



emergen

DOC

documentos
clínicos
semergen



Psoriasis

Guía rápida actualizada



área dermatología

© De los contenidos: SEMERGEN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© SANED 2022

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

I.S.B.N.: 978-84-18351-98-3

Depósito Legal: M-12810-2022

Coordinación técnica y editorial:



Poeta Joan Maragall, 60, 1.º • 28020 Madrid • Tel.: 91 749 95 00

Frederic Mompou, A4, 2.º 2.ª • 08960 Sant Just Desvern (Barcelona) • Tel.: 93 320 93 30

Una función de las Sociedades Científicas como SEMERGEN es facilitar actividades de Formación Continuada, que permitan al médico de familia realizar su trabajo con garantías de calidad y excelencia.

Dentro del desarrollo de los documentos clínicos SEMERGEN DoC, y como consecuencia de la excepcional acogida que ha tenido este manual entre médicos de AP, parecía natural la creación de una guía de bolsillo que permita una rápida visión para una toma de decisiones ágil y adecuada.

Agradecemos a los distintos grupos de trabajo implicados, así como al laboratorio patrocinador Leo Pharma, el esfuerzo realizado para llevar a cabo esta adaptación de la obra de referencia SEMERGEN DoC Psoriasis y deseamos que sea de utilidad para todos los médicos de Atención Primaria.



José Polo García

Presidente Nacional de SEMERGEN

COORDINADOR CIENTÍFICO

David Palacios Martínez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Director del Centro de Salud Isabel II, D.A. Sur de Madrid.

Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo en Dermatología de SEMERGEN.

Coordinador Nacional y Miembro del Comité Científico del Estudio REPICA (Psoriasis y Riesgo Cardiovascular en Atención Primaria).

Autor de publicaciones y cursos relacionados con dermatología y de comunicaciones/pósters presentadas en varios congresos de Atención Primaria

AUTORES

Norma Alejandra Doria Carlin

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

C.S. Los Cármenes, D.A. Centro de Madrid.

Miembro del Grupo de Trabajo en Dermatología de SEMERGEN.

Autora de publicaciones y de comunicaciones/pósters presentadas en varios congresos de Atención Primaria

Julio Antonio Heras Hitos

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

C.L. Villamanrique de Tajo (EAP Villarejo de Salvanés, D.S. Sureste de Madrid).

Miembro del Grupo de Trabajo en Dermatología de SEMERGEN.

Miembro del Miembro del Comité Científico del Estudio REPICA (Psoriasis y Riesgo Cardiovascular en Atención Primaria).

Autor de publicaciones y cursos relacionados con dermatología y de comunicaciones/pósters presentadas en varios congresos de Atención Primaria

David Palacios Martínez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Director del Centro de Salud Isabel II, D.A. Sur de Madrid.

Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo en Dermatología de SEMERGEN.

Coordinador Nacional y Miembro del Comité Científico del Estudio REPICA (Psoriasis y Riesgo Cardiovascular en Atención Primaria).

Autor de publicaciones y cursos relacionados con dermatología y de comunicaciones/pósters presentadas en varios congresos de Atención Primaria

Esther Ramos Lledó

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Directora del Centro de Salud Cifuentes, Guadalajara.

Miembro del Comité Científico del Estudio REPICA (Psoriasis y Riesgo Cardiovascular en Atención Primaria).

Autora de publicaciones y cursos relacionados con dermatología y de comunicaciones/pósters presentadas en varios congresos de Atención Primaria

Rocío Rodríguez Coronilla

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Coordinadora del Área Básica de Salud de Añover de Tajo, Alameda de la Sagra y Pantoja (Toledo).

Miembro del Grupo de Trabajo en Dermatología de SEMERGEN.

Máster Médico en Urgencias, emergencias y catástrofes sanitarias

COMITÉ EDITORIAL

Federico Pérez Agudo

Médico de familia. Equipo de Atención Primaria. Centro de Especialidades Madrid 5 (Madrid).

Subdirector médico de la revista online *El Médico Interactivo*

Índice

CAPÍTULO 1.	Introducción, concepto, etiopatogenia, fisiopatología	5
CAPÍTULO 2.	Manifestaciones clínicas	10
CAPÍTULO 3.	Diagnóstico de la psoriasis	18
CAPÍTULO 4.	Diagnóstico diferencial de la psoriasis	33
CAPÍTULO 5.	Comorbilidades de la psoriasis	43
CAPÍTULO 6.	Psoriasis en poblaciones especiales	47
CAPÍTULO 7.	Manejo terapéutico de la psoriasis	56
CAPÍTULO 8.	Seguimiento del paciente con psoriasis	63
CAPÍTULO 9.	Plan de acción personalizado para el paciente con psoriasis	71
CAPÍTULO 10.	Adherencia terapéutica y educación para la salud en psoriasis	74

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

5

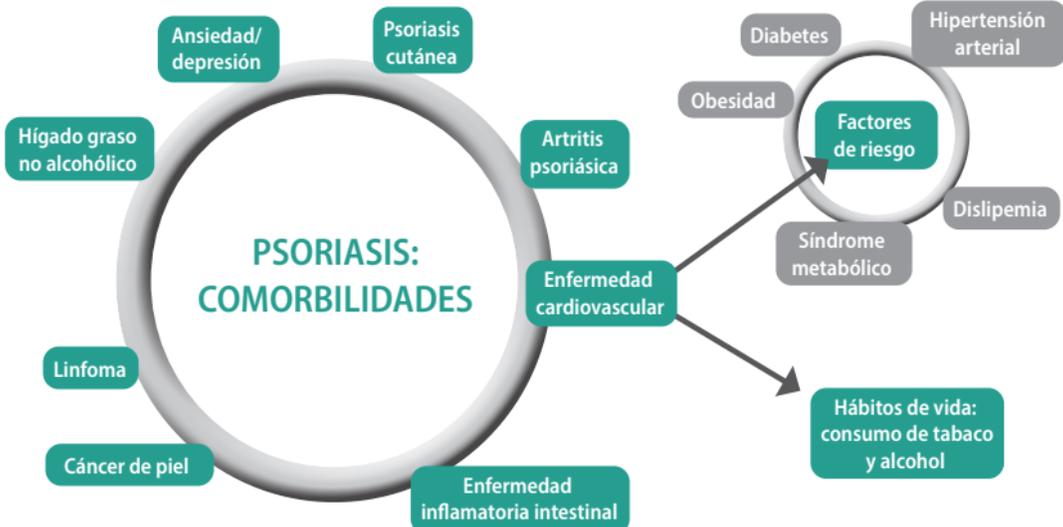
CAPÍTULO 1

Introducción, concepto, etiopatogenia, fisiopatología

Dra. Rocío Rodríguez Coronilla

Dr. David Palacios Martínez

Principales comorbilidades de la psoriasis



Elaboración propia a partir del trabajo realizado por Daudén E, Castañeda S, Suárez C, et al. [Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-associated Comorbidities]. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(1):1-64.

Principales comorbilidades de la psoriasis

Asociadas con mayor frecuencia	Asociadas con menor frecuencia
Artritis psoriásica	Enfermedades cardiovasculares
Sobrepeso u obesidad	Diabetes <i>mellitus</i>
Ansiedad	Hepatopatías
Hipertensión arterial	
Depresión	

Tomada de De la Cueva Dobao P, Fernández-Lasquetty B. Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis. Madrid: Fundación HUMANS, 2019.

Fisiopatología de la psoriasis

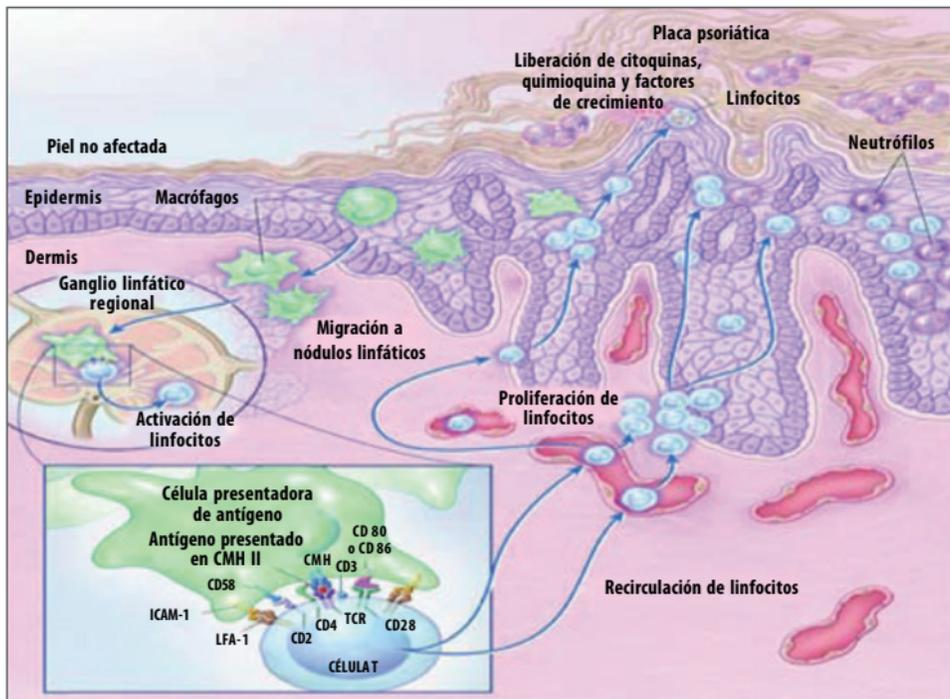


Imagen tomada de Giraldo-Sierra C, Velásquez-Lopera M. Psoriasis: a review with emphasis on immunopathogenesis. *latreia*. 2009;22(3).

