

4.4.3. 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, 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, dislipemia, tratamiento concomitante con tetraciclina. La posibilidad de teratogenia por acitretina en mujeres de edad fértil obliga a continuar contracepción durante el tratamiento hasta 2 años después de finalizar el tratamiento. Habitualmente se inicia a dosis bajas y se incrementa en función de respuesta terapéutica y 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, queratitis, xerosis o piel pegajosa, hiperlipemia, toxicidad músculo-esquelética.

4.4.4. Apremilast. Es un inhibidor oral de la Fosfodiesterasa 4, mediador intracelular de inflamación. Ha sido aprobado por la EMA (European Medicines Agency) en el 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 cada 12 horas. Los acontecimientos adversos descritos han sido leves y los más frecuentes: náuseas y diarrea.

4.4.5. Tratamientos biológicos (Anti-TNF: adalimumab, etanercept, infliximab, Anti IL-12/23: ustekinumab, Anti IL-17: secukinumab). Los tratamientos biológicos están indicados en el tratamiento de pacientes con 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:

- Paciente 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.

Para la selección de un biológico u otro hay que tener en cuenta múltiples aspectos relacionados con las características del paciente, la enfermedad y el tratamiento en sí. Por lo que se refiere al paciente habrá que tener en cuenta las comorbilidades que representan una contraindicación relativa en el caso de los agentes dirigidos contra el factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF), como son la existencia de insuficiencia cardíaca congestiva avanzada, lupus eritematoso y otras enfermedades autoinmunes, así como la presencia de enfermedad desmielinizante. En pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal se necesita una especial vigilancia si se emplean inhibidores de IL17.

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

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

Antes de comenzar el tratamiento con medicamentos biológicos se recomienda el estudio complementario que ya se ha desarrollado con anterioridad en el apartado 3.8.

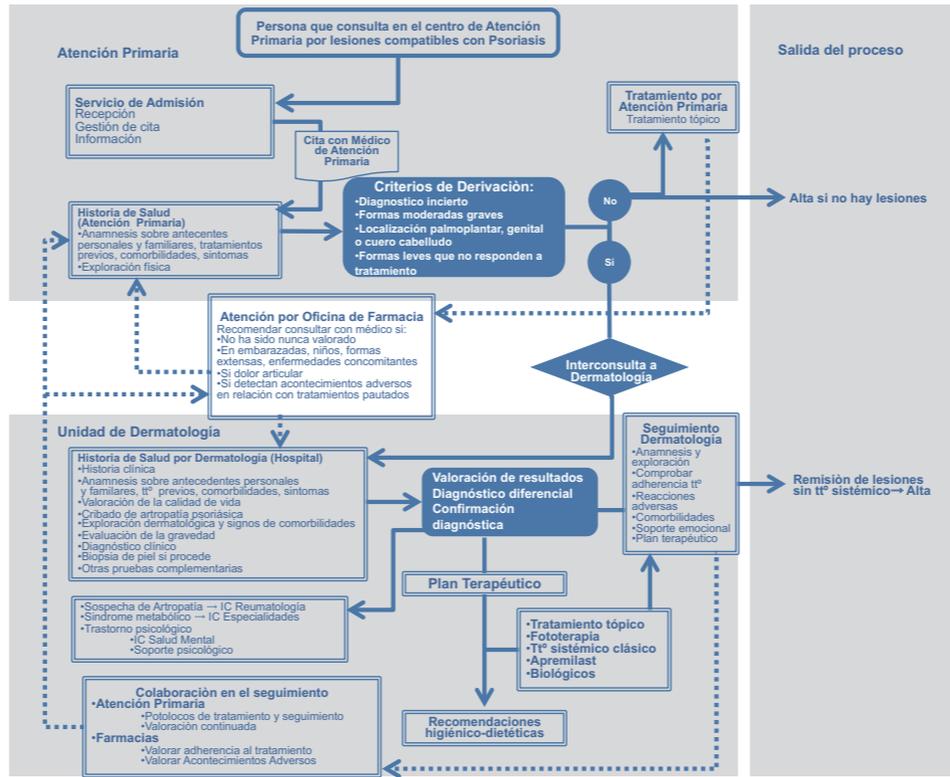
Se informará con detalle al paciente y cuidadores sobre la dosificación y pauta de administración. Se proporcionará formación para la autoadministración de los medicamentos de uso subcutáneo.

