

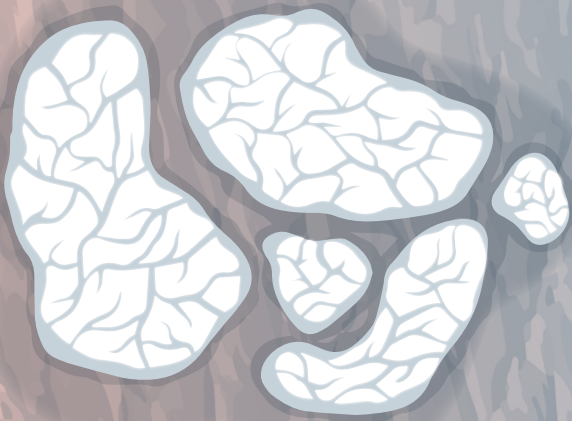
# AP TRENDS IN AP



# PSORIASIS

GRUPO DE TRABAJO  
DERMATOLOGÍA

Coordinador  
Dr. Julio Antonio Heras Hitos



PODCAST

TRENDS IN  
AP

PSORIASIS

# ÍNDICE

GRUPO DE TRABAJO DERMATOLOGÍA · SEMERGEN

## COORDINADOR

**Dr. Julio Antonio Heras Hitos**

*Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN*

## AUTORAS

**Dra. Norma Doria Carlín**

*Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dermatología e IMVAP de SEMERGEN. Docente Universitario Estudiantes de Medicina de la UCM*

**Dra. Sheila M.ª Jiménez Jiménez**

*Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN*

© Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)  
Jorge Juan 66-local. 28009-Madrid  
www.semergen.es

Diseño, realización y coordinación  
editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D  
28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70 · Fax: 91 353 33 73  
www.imc-sa.es · imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-19460-83-7  
Depósito Legal: M-6779-2026

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

---

Esto es una recopilación parcial y no exhaustiva de artículos publicados. Los datos que aparecen pueden no estar aprobados en el registro de los productos. Por favor, consulte la ficha técnica.

# PRESENTACIÓN

La psoriasis es una **patología crónica**, con gran afectación en varias esferas de la vida, con comorbilidades que afectan a la calidad de vida de nuestros pacientes. No tiene predominio etario ni de sexo, teniendo una prevalencia a nivel mundial, según el estudio publicado en 2016 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que oscila del 0,09 al 11,4 %, siendo la prevalencia de los países más desarrollados de entre un 1,5 y un 5 %<sup>1</sup>.

En ese estudio dan una **prevalencia para nuestro país** de entre un 1,9-2,7 %, coincidente este último dato con una publicación del Ministerio de Sanidad del 2019<sup>2</sup>.

La importancia de la enfermedad se basa tanto en las **comorbilidades** como en las **zonas especiales** donde puede aparecer y que son de difícil tratamiento, con problemas en la adherencia de los pacientes por su cronicidad.

En este documento aportamos bibliografía para que podamos, en nuestras consultas de Atención Primaria, **enfrentarnos a nuestros pacientes con enfermedad psoriásica y con las comorbilidades** que están descritas.

También trataremos sobre el manejo y sobre cómo deberíamos implementar la adherencia a los tratamientos, así como **empoderar al paciente** para el autocuidado.

Y acabaremos con una localización especial, el **cuero cabelludo**, con mucho prurito y hasta ahora difícil manejo.

# IMPORTANCIA DE LA PSORIASIS. COMORBILIDADES

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel con clara repercusión **sistémica**: presenta asociación estable y clínicamente relevante con comorbilidades **cardiometabólicas** (síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular), **artritis psoriásica (PsA)**, **enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD)**, **enfermedad renal crónica (ERC)** y **trastornos de salud mental** (ansiedad/depresión).

Además, hay evidencia emergente sobre la interacción entre las comorbilidades y la eficacia de tratamientos biológicos.