Principales mediadores celulares implicados en la psoriasis

Patología	Mediador inmunológico
Psoriasis en placas	Eje TNF- α – IL-23 – Th17
Psoriasis pustular	IL-1 β , IL-36 α , IL-36 γ e IL-17
Psoriasis <i>guttata</i>	Superantígenos estreptocócicos
Psoriasis ungueal	TNF- α , NF κ B, IL-6 e IL-8
Psoriasis psoriásica	TNF- α , NF κ B, IL-6, IL-8, células T CD8

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

10

CAPÍTULO 2

Manifestaciones clínicas

Dra. Esther Ramos Lledó
Dr. Julio Antonio Heras Hitos

Formas clínicas

Formas de presentación	Imagen	Características	Localización
Psoriasis vulgar		<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación nacarada difusa • En general asintomáticas o discreto prurito • Fenómenos de Koebner (+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de articulaciones • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja periumbilical
Psoriasis guttata		<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación nacarada difusa asintomática 0,5-1 cm 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de articulaciones • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja periumbilical
Psoriasis eritrodérmica		<ul style="list-style-type: none"> • Eritema y descamación • Prurito, dolor y ardor 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada (más del 90% de la superficie corporal)
Psoriasis pustulosa generalizada		<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples pústulas estériles sobre piel eritematosa • Fiebre • Malestar general 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada
Psoriasis pustulosa localizada		<ul style="list-style-type: none"> • Barber: pústulas estériles sobre base eritematosa • Se forman lagos de pus • Hallopeau: erupción pustulosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Palmoplantar • Uñas
Psoriasis invertida		<ul style="list-style-type: none"> • Placas rojo salmón • Bien delimitadas • Eccematosas húmedas y con fisuras 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexuras
Psoriasis del cuero cabelludo		<ul style="list-style-type: none"> • Fina descamación, formas graves → placas costrosas engrosadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuero cabelludo

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

12

Psoriasis en placas, psoriasis *vulgaris* o crónica



Imagen tomada de Yamamoto T, Kenzaka T, Mizuki S, et al. An extremely rare case of tubo-ovarian abscesses involving corynebacterium striatum as causative agent. BMC Infect Dis. 2016;16:527. Imagen con licencia CC Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

13

Psoriasis en gotas, *guttata* o eruptiva



Imagen tomada de Koufakis T, Gabranis I. First presentation of guttate psoriasis triggered by acute tonsillitis. Pan Afr Med J. 2014;17:273. Bajo licencia Reconocimiento 2.0 Genérica (CC BY 2.0).

Psoriasis eritrodérmica



Imagen tomada de Campione E, Diluvio L, Terrinoni A, et al. Severe erythrodermic psoriasis in child twins: from clinical-pathological diagnosis to treatment of choice through genetic analyses: two case reports. BMC Res Notes. 2014;7:929.. Imagen con licencia CC0 1.0 Universal (CC0 1.0). Ofrecimiento al dominio público.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

15

Psoriasis palmoplantar, eritrodermia y onicodistrofia



Imagen tomada de Teran CG, Teran-Escalera CN, Balderrama C. A severe case of erythrodermic psoriasis associated with advanced nail and joint manifestations: a case report. J Med Case Rep. 2010;4:179. Con licencia Reconocimiento 2.0 Genérica (CC BY 2.0).

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

16

Psoriasis palmoplantar, eritrodermia y onicodistrofia



Imagen de dominio público, tomada de:

<http://history.amedd.army.mil/booksdocs/wwii/internalmedicinevoll/III/chapter20figure100.jpg>.

Manifestaciones articulares de la psoriasis

Formas de presentación	Características
Forma poliarticular simétrica	<ul style="list-style-type: none">• Se suelen afectar grandes articulaciones y manos; deben ser al menos 5 articulaciones• El patrón recuerda a la artritis reumatoide, pero se diferencia de esta en que el factor reumatoide es negativo
Forma oligoarticular asimétrica	<ul style="list-style-type: none">• Es la forma de presentación más frecuente• Suele afectar las articulaciones interfalángicas proximales y distales• Para ser oligoarticular deben afectarse como máximo 4 articulaciones• Hay dactilitis o inflamación “en dedo de salchicha”• Es frecuente que se asocie a entesitis
Forma distal	<ul style="list-style-type: none">• Puede ser coincidente con alguno de los otros patrones• Se afectan las articulaciones interfalángicas distales de manos y/o pies
Forma mutilante	<ul style="list-style-type: none">• Se afecta las articulaciones de los dedos de las manos• Es una variante deformante, con deformación y destrucción ósea• En la radiografía se observa osteólisis• Provoca acortamiento de los dedos, por un telescopado y plegado óseo
Artropatía axial	<ul style="list-style-type: none">• Hay espondilitis y/o sacroileítis• Puede coexistir o no con artropatía periférica• El patrón es similar a la espondilosis anquilopoyética

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

18

CAPÍTULO 3

Diagnóstico de la psoriasis

Dra. Norma Alejandra Doria Carlin

Dra. Rocío Rodríguez Coronilla

Diagnóstico

Sospecha clínica

Basada en:

- Anamnesis.
- Exploración física:
 - Manifestaciones clínicas.
 - Formas de presentación.

Pruebas complementarias

Ante dudas diagnósticas, puede precisar:

- Raspado metódico de Brocq (raspar la superficie de la lesión con un objeto romo), apareciendo:
 - Signo de la bujía o mancha de la cera (desprendimiento de escamas finas).
 - Signo de Duncan-Buckley (despegamiento de una fina membrana epidérmica).
 - Signo de Auspitz o rocío hemorrágico (punteado hemorrágico superficial al quitar escamas plateadas).
- Biopsia cutánea (histología).
- Estudios de laboratorio.
- Estudios radiológicos de las lesiones articulares.

Métodos de valoración de la extensión / gravedad

- Body Surface Area (BSA), o cálculo de la superficie corporal afectada.
- Psoriasis Area and Severity Index (PASI).
- Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI).
- Psoriasis Assessment Severity Score (PASS).
- Physician's Global Assessment (PGA).
- Self Administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI).
- Salford Psoriasis Index (SPI).
- National Psoriasis Foundation Psoriasis Score (NPF-PS).
- Toma de imágenes.
- Otros índices:
 - Itch Severity Score (ISS).
 - Pain Quality Assessment Scale (PQAS).
 - POSCUBE.

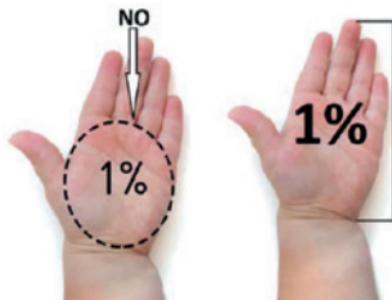
Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la psoriasis vulgar

	Imagen	Características clínicas	Localización y claves diagnósticas
Psoriasis vulgar		<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación nacarada difusa • En general asintomáticas o discreto prurito • Fenómenos de Koebner (+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de articulaciones • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja periumbilical
Eccema numular		<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones discoideas como parches de vesículas y pápulas confluyentes • Costras (pueden evolucionar a lesiones secas y anulares 2-20 cm de diámetro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de extremidades superiores • Glúteos • A veces en tronco
Linfoma cutáneo de células T		<ul style="list-style-type: none"> • Micosis fungoide • Síndrome de Sézary • Estadios: mácula, placa y tumoral 	<ul style="list-style-type: none"> • Regiones no fotoexpuestas
Pitiriasis rubra pilaris		<ul style="list-style-type: none"> • Eritema y descamación • Pápulas hiperqueratósicas • Queratodermia palmoplantar amarillo anaranjado • Eritrodermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedos, muñecas, codos y rodillas • Raro en cara
Dermatofitosis o tiñas		<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas borde neto • Descamación en los bordes • Pruriginosas • Microvesículas en los bordes • Signo de la espumadera 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo • Cuero cabelludo y barba • Ingles • Uñas • Pies

Elaboración propia.

Cálculo del “Body Surface Area”

- Body Surface Area (BSA)
- Emplea la mano del paciente (1 % de la superficie corporal) para valorar la extensión.
- La gravedad depende de la extensión afectada:



Grado de afectación	Superficie corporal afecta (BSA)
Leve	< 3 %
Moderada	3-8 %
Grave	> 10 %

Palacios-Martínez D. SEMERGEN Doc Psoriasis. Madrid, Ed. SANED; 2021.

Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología 4.ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2018.

Bielsa I, Ferrándiz. Dermatología clínica. Madrid: Elsevier; 2019.

PASI: *Psoriasis Area and Severity Index*

PASI (valoración ponderada)		
Regiones valoradas	Cabeza (10 %)	
	Miembros superiores (20 %)	
	Tronco (30 %)	
	Miembros inferiores (40 %)	
Parámetros valorados	Eritema	
	Infiltración	
	Descamación	
Valores	0	Ninguno
	1	Leve
	2	Moderado
	3	Marcado
	4	Muy marcado

Gravedad	PASI
Leve	0-7
Moderado	7-12
Grave	>12

Importancia por
PASI 50
PASI 75
PASI 90

Palacios-Martínez D. SEMERGEN Doc Psoriasis. Madrid, Ed. SANED; 2021.

Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología 4.ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2018.

Bielsa I, Ferrándiz. Dermatología clínica. Madrid: Elsevier; 2019.

Grupo de Trabajo en Psoriasis. AEDV. ¿Cómo se mide la gravedad de la psoriasis? Principales índices.

Academia Española de Dermatología y Veneorología. 2019.

PASI, cálculo de la superficie corporal

Grado	Área implicada
Grado: 0	0 %
Grado: 1	< 10 %
Grado: 2	10-29 %
Grado: 3	30-49 %
Grado: 4	50-69 %
Grado: 5	70-89 %
Grado: 6	90-100 %

Elaboración propia.