En la práctica clínica habitual la decisión referente al fracaso o éxito de 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 paciente 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

PROCESO ASISTENCIAL PSORIASIS



6. Proceso Psoriasis Recorrido del PACIENTE (ver algoritmo)

Por el Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV (GPs)



5. Consulta de seguimiento

5.1. La pauta de seguimiento en consulta de Dermatología o Unidad de Psoriasis quedará establecida en función de la gravedad, evolución de la enfermedad y tratamiento indicado. En cualquier caso las citas se gestionarán desde la propia consulta de la unidad de dermatología y se entregará al paciente la planificación del seguimiento y las indicaciones precisas para seguirlo, así como el procedimiento para el acceso inmediato del paciente en situaciones de necesidad (toxicidad del tratamiento, empeoramiento de la enfermedad, otras incidencias).

5.2. Durante el seguimiento se evaluará el estado clínico del paciente incluyendo:

5.2.1. Anamnesis (3.3.4) y exploración (3.4)

5.2.2. Comprobación de la adherencia terapéutica PCS

5.2.3. Evaluación, identificación y tratamiento de posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento.

5.2.4. Evaluación, identificación y tratamiento de comorbilidades

5.2.5. Soporte emocional, entrevista motivacional e identificación de otras necesidades

5.3. En caso de remisión de la actividad clínica de la psoriasis en ausencia de tratamiento sistémico se puede remitir al paciente a Atención Primaria con Informe de Alta.

PROCESO ASISTENCIAL PSORIASIS

Desarrollo del Proceso Asistencial Psoriasis

Definición

En este apartado se describen todas las actividades que desarrolla el equipo multidisciplinar que atiende al paciente con Psoriasis, así como los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en el Proceso asistencial. Para su descripción se ha seguido el recorrido que realiza el paciente, integrando actuaciones sanitarias y no sanitarias.

La metodología seguida para su realización ha consistido en la definición del QUIEN-DÓNDE-QUE-COMO y CUÁNDO, de manera secuencial y temporal, siguiendo el recorrido que realiza el paciente en todas las fases de su proceso de atención, garantizando la continuidad asistencial.

En su descripción se han integrado todos los elementos y dimensiones de la calidad, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, los cuidados de enfermería, la información al paciente y/o familia, las actividades no clínicas, las recomendaciones del grupo de expertos, etc

1. Recepción

Cita a consulta

Información

1.1. Se establecerá, con los servicios clínicos, y se aplicará un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la gestión eficiente de las agendas (consultas a demanda y programada, recaptación activa, reutilización de citas, etc) garantizando la seguridad y confidencialidad de la información del paciente. PCS

1.2. Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona PCS

1.3. Se recogerán los datos administrativos y se gestionará la cita a consulta médica.

1.4. Se informará de forma clara y precisa al paciente y/o su familia, manifestando una actitud comprensiva y accesible para responder a sus demandas y expectativas.

2. Valoración inicial de la persona.

Atención Primaria

2.1. Se verificará la identificación inequívoca de la persona.

2.2. Realización de la Historia de salud familiar, con orientación especial hacia los antecedentes familiares.

Anamnesis

2.3. Realización de la Historia de Salud personal que incluya los siguientes apartados:

2.3.1. Anamnesis sobre antecedentes personales y familiares de psoriasis y artropatía psoriásica.

2.3.2. Anamnesis sobre antecedentes personales de otras enfermedades, tratamientos previos y actuales.

2.3.3. Anamnesis sobre factores y situaciones asociados con los brotes de enfermedad o mejorías de la misma (infecciones, estrés, fármacos ...)

2.3.4. Anamnesis sobre tratamientos previos de la psoriasis (tópicos, fototerapia y sistémicos).

2.3.5. Anamnesis sobre la sintomatología del paciente (prurito, dolor articular, trastornos afectivos, etc.).

Evaluación de signos y síntomas

2.4. Exploración física orientada a la identificación de manifestaciones cutáneas de psoriasis (placas eritemato-descamativas, afectación ungueal, afectación articular).

