

Qué hacer y qué no hacer en psoriasis

medifichas

Qué hacer

1 Determinar la gravedad de la psoriasis en todas las visitas, para decidir si se precisa tratamiento tópico o sistémico, si el tratamiento es eficaz y si es necesario derivar al especialista¹.

Para ello, hay que evaluar 3 factores¹⁻³:

Extensión de las lesiones BSA*	Cuál es la repercusión psicosocial	Si afecta a zonas de gran impacto o difícil tratamiento
	+ • Preguntar cómo repercute la psoriasis en su cotidianidad (vida social, familiar, laboral), si afecta a su ánimo y si cree que necesita ayuda profesional. • Si es posible, aplicar el DLQI.	+ ¿Afecta a uñas, genitales, palmas, plantas o zonas expuestas, como la cara?

*Para calcularlo, tener en cuenta que la palma de la mano equivale al 1 % de la superficie corporal. BSA: área de superficie corporal; DLQI: índice de calidad de vida en dermatología.

2 Clasificar la psoriasis como moderada-grave si tiene cualquiera de los siguientes⁴:

- PASI >10 o BSA >10 o DLQI >10.
- Psoriasis que requiere tratamiento sistémico en algún momento.
- Psoriasis eritrodérmica, psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis pustulosa localizada que se asocia a limitaciones funcionales o psicológicas.
- Psoriasis que afecta a áreas expuestas (por ejemplo, la cara), palmas, plantas, genitales, cuero cabelludo, uñas y placas recalcitrantes, cuando existe repercusión funcional o psicológica en el paciente.
- Psoriasis asociada a artritis psoriásica.

3 Derivar al paciente a dermatología si hay²:

- dudas diagnósticas;
- psoriasis localizada resistente al tratamiento tópico, o
- psoriasis moderada-grave.

4 Si no existen criterios de derivación, tratar al paciente en atención primaria con tratamiento tópico:

- **Tronco y miembros:** corticoide de potencia alta + análogo de la vitamina D (combinación fija de betametasona + calcipotriol)^{1,5,6} hasta 4 semanas (no más de 8 semanas)¹.
- **Cuero cabelludo:** corticoide de potencia alta + análogo de la vitamina D (combinación fija de betametasona + calcipotriol) o corticoide de potencia alta^{1,7-9} hasta 4 semanas (no más de 8 semanas)¹.
- **Cara, pliegues y genitales:** corticoide de potencia baja o media 1-2 veces al día, 2 semanas como máximo¹.

5 Recomendar emolientes o hidratantes como coadyuvantes para disminuir la sequedad y aliviar el prurito. Aplicar después del baño, con la piel algo húmeda. Evitar los pliegues^{5,7,10}.

6 Citar al paciente 4 semanas después de empezar el tratamiento para evaluar la respuesta y reforzar la adherencia¹.

7 Pautar tratamiento de mantenimiento a los pacientes con recidivas frecuentes⁷:

- **Elección^a:** combinación fija de un corticoide + análogo de la vitamina D, 1-2 veces a la semana^{11,12}.
- **Alternativas:** corticoide o análogo de la vitamina D, 2-3 veces a la semana (por ejemplo, los fines de semana)^{5,7}.

^a Opción preferida por expertos y consensos.

Qué no hacer

1 No se debe continuar solo con tratamiento tópico si el paciente no mejora o tiene criterios de psoriasis moderada-grave⁴.

2 No se deben escoger vehículos poco adecuados para la zona a tratar¹. La formulación recomendada según la localización es:

	Pomada	Ungüento	Crema	Gel	Emulsión	Solución	Champú	Espuma
Palmas y plantas	X	X						
Piel en general	X		X	X				
Cuero cabelludo, zonas pilosas			X ^a	X	X ^a	X	X	X
Cara, pliegues y genitales			X		X			

Fuente: elaboración propia a partir de Ballester y otros⁵.
^a Necesarias para psoriasis de cuero cabelludo gruesas e infiltradas.

3 No se deben utilizar corticoides de potencia muy alta >4 semanas seguidas, ni de potencia alta >8 semanas seguidas¹³.

descárgate más medifichas en www.almirallmed.es

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psoriasis: assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. 2012 [citado 21 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg153>
2. Ballester Torrens MM, Senán Sanz R, Ferran Farres M, Barcala del Cano F. Terapia tópica de la psoriasis en Atención Primaria [Internet]. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2011 [citado 28 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.semefyc.es/wp-content/uploads/2017/02/Cuaderno_Asistente_Psoriasis.pdf
3. Lim WL, How CH, Tan KW. Management of psoriasis in primary care. Singapore Med J [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 28 de octubre de 2022];62(3):109. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8027149/>
4. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 1. «Concepto y manejo general de la psoriasis en terapia biológica». Actas Dermatofiliogr. 1 de marzo de 2022;113(3):261-77.
5. Ballester MM, Ribera M, Grupo de Dermatología de CAMFiC, Grupo de Cirugía Menor y Dermatología de la semFYC. Tratamiento tópico de la psoriasis en Atención Primaria [Internet]. Fundación de Atención Primaria. 2015 [citado 31 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.semefyc.es/wp-content/uploads/2016/05/Psoriasis_2015.pdf
6. González Arriba CF, Londoño García ÁM, Cortés Correa CI. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia. Rev la Asoc Colomb Dermatología y Cirugía Dermatológica [Internet]. 6 de octubre de 2020 [citado 21 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1507>
7. Feldman SR. Treatment of psoriasis in adults [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults>
8. Mosca M, Hong J, Hader E, Brownstone N, Bhutani T, Liao W. Scalp Psoriasis: A Literature Review of Effective Therapies and Updated Recommendations for Practical Management. Dermatol Ther (Heidelb) [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 8 de noviembre de 2022];11(3):769. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8163911/>
9. Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, Jacobs A, Schmitt J, Schlager C, et al. Topical treatments for scalp psoriasis. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 26 de febrero de 2016 [citado 8 de noviembre de 2022];2(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009687.pub2>
10. Palomar Llatas F. Psoriasis y sus cuidados. Enfermería dermatológica. 2009;6:16-23.
11. Carrascosa JM, Theng C, Thaçi D. Spotlight on Topical Long-Term Management of Plaque Psoriasis. Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet]. 2020;13:495-8. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/CCID.S254114>
12. Segaeert S, Calzavara-Pinton P, de la Cueva P, Jalili A, Lons Danic D, Pink AE, et al. Long-term topical management of psoriasis: the road ahead. J Dermatolog Treat [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2022];33(1):111-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1729335>
13. Kleyn EC, Morsman E, Griffin L, Wu JJ, Cm van de Kerkhof P, Gulliver W, et al. Review of international psoriasis guidelines for the treatment of psoriasis: recommendations for topical corticosteroid treatments. J Dermatolog Treat [Internet]. 19 de mayo de 2019 [citado 2 de noviembre de 2022];30(4):311-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1620502>