NAPSI: *Nail Psoriasis Severity Index*

PASI (valoración ponderada)		
Divide cada uña en cuatro cuadrantes		
Valora la presencia (1 punto) o ausencia (0 puntos) en cada cuadrante de los siguientes parámetros	Matriz ungueal	Traquioniquia
		Lúnula roja
		Leuconiquia
		<i>Pitting</i>
	Lecho ungueal	Onicólisis
		Hiperqueratosis subungueal
		Hemorragias en astilla
		Manchas de aceite

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

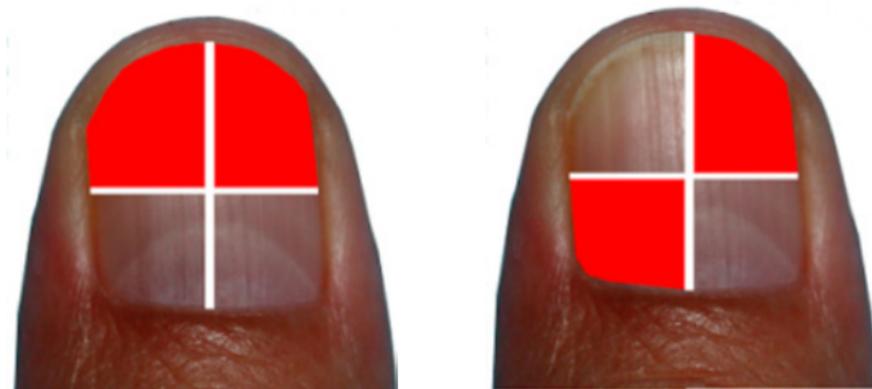
área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

25

Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI)



Cálculo del índice PASS

E (Eritema)	$E = Eo + Ei * 0,2 + Ei * 0,4$			
	Sin eritema (Eo)	Eritema leve (Ei)	Eritema intenso (Ei)	
D (Descamación)	$D = Do + De * 0,2 + Di * 0,4$			
	Sin escamas (Do)	Escamosa (De)	Intensa (Di)	
I (Infiltración)	$I = Io + Is * 0,2 + Im * 0,4 + Lp * 0,6$			
	No infiltrado (Io)	Superficial (Is)	Media (Im)	Profunda (Ip)
PASS	$PASS = (E+D+I) \times \% \text{ de superficie corporal afectada (BSA)}$			

Elaboración propia.

Cálculo del índice PGA

Puntuación	Lesión
0	Blanqueada
1	Casi blanqueada, mínima
2	Leve
	30-49 %
3	Leve a moderada (infiltración leve, eritema y descamación moderada)
4	Moderada
5	Moderada a grave (infiltración, eritema o descamación marcada)
6	Grave

Elaboración propia.

Índice PGA, forma dinámica

+5	Blanqueamiento o mejoría entre el 90 y el 100 %
+4	Mejoría importante entre el 70 y el 90 %
+3	Mejoría de moderada a importante entre el 50 y el 70 %
+2	Mejoría moderada entre el 30 y el 50 %
+1	Mejoría leve entre el 10 y el 30 %
0	Sin cambios respecto a la situación basal o cambios mínimos
-1	Empeoramiento leve
-2	Empeoramiento moderado
-3	Empeoramiento de moderado a importante
-4	Empeoramiento importante
-5	Empeoramiento muy importante

Elaboración propia.

Cálculo del índice de Salford

Contiene tres cifras:	Valora:		
	Valor relativo al PASI	PASI 0	0
PASI 0,1-3		1	
PASI 3,1-5		2	
PASI 5,1-8		3	
PASI 8,1-11		4	
PASI 11,1-14		5	
PASI 14,1-18		6	
PASI 18,1-23		7	
PASI 23,1-29		8	
PASI 29,1-36		9	
	PASI > 36	9	
	Impacto psicosocial	Escala analógica visual	
Gravedad previa, suma de:	Primero	1 punto por cada tratamiento sistémico durante menos de 12 meses	
		2 puntos si el PUVA ha superado 12 meses	
	Segundo	1 punto por cada sistémico de más de 1 año	
		1 punto más si >200 tratamientos o más de 1000 J/cm2 de PUVA	
		1 punto por cada 5 ingresos	
Tercero	1 punto por cada episodio de eritrodermia		

Elaboración propia.

Cálculo del Índice de Salford (SPI)

Primero	1 punto por cada tratamiento sistémico durante menos de 12 meses
	2 puntos si el PUVA ha superado 2 meses
Segundo	1 punto por cada sistémico de más de un año
	1 punto si más de 200 tratamientos o más de 1000 J/cm ² de PUVA
	1 punto por cada 5 ingresos
Tercero	1 punto por cada episodio de eritrodermia

Elaboración propia.

Manejo diagnóstico de las manifestaciones articulares de la psoriasis

Sospecha clínica	Datos analíticos	Datos radiográficos
Basada en la anamnesis y la exploración física	Podemos encontrar elevación de reactantes de fase aguda: velocidad de sedimentación globular (VSG) y/o proteína C reactiva (PCR), aunque no es una constante	Aumento de partes blandas periarticulares
Valorar alteraciones cutáneas	Clásicamente se ha propuesto negatividad del factor reumatoide (FR) como un dato clave de la enfermedad, aunque como los anticuerpos antinucleares (ANA) puede ser positivo en torno al 2-10 % de estos pacientes	Cambios erosivos
Valorar inflamación articular y dolor		Lisis de falanges terminales
		Alteración de la alineación y subluxaciones
		Proliferación ósea
		Periostitis
		Pérdida del espacio articular
		Sindesmofitos paravertebrales
		Osteítis de los cuerpos vertebrales

Elaboración propia.

Criterios CASPAR de artritis psoriásica

CATEGORÍA		PUNTOS	
a	Psoriasis (actual/historia)	Psoriasis actual	2
		Antecedentes personales	1
		Antecedentes familiares SIN afectación del paciente	1
b	Onicopatía psoriásica	Psoriasis ungueal, onicolisis, pitting, hiperqueratosis	1
c	Factor reumatoide negativo		1
d	Dactilitis actual o previa diagnosticada		1
e	Evidencia radiológica de neoformación yuxtaarticular sin ser osteofitos		1

DIAGNÓSTICO

- ≥ 3 Puntos
- Sensibilidad 91 %, especificidad 97 %

Elaboración propia.

Criterios GRAPPA. Diagnóstico de la afectación axial

Dolor lumbar inflamatorio	Edad de inicio < 45 años, duración > 3 meses, rigidez matutina > 30 minutos, inicio insidioso, mejoría con el ejercicio, dolor alternante en nalgas
Limitación funcional	En la movilidad cervical, dorsal o lumbar en el plano sagital y frontal
Criterio radiológico	Sacroileítis unilateral \geq grado 2 en radiografía simple, presencia de sindesmofitos, en RM de sacroilíacas: presencia de edema de médula ósea, erosiones o disminución del espacio articular

DIAGNÓSTICO

- ≥ 2 criterios

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

33

CAPÍTULO 4

Diagnóstico diferencial de la psoriasis

Dra. Rocío Rodríguez Coronilla

Dr. David Palacios Martínez

Diagnóstico diferencial de la psoriasis vulgar

	Características clínicas	Localización
Psoriasis vulgar	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación nacarada difusa • En general asintomáticas o discreto prurito • Fenómenos de Koebner (+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de articulaciones • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja periumbilical
Eccema numular	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones discoideas como parches de vesículas y pápulas confluyentes • Costras (pueden evolucionar a lesiones secas y anulares 2-20 cm de diámetro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de extremidades superiores • Glúteos • A veces en tronco
Linfoma cutáneo de células T	<ul style="list-style-type: none"> • Micosis fungoide • Síndrome de Sézary • Estadios: mácula, placa y tumoral 	<ul style="list-style-type: none"> • Regiones no fotoexpuestas
Pitiriasis <i>rubra pilaris</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema y descamación • Pápulas hiperqueratósicas • Queratodermia palmoplantar amarillo anaranjado • Eritrodermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedos, muñecas, codos y rodillas • Raro en cara
Dermatofitosis o tiñas	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas borde neto • Descamación en los bordes • Pruriginosas • Microvesículas en los bordes • Signo de la espumadera 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo • Cuero cabelludo y barba • Ingles • Uñas • Pies

Elaboración propia.

Diagnóstico diferencial de la psoriasis en gotas

	Características clínicas	Localización
Psoriasis <i>guttata</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación nacarada difusa asintomática 0,5-1,5 cm 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de articulaciones cuero cabelludo, donde sobrepasa los límites de la implantación del pelo • Zona lumbar baja periumbilical
Pitiriasis rosada	<ul style="list-style-type: none"> • Placa heráldica: <ul style="list-style-type: none"> – Placa ovalada de 2,5 cm – Eritematosa – Descamación marginal – Asintomática – 5 o 10 días siguientes lesiones similares, pero más pequeñas (1-3 cm) 	<ul style="list-style-type: none"> • Placa heráldica en tórax o abdomen • Resto de lesiones: distribución en árbol de pascua (siguiendo las líneas de tensión de la piel)
Sífilis secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones diversas: roseola sífilítica, exantema macular • No pruriginoso • Sin descamación. Tronco y zonas flexoras de EESS. Maculas, pápulas, pústulas, vesículas y nódulos • Todas las lesiones son del mismo tamaño, bien definidas y simétricas • No hay descamación 	<ul style="list-style-type: none"> • Suele comprometer palmas y plantas
Pitiriasis liquenoide crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones papulosas, eritematodescamativas • Pequeño tamaño, cicatrices variceliformes 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominio en tronco y extremidades proximales
Liquen plano	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas eritemato-violáceas, confluyente, brillantes, 1-10 mm • Descamación adifusa fina • Pruriginosas • Estrías de Wickham 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada predilección por tobillos y muñecas

Elaboración propia.

Diagnóstico diferencial de la psoriasis eritrodérmica

	Características clínicas	Localización
Psoriasis eritrodérmica	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema y descamación • Prurito, dolor y ardor 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada • Afecta a más del 90 % superficie corporal
Linfoma cutáneo de células T	<ul style="list-style-type: none"> • Micosis fungoide • Síndrome de Sézary • Estadios: mácula, placa y tumoral 	Regiones no fotoexpuestas
Pitiriasis <i>rubra pilaris</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema y descamación • Pápulas hiperqueratósicas • Queratodermia palmoplantar amarillo anaranjado • Eritrodermia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedos, muñecas, codos y rodillas • Raro en cara
Eccema atópico	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones eritematosas, exudativas y costrosas • Con el tiempo liquenificación • Signo cardinal prurito 	<ul style="list-style-type: none"> • Pliegues • Cuero cabelludo • Cara
Toxicodermia	<ul style="list-style-type: none"> • Posfármaco placas o pápulas de pequeño tamaño o exacerbación de psoriasis 	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier localización

Elaboración propia.