## CARDIOMETABÓLICAS (ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, SÍNDROME METABÓLICO)

La relación parece mediada por la inflamación sistémica (citoquinas tipo TNF- $\alpha$ , IL-17, IL-23), la disfunción endotelial y factores tradicionales (obesidad, tabaquismo). Hay **evidencia observacional** de mayor incidencia de infarto, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria en pacientes con psoriasis, especialmente en formas moderadas-graves.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

La PsA puede preceder o seguir a la afectación cutánea. Su reconocimiento precoz es crítico, porque incrementa discapacidad y riesgo cardiovascular<sup>3</sup>.

## HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

La **NAFLD está sobrerrepresentada** en la psoriasis en varios metaanálisis independientemente de la obesidad; comparten vías inflamatorias y metabólicas. Esto implica monitorización hepática en pacientes con factores de riesgo<sup>4</sup>.

## ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Estudios observacionales y revisiones muestran **asociación entre la psoriasis y un mayor riesgo de ERC** y, en algunos casos, progresión hacia enfermedad renal en etapa final (ESRD); la relación es parcialmente independiente de factores tradicionales<sup>5</sup>.

## SALUD MENTAL (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD)

Presenta una **alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad**; la inflamación neuro inmune y el impacto psicosocial de la enfermedad cutánea contribuyen a ello. La comorbilidad psiquiátrica se asocia a peor adherencia y peores resultados globales<sup>6</sup>.

## OTRAS (CÁNCER, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ETC.)

Existe una **asociación heterogénea con la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn) y señales** variables sobre riesgo aumentado de algunos cánceres; la evidencia es menos uniforme y depende del subtipo, de la severidad y del tratamientos recibido<sup>4</sup>.

# MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

La psoriasis es una enfermedad dermatológica, inmunomediada, que destaca por su **elevada prevalencia** (en torno al 2,69 % en España) y por su **impacto en la calidad de vida** de quienes la padecen.

Se trata de una patología inflamatoria crónica y recurrente que afecta a la piel, al cuero cabelludo, a las uñas, a los pliegues y a las articulaciones, y que suele estar asociada a comorbilidades cardiovasculares y psicológicas. No es contagiosa y está asociada a **antecedentes familiares y factores desencadenantes**.

Se manifiesta típicamente como **placas de color rojo salmón** bien delimitadas, con escamas plateadas. En pieles de color, las placas pueden ser violáceas o hiperpigmentadas, y las escamas más grisáceas.

El objetivo del tratamiento es minimizar las manifestaciones cutáneas y las comorbilidades, y mejorar la calidad de vida.

Entre los **desencadenantes y factores agravantes** encontramos:

- Estrés.
- Tabaquismo.
- Alcohol.
- Obesidad.
- Traumatismos/lesiones/cirugías cutáneas (fenómeno de Köbner).
- Infecciones: estreptococos, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Medicamentos: litio, betabloqueantes, terbinafina y antipalúdicos (hidroxicloroquina).

## EVALUACIÓN

- Examinar la piel, las manos y los pies, y revisar el cuero cabelludo y las uñas.
- El cuestionario *Body Surface Area* (BSA) valora superficie corporal (<https://www.calculator.net/body-surface-area-calculator.html>).
- Preguntar específicamente sobre la zona genital (los pacientes suelen minimizar la afectación).
- Evaluar la afectación articular: utilice la herramienta *Psoriasis Epidemiology Screening Tool* (PEST).
- Evaluar los riesgos cardiometabólicos: utilizar el QRisk 3® o equivalente.
- Preguntar sobre el tabaquismo y el consumo de alcohol.
- Explorar el bienestar psicológico (“¿Cómo se encuentra?”) y utilizar el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) para obtener una puntuación basal (<https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index>).

