siguientes aspectos:

- Oferta del servicio.
- Entrevista para la toma de datos básicos.
- Elaboración del estado de la situación.
- Fase de estudio.
- Fase de evaluación para la identificación de los posibles problemas relacionados con los medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación.

El Foro sobre Atención Farmacéutica clasifica los resultados negativos asociados a la medicación en seis categorías, agrupadas, a su vez, en tres subcategorías que se corresponden con las tres condiciones básicas de la farmacoterapia (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los resultados negativos asociados a la medicación del Foro sobre Atención Farmacéutica

Necesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de salud no tratado: el paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita. • Efecto de medicamento innecesario: el paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
Efectividad	<ul style="list-style-type: none"> • Inefectividad no cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una ineffectividad no cuantitativa de la medicación. • Inefectividad cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una ineffectividad cuantitativa de la medicación.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad no cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento. • Inseguridad cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Valoración de la necesidad

Es importante la instauración precoz de un tratamiento de la psoriasis para evitar su progreso y cualquier complicación que pueda acarrear (depresión, artritis, etc.). Para la valoración por el farmacéutico de la existencia de un resultado negativo asociado a la medicación es preciso conocer a fondo esta dermatosis y, ante cualquier sospecha, establecer criterios de intervención.

Valoración de la efectividad

Para valorar la efectividad de un tratamiento antipsoriásico es preciso conocer el tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, así como las recomendaciones que marcan las guías clínicas. Además, se debe completar con:

- Valoración de la adherencia, tanto a la terapia farmacológica como no farmacológica (dieta, ejercicio, tabaquismo y alcohol)³.
- Comprobación de la introducción de nuevos medicamentos con posibles interacciones.
- Control de los indicadores de efectividad: *Psoriasis Area and Severity Index* y porcentaje de superficie corporal afectada⁴.

La efectividad de un tratamiento no debe valorarse antes de tres meses⁴.

Factores que pueden agravar la psoriasis^{5,6}:

- Estados emocionales: estrés y ansiedad.
- Baja hidratación y sequedad ambiental.
- Determinados medicamentos: beta-bloqueantes, antiinflamatorios no esteroideos (indometacina), antipalúdicos, sales de litio, digoxina, etc.
- Ciertos hábitos: tabaco y alcohol.

Valoración de la seguridad

Es preciso atender a aquellas características de los medicamentos que puedan dar lugar a que su uso esté contraindicado, deban ser utilizados con precaución o bien puedan presentar interacciones con otros medicamentos. Se trataría de resultados negativos asociados a la medicación previsibles de seguridad en los que sería preciso evaluar y considerar la intervención.

Una vez que el tratamiento se ha iniciado, se debe considerar, además, la posible aparición de efectos adversos.

Intervención

Si tras el análisis de la situación y del estudio de los problemas de salud y los medicamentos, se observa que alguno de ellos está produciendo un problema o existe un riesgo razonable de que lo produzca, se debe registrar y realizar la correspondiente intervención con quien corresponda.

La intervención consiste en informar al paciente y/o al médico del problema detectado relacionado con los medicamentos y proponer una solución. Puede realizarse de manera verbal o escrita, e ir dirigida al paciente directamente, o bien al médico, pero siempre a través del paciente².

Por ejemplo, ante la sospecha de una placa psoriásica no diagnosticada:

Farmacéutico – Paciente – Médico

Mientras que en un caso de incumplimiento sería:

Farmacéutico – Paciente

La intervención puede ser aceptada o no por el médico y/o el paciente, y el resultado puede ser la resolución o no del problema de salud, pero ante todo es fundamental registrarla.

El proceso no finaliza aquí, sino que continúa en el tiempo mediante visitas programadas o a demanda.