Diagnóstico diferencial de la psoriasis pustulosa generalizada

	Características clínicas	Localización
Psoriasis pustulosa generalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples pústulas estériles sobre piel eritematosa • Fiebre • MEG 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada
Dermatitis pustulosa subcórnea	<ul style="list-style-type: none"> • Pústulas flácidas, recurrentes y coalescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Tronco y áreas intertriginosas • Rara vez acrales
Impétigo	<ul style="list-style-type: none"> • Pequeñas ampollas serosas que revientan creando una costra color miel 	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas fotoexpuestas
Pénfigo foliáceo	<ul style="list-style-type: none"> • Vesículas flácidas que se rompen con facilidad • Lesiones eritematosas dispersas, delimitadas • Costrosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cara • Cuero cabelludo • Tronco • Afección mucosa infrecuente
Pustulosis exantémica	<ul style="list-style-type: none"> • Posfármaco: <ul style="list-style-type: none"> – Exantema – Pústulas no foliculares pequeñas, menores de 5 mm de diámetro sobre una base edematosa y eritematosa – Fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada • No hay afectación palmar ni plantar

Elaboración propia.

Diagnóstico diferencial de la dermatosis pustulosa localizada

	Características clínicas	Localización
Psoriasis pustulosa localizada	<ul style="list-style-type: none"> • Barber: pústulas estériles sobre base eritematosa • Se forman lagos de pus • Hallopeau: erupción pustulosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Palmo plantar • Uñas
Eccema sobreinfectado		
Dermatofitosis	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación en los bordes • Pruriginosas • Microvesículas en los bordes 	<ul style="list-style-type: none"> • Piel, cabello y uñas • Zonas descubiertas
Eccema dishidrótico	<ul style="list-style-type: none"> • Pequeñas vesículas 	<ul style="list-style-type: none"> • Laterales de pies y manos

Elaboración propia.

Diagnóstico diferencial de la psoriasis invertida

	Características clínicas	Localización
Psoriasis invertida	<ul style="list-style-type: none"> • Placas rojo salmón • Bien delimitadas • Eccematosas húmedas y con fisuras 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexuras
Dermatitis seborreica	<ul style="list-style-type: none"> • Descamación • Caspa 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuero cabelludo • Cara • Línea del pelo
Intertrigo candidiásico	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema y fisuras • Sobreinfección 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexuras y pliegues • Áreas calientes y húmedas
Dermatofitosis	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas borde neto descamación en los bordes pruriginosas microvesículas en los bordes 	<ul style="list-style-type: none"> • Piel, cabello y uñas • Zonas descubiertas
Eritrasma	<ul style="list-style-type: none"> • Manchas marrón rojizas bien definidas pero irregulares • Brillo rojo coral con luz UV 	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas intertriginosas, áreas de flexura y pies
Pénfigo benigno crónico familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Fisuras en la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Axilas pliegues inguinales y perineales (escroto y vulva)

Elaboración propia.

Diagnóstico diferencial de la psoriasis del cuero cabelludo

	Características clínicas	Localización
Psoriasis del cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none">• Fina descamación, formas graves → placas costrosas engrosadas	<ul style="list-style-type: none">• Cuero cabelludo
Dermatitis seborreica	<ul style="list-style-type: none">• Descamación• Caspa	<ul style="list-style-type: none">• Cuero cabelludo• Cara• Línea del pelo
LES discoide crónico	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones eritematosas sobreelevadas, contorno irregular• El centro se evidencia curación con descamación, atrofia y cicatrización	<ul style="list-style-type: none">• Regiones fotoexpuestas

Elaboración propia.

Criterios elaborados por el grupo GRAPPA para el diagnóstico de la afección axial en la AP

El diagnóstico de afección axial se debe basar en la presencia de 2 de los siguientes criterios:

Dolor lumbar inflamatorio	<ul style="list-style-type: none">• Edad de inicio < 45 años• Duración > 3 meses• Rigidez matutina > 30 minutos• Inicio insidioso• Mejoría con el ejercicio, dolor alternante en nalgas
Limitación funcional	<ul style="list-style-type: none">• Limitación en la movilidad cervical, dorsal o lumbar en el plano sagital y frontal• Diferencias con la EA: habitualmente la limitación en el movimiento es menor y más asimétrica
Radiológico	<ul style="list-style-type: none">• Sacroileitis unilateral \geq grado 2 en radiografía simple, presencia de sindesmofitos, en resonancia magnética de sacroilíacas: edema de médula ósea, erosiones o disminución del espacio articular

Elaboración propia.

Diagnóstico diferencial entre la artritis psoriásica (APs), la artritis reumatoide (AR), la artrosis y la espondilitis anquilosante

	Artritis psoriásica	Artritis reumatoide	Artrosis	Espondilitis anquilosante
Relación hombre: mujer	• 1 : 1	• 1 : 3	• Afección manos y pies más frecuente en las mujeres	• 3-9 : 1
Afección articular periférica	• 90-95 % • Asimétrica y "radial" • Articulaciones grandes y pequeñas de EESS y EEII	• 100 % • Simétrica y "lineal" • Articulaciones grandes y pequeñas de EESS y EEII	• Variable	• 40 % • Asimétrica • Predominio en articulaciones grandes de EEII
Afección de ifd	• 30-50 %	• 30-50 %	• Frecuente, nódulos de Heberden	• No
Sacroileítis/espondilitis	• 35 % • Asimétrica • Cualquier nivel • Movilidad espinal algo disminuida	• No • Afección cervical en fases avanzadas	• No	• 100 % • Simétrica • Progresión caudo-craneal • Movilidad espinal bastante o muy disminuida
Dactilitis	• Muy frecuente	• Ausente	• Ausente	• Rara
Entesitis	• Frecuente	• Ausente	• Ausente	• Frecuente
Afección extraarticular	• Erosiones paramarginales (IFD) • Ausencia de osteopenia • Deformidad de "lápiz en copa" • Periostitis, proliferación ósea	• Erosiones (muñecas) • Osteopenia periarticular	• Osteofitos • Erosiones (IFD, IFP) • Rizartrosis	• Anquilosis (caderas)
Alteraciones radiológicas axiales	• Sindesmofitos asimétricos paramarginales • Distribución aleatoria de las alteraciones	• Subluxación atlo-axoidea	• Espondiloartrosis	• Sindesmofitos clásicos simétricos • Distribución contigua de las alteraciones • Cuadratura vertebral
FR/anti-CCP	• No (hasta 10-15 % los presentan a título bajo)	• Sí	• No	• No
Asociación con HLA	• B27 (10-25 %), Cw6	• DR4	• No	• B27 (90 %)

EESS: extremidades superiores. **EEII:** extremidades inferiores. **IFD:** articulaciones interfalángicas distales. **IFP:** interfalángicas proximales.

Tomada de Noguera Pons J, González Ferrández J, Tovar Beltrán J, Navarro Blasco F. Artritis psoriásica. En Enfermedades reumáticas: actualización SVR. Madrid; 2013.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

43

CAPÍTULO 5

Comorbilidades de la psoriasis

Dr. David Palacios Martínez
Dr. Julio Antonio Heras Hitos

Principales comorbilidades de la psoriasis



Elaboración propia a partir del trabajo realizado por Daudén E, Castañeda S, Suárez C, et al. [Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-associated Comorbidities]. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(1):1-64.

Principales comorbilidades de la psoriasis

Asociadas con mayor frecuencia	Asociadas con menor frecuencia
Artritis psoriásica	Enfermedades cardiovasculares
Sobrepeso u obesidad	Diabetes <i>mellitus</i>
Ansiedad	Hepatopatías
Hipertensión arterial	
Depresión	

Tomada de De la Cueva Dobao P, Fernández-Lasquetty B. Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis. Madrid: Fundación HUMANS, 2019.

Criterios diagnósticos de síndrome metabólico por IDF y por ATP-III

Criterios diagnósticos propuestos por la IDF ¹⁰	Criterios diagnósticos propuestos ATP-III ¹¹
Obesidad abdominal (perímetro abdominal > 94 cm en varones o > 80 cm en mujeres)	Obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en varones o > 88 cm en mujeres)
Triglicéridos > 150 mg/dl o tratamiento específico	Triglicéridos > 150 mg/dl o tratamiento específico
Colesterol HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres, o tratamiento específico	Colesterol: HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres, o tratamiento específico
Presión arterial > 130/85 mmHg o tratamiento antihipertensivo	Presión arterial > 130/85 mmHg o tratamiento antihipertensivo
Glucemia basal > 100 mg/dl o diagnóstico previo de diabetes mellitus	Glucemia en ayunas > 100 mg/dl
Diagnóstico: obesidad abdominal y ≥ 2 situaciones clínicas de las anteriores	Diagnóstico: ≥ 3 criterios diagnósticos

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

47

CAPÍTULO 6

Psoriasis en poblaciones especiales

Dr. Julio Antonio Heras Hitas
Dra. Norma Alejandra Doria Carlin

Psoriasis en poblaciones especiales

Pacientes inmunodeprimidos	<ul style="list-style-type: none">• Principalmente infección por VIH
Situaciones especiales de las mujeres	<ul style="list-style-type: none">• Mujer en edad fértil• Mujer gestante• Lactancia
Niños	

Elaboración propia.

Diferencias en la psoriasis entre pacientes inmunocompetentes y pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

	Psoriasis en seronegativos	Psoriasis en pacientes con VIH
Frecuencia	1-3 %	1-3 %
Severidad	Leve-moderada	Moderada-severa
Datos clínicos	Placas eritematosas principalmente en zonas de extensión	Lesiones más extensas, con mayor presencia de psoriasis inversa y en zonas acras
Edad media de presentación	> 30 años	30 años
Presencia de artritis psoriásica	5-20 %	25-50 %
Historia familiar	Frecuente	Variable
Presencia de HLA Cw*0602	25 %	79 %
Presencia de síndrome de Reiter	Raro	Frecuente
Desarrollo de eritrodermia	+ /+++	++ /+++

Tabla modificada de Cedeno-Laurent F, Gomez-Flores M, Mendez N, et al. New insights into HIV-1-primary skin disorders. J Int AIDS Soc. 2011;14:5.