2.5. Ante la sospecha de psoriasis, se informará de forma clara y precisa al paciente y a la familia, dejando constancia documental en la Historia de Salud

2.6. Se realizará, si procede la derivación, un informe completo para la remisión del paciente a la Unidad de Dermatología, garantizando la transmisión de información entre profesionales de diferentes ámbitos de atención AP-AH y asegurando la continuidad asistencial.

2.7. Se gestionará la interconsulta en el mismo acto. Es obligatorio establecer una guía prioritaria de derivación en base a los síntomas y signos a fin de maximizar la eficiencia y la utilización de los recursos sanitarios. De acuerdo con los hallazgos clínicos, existe un consenso entre los expertos que incluyen los siguientes criterios de derivación:

2.7.1. Confirmación diagnóstica de casos de diagnóstico incierto. (3.7 diagnóstico diferencial)

2.7.2. Pacientes con formas leves que no alcanzan control de la enfermedad con medidas generales (4.1), corticosteroides tópicos (4.2) y/o derivados de la vitamina D (4.3).

2.7.3. Pacientes con formas moderadas-graves de la enfermedad.

2.7.4. Psoriasis de localización palmar, genital o del cuero cabelludo.

2.7.5. Psoriasis con impacto significativo sobre la calidad de vida del paciente.

2.8. Si no se constata la presencia de ningún síntoma de sospecha de Psoriasis el paciente saldrá del Proceso de atención al Paciente con Psoriasis. Esta salida se acompañará de informe sobre la atención prestada.

2.9. En los casos de psoriasis leve que no cumplen con criterios de derivación a la unidad de Psoriasis se recomienda ofrecer al paciente tratamiento basado en medidas generales y tratamiento tópico (apartado 4.2).

Farmacias

Recomendar a los usuarios con psoriasis acudir a consulta para valoración médica:

• Si no han sido nunca valorados por un médico.

• En caso de niños, embarazadas, mujeres en período de lactancia, presencia de comorbilidades y afectación extensa.

• Cuando hace más de 3 meses que el paciente tiene un tratamiento y no ha habido mejoría.

• Cuando hay inflamación o dolor articular.

• Cuando se detecte algún acontecimiento adverso en relación con algún tratamiento pautado.

En las oficinas de farmacia se puede comprobar la adherencia a los tratamientos pautados, asesorar al paciente sobre la aplicación de los tratamientos tópicos dispensados y medidas higiénico-sanitarias adecuadas a cada caso.

3. Reevaluación del paciente

3.1. Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona.

Consulta de dermatología

3.2. Se actualizará y ampliará la Historia de Salud, según lo descrito en 2.3, con la siguiente información:

3.2.1. Anamnesis general sobre antecedentes personales de otras enfermedades con especial orientación a aquellas que pueden representar contraindicaciones mayores o relativas para los tratamientos sistémicos y fototerapia.

3.2.2. Anamnesis específica de psoriasis: edad de comienzo, forma, brotes año, historia familiar, hábitos de vida (tabaco/alcohol)

3.2.3. Anamnesis orientada a profundizar en los tratamientos previos recibidos, especialmente sistémicos (dosis, toxicidad, respuesta alcanzada) y fototerapia.

3.2.4. Anamnesis orientada a profundizar en las comorbilidades del paciente relacionadas con psoriasis (obesidad, hiperlipemia, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, esteatosis hepática, artritis psoriásica, ansiedad, depresión) y su influencia sobre la propuesta terapéutica.

3.2.5. Anamnesis sobre la sintomatología del paciente (prurito, dolor articular, trastornos afectivos, etc.). Valoración del impacto de la psoriasis sobre la capacidad funcional y calidad de vida del paciente. aplicación de escalas de valoración de calidad de vida (Dermatology Life Index-DLQI)-, Skindex, PsoQoI, entre otros). Explicación al pacientes del objetivo de la aplicación de las escalas de valoración de la calidad de vida. Aplicación, si procede, de cuestionarios orientados al cribado de artritis psoriásica (PASE Psoriatic arthritis screening and evaluation, PEST Psoriasis Epidemiology Sreening Tool, ToPAS Toronto Psoriatic arthritis screening questionnaire).