## MANEJO

- Explorar las expectativas y analizar las opciones de tratamiento no farmacológico, farmacológico (tópico, sistémico) y recordar que **al elegir el tratamiento debemos considerar:** la gravedad y extensión, el tipo de psoriasis, la historia clínica del paciente (tratamientos previos, brotes) y la presencia de comorbilidades, buscando siempre la opción más eficaz con menos efectos secundarios y la mejor calidad de vida del paciente. **Mejorar la adherencia** es otro objetivo primordial, y para ello es importante utilizar tratamientos que puedan ser usados en todas las localizaciones corporales y que presenten características organolépticas agradables, con el objetivo de **distorsionar lo menos posible la rutina diaria del paciente.**

- Destacar los beneficios de las modificaciones en el estilo de vida y brindar apoyo.
- Programar el seguimiento y considerar el papel del equipo de Atención Primaria en la revisión de la psoriasis y el manejo de las comorbilidades.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Derivación inmediata (ingreso hospitalario):

- Eritrodermia (afectación de más del 90 % de la piel).
- Psoriasis grave con empeoramiento y malestar generalizado.
- Psoriasis pustulosa generalizada.

Derivación rutinaria/urgente:

- Mala respuesta al tratamiento.
- Psoriasis grave o psoriasis generalizada (más del 10 % de la superficie corporal).
- Malestar psicológico o si el DLQI permanece superior a 10 a pesar del tratamiento.
- Derivar a Reumatología si se sospecha PsA (PEST > 3).

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

### Características clínicas en tronco y extremidades

**Placas escamosas, simétricas, bien definidas, de pequeño y gran tamaño,** predominantemente en las superficies extensoras, aunque pueden ser generalizadas.

**Tratamiento:** para la piel del tronco y extremidades, las cremas son más aceptables cosméticamente que los ungüentos<sup>7,8</sup>. Se recomienda como

primera línea una combinación de calcipotriol y betametasona, una vez al día, hasta que las placas se aplanen. Este protocolo de tratamiento difiere de las directrices del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), pero está más centrado en el paciente y es clínicamente eficaz con una dosis diaria. **Si la respuesta es subóptima a las 8 semanas:**

- Revisar la adherencia al tratamiento.
- Las escamas muy gruesas pueden dificultar la aplicación de terapias tópicas; considere usar una preparación de ácido salicílico para descamarlas u ocluir las placas gruesas con un emoliente graso durante la noche.
- Durante las remisiones, la mejoría debe mantenerse con emolientes y un tratamiento tópico activo menos frecuente (aplicación dos veces por semana).

### Características clínicas de psoriasis del cuero cabelludo

- Mucho más común de lo que se cree y más fácil de sentir que de ver.
- Puede presentarse en parches.
- Puede causar vergüenza social.
- Generalmente se extiende un poco más allá de la línea del cabello, siendo más visible en la nuca.

**Tratamiento:** puede ser complicado y difícil, por lo que es importante gestionar las expectativas del paciente y brindar explicaciones claras. En la psoriasis de **cuero cabelludo** son más admitidas las formulaciones vehiculizadas en soluciones, champús, espumas hidroalcohólicas, geles hidroalcohólicos o cremas acuosas.

- El **tratamiento tópico** con corticoides o calcipotriol/betametasona es la primera línea de tratamiento en casos leves a moderados.
- Solo en caso de ser necesario, **descamar previamente** con pomadas con ácido salicílico, aplicar en el cuero cabelludo, dejar actuar durante la noche y luego lavar con champú anticaspa, hasta que la descamación se reduzca considerablemente.

- Revisar a las 4 semanas y, una vez controlada, considerar la **aplicación de calcipotriol/betametasona**, dos veces por semana, como mantenimiento.

## Características clínicas en pliegues y genitales

**Parches eritematosos**, de color rojo brillante y sin descamación. Suele confundirse con candidiasis.

**Tratamiento:** corticosteroides tópicos suaves o moderados, una vez al día. Una vez controlada la afección, utilice el corticoide dos veces por semana para mantenerla bajo control. Para los pliegues cutáneos, se pueden usar inhibidores tópicos de la calcineurina en lugar de esteroides tópicos o análogos de la vitamina D, pero se recomienda evitar su uso en pacientes varones no circuncidados, a menos que lo indique un especialista.