Tratamientos recomendados en la psoriasis asociada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) VIH

Casos leves-moderados	Casos moderados-severos	Casos severos o refractarios
Tratamientos tópicos (emolientes, corticosteroides, retinoides, análogos de vitamina D y combinación de corticoides con análogos de vitamina D)	Fototerapia	Inmunosupresores o tratamientos biológicos (ciclosporina, metotrexato, inhibidores del TNF- α)
	Retinoides orales	Hidroxiurea
	Antirretrovirales + tratamientos tópicos	Usar con cautela

Elaboración propia.

Recomendaciones de tratamientos sistémicos

Podrían considerarse	Fototerapia ultravioleta B (UVB)	Ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE)
Contraindicado	Metotrexato Categoría X	Acitretina. Categoría X
Categoría C FDA	Ciclosporina	En experimentación animal ha mostrado un efecto adverso sobre el feto, pero no existen estudios adecuados en la mujer embarazada, aunque un gran número de comunicaciones sugiere que es relativamente seguro en el embarazo
Categoría B FDA	Biológicos	En animales no han demostrado capacidad teratogénica, aunque no existen estudios en mujeres embarazadas. Se ha sugerido que durante el primer y el segundo trimestre del embarazo es poco probable que atraviesen la placenta humana y, por lo tanto, se considera que no representan un riesgo para el embrión o el feto durante los 2 primeros trimestres del embarazo. El grado de evidencia científica asignado al uso de estos fármacos durante la gestación y la lactancia es de nivel III-IV

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

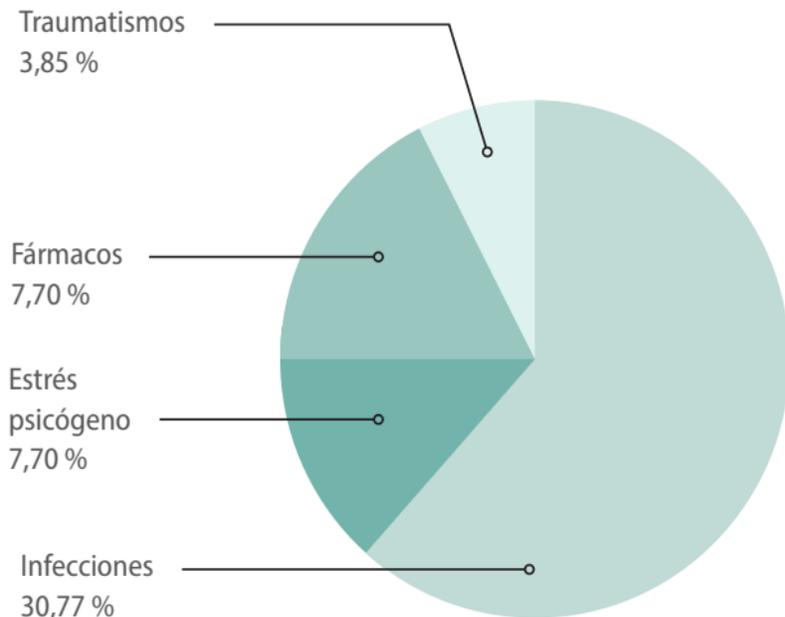
52

Vida media de algunos tratamientos biológicos

Vida media	
Corta, 3 días	Etanercept
Media, 10 días	Infliximab
Media, 15 días	Adalimumab
Larga, 3 semanas	Ustekinumab

Elaboración propia.

Factores desencadenantes de psoriasis infantil



Elaboración propia, con datos de Bologna JL, Jorizzo JL y Rapini RP. Dermatología. Principales Diagnósticos y Tratamientos. Madrid: Elsevier España; 2016.

Guía
rápida

Psoriasis

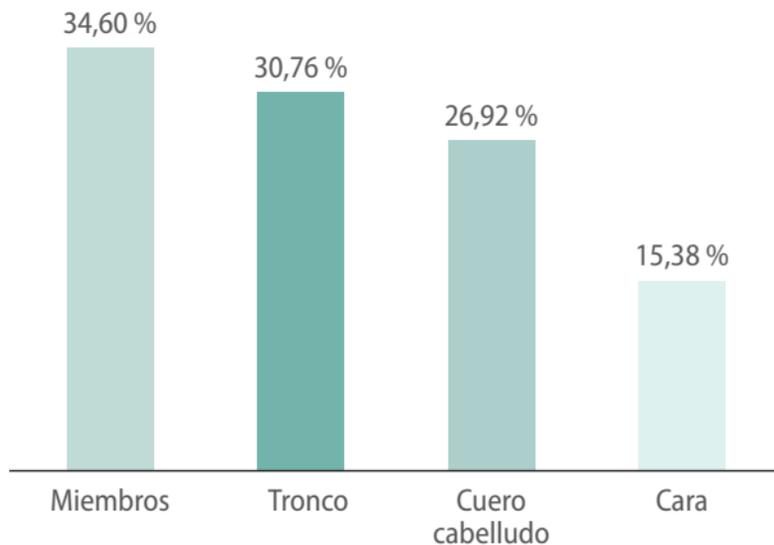
área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

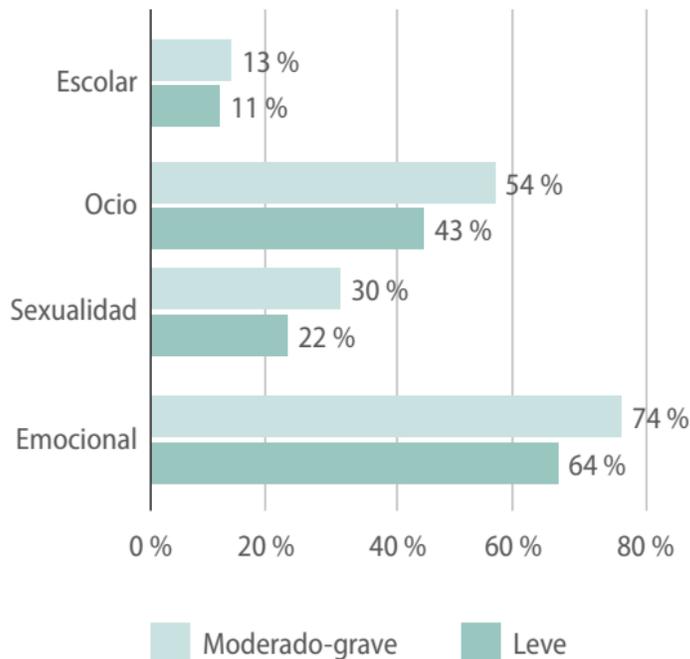
54

Localizaciones de inicio más comunes



Elaboración propia, con datos de Pérez JL, Arregui Murúa MA, Izu Bellosos R y Godoy Bujan J. Psoriasis infantil: Prevalencia y formas clínicas. Nuestra experiencia en un hospital pediátrico público. Rev argent dermatol (en línea). 2012;93.

Afectación de la vida del paciente según la gravedad de la psoriasis



Modificado de González A, Yvanova Y, Jiménez M, et al. Retorno social de la inversión de un abordaje ideal de la psoriasis. Informe de resultados. Madrid: Instituto Max Weber, 2016.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

56

CAPÍTULO 7

Manejo terapéutico de la psoriasis

Dra. Esther Ramos Lledó
Dr. Julio Antonio Heras Hitos

Manejo terapéutico de las manifestaciones cutáneas de la psoriasis

Formas de presentación	Primer escalón	Segundo escalón	Tercer escalón
Psoriasis vulgar	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento del brote: combinación fija de calcipotriol/betametasona, corticoide tópico de potencia moderada o alta, habitualmente asociado a un análogo de la vitamina D Tratamiento de mantenimiento: combinación fija de calcipotriol/betametasona Segunda línea de tratamiento tópico: tazaroteno (preferiblemente en combinación con un corticoide tópico) 	<ul style="list-style-type: none"> Fototerapia en placas limitadas y resistentes Terapia sistémica: metotrexato, ciclosporina y acitretina en psoriasis extensas 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia biológica
Psoriasis guttata	<ul style="list-style-type: none"> Corticoides tópicos Análogos de la vitamina D 	<ul style="list-style-type: none"> Fototerapia 	<ul style="list-style-type: none"> Existe poca evidencia respecto a la terapia biológica
Psoriasis pustulosa localizada	<ul style="list-style-type: none"> Corticoides de alta potencia en oclusión 		
Psoriasis invertida	<ul style="list-style-type: none"> Corticoides de baja potencia de 2 a 4 semanas y como mantenimiento 1 a 2 veces por semana dado el riesgo de atrofia cutánea. De forma excepcional y en tiempo muy limitado se puede utilizar un corticoide más potente También en primera línea están los inhibidores de la calcineurina tópicos* (tacrolimus o pimecrolimus) y los análogos de vitamina D 	<ul style="list-style-type: none"> Existe poca evidencia en cuanto al uso de terapia sistémica o biológicos 	
Psoriasis vulgar en el cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none"> Combinación fija de calcipotriol/betametasona Corticoides de potencia alta o muy alta Vaselina salicilica antes del corticoide tópico Ciclo corto de combinación de corticoide tópico junto con el análogo de la vitamina D 2 veces al día Champú de brea Tazaroteno Inyecciones de corticoides intralesionales 	<ul style="list-style-type: none"> Fototerapia Tratamiento sistémico clásico: metotrexato, ciclosporina o acitretina 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia biológica

* Aunque se utilicen, los inhibidores de calcineurina no tienen indicación en psoriasis invertida.

Elaboración propia.