3.3. Actualización de la exploración física (2.5) incluyendo los siguientes apartados:

3.3.1. Exploración dermatológica y descripción de la morfología de las lesiones cutáneas, distribución y localización anatómica al objeto de definir el subtipo de psoriasis (en placas, guttata, inversa, pustulosa, eritrodrámic, pustular, psoriasis invertida, ungueal).

3.3.2. Exploración física orientada a la identificación de signos clínicos relacionados con comorbilidad metabólica y cardiovascular (peso, talla, IMC, perímetro abdominal, presión arterial) o articular (edema y deformidad articular).

3.3.3. Evaluación de la gravedad de la psoriasis mediante la aplicación del PASI (Psoriasis Area and severity index), BSA (body surface area), PGA (Physician´s global assessment). En casos especiales, NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index). Explicación al paciente del interés de la aplicación de las escalas de valoración de la gravedad de la enfermedad.

Pruebas complementarias

3.4. El diagnóstico de la psoriasis es clínico en la mayoría de los casos.

3.5. En casos de diagnóstico incierto se indicará la realización de una biopsia de piel. Se informará al paciente y cuidador del interés de la toma de la biopsia, sus objetivos y posibles complicaciones. El procedimiento de biopsia precisa la recogida de consentimiento informado por escrito.

3.6. No existen determinaciones de laboratorio ni otras pruebas complementarias, excepto la biopsia cutánea, que permitan diferenciar o confirmar el diagnóstico de psoriasis.22

3.7. Se recomiendan las siguientes pruebas complementarias al objeto de identificar comorbilidades asintomáticas:

3.7.1. Glucemia basal en ayunas, función renal (urea, creatinina, filtrado glomerular-fórmula Cockcroft- Gault), función hepática (GOT ,GPT, GGT, LDH), bilirrubina, iones, lipidograma (triglicéridos, colesterol) y estudio básico y sedimento de orina

3.7.2. Otras pruebas complementarias en función del perfil de riesgo del paciente. Cuando se presuma que el paciente requerirá tratamiento sistémico (distinto a la fototerapia y el acitretino), la analítica general básica se complementará con serologías víricas (Virus Hepatitis B, VHB ,Virus Hepatitis C, VHC, Virus Inmunodeficiencia Humana,VIH), una determinación a fin de descartar tuberculosis latente (test de sangre de GRA, Interferon Gamma Release Assays, o prueba cutánea de tuberculina o Mantoux), autoinmunidad (ANA , Anti-DNA), Radiografía de Tórax.

3.7.3. Si existen signos o síntomas que permitan sospechar artropatía psoriásica, se requerirá además determinación de reactantes de fase aguda (VSG, PCR), Factor Reumatoide, ácido úrico y HLAB27.

Diagnóstico diferencial

3.8. Planteamiento del diagnóstico diferencial de los diferentes subtipos clínicos de psoriasis con las siguientes enfermedades

3.8.1. Psoriasis en placas: eczema numular/discoide, linfoma cutáneo de células T, dermatitis seborreica, tinea corporis. También considerar: pitiriasis rubra pilaris, lupus eritematoso subagudo, liquen plano hipertrófico, liquen simple crónico, dermatitis de contacto, lupus cutáneo crónico.

3.8.2. Psoriasis invertido (flexural): intertrigo, enfermedad de Hailey-Hailey, infección por Cándida.

3.8.3. Psoriasis guttata: pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide crónica, liquen plano. También considerar: parapsoriasis de pequeña placa, PLEVA (Pitiriasis Liquenoide y Varioliforme Aguda), erupción medicamentosa. Descartar siempre sífilis secundaria.

3.8.4. Psoriasis pustulosa: impétigo, candidiasis superficial, síndromes de artritis reactiva, folliculitis superficial. También considerar: pénfigo foliáceo, pénfigo IgA, dermatosis pustular subcórnea (Sneddon-Wilkinson), pustulosis exantemática aguda generalizada.

3.8.5. Eritrodermia psoriásica: eritrodermia medicamentosa, eczema, síndrome de Sézary, pitiriasis rubra pilaris.

4. Tratamiento

4.1. Como parte del planteamiento terapéutico se ofrecerá a los pacientes y cuidadores con cualquier forma clínica de psoriasis información adecuada a sus necesidades y circunstancias individuales sobre los siguientes aspectos: naturaleza de la enfermedad, opciones terapéuticas, expectativas e inconvenientes de cada opción terapéutica, uso seguro de los medicamentos para la psoriasis, hábitos y factores de riesgo relevantes, relevancia de la adherencia terapéutica, procedimientos y criterios de acceso a la consulta de atención Primaria y unidad de Psoriasis, etc. Se recomienda proporcionar soporte orientado a manejar el impacto de la enfermedad sobre el bienestar físico, psicológico y social del paciente y cuidador. Se informará al paciente y cuidadores sobre la existencia de asociaciones de afectados por psoriasis. El plan terapéutico se individualizará en función de las siguientes características del paciente: edad, sexo, tipo de psoriasis, tratamientos previos, distribución anatómica, gravedad, coexistencia de artritis, comorbilidad metabólica (obesidad, diabetes, hiperlipemia), comorbilidad cardiovascular, ocupación, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco) y perfil de riesgos de las opciones terapéuticas.

Plan Terapéutico

Recomendaciones

4.2. En pacientes con formas leves se recomienda iniciar tratamiento tópico.

4.2.1. Se recomendarán medidas generales orientadas al mantenimiento de una adecuada hidratación de la superficie cutánea. Estas medidas consistirán en la aplicación de emolientes, tanto en forma de productos tópicos (pomadas, aceites, cremas, etc.) como en baños de inmersión. Debe recomendarse la aplicación de emolientes después del baño o ducha. Se informará al paciente y cuidador de la importancia de mantener estas medidas durante las fases de brote, de forma concomitante a los tratamientos activos, y en las fases de remisión.

4.2.2. Corticosteroides tópicos. Se informará al paciente sobre la disponibilidad de corticosteroides de diferente potencia y formulación (solución, crema, pomada, ungüento, champú, espuma). Las pomadas y ungüentos se recomiendan para placas con escamas gruesas y adherentes. Las soluciones, espuma y champú para la psoriasis del cuero cabelludo. Las cremas y emulsiones se reservan para psoriasis con lesiones diseminadas. La potencia del corticosteroide tópico se seleccionará en función de la edad del paciente, localización y gravedad de las lesiones. Los corticosteroides tópicos se aplicarán 1-2 veces al día. Los corticoides potentes y muy potentes deberán evitarse durante periodos 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 periodo sin tratamiento de al menos 4 semanas. Los pacientes en tratamiento intermitente con corticoides 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 corticoides 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 cuidadores sobre estos riesgos potenciales del uso continuado de corticosteroides tópicos potentes. Como alternativa a los corticoides potentes, con la intención de mejorar la tolerancia o bien en determinados territorios como la región facial y los pliegues se priorizarán los corticoides de potencia baja e intermedia

4.2.3. Calcipotriol. Es un derivado de la vitamina D. Actúa inhibiendo la proliferación y promueve la diferenciación de los queratinocitos. Cuando se combinan con corticoides tópicos es más efectivo que en monoterapia. Las asociaciones de calcipotriol y dipropionato de betametasona (pomada, gel) son útiles en casos de psoriasis vulgar estable (psoriasis en placas) o afectación del cuero cabelludo. Estas asociaciones se aplican una vez al día, como máximo 4 semanas y a partir de entonces a demanda, que los expertos han estimado en 2-3 veces por semana. Su efecto adverso más frecuente es la irritación de la piel. El paciente con psoriasis moderada (afectación de > 10% de la superficie corporal) puede no alcanzar un control adecuado de la enfermedad con tratamiento tópico en monoterapia.

4.2.4. Otros derivados de la vitamina D. El calcitriol (pomada) se aplica 2 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 corticoides tópicos.

4.2.5. 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 tónica 1 o 2 veces al día, preferiblemente por la noche, siendo 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 baño.

4.2.6. Inhibidores de calcineurina, más evidencia con el tacrolimus pero también con el pimecrolimus, aunque fuera de indicación en psoriasis. Hay estudios que han demostrado ser 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 mencionadas.

4.2.7. Otros: tazaroteno. Es un retinoide tópico. Inhibe la proliferación de las células, modula la diferenciación de las mismas y disminuye los marcadores de la inflamación. Se presenta en forma de gel en 2 concentraciones al 0,1 % y 0,05%. Se aplica una vez al día. Puede producir irritación local.

4.3. Fototerapia: La fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVBbe) representa un tratamiento de primera línea en pacientes con psoriasis en placas o guttata 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 fotosensibles 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 los que cabe esperar, en caso de respuesta adecuada, una remisión de 2 a 4 meses.

Fototerapia PUVA oral requiere la administración previa de un fármaco sensibilizante, habitualmente 8-metoxipsoraleno, entre 1,5 y 2 horas previas a 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 – la mayoraminitis, vértigo, intolerancia gástrica, fotosensibilidad por exposición a radiación UVA externa- fotosensibilidad prolongada y también en forma de daño actínico crónico y fotocarcinogenesis, 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 tónica (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.

4.4. 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 extenso (PASI ≥ 10, BSA ≥ 5-10%), empeoramiento rápido, compromiso de áreas visibles, limitación funcional (palmoplantar, genital), percepción visible, limitación funcional (palmoplantar, genital), percepción de gravedad subjetiva (DLQ)>10), eritrodermia o psoriasis pustulosa extensa, artropatía psoriásica. En todos los pacientes con psoriasis candidatos a tratamiento sistémico la anamnesis debe recoger la duración de la enfermedad, tratamientos sistémicos o ingresos previos, presencia o no de artropatía, antecedentes de enfermedades infecciosas y posible exposición a tuberculosis, enfermedades previas, tratamientos concomitantes, comorbilidades y posibles factores de riesgo para efectos adversos o contraindicaciones. Antes de iniciar tratamiento sistémico convencional se recomienda el estudio complementario desarrollado anteriormente en el apartado 3.8

4.4.1. Ciclosporina. se recomienda ofrecer ciclosporina como primera elección de tratamiento sistémico en pacientes que cumplen con criterios para tratamiento sistémico y un o más de las siguientes características: necesidad de control rápido de la enfermedad, pustulosis palmoplantar, deseo de concepción (tanto en hombres 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 o 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/d escalando la dosis 5 mg/kg/d cada 4 semanas en caso de no respuesta o de necesidad de alcanzar un control rápido de la enfermedad hasta una dosis máxima de 5 mg/ kg/d. 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, hiperlipemia, hiperplasia gingival, tremor, hipertricosis, parestesias, hiperpotasemia, hipomagnesemia. Se revisarán e informará al paciente y cuidadores sobre las posibles interacciones de la ciclosporina con medicamentos de uso habitual.

4.4.2. Metotrexato. se recomienda ofrecer metotrexato en pacientes con indicación de tratamiento sistémico excepto en las circunstancias en las que deba priorizarse ciclosporina (4.4.1). Se evitará el tratamiento con metotrexato en pacientes que presenten alguna de las siguientes contraindicaciones: embarazo (categoría X), lactancia, hepatopatía, hábito endólico, inmunodeficiencia, insuficiencia renal crónica, infecciones, disfunción de médula ósea, alteración función pulmonar, fibrosis pulmonar, úlcera péptica. En pacientes sin factores de riesgo para desarrollar efectos adversos se prefiere iniciar con dosis terapéuticas – al menos 10 mg y de forma idónea 15 mg por semana-. En el caso 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 vía 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. PIIINP cada 3 meses (en función de la disponibilidad).

Se espera una respuesta clínica relevante a las 4-12 semanas. La mayoría de 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 alcanzada se considera inadecuada. En caso de respuesta adecuada se mantendrá al paciente con la dosis mínima efectiva. Se informará con detalle al paciente y 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, estomatitis, teratogenia, náuseas, anorexia, astenia, cefalea. Antes de iniciar el tratamiento se evaluarán posibles factores de riesgo de hepatotoxicidad (obesidad, hábito endólico, 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 reducir peso. La administración de ácido fólico puede reducir la aparición de algunos efectos tóxicos sin afectar la efectividad del tratamiento con metotrexato.