## Características clínicas de la cara

Una localización **poco común y molesta**, a veces con placas, pero con mayor frecuencia similar a la que se observa en la dermatitis seborreica.

**Tratamiento:** ungüento de clobetasona. Inicialmente durante 1 semana y luego continuar con tacrolimus al 0,1 % (o pimecrolimus, si se prefiere crema): una o dos veces al día y reducir a dos veces por semana una vez controlada la afección.

## Características clínicas: psoriasis guttata

- Aparición rápida de **pequeñas placas en forma de gotas de lluvia**, principalmente en el torso y las extremidades, generalmente después de una infección estreptocócica.
- Puede no presentar descamación inicialmente.
- Un diagnóstico diferencial importante es la sífilis secundaria.

**Tratamiento:**

- Esteroides tópicos o una combinación de calcipotriol/betametasona para las zonas pruriginosas.

- En casos de psoriasis guttata recurrente con infecciones estreptocólicas comprobadas, considerar el uso temprano de antibióticos y/o la derivación para amigdalectomía.

### Características clínicas: psoriasis pustulosa palmoplantar

Muy resistente y difícil de tratar. Las pústulas cremosas estériles maduran a máculas marrones.

#### Tratamiento:

- Es más probable en fumadores: se recomienda encarecidamente dejar de fumar.
- Pomada clobetasol por la noche bajo oclusión con polietileno.
- Usar una **crema hidratante de elección durante el día**. Es importante la derivación temprana para terapia con psoraleno más rayos UVA (PUVA)/acitretina en manos y pies.

### Características clínicas: psoriasis ungueal

Pitting, hiperqueratosis y onicólisis. Nota: buscar artritis e infección fúngica coexistente. La terbinafina oral puede agravar la psoriasis.

#### Tratamiento:

- Consejos prácticos: **proteger las uñas contra lesiones** mediante el uso de guantes, mantener las uñas cortas, use limas de uñas. Esmalte y gel de uñas seguros de usar.
- Aplique **tratamiento combinado de calcipotriol y betametasona** en la palma de la mano y frote las yemas de los dedos para penetrar debajo de las uñas oncolíticas y alrededor de los pliegues ungueales durante 2-3 minutos. Repita el procedimiento en la otra mano; también puede realizarse en las uñas de los pies (excepto en casos de hongos en las uñas). Realice el tratamiento **diariamente durante al menos 3 meses** antes de evaluar la respuesta. Continúe si mejora.

**Tabla 1. Tratamiento tóxico en función de la localización**

Localización	Tratamiento inicial	Dosis	Duración	Si no hay respuesta	Dosis	Duración
<b>Tronco y extremidades</b>	Corticoide de potencia alta + análogo de vitamina D (dosis fija)	1 vez al día	4-8 semanas	Análogo de vitamina D	2 veces al día	8-12 Semanas
				Corticoide de potencia muy alta	2 veces al día	4 semanas
<b>Cuero cabelludo</b>	Corticoide de potencia alta + análogo de vitamina D (dosis fija)	1 vez al día	4 semanas	Corticoide de potencia muy alta	2 veces al día	4 semanas
<b>Cara, pliegues y genitales</b>	Corticoide de potencia baja	1 vez al día	2 semanas	Inhibidor de la calcineurina	2 veces al día	4 semanas

Modificada de la referencia 7.

## GUÍA DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS EN PSORIASIS

Heras Hitos JA (coord.). Guía de Recomendaciones Prácticas en Psoriasis. SEMERGEN; 2025.

La Guía de Recomendaciones Prácticas en Psoriasis de SEMERGEN proporciona un **enfoque práctico para el manejo integral de la psoriasis** en Atención Primaria. Explica la fisiopatología, las formas clínicas y las comorbilidades asociadas, destacando la importancia de su detección precoz. Recomienda intervenciones no farmacológicas, como emolientes, fotoprotección controlada y hábitos de vida saludables. El **tratamiento tópico se adapta a la localización**: combinaciones de corticoides y análogos de vitamina D para placas; corticoides suaves e inhibidores de calcineurina para cara y pliegues, y formulaciones acuosas específicas para el cuero cabelludo. La guía subraya la importancia de la adherencia y del uso de combinaciones fijas. Además, define **criterios claros de derivación a Dermatología**, incluyendo enfermedad moderada-severa, fallos terapéuticos y sospecha de artritis psoriásica, permitiendo una atención coordinada y efectiva.

## ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE PSORIASIS DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGÍA (GPS) PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CON TERAPIA BIOLÓGICA

Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado Boquete L, Del Alcázar E, Lencina JJA, 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 2 “Manejo de poblaciones especiales, pacientes con comorbilidad y gestión del riesgo”. Actas Dermosifilogr. 2022;113(6):T583-T609.

En su actualización práctica, el Grupo de Psoriasis de la AEDV ofrece **recomendaciones específicas para poblaciones especiales bajo tratamiento biológico**: personas mayores de 65 años, pacientes pediátricos y mujeres con deseo gestacional, embarazadas o en lactancia.

En **ancianos** se subraya la necesidad de evaluar más cuidadosamente la seguridad, aunque no hay contraindicaciones absolutas, ajustando el seguimiento según comorbilidades.

Destaca la necesidad de individualizar la elección terapéutica según la edad, la fertilidad y el embarazo, evaluando riesgos potenciales y balanceando eficacia y seguridad. Se recomienda un seguimiento estrecho, considerar la exposición fetal en gestación y ajustar la terapia según el contexto clínico.

En **niños**, hay datos emergentes, especialmente de secukinumab en ensayos desde los 6 años, y se prevé el uso en futuro de otros biológicos, pero se insiste en individualizar y monitorizar. Respecto a **embarazo y lactancia**, el GPS recomienda debatir el balance beneficio/riesgo con la paciente: certolizumab pegol puede mantenerse durante todo el embarazo, otros fármacos quizá solo hasta el segundo trimestre o de forma individualizada según datos limitados, dadas las diferencias en el paso

placentario de los anticuerpos. Se aconseja **planificar el embarazo cuando la psoriasis esté controlada** y, si es posible, en remisión o con la dosis mínima eficaz. Además, en mujeres con deseo gestacional, ajustar el tratamiento biológico en función del riesgo reproductivo.

## Impacto en la calidad de vida del paciente

La enfermedad psoriásica puede provocar una **gran estigmatización social**, sobre todo si hay lesiones en las zonas visibles o si la enfermedad es grave<sup>9</sup>.

Debemos preguntar a estos pacientes por la afectación de las relaciones sociales y/o laborales y **prevenir el aislamiento social**<sup>10</sup>.

La cronicidad y los fracasos terapéuticos provocan sentimientos de **desesperanza y frustración**, con afectación importante de la esfera psíquica y un aumento de comorbilidades, tales como ansiedad, depresión, insomnio, e incluso, riesgo aumentado de tendencias suicidas. Pero no solo en los pacientes adultos se conoce la afectación de la calidad de vida, en pacientes en edad pediátrica la enfermedad les provoca impacto en su vida escolar<sup>11</sup>.

## Adherencia/capacitación del paciente

Es de vital importancia transmitir a los pacientes la **relevancia de la adherencia** para lograr una buena eficacia. Es importante planificar el tratamiento y lograr una actitud comprometida con el paciente.

Se deben tener en cuenta algunos **factores que influyen en la mejor elección terapéutica**, como:

- Edad del paciente, embarazo/lactancia, conocimiento de su enfermedad, comorbilidad.
- Gravedad, forma clínica y tratamientos previos (aceptación, eficacia).
- Aislamiento sociofamiliar.
- Eficacia farmacológica, potencia, rapidez de acción, seguridad, recidivas, concentración, formulaciones galénicas.

La **sinergia lograda con combinaciones fijas** es un avance para mejorar la adherencia. Un buen ejemplo es la combinación de calcipotriol y beta-metasona, que disminuye los efectos adversos de estas dos moléculas por separado. Simplificar el tratamiento, con una posología de una vez al día en vez de dos, también aumenta la adherencia de nuestros pacientes.