Clasificación de los corticosteroides tópicos según su potencia

Clase	Compuesto		Tratamiento
Clase IV: potencia muy alta	<ul style="list-style-type: none"> • Propionato de clobetasol • Diflorasona 		<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis palmoplantar • Psoriasis ungueal
Clase III: potencia alta	<ul style="list-style-type: none"> • Betametasona • Beclometasona • Diflucortolona • Prednicarbato • Fluocortolona • Fluociomida 	<ul style="list-style-type: none"> • Flucorolona • Fluticasona • Mometasona • Aceponato de hidrocortisona • Aceponato de metilprednisolona 	<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis en placas
Clase II: potencia intermedia	<ul style="list-style-type: none"> • Clobetasona • Diclorisona • Fluocinolona • Buteprato de hidrocortisona 		<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis leve
Clase I: potencia baja	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocortisona base • Fluocortina 		<ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis en cara y pliegues • Psoriasis en niños

Elaboración propia.

Características de los análogos de vitamina D y su combinación fija con corticoide

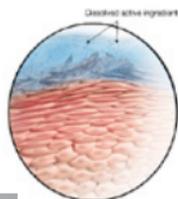
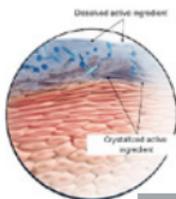
Nombre	Posología	Dosis máxima	Duración máxima	Superficie
Tratamiento del brote				
Calcitriol pomada	1 aplicación/12 h	30 g/día	6 semanas	35 % SC
Calcipotriol crema	1 aplicación/12 h 1/24 mantenimiento	100 g/semana	—	—
Tacalcitol pomada	1 aplicación/día	5 g/día	12 semanas	—
Calcipotriol/ betametasona en espuma*, gel o pomada	1 aplicación/día	15 g/día y 100 g/semana	4 semanas	30 % SC
Tratamiento de mantenimiento a largo plazo				
Calcipotriol/ betametasona en espuma*	2 aplicaciones/semana	15 g/día y 30 g/semana	—	30 % SC

SC: superficie corporal.

* La evidencia más reciente apunta a que Cal/BD en espuma proporciona una mayor mejoría (PGA y mPASI) en comparación con la formulación en crema a las 4 y a las 8 semanas.

Elaboración propia.

En la espuma sobresaturada de Cal/ BD los principios activos están disueltos en una mezcla de propelentes volátiles (butano y dimetil-éter)



Al aplicar el producto sobre la piel, los propelentes se evaporan rápidamente

Los principios activos (calcipotriol/ betametasona) quedan disueltos por encima de su solubilidad máxima, manteniéndose estables en el tiempo sin precipitar

Esta situación permite una mayor biodisponibilidad de los productos, consiguiendo una mayor penetración de los principios activos a través del estrato córneo epidérmico

Características de los tratamientos sistémicos de primera línea

Fármaco	Vía	Posología	Dosis máxima	Efectos adversos	Indicaciones
Metotrexato	Oral, SC, IV, IM	7,5-25 mg/semana	25 mg/semana	Hepatotoxicidad Mielosupresión Teratógeno Gastrointestinal	Moderada-severa Eritrodérmica Pustulosa Artropatía
Ciclosporina	Oral	2,5-mg/kg/día	5 mg/kg/día	Hipertensión Nefrotoxicidad	Moderada-severa Pustulosa Palmoplantar
Acitretina	Oral	10-50 mg/día	75 mg/día	Aumento de transaminasas y triglicéridos Teratógeno	Moderada-severa Eritrodérmica Pustulosa Palmoplantar

Elaboración propia.

Manejo terapéutico de las manifestaciones articulares de la psoriasis

Formas de presentación	Primer escalón	Segundo escalón
Artritis periférica	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento sintomático: AINE y/o glucocorticoides • Tratamiento de la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Primera elección metotrexato ✓ Podrían emplearse leflunomida o sulfasalazina 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se alcanza objetivo terapéutico o hay intolerancia, cambiar a apremilast o tratamiento biológico (pudiendo combinarse si fuese preciso con metotrexato) • Ante la ausencia de mejoría, cambiar de terapia, pautando un tratamiento con diferente mecanismo de acción, ya sea dentro de los tratamientos biológicos o bien al apremilast • Si se observa mejoría a los 3 meses de iniciar un tratamiento o se alcanzan los objetivos terapéuticos a los 6 meses, debe continuarse con el mismo tratamiento
Entesitis	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta de tratamiento similar a la de la artritis periférica 	<ul style="list-style-type: none"> • En los casos refractarios a los AINE y los glucocorticoides locales: iniciar terapia biológica o apremilast
Dactilitis	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento sintomático: AINE y/o glucocorticoides 	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos anti-TNF-α
Afectación axial	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de al menos dos AINE a dosis máximas durante 4 semanas. A continuación utilizar tratamiento biológico, siendo los fármacos anti-TNF-α los más utilizados • En aquellos casos que cuenten además con afectación cutánea se recomienda utilizar tratamiento biológico con inhibidores de la IL-17 	

AINE: Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

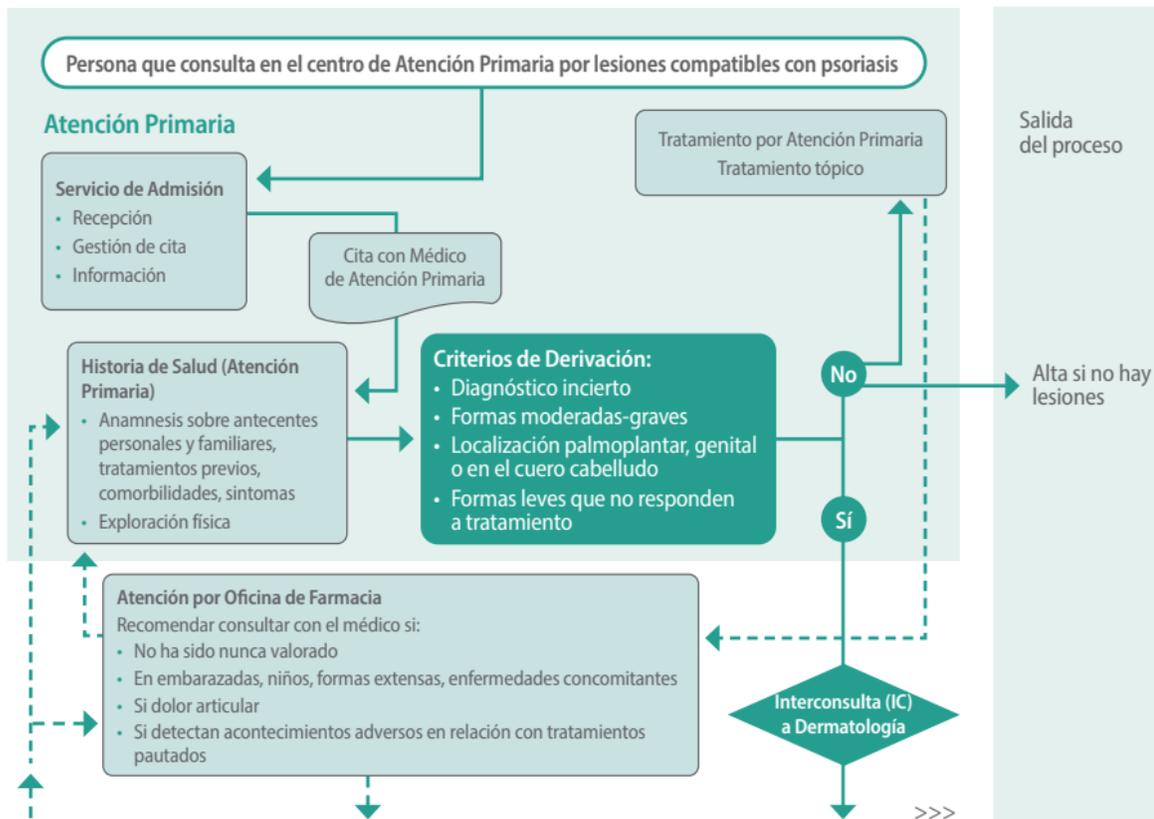
63

CAPÍTULO 8

Seguimiento del paciente con psoriasis

Dr. Julio Antonio Heras Hitos
Dr. David Palacios Martínez

Proceso asistencial de la psoriasis



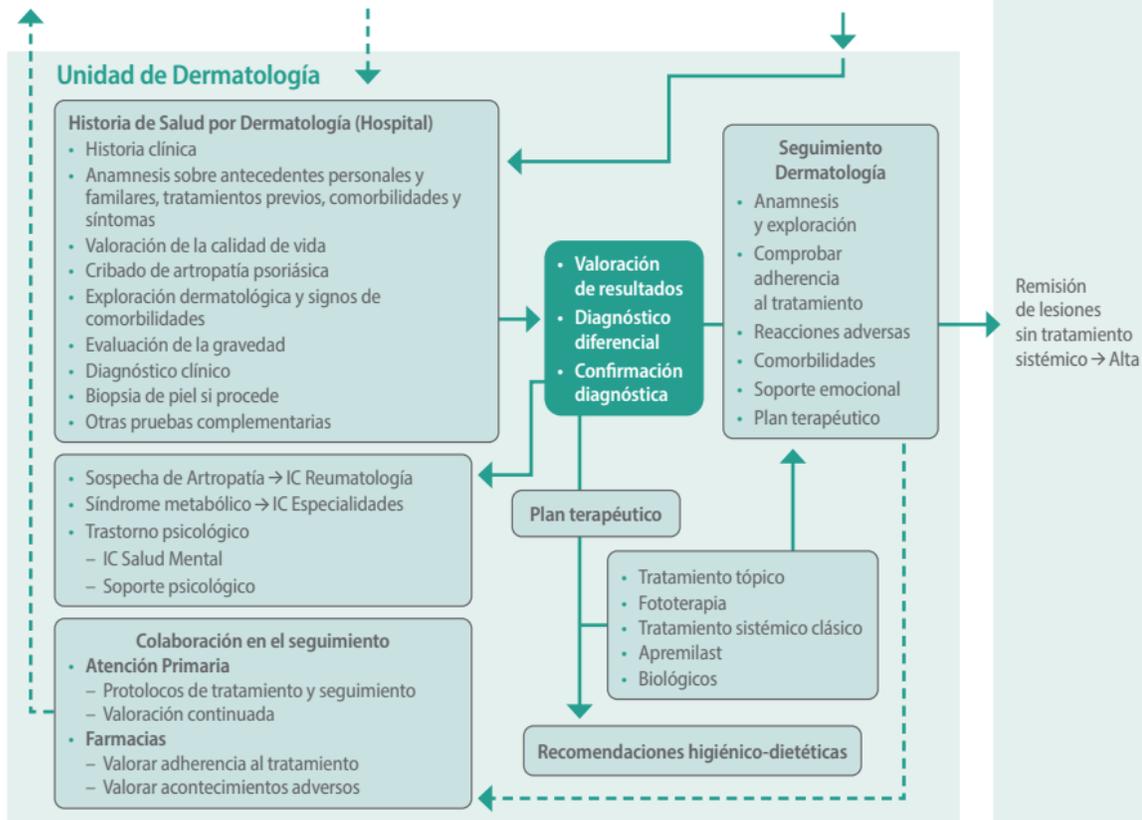


Imagen tomada del Grupo de trabajo en psoriasis, A.-E.-D.-V. Proceso Asistencial Psoriasis (Academia Española de Dermatología y Venereología). 2019.