Bibliografía

1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE n.º 178, de 27 de julio de 2006. Referencia: BOE-A-2006-13554.
2. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Panorama Actual del Medicamento. 2014;38:645-76.
3. Leal Canosa L, Ribera Pibernat M. Adherencia al tratamiento de la psoriasis en pacientes españoles. 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2072/207482> [consultado 18 Nov 2015].
4. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:277-86.
5. González A. Psoriasis y otras patologías descamativas del cuero cabelludo. Aula de la farmacia. 2012;8:8-27.
6. Toribio J, Pérez L, Rodríguez I. Psoriasis, liquen plano, dermatitis seborreica, pitiriasis rosada. En: Vitala J, coordinador. Manual de Dermatología y Venerología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.

Adherencia al tratamiento

A. González Borrego

Farmacéutico Comunitario en Sevilla. Grupo Dermatología SEFAC

La adherencia al tratamiento es el grado en que un paciente se ajusta a las normas o consejos dados por el personal sanitario (médico, farmacéutico, etc.), ya sean cambios de dieta o de hábitos, o indicaciones del propio tratamiento farmacológico prescrito.

En muchas ocasiones, el incumplimiento se traduce en un fracaso terapéutico que puede comportar la prescripción de dosis más elevadas, el cambio de tratamiento, la adición de nuevos fármacos o un aumento innecesario de la reiteración de las visitas. Este hecho implica un incremento del gasto sanitario o que, a pesar del gasto en el que se incurre, no se consigan plenamente los objetivos terapéuticos¹.

¿Cómo se mide el incumplimiento de un tratamiento?

Medir el grado de cumplimiento puede ser difícil ya que, aunque este se puede valorar de forma cualitativa o de forma cuantitativa, los factores que se deben considerar pueden resultar subjetivos. Sin embargo, el mero hecho de medirlo podría mejorar los hábitos de tratamiento².

Etiquetar a un paciente de cumplidor o no cumplidor quizás no corresponda a la realidad, ya que existen circunstancias personales y/o particulares del tratamiento, del médico, de la información que el paciente posee y otras que puedan considerarse temporales y, por tanto, modificables.

La medición presenta numerosas dificultades y no es fácil ni exacta, pues no existe un método ideal que se pueda generalizar en la práctica clínica. Los métodos se suelen clasificar en directos e indirectos. Los directos consisten en realizar análisis de fluidos (sangre, orina, etc.) para encontrar la presencia del medicamento, de alguno de sus metabolitos o de un marcador que pudiera haber sido incorporado; no obstante, este es un método objetivo y específico que permite determinar con exactitud si el paciente cumple

Tabla 1. Test de Morisky-Green

¿Olvida alguna vez los medicamentos para tratar la psoriasis?	Sí	No
¿Toma la medicación a la hora que le han indicado?	Sí	No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar alguna vez la medicación?	Sí	No
Si alguna vez la medicación le produce molestias, ¿deja de tomarla?	Sí	No

con el tratamiento, pero es un procedimiento caro y sofisticado y, en consecuencia, está fuera del alcance de nuestro ámbito.

Los métodos indirectos son sencillos y económicos, por lo que se utilizan bastante, aunque tienen el inconveniente de no ser objetivos, porque la información obtenida es proporcionada por los pacientes y/o familiares y estos tienden a sobreestimar el cumplimiento, razón por la que solo permiten identificar a una parte de los no cumplidores.

El método ideal no existe, pues todos tienen sus limitaciones en sus aplicaciones y posibilidades de error. Se propone el uso simultáneo de varios de ellos, así como conocer los indicadores de cada uno. Uno de los métodos indirectos más utilizados es el test de Morisky-Green, que, aunque sencillo, resulta suficiente y aplicable a todos los pacientes² (tabla 1).

¿Por qué se incumple?

La baja adherencia al tratamiento es un problema arraigado en dermatología, y especialmente en las enfermedades crónicas como la psoriasis y más aún cuando el tratamiento prescrito es de aplicación tópica. Los pacientes con psoriasis consideran el tratamiento tópico como uno de los aspectos más negativos de la enfermedad, y la satisfacción con el mismo es significativamente inferior que con el tratamiento oral o parenteral³. Pero cabe destacar que la terapia tópica sigue siendo fundamental en el manejo de la psoriasis, sobre todo en su vertiente leve-moderada, ya que hasta el 70% de estos pacientes lo reciben como única opción. El 30% restante lo hacen como coadyuvante a la terapia sistémica para favorecer un blanqueamiento más rápido. En realidad, la escasa adherencia al tratamiento tópico en estos pacientes es uno de los principales determinantes de la eficacia terapéutica⁴.

Otras causas son la falta de conocimientos y actitudes sobre la enfermedad padecida, los efectos adversos producidos y el miedo a su aparición, así como la falta de un soporte social, familiar y sanitario adecuado.

Ello obliga al médico a considerar que los tratamientos sean no solo eficaces, sino también cosméticamente adecuados y con mínimos efectos adversos locales. Es de especial relevancia consensuar con el paciente el vehículo, buscar tratamientos más cosméticos y que precisen menor tiempo de aplicación, así como reducir el número de aplicaciones necesarias, a ser posible a una diaria⁵.

Sin embargo, la elección de un tratamiento efectivo, de administración fácil y cómoda, a veces no es suficiente. Se ha demostrado que la adherencia es mayor cuando se disminuye el intervalo entre visitas. Es aquí donde debe entrar en juego el farmacéutico comunitario como profesional fundamental para orientar a estos pacientes y para ayudarles a controlar su medicación y mejorar su cumplimiento, como un eslabón más dentro de la cadena de asistencia sanitaria en la atención de estos pacientes con psoriasis. Para ello, el farmacéutico debe estar perfectamente formado y capacitado para realizar una atención farmacéutica de calidad, indicando la mejor opción terapéutica, dentro del campo que se encuentra a su alcance, una dispensación adecuada y un seguimiento correcto del paciente, y lo que es fundamental, una educación sanitaria para que el paciente conozca su patología⁵.

Resumen de consejos para mejorar el cumplimiento terapéutico

- Es importante conocer bien la enfermedad y saber aplicar los medicamentos prescritos.
- Es de ayuda simplificar el tratamiento y el uso de la forma galénica idónea.
- Es conveniente conocer la rutina diaria del paciente para adaptar la aplicación de los medicamentos tópicos a su estilo de vida.
- El paciente no debería salir de la farmacia hasta no tener claro qué medicamentos debe tomar, cuándo, la manera de tomarlos y hasta cuándo debe seguir el tratamiento.

Bibliografía

1. Leal Canosa L, Ribera Pibernat M. Adherencia al tratamiento de la psoriasis en pacientes españoles. 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2072/207482> [consultado 18 Nov 2015].
2. LEO Pharma Latinoamérica [sede Web]. Cumplimiento terapéutico. México DF: LEO Pharmaceuticals; 2015. Disponible en: <http://www.latinoamerica.leo-pharma.com/home/Areas-Terap%C3%A9uticas/Dermatolog%C3%ADa/Pacientes/Cumplimiento-terap%C3%A9utico.aspx> [consultado 19 Nov 2015].
3. Schaarschmidt ML, Umar N, Schmieder A, Terris DD, Goebeler M, Goerdts S, et al. Patient preferences for psoriasis treatments: impact of treatment experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27:187-98.
4. National Psoriasis Foundation. Psoriasis Severity. Disponible en: <http://www.psoriasis.org/about-psoriasis/treatments> [consultado 18 Nov 2015].
5. Puig L, Carrascosa JM, Belinchón I, Fernández-Redondo V, Carretero G, Ruiz-Carrascosa JC, et al; Panel de Expertos del Consenso Delphi sobre Tratamiento tópico de la psoriasis; Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Adherencia y satisfacción del paciente y características organolépticas y de uso de los tratamientos tópicos utilizados para la psoriasis: Consenso Delphi del panel de expertos y miembros del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:488-96.



Patrocinado por:



Laboratorios LEO Pharma, S.A.
www.leo-pharma.es