La elección del vehículo influye en la eficacia, ya que afecta a la administración del fármaco activo y sus características organolépticas contribuyen al cumplimiento del paciente.

La elección óptima del vehículo se debe **adecuar a la preferencia del paciente, al tipo y a la localización de las lesiones**. El excipiente, por definición, debe ser inerte, no originar sensibilizaciones y ser cosméticamente aceptable.

### REAL-WORLD USE, PERCEPTION, SATISFACTION, AND ADHERENCE OF CALCIPOTRIOL AND BETAMETHASONE DIPROPIONATE PAD-CREAM IN PATIENTS WITH PLAQUE PSORIASIS IN SPAIN AND GERMANY: RESULTS FROM A CROSS-SECTIONAL, ONLINE SURVEY

López Estebaranz JL, Kurzen H, Galván J. Real-world use, perception, satisfaction, and adherence of calcipotriol and betamethasone dipropionate PAD-cream in patients with plaque psoriasis in Spain and Germany: results from a cross-sectional, online survey. *J Dermatolog Treat.* 2024;35(1):2357618.

Estudio transversal online que evaluó el **uso, percepción, satisfacción y adherencia** al CAL/BDP PAD-crema en pacientes con psoriasis en placa de España y Alemania. Entre septiembre y noviembre de 2023 se reclutaron pacientes que habían usado la crema al menos 2 semanas a través de la red Wefight; los datos se analizaron de forma descriptiva.

La encuesta fue completada por 129 pacientes (edad media 43 años; 66 % mujeres; duración media de la psoriasis ≈ 12 años). La mayoría eran usuarios actuales del producto (≈ 78 %) o habían sido usuarios recientemente.

#### Resultados principales:

- Alta satisfacción: el 93 % de los encuestados declaró estar satisfecho con la CAL/BDP PAD-crema.

- Buena adherencia: el 66 % informó alta adherencia (VAS 80-100).
- Preferencia: el 91 % prefirió la PAD-crema frente a tratamientos tópicos previos.
- Los pacientes destacaron la facilidad y conveniencia de aplicación, la buena tolerabilidad y la ausencia de sensaciones desagradables (picor/ardor) como razones clave para la preferencia y adherencia.

**Conclusión práctica:** en este muestreo real-world, la formulación PAD de calcipotriol/betametasona mostró alta aceptabilidad y preferencia vinculada a mejores niveles de adherencia, un factor importante para el control eficaz de la psoriasis tópica en práctica clínica.

## RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES Y CLÍNICOS Y ADHERENCIA A LA CREMA DE CALCIPOTRIENO/ BETAMETASONA DIPROPIONATO DE PAD EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO EN ADULTOS: UN ANÁLISIS INTERMEDIO DEL ESTUDIO PRO-SCALP

Pinter A, Estebaranz JLL, Bewley A, Galván J, Narayanan S, Koscielny V, et al. Resultados reportados por pacientes y clínicos y adherencia a la crema de calcipotrieno/betametasona dipropionato de PAD en el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo en adultos: Un análisis intermedio del estudio PRO-SCALP. *JEADV*. 2025;4:791-802.

Este artículo analiza resultados del estudio PRO-SCALP, en el que se evalúa el uso de una crema con calcipotriol (*recordamos que este es el término utilizado en Europa y otras partes del mundo para la molécula que en Estados Unidos denominan calcipotrieno*) y dipropionato de betametasona (CAL/BDP) formulada con tecnología PAD para el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo en adultos.

**Objetivo:** evaluar tanto los resultados reportados por los pacientes (satisfacción, síntomas, calidad de vida) como los que reportan los médicos, y ver

cómo la adherencia al tratamiento influye en los resultados en un entorno de práctica clínica real en Europa.

**Diseño del estudio:** se trata de un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico. Se recogieron datos al inicio y a las 8 semanas. Los pacientes completaron cuestionarios como el Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento para la Versión 9 del Medicamento (TSQM-9), el cuestionario Scalpdex (cuestionario de calidad de vida específico para psoriasis del cuero cabelludo), la Escala de Valoración Numérica del Peor Picor (WI-NRS), patrones de sueño, preferencias personales y adherencia a la crema PAD-PAD de CAL/BDP utilizando una escala visual análoga (VAS). Los médicos evaluaron la severidad usando la *Physician Global Assessment* para el cuero cabelludo (scalp-PGA) y un scalp-Modified PASI (S-mPASI).

**Resultados principales:** se incluyeron 152 pacientes; 134 tenían datos evaluables al final de las 8 semanas. La edad media fue de 48,4 años y alrededor del 69 % eran mujeres.

En cuanto a **satisfacción** (TSQM-9), al final del estudio los pacientes puntuaron: efectividad  $\approx 76/100$ , facilidad de uso  $\approx 70$ , satisfacción global  $\approx 76$ .

En la **valoración clínica**, al cabo de 8 semanas el 79 % de los pacientes tenían un scalp-PGA de 0 ("claro") o 1 ("casi claro"). Además, el 71 % logró lo que el estudio define como "éxito" en scalp-PGA (es decir, un scalp-PGA de 0/1 más una mejora de al menos 2 puntos respecto al inicio).

Hubo una **mejora estadísticamente significativa** en los puntajes de S-mPASI, así como en los síntomas informados por los pacientes (a través del Scalpdex), en el picor (WI-NRS) y otros dominios, como emociones y funcionamiento. Estas mejoras se observaron tanto en pacientes con baja adherencia (VAS  $< 80$ ) como en los de alta adherencia (VAS de 80-100), pero los que tenían mayor adherencia mostraron mejoras más fuertes.

**Por parte de los médicos, también se reportó una alta satisfacción** con el tratamiento, los médicos dieron puntuaciones de satisfacción (efectividad, conveniencia, satisfacción global) bastante altas.

**Conclusiones:** el análisis interino sugiere que la crema CAL/BDP PAD para psoriasis del cuero cabelludo produce una alta satisfacción en los pacientes,

mejoras clínicas reales (reducción de lesiones, picor, impacto en la calidad de vida) y que la adherencia al tratamiento es clave: quienes siguen mejor el tratamiento obtienen mejores resultados. Además, los médicos también valoran muy positivamente este tratamiento en su práctica habitual.

**Recomendación práctica:** para optimizar la adherencia y los resultados terapéuticos es fundamental que los dermatólogos consideren prescribir un vehículo tópico que realmente guste al paciente (en este caso, la crema PAD) para que la aplicación sea cómoda y aceptable.

## A NEW PARADIGM IN THE MANAGEMENT OF SCALP PRURITUS: FINDINGS FROM THE SCALP-PR TRIAL

Guerra-Tapia A, González-Guerra E, Molinero Caturla J; Scalp-PR Group. A New Paradigm in the Management of Scalp Pruritus: Findings From the SCALP-PR Trial. *Actas Dermosifiliogr.* 2025;116(1):31-8.

Este artículo muestra que es **una de las demandas más consultadas** que se ven en las consultas de Dermatología. Hablan expresamente de esas consultas al ser estas las recogidas en el estudio SCALP-PR, en el cual, en el periodo comprendido entre los años 2021 y 2022, 75 dermatólogos registraron los datos de 359 pacientes, pero que, por nuestra experiencia clínica, podemos hacer extensivo a nuestras consultas en Atención Primaria, que es el **prurito del cuero cabelludo**.

Enumeran los **posibles diagnósticos diferenciales** que debemos tener en cuenta en los pacientes que consultan por este síntoma.

Destaca el artículo que el prurito es esa “necesidad incontrolable de rasarse el cuero cabelludo”, hecho que **acentúa la inflamación e irritación**, empeorando el ciclo de prurito y rascado, lo cual provoca una importante afectación de la calidad de vida del paciente, estando afectada de manera significativa la esfera psíquica.

En la descripción de los pacientes de dicho estudio muestran cómo en un 10,2 % de los pacientes la etiología del prurito es la psoriasis del cuero cabelludo.

Es importante conocer este artículo, ya que señala cómo empleando un tratamiento adecuado de este prurito (recordemos que uno de cada cinco pacientes con prurito del cuero cabelludo es por psoriasis del cuero cabelludo), logramos **mejorar la calidad de vida del paciente**, medido con el DLQI en todos los ítems que mide dicho índice.

### **CALCIPOTRIENE AND BETAMETHASONE DIPROPIONATE CREAM DEMONSTRATES HIGH TREATMENT SUCCESS IN PATIENTS WITH SCALP PSORIASIS**

Pinter A, Praestegaard M, Selmer J, Reich A. Calcipotriene and betamethasone dipropionate cream demonstrates high treatment success in patients with scalp psoriasis. *SKIN J Cutan Med.* 2022;6(2):s9.

Se trata de un estudio multicéntrico en el que se evalúa la mejora del PGA, que **mide la evaluación global por parte del médico**, realizado a 281 pacientes con psoriasis del cuero cabelludo leve-moderada, comparando la crema PAD CAL/BDP con otro vehículo.

A las 8 semanas de realizar el tratamiento, se observó un mayor éxito en el tratamiento, siendo este dato observado estadísticamente significativo en la rama del estudio en el que se aplicó la crema con tecnología PAD (50,8 %, 9,3 %;  $p = 0,0002$ ), observándose ya desde la cuarta semana esta mejoría en el PGA (29,2 %, 3,1 %;  $p = 0,0051$ ).

Igualmente, en ese estudio se observó una **mayor satisfacción por parte de los pacientes** en la rama en el que se aplicó la tecnología PAD, siendo esta satisfacción del 68,2 % frente a un 25 % de satisfacción observado en la otra rama del estudio.

La importancia de este estudio radica en que, como clínicos en contacto con los pacientes, **debemos conocer no solamente los diferentes tra-**

**tamientos que hay en el mercado, sino el que mayor satisfacción y mayores tasas de éxito** proporciona a nuestros pacientes, sobre todo en patologías crónicas dermatológicas, que es uno de los caballos de batalla del manejo de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global report on psoriasis. WHO. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/global-report-on-psoriasis>
2. Puig L, Ruiz de Morales JG, Dauden E, Andreu JL, Cervera R, Adán A, et al. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93:e1-e19. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C\\_201903013.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201903013.pdf)
3. Dai X, Qin X, LZ. Clinical characteristics and influencing factors of cardiovascular comorbidities in psoriasis. *Front Cardiovasc Med*. 2025;12:1586731
4. Torosian K, Lal E, Kavanaugh A, Loomba R, Ajmera V, Guma M. Shared pathogenesis between psoriatic disease and nonalcoholic fatty liver disease: a review. *Semin ArthritisRheum*. 2023;59:152165
5. Jing X, Zhuyuan W, Aijun C, Jianxia X, Kun H, Ping W. Association of psoriasis with chronic kidney disease and end-stage renal disease: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1175477.
6. Lada G. Immunological links in comorbid depression and psoriasis: a mini-narrative review and perspective. *Brain Behav Immun Health*. 2025;44:100949.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Psoriasis: assessment and management. Guidance. NICE. 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg153>
8. Fargnoli MC, De Simone C, Gisondi P, Pellacani G, Calzavara-Pinton P. Topical treatment for the management of mild to moderate psoriasis: a critical evaluation of the current literature. *J Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(11):2527-47.
9. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021;397(10281):1301-15.
10. Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułał E, Khvorik DF. Stigmatization and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *DermatolTher (Heidelb)*. 2020;10(2):285-96.
11. Heras Hitos JA, Doria Carlin NA. Psoriasis en poblaciones especiales. En: Palacios Martínez D (coord.). *Psoriasis*. Semergen Doc. Madrid: Editorial Saned; 2011.



ACCEDE AQUÍ  
AL PODCAST

Patrocinado por



**almirall**