Recomendaciones para cada visita de seguimiento del paciente con psoriasis

- Descartar aparición de nuevos síntomas.
- Descartar empeoramiento de síntomas que ya presentaba.
- Identificar posibles comorbilidades de reciente aparición.
- Comprobar cumplimiento terapéutico. Si está alterado, valorar las razones y posibles efectos secundarios o reacciones adversas que haya podido experimentar el paciente.
- Evaluar el estado anímico, o la posible afectación de su vida social o laboral, por si hay que incidir o solicitar ayuda para esas áreas.
- Individualizar y optimizar periodicidad de las consultas según sintomatología o tratamiento pautado.
- Indicar a los pacientes las situaciones en las que deben consultar antes: empeoramiento clínico, aparición de nuevos síntomas o presentación de efectos secundarios con el tratamiento.

Elaboración propia.

Criterios de derivación de la psoriasis

Psoriasis cutánea	Psoriasis articular
• Casos leves o moderados que no respondan al tratamiento prescrito	• Dolor inflamatorio o tumefacción periférica
• Casos severos con afectación de >10 % de la superficie corporal	• Dolor inflamatorio o nocturno en el esqueleto axial
• Alteración significativa de la calidad de vida del paciente	• Evidencia de entesitis (principalmente en el tendón de Aquiles o las fascias plantares)
• Impotencia funcional or afectación palmo-plantar	• Dactilitis actual (definida como inflamación de todo el dedo) o historia de dactilitis previa
• Reacciones adversas a tratamientos tópicos	• Dudas respecto al manejo diagnóstico-terapéutico
• Complicaciones evolutivas	
• Psoriasis pustulosa	
• Psoriasis eritrodérmica	
• Psoriasis invertida	
• Dudas respecto al manejo diagnóstico-terapéutico	

Mapa de experiencias de la persona con psoriasis: retos

EXPERIENCIA DE LA PERSONA CON PSORIASIS • RETOS

Puntos clave del proceso identificados por los pacientes	Visita diagnóstica	Pruebas diagnósticas	1.º tratamiento (tópico, fototerapia)	Visita al especialista en Psicología (desde Atención Primaria)*	2.º tratamiento (sistémico)	Visita a Urgencias*	Visita a Atención Primaria	3.º tratamiento (biológico)	Visita a Farmacia Hospitalaria	Recalda-frasco de tratamiento biológico*	Visita al Servicio de Atención al paciente*
ACCIONES	Revisión del historial	Realización de pruebas complementarias				Asistencia médica no especialista en Dermatología	Seguimiento		Asesoría del uso del medicamento Falta de información		Reclamación a atención al paciente Adelantar cita
PENSAMIENTOS	"¿Por qué yo?" "¿Por fin voy a encontrar una solución?" Escasa duración de la consulta	"Es un control necesario" Pérdida de tiempo en el trabajo Absentismo laboral	Desconocimiento Angustia	Positivismo	Falta de atención	"¿Ver si se me pasan los picores?" "¿Cuánto tiempo estará aquí?"	Escasa duración de la consulta Deseo de explicación	"¿Por qué yo?" "¿Por qué esperar hasta este momento?" "Me da mucho miedo pero mejor eso que estar así"	Desorientación	"Si el otro ha fallado, ¿por qué me va a venir bien el nuevo?" "¿Qué efectos negativos va a tener sobre mí?"	"¿Ver si se solucionan las cosas?" "¿Cuánto papelito hay que hacer?"
EMOCIONES	Estrés Depresión Confianza Pacencia Frustración Rechazo social	Miedo Incertidumbre	Pesimismo Frustración	Esperanza	Frustración Enfado Miedo Desconocimiento Incertidumbre	Desesperación Estrés Depresión Nerviosismo Tristeza	Confianza	Confianza Tristeza Incertidumbre	Esperanza Frustración Miedo Desconfianza	Frustración Depresión Hundimiento	Desesperación Frustración
PERSONAS	Especialista en Dermatología Enfermeras	Enfermeras	Especialista en Dermatología Enfermeras	Especialista en Psicología	Farmacéutico comunitario Especialista en Dermatología	Médico no especialista en Dermatología	Médico de Atención Primaria	Especialista en Dermatología	Enfermera Farmacéutico hospitalario	Especialista en Dermatología	Enfermera de atención al paciente

*Fases opcionales



Tomada de De la Cueva Dobao P, Fernández-Lasquetty B. Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis. Madrid: Fundación HUMANS, 2019.

Mapa de experiencias del paciente: posibles soluciones



Tomada de De la Cueva Dobao P, Fernández-Lasquetty B. Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis. Madrid: Fundación HUMANS, 2019.

Tratamientos tópicos apropiados para la psoriasis por localización y tiempo de tratamiento

Localización de la psoriasis	Tratamiento	Marco de tiempo esperado para el resultado
Cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación fija de análogo de la vitamina D y corticosteroide • Análogos de la vitamina D (la dosis no debe exceder los 5 mg/semana) • Corticosteroides potente o superpotente (solo usar a corto plazo) • Ácido salicílico más corticosteroide 	2-4 semanas
Manos y pies	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación fija de análogo de la vitamina D y corticosteroide • Corticosteroides potente o superpotente (solo usar a corto plazo) • Ácido salicílico más corticosteroide • Oclusión durante la noche al inicio del tratamiento (guante o calcetín de plástico) • Propilenglicol más corticosteroide 	4 semanas
Cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación fija de análogo de la vitamina D y corticosteroide • Corticosteroides potente o superpotente (solo usar a corto plazo) • Ácido salicílico más corticosteroide • Alquitrán más ácido salicílico más azufre 	4 semanas
Cara	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroide de potencia baja o media • Inhibidor tópico de la calcineurina 	2 semanas
Áreas perianales o genitales y pliegues cutáneos (axilas, región inframamaria o inguinal)	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroide de potencia baja o media • Inhibidor tópico de la calcineurina 	2 semanas

Adaptado de Thaçi D, de la Cueva P, Pink AE, Jalili A, Segaert S, Hjuler KF, Calzavara-Pinton P. General practice recommendations for the topical treatment of psoriasis: a modified-Delphi approach. BJGP Open. 2020 Dec 15;4(5):bjgpopen20X101108.

Formulaciones

Vehículo	Ventajas	Desventajas	Zonas comunes de uso
Ungüento	Oclusivo. Hidratante. Más simple, a veces sin conservantes	Aceitoso. Más difícil de aplicar	Zonas escamosas o secas. No para zonas con pelo
Crema	Menos aceitoso. Hidratante. Cosméticamente aceptable	Menos oclusivo y de menor penetración y eficacia en comparación con la pomada	Apto para todo el cuerpo
Gel (aceite en agua o agua en aceite)	Fácil de aplicar y cosmético	No oclusivo. Hidratación mínima	Apto para todo el cuerpo, muy práctico para zonas con vello
Aerosol / Espuma (hidroalcohólico o emoliente)	Fácil de aplicar, cosmético. Puede ser emoliente	Mínima oclusión e hidratación. Si tiene una base de alcohol, puede resecar la piel o causar picazón	Apto para todo el cuerpo, muy práctico para zonas con vello (excepto opciones a base de emolientes)
Loción	Fácil de aplicar. Aceptable. Refrescante	No oclusivo. No hidratante	Zonas con pelo
Solución (a base de agua o alcohol)	Fácil de aplicar, no mancha. Cosmético	Si tiene una base de alcohol, puede resecar la piel o causar picazón. Debe ser sacudido	Zonas con pelo. Evite la base de alcohol en el caso de piel raspada
Champú	No aceitoso. Para el cuero cabelludo	No oclusivo, no hidratante. Más complejo de usar	Zonas con pelo

Eficacia clínica

Síntomas	Corticosteroide	Análogos de la vitamina D	Combinación de dosis fija de espuma Cal/BD	Inhibidores tópicos de la calcineurina	Ácido salicílico	Urea	Alquitrán
Enrojecimiento	+++	+ / ++	+++	+ / ++	0	0	+
Descamación	+	+ / ++	++	0	+++	++	+
Grosor o infiltración	++	+ / ++	+++	+	0	0	++
Prurito	++ / +++	0	+++	++	0	+	++

Cal/BD: calcipotriol/betametasona. Los símbolos representan la eficacia clínica, donde + = algo eficaz y +++ = muy eficaz; 0 representa un impacto mínimo o nulo en el síntoma.

Adaptado de Taçi D, de la Cueva P, Pink AE, Jalili A, Segaert S, Hjuler KF, Calzavara-Pinton P. General practice recommendations for the topical treatment of psoriasis: a modified-Delphi approach. BJGP Open. 2020 Dec 15;4(5):bjgpopen20X101108.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

71

CAPÍTULO 9

Plan de acción personalizado para el paciente con psoriasis

Dr. David Palacios Martínez
Dra. Norma Alejandra Doria Carlin

Principales elementos y figuras relacionados con las estrategias y planes de cuidados de los pacientes crónicos

Centro de salud	Centro de salud como eje de la atención al paciente crónico: Atención Primaria es el nivel asistencial donde se detecta y realiza el seguimiento de estos pacientes con servicios de promoción y prevención de la salud, cobrando un papel fundamental la enfermería y siendo preciso también reorientar el papel del médico de familia y la comunicación y relación con los referentes hospitalarios (especialista consultor, de referencia, etc.) ¹
Enfermera educadora	Enfermera educadora/entrenadora en autocuidados: cuya función está especialmente orientada a capacitar a los pacientes y sus cuidadores para el autocuidado, fomentando su compromiso con la salud ¹
Recursos online	Los recursos online (aplicaciones y páginas web) basados en las TIC y dirigidos a facilitar y potenciar la figura del paciente activo cobran especial relevancia, haciendo referencia tanto a elementos telemáticos multicanal (páginas web, blogs con contenidos de información sanitaria, redes sociales, comunidades virtuales de pacientes, foros de discusión, etc.) como a formatos tradicionales (hojas de consejos, información sobre enfermedades, etc.) ¹
Herramientas de ayuda	Herramientas de ayuda a la prescripción, conciliación y control de interacciones ¹ , o herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes activos
Paciente activo	Es un paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad, aunque en ocasiones este rol lo puede asumir algún familiar del paciente ¹ . Actualmente este concepto está vinculado también al de "empoderamiento" de los pacientes, que hace referencia a los pacientes que han adquirido el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y definir objetivos terapéuticos y adoptarlos de forma responsable y compartida con sus médicos ¹
Especialista hospitalario consultor	Médico especialista hospitalario de referencia para los profesionales de atención primaria con el que se establecerán los canales de comunicación activos oportunos ¹
Enfermera de enlace	Enfermera de atención hospitalaria que coordina la continuidad de cuidados que precisa el paciente crónico con los recursos hospitalarios ¹
Enfermera gestora de casos	Enfermera de atención primaria que trabaja de forma proactiva en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad y/o dependencia facilitando la coordinación entre los profesionales de diferentes niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de los pacientes
Planes de cuidados estandarizados y personalizados de enfermería	Son planes previamente elaborados y potencialmente aplicables a las personas que presentan determinados procesos o situaciones comunes, adaptados a cada paciente. Detallan diagnósticos enfermeros reales o de riesgo, así como los resultados y las intervenciones asociadas más efectivas. Un plan de cuidados personalizado es un plan realizado específicamente para la situación y condiciones de un paciente y cuidador

Elaboración propia.

Ejemplo de modelo de plan de atención personalizado

Valoración integral exhaustiva	Recoger y organizar todos datos del paciente, la familia y el entorno, de manera individualizada
	Conocer cómo fue el debut de la enfermedad, sus comorbilidades, los factores agravantes de cada brote, si existen o no antecedentes familiares que resulten de interés, la edad en la que inició el primer brote, su evolución, las características de cada brote, los tratamientos previos que se han administrado y si han resultado o no eficaces.
Consolidación del plan terapéutico	Evaluar la situación clínica del paciente
	Tener en cuenta su pronóstico
	De acuerdo con ello, explorar situación social del paciente
	Revisar plan terapéutico actual
	Repasar el cumplimiento terapéutico con pacientes y cuidadores
	Explorar apoyos sociales
Planes de cuidado y social	Exponer las medidas de manejo diagnóstico-terapéutico, de forma inteligible para pacientes y familiares, acordes a la mejor evidencia científica disponible y al pronóstico del paciente
	Intentar consensuar con pacientes y/o familiares objetivos a alcanzar y cronogramas para hacerlo
	Repasar los datos de alarma con los que se deberá consultar con un profesional sanitario
	Establecer de manera consensuada un cronograma de actividades y revisiones
	Programar citas de revisión (presenciales o no presenciales) para evaluar la consecución o no de los objetivos establecidos
	Revisar y establecer las vías de comunicación efectivas que pudiesen resultar necesarias
Evaluación continua	Periódica, presencial o no presencial

Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

semergen
DOC

documentos
clínicos
semergen

74

CAPÍTULO 10

Adherencia terapéutica y educación para la salud en psoriasis

Dra. Norma Alejandra Doria Carlin

Dr. David Palacios Martínez

Consecuencias a largo plazo de la falta de adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas

Malos resultados de salud

Uso injustificado de fármacos

Mayor número de reacciones adversas a medicamentos

Mayor número de eventos clínicos adversos

Mayores costes sanitarios: no solo el coste directo de los fármacos sino también los costes indirectos derivados de las ausencias laborales o de la necesidad de dejar a los hijos al cuidado de otras personas

Desplazamientos innecesarios a los centros sanitarios, etc.

Disminuye la eficacia/efectividad de las medidas terapéuticas

Incrementa la morbimortalidad de la población

Algunas medidas que han demostrado mejorar la adherencia terapéutica

Realizar una adecuada educación sanitaria

Intentar simplificar al máximo la pauta terapéutica prescrita (reduciendo el número de administraciones del producto y facilitando por tanto su aceptación, satisfacción y cumplimiento por parte de los pacientes)

Identificar las formulaciones galénicas que mayor beneficio puedan aportar a los pacientes

Desde la oficina de farmacia, en colaboración con los médicos, se puede realizar un seguimiento no solo de la aparición de efectos secundarios o complicaciones derivadas de los tratamientos, sino incluso del propio cumplimiento terapéutico de los pacientes

Recomendaciones para los baños en bañera

Revisar la temperatura de la habitación

Llenar la bañera con agua templada

Colocar una toalla en el fondo de la bañera

Agregar al agua la medicación prescrita (alquitranes, avena, etc.) y agitar

Acompañar al paciente hasta la bañera

Ayudar al paciente si fuese necesario a desnudarse

Ayudar al paciente a entrar en la bañera

El paciente debe de permanecer 20 minutos en el agua

Controlar al paciente cada 5 minutos

Ayudar o secar al paciente

Aplicar las pomadas prescritas allá donde el paciente no pueda

Elaboración propia.

Recomendaciones para el cuidado del cuero cabelludo

Inspeccionar el cuero cabelludo antes de iniciar el tratamiento

Utilización de champú, toalla, peine y guantes

Mojar el pelo con agua templada

Aplicar el champú con las yemas de los dedos haciendo un ligero masaje sin friccionar los cabellos

Enjuagar los cabellos

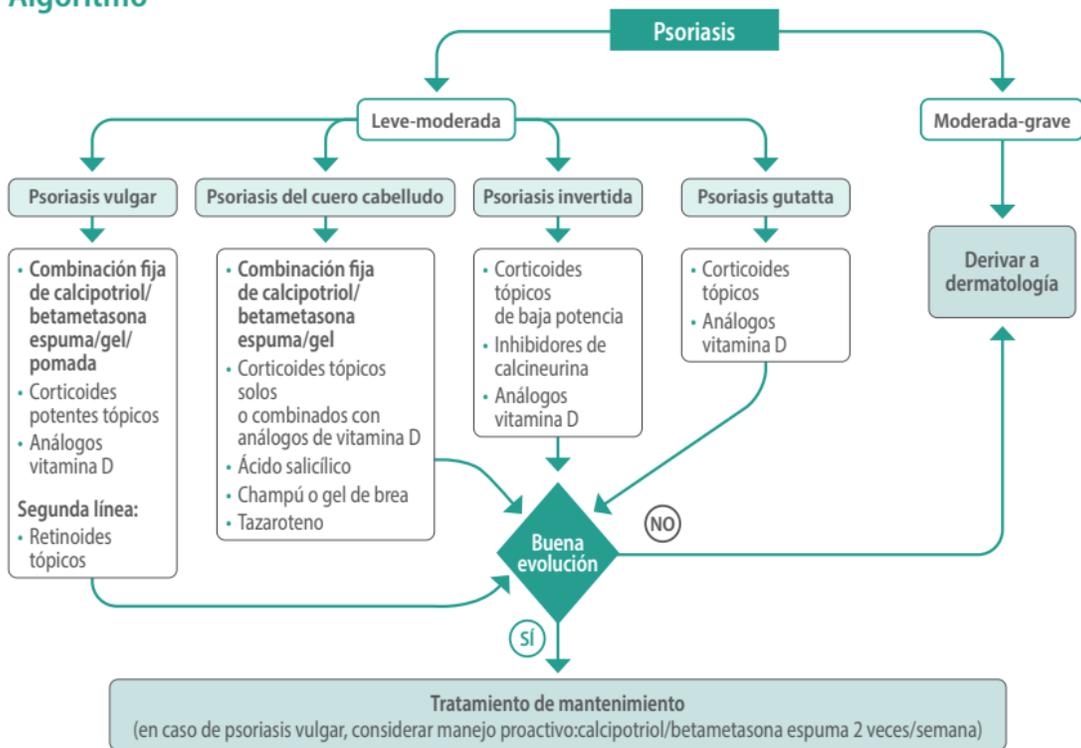
Secar masajeando con la toalla

Con el peine separamos los cabellos cada 2 cm y aplicamos la pomada prescrita

Por último, pasado el tiempo de acción lubricante de la medicación con la ayuda de un peine fino y con excepcional cuidado nos dedicamos a inspeccionar el cuero cabelludo y ayudar al desprendimiento de escamas

Elaboración propia.

Algoritmo



Elaboración propia.

Guía
rápida

Psoriasis

área
dermatología

emergen
DOC

documentos
clínicos
emergen

Coordinación técnica y editorial

saned.
GRUPO

Poeta Joan Maragall, 60, 1.º • 28020 Madrid
Tel.: 91 749 95 00

Frederic Mompou, A4, 2.º 2.ª • 08960 Sant Just Desvern (Barcelona)
Tel.: 93 320 93 30

 **emergen**
DOC
documentos
clínicos

Con el patrocinio de:

