



De la evidencia a la experiencia: concordancia en el manejo tópico de la psoriasis

Fermín Jurado-Santa Cruz^a, Francisco Páez-Agraz^{b,c}

From evidence to expertise: concordance in the topical management of psoriasis

Vulgar psoriasis is an inflammatory cutaneous-systemic disease, chronic and intermittent. Its etiology is not defined, and it has a higher risk of comorbidities which affect the patients' quality of life. The objectives of this trial were establishing the concordance between Guía de Práctica Clínica (GPC) of the plaque psoriasis pharmacological treatment and the clinical practice of a group of Mexican dermatologists, experts in the psoriasis topical treatment; as well as weighing up the interest and knowledge of quality of life and adherence to treatment. A Delphi questionnaire was applied to 30 experts to explore their therapeutic behavior and attitudes toward the assessment of quality of life and treatment adherence. A meeting was held with a subgroup of 10 dermatologists to analyze the results. A second questionnaire was responded to distinguish the decisions taken for topical treatment in institutional and private practice, as well as other items unexplored in the first questionnaire. After analyzing the questionnaires results, it was clear that the data published in the Guía de Práctica Clínica and the prescriptive attitude of the experts are consistent with respect to the topical treatment for plaque psoriasis. There is also agreement on the attitude about drug prescriptions between the physicians in the private and institutional medical care, although in the private practice it is more common to use vitamin D analogues and corticosteroids and the salicylic acid replaces corticosteroids in the institutions.

Keywords Palabras clave

Psoriasis	Psoriasis
Topical administration	Administración tópica
Quality of life	Calidad de vida

La psoriasis vulgar es una enfermedad inflamatoria cutáneo-sistémica, de evolución crónica e intermitente, sin etiología definida por completo, genéticamente determinada, fisiopatológicamente autoinmune, con características de enfermedad autoinflamatoria y con un mayor riesgo de comorbilidades que impacta la calidad de vida de los pacientes. Afecta a personas de cualquier edad, con predominio en adultos jóvenes. Puede asociarse con otros padecimientos inflamatorios como artritis psoriásica, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad cardiovascular. A nivel mundial, su prevalencia se calcula en 2%.¹ Se considera que en México hay aproximadamente 2.5 millones de personas afectadas, de las cuales 80 % padece formas leves y el resto de moderadas a severas.² La psoriasis vulgar es una de las 15 enfermedades crónicas de la piel más frecuentes en México.

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de placas eritematoescamosas, con predominio en salientes óseas. Existen diferentes variedades clínicas que han sido clasificadas con base en la topografía, morfología, edad de inicio, extensión (BSA, del inglés body surface area), severidad (o PASI por el Psoriasis Area Severity Index) y calidad de vida (DLQI, de Dermatology Life Quality Index).³

Esta dermatosis no cuenta con un tratamiento específico, suele requerirse individualización y modificación de acuerdo con las características y la evolución clínica de cada caso. Deben tomarse en cuenta algunos antecedentes para definir el abordaje inicial, como los tratamientos tópicos y sistémicos previos, los hallazgos en la exploración física y la presencia de comorbilidades; además, se deben determinar las posibles contraindicaciones de los diversos tratamientos disponibles. También se deben tomar en consideración los factores sociales, la calidad de vida, el nivel cultural y la adherencia al tratamiento, así como los factores económicos y la disponibilidad de las terapias.⁴ Los tratamientos aplicados a cada paciente pueden variar con el tiempo, modificar su eficacia, generar intolerancia o incluso riesgo de toxicidad, lo cual debe ser evaluado por el dermatólogo.⁴

^aCentro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", Secretaría de Salud del Distrito Federal

^bUnidad de Asesoría en Investigación, Servicios de Atención Psiquiátrica, Secretaría de Salud

^cInstituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud, Focus Salud México, S.C.

Distrito Federal, México

Comunicación con: Fermín Jurado-Santa Cruz

Teléfonos: 5538 4314, 5538 7033, 5532 5638

Correo electrónico: fer_jur_sc@hotmail.com

Recibido: 03/03/2015

Aceptado: 28/04/2015

La psoriasis vulgar es una enfermedad inflamatoria cutáneo-sistémica, de evolución crónica e intermitente, sin etiología definida y con mayor riesgo de comorbilidades que afectan la calidad de vida de los pacientes. Los objetivos del estudio fueron conocer la concordancia entre las guías de práctica clínica (GPC) del tratamiento farmacológico de la psoriasis en placas y la práctica clínica de un grupo de dermatólogos mexicanos expertos en el tratamiento tópico de la psoriasis, así como ponderar el interés y el conocimiento de la calidad de vida y el apego a tratamiento. Se aplicó un cuestionario Delphi a 30 expertos para explorar su conducta terapéutica tópica y las actitudes hacia la evaluación de la calidad de vida y el apego al tratamiento. Se realizó una reunión con un subgrupo

de 10 dermatólogos para analizar los resultados. En una reunión se contestó un segundo cuestionario y se resolvieron las discrepancias para la toma de decisiones en tratamiento tópico en los ámbitos privado e institucional, así como algunos otros temas no explorados en la primera etapa. Al analizar los resultados de las encuestas, se encontró que existe concordancia entre lo publicado en la GPC y la conducta prescriptiva de los expertos en lo referente al tratamiento tópico de la psoriasis en placas. En cuanto a la conducta de prescripción entre la práctica privada y la institucional se encontraron puntos de coincidencia, excepto que en la primera se prefiere utilizar análogos de vitamina D y corticosteroides, mientras que en la segunda, el ácido salicílico sustituye a los corticosteroides.

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron conocer la concordancia entre la guía de práctica clínica (GPC) “Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas”, publicada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC),⁵ y la práctica clínica de un grupo de dermatólogos mexicanos, expertos en psoriasis, en el tratamiento tópico de esta enfermedad. También se buscó hacer patente la importancia de considerar la calidad de vida y el apego a tratamiento en los pacientes con esta dermatosis. Las GPC,⁵ como explica el CENETEC (institución responsable de la publicación de esta guía), constituyen “un elemento de rectoría en la atención médica, cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica.”⁵

La GPC mencionada fue elaborada por los grupos de desarrollo de acuerdo con la metodología consensuada por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud de México: la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Petroleos Mexicanos (PEMEX).

Métodología

Se elaboró un resumen de las GPC mexicanas para el manejo tópico de la psoriasis en pacientes adultos.⁵ Más tarde, se aplicó un cuestionario Delphi a un grupo de 30 expertos para explorar su conducta terapéutica tópica. Luego, se aplicó un cuestionario Delphi modificado a un grupo de 30 expertos para explorar

su conducta y sus actitudes hacia la evaluación de la calidad de vida y el apego al paciente con psoriasis. Por último, se llevó a cabo una reunión con un subgrupo seleccionado de 10 dermatólogos para analizar los resultados. Se contó con el apoyo de un psiquiatra experto en calidad de vida. El subgrupo de análisis consideró necesario realizar un segundo sondeo Delphi para diferenciar la toma de decisiones en el tratamiento tópico en los ámbitos privado e institucional, así como para valorar algunos otros puntos no explorados en el primer sondeo.

Resumen de la guía de práctica clínica

Para el tratamiento tópico de la psoriasis se utiliza principalmente ácido salicílico, alquitrán de hulla, análogos de la vitamina D, corticosteroides, ditranol (antralina), inhibidores de calcineurina, el tazaroteno y la urea.

A continuación se enuncian de manera sintética las evidencias y recomendaciones de uso de cada una de estas alternativas terapéuticas de acuerdo con la GPC mencionada.⁵

Ácido salicílico

El ácido salicílico puede formularse en la mayoría de los vehículos. Se sugiere emplear concentraciones del 5 al 10 % en vaselina sólida en pacientes que tengan psoriasis de leve a moderada. Se deberán prescribir una o dos aplicaciones por día hasta la remisión de las lesiones del paciente. Esta terapia puede combinarse con alquitrán de hulla.

Recomendación: se aconseja su empleo con esteroides tópicos para mejorar la biodisponibilidad de estos últimos. Es adecuado utilizarlo en placas con escama gruesa.⁶ Debe evitarse su uso en la región anogenital, los pliegues, las mucosas, los ojos y las áreas de piel sana.

Alquitrán de hulla

Solo seis estudios de más de 19 documentados en las guías de la Sociedad Alemana de Dermatología cumplieron con los criterios de inclusión de las guías clínicas. Uno de ellos fue llevado a cabo con monoterapia, de tal forma que no existe suficiente evidencia para determinar la eficacia de la monoterapia con alquitrán de hulla. En terapia combinada con radiación UV, un PASI de 75 % se registró en 12 de 13 pacientes tras 26 (+ 5.9) sesiones en el estudio de Diette *et al.*⁷ Es importante considerar que la luz ultravioleta y el alquitrán son considerados carcinógenos.

Recomendación: no se sugiere su uso como monoterapia para el tratamiento de psoriasis vulgar. El uso de alquitrán de hulla en combinación con terapia UV puede ser considerado en algunos pacientes.⁸

Punto de buena práctica: para la psoriasis de leve a moderada se recomiendan concentraciones del 5 al 10 % en un vehículo como vaselina, por un periodo máximo de cuatro semanas y reducir los días de aplicación durante la fase de mantenimiento. Para piel cabelluda existen preparaciones en champú.⁸

Análogos de la vitamina D

La mayor parte de la información disponible se refiere a calcipotriol.

Punto de buena práctica: el calcipotriol se recomienda para la psoriasis de leve a moderada. Como dosis de inicio, hay que prescribir dos aplicaciones por día en áreas afectadas hasta un máximo de 30 % de la superficie corporal, sin exceder los 100 gramos por semana hasta por un año. En cuanto al calcitriol se deben recetar dos aplicaciones diarias en hasta un máximo de 35 % de la superficie corporal, hasta por periodos de seis meses, con periodos más prolongados; sin embargo, no se cuenta con experiencia de acuerdo con lo revisado en las publicaciones sobre esta dermatosis.

La eficacia y la tolerancia de los análogos de la vitamina D3 puede mejorar si se combinan en la terapia inicial con corticosteroides.⁸

La combinación con corticosteroides potentes ha mostrado ser superior a cada fármaco por separado. Un metaanálisis en el que se incluyeron 1500 pacientes con psoriasis vulgar demostró reducción del PASI de alrededor de 70 % a las cuatro semanas de tratamiento con calcipotriol al 0.05 % y dipropionato de betametasona al 0.5 % aplicados una vez al día. Por otro lado, la adición de calcipotriol a terapia con PUVA (*psoralen plus Ultraviolet light*) permite acelerar y mejorar la respuesta al tratamiento.

Recomendación: la combinación de análogos de la vitamina D3 y esteroides se sugiere como terapia de

inducción en las primeras cuatro semanas para pacientes con psoriasis leve moderada.⁹

Es importante recordar que el efecto del calcipotriol se inhibe cuando se combina con el ácido salicílico y láctico. Además, la luz ultravioleta inhibe los derivados de la vitamina D, por lo que deben aplicarse después de la irradiación y no antes.⁹

El calcipotriol es un fármaco seguro incluso en población pediátrica.

Corticosteroides

El empleo de esteroides tópicos clase III para psoriasis vulgar con intensidad de leve a moderada suele ser recomendado.⁸ De acuerdo con estudios controlados con adecuada evidencia, los corticosteroides de clase I permiten alcanzar una mejoría de 50 a 68 % tras un periodo de tratamiento de dos semanas. Por otro lado, de acuerdo con el análisis de los resultados de varios estudios doble ciego controlados con placebo, se encontró mejoría clínica buena o excelente en un porcentaje que oscila entre 41 y 72 % de los pacientes con psoriasis tratados con corticosteroides de clase II-VI en periodos de tres semanas. Para elegir la potencia del esteroide se deben tomar en cuenta factores como la extensión de la dermatosis, la topografía de la lesión y la edad del paciente.

Los esteroides de baja potencia se indican en sitios como la cara, las áreas intertriginosas y por periodos cortos; también se pueden aplicar en niños. Otras áreas topográficas en adultos pueden ser tratadas desde un inicio con agentes de mediana o alta potencia. En general, los pacientes con placas gruesas y crónicas pueden requerir tratamiento con esteroides de muy alta potencia, aunque por periodos no mayores de dos a cuatro semanas.⁹

La combinación con ácido salicílico al 5 % mejora el efecto terapéutico de los esteroides, ya que su efecto queratolítico disminuye la escama, lo que favorece la penetración de los esteroides.

Recomendación: se aconseja administrar terapia combinada con reductores o queratolíticos para mejorar la eficacia de los esteroides.⁸

También pueden combinarse corticosteroides tópicos con análogos de la vitamina D3. Se sugiere el uso de dipropionato de betametasona al 0.05 % y calcipotriol la 0.005 % por dos veces al día durante un mes y, posteriormente, administrar en pulsos (dos veces por semana, en días alternos o solo fines de semana) como fase de mantenimiento.⁹ La combinación con terapias sistémicas en casos de psoriasis moderada a severa es recomendable.

Es importante considerar los efectos secundarios cutáneos irreversibles de los corticosteroides, independientemente de los relacionados con la supresión de la función suprarrenal. Se debe recordar que puede presentarse taquifilaxia con su empleo a largo plazo, lo

cual condiciona que al suspenderlos de manera brusca pueda presentarse fenómeno de rebote.

En la mayoría de los estudios se recomienda aplicar el fármaco dos veces al día, ya que al incrementar la frecuencia de aplicación, aumenta la mejoría, pero también el riesgo de que surjan efectos secundarios.⁸

Ditranol (antralina)

El ditranol es una de las terapias más antiguas para la psoriasis que va de leve a moderada. Se considera una terapia muy segura, pues solo se han reportado trastornos de la pigmentación, ardor y eritema, pero no efectos adversos sistémicos.⁸

En algunos estudios se ha obtenido remisión total (reducción del 100 % del PASI) en 30 a 70 % de los pacientes, remisión parcial (reducción 75 % PASI) en un porcentaje que va del 26 al 100 % de los pacientes tras un periodo de cinco a ocho semanas de uso.

Recomendación: para potenciar la respuesta terapéutica se recomienda combinación con fototerapia u otras preparaciones tópicas, por ejemplo, calcipotriol.⁸ Se prefiere iniciar con preparaciones al 0.5 % para terapias a largo plazo o del 1 % para terapias de corta duración, para luego aumentar de acuerdo con la tolerancia del paciente. La mejoría esperada se consigue tras dos o tres semanas de uso.⁹

Es importante mencionar que este medicamento actualmente no está disponible en México.

Inhibidores de calcineurina

Estos inhibidores actúan mediante el bloqueo de la síntesis de diversas citosinas inflamatorias involucradas en la patogenia de la psoriasis. En un estudio aleatorizado, doble ciego, en pacientes con psoriasis facial e intertriginosa se logró una mejoría de 65 % con la administración de tacrolimus al 0.1 % aplicado dos veces al día durante ocho semanas. Los efectos secundarios más comunes fueron irritación y prurito, que disminuyeron con el tiempo de aplicación.

Una alternativa terapéutica es el pimecrolimus en crema al 1 %, dos veces al día, en región facial, intertriginosa y anogenital por ocho semanas o hasta la remisión de las lesiones. Se recomienda usar como alternativa en caso de psoriasis facial e invertida, refractarias al tratamiento de primera elección.⁹

Tazaroteno

Weinstein *et al.* compararon la monoterapia de tazaroteno en crema al 0.05 % y al 0.1 % con un placebo; 58.8 % de pacientes tratados con tazaroteno al 0.1 % y 47.6 % con esa misma sustancia pero al 0.05 % tuvieron una mejoría de más del 50 % tras

12 semanas de tratamiento.⁸ La misma respuesta se observó en 26.6 % del grupo de placebo.⁸

El uso de tazaroteno puede considerarse en el tratamiento de psoriasis vulgar de leve a moderada.⁸ Si se comienza con gel al 0.05 % por la tarde por una o dos semanas, la dosis de mantenimiento (de ser necesaria) se lleva a cabo con gel al 0.1 % otras dos semanas.^{8,9}

La combinación con esteroides tópicos potencia su efecto. Los mejores resultados se han obtenido combinándolo con dipropionato de betametasona y mometasona por periodos de hasta 12 semanas.^{8,9}

Recomendación: se sugiere combinar tazaroteno con esteroides tópicos y evitar contacto con la piel sana.⁸

Los efectos secundarios más frecuentes del tazaroteno son irritación y fotosensibilidad.

Urea

La urea en concentraciones altas (de más del 15 %) posee propiedades queratolíticas, mientras que a bajas concentraciones tiene propiedades hidratantes.

Punto de buena práctica clínica: en pacientes con psoriasis de leve a moderada se recomiendan concentraciones de 10 al 40 % como monoterapia o combinadas con otros tratamientos tópicos o en fase de mantenimiento.

Recomendación: se aconseja prescribir el empleo de la urea a concentraciones mayores de 15 % como monoterapia o combinada con otros principios activos, como el ácido salicílico para potenciar su efecto queratolítico.⁶

Su uso es limitado. Algunos pacientes refieren sensación de prurito y quemazón al aplicar tópicos preparados que estén combinados con urea.

En la figura 1 se muestra el algoritmo para el tratamiento tópico de la psoriasis en placas que se encuentra en la guía del CENETEC.

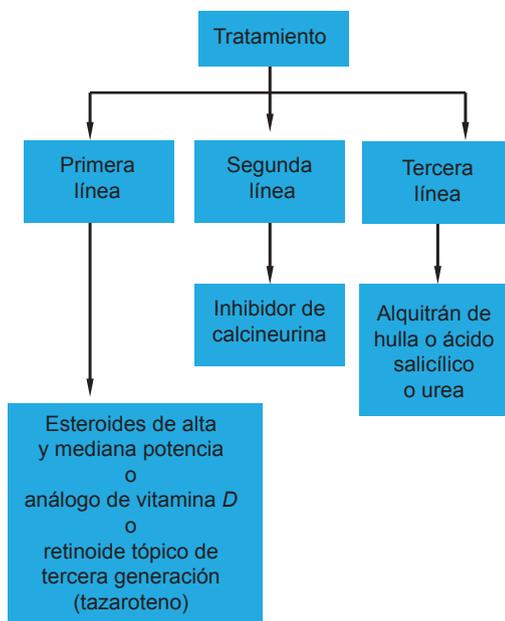
Resultados del sondeo Delphi

Se aplicó una primera encuesta a 30 especialistas en dermatología que atienden pacientes adultos con psoriasis en placas cuya intensidad iba de leve a severa. El cuestionario estuvo constituido por 14 preguntas y fue respondido por 27 expertos.

Tratamiento tópico de primera elección para adultos

Para la psoriasis leve, los expertos mostraron preferencia por los análogos de vitamina D (74.1 %), los

Figura 1 Algoritmo del tratamiento tópico de la psoriasis en placas en adultos



Adaptado de: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas. México: Secretaría de Salud; 2013.⁵

corticosteroides (70.4 %), el ácido salicílico (44.4 %), la urea (40.7 %) el alquitrán de hulla (18.5 %), inhibidores de calcineurina (14.8 %), tazaroteno (3.7 %) y ditranol (0 %).

En cuanto a la psoriasis moderada, se encontró preferencia por el uso de análogos de la vitamina D (85.2 %) y los corticosteroides (77.8 %). El ácido salicílico (48.1 %) y la urea (40.7 %) fueron los tratamientos que siguieron en la preferencia de prescripción de los encuestados. El alquitrán de hulla (22.2 %) y los inhibidores de calcineurina (18.5 %) fueron las

siguientes opciones utilizadas por los especialistas. Las elecciones finales fueron tazaroteno (14.8 %) y ditranol (antralina) (3.7 %).

En relación con la psoriasis severa, la primera elección correspondió a los análogos de la vitamina D (70.4 %) y corticosteroides (66.7 %), seguidos por el ácido salicílico (33.3 %), los inhibidores de la calcineurina (25.9 %), urea (22.2 %), alquitrán de hulla (22.2 %) y tazaroteno (14.8 %). El medicamento menos utilizado, al igual que en las indicaciones anteriores, fue el ditranol (3.7 %).

Los resultados detallados acerca del tópico de primera elección para adultos se pueden ver en el cuadro I.

Tratamiento tópico de segunda elección

Respecto del tratamiento tópico de segunda elección para psoriasis leve, las respuestas se distribuyeron de la siguiente manera: los más prescritos fueron los inhibidores de la calcineurina (51.9 %), seguidos del alquitrán de hulla (44.4 %) y el tazaroteno (40.7 %). Con menor frecuencia también mencionaron el uso de ácido salicílico (25.9 %), urea (18.5 %), análogos de la vitamina D (18.5 %), corticosteroides (14.8 %). La menor preferencia fue para el ditranol (antralina) (3.7 %).

En cuanto al tratamiento tópico de segunda elección para la psoriasis en placas moderada en adultos, los expertos refirieron usar con mayor frecuencia alquitrán de hulla (44.4 %), inhibidores de la calcineurina (40.7 %), ácido salicílico (40.7 %), así como tazaroteno (37.0 %). Con menor frecuencia, los entrevistados mencionaron la urea (25.9 %), corticosteroides (18.5 %), análogos de la vitamina D (14.8 %) y ditranol (antralina) (3.7 %).

Para el tratamiento tópico de segunda elección en casos de psoriasis severa, los expertos prescribieron inhibidores de calcineurina (37.0 %), alquitrán de hulla (37.0 %), tazaroteno (33.3 %), al igual que ácido salicílico (30.7 %). En menor proporción estuvieron la urea (22.2 %), los análogos de la vitamina D (22.2 %), los corticosteroides (18.5 %). El menos utilizado fue el ditranol (7.4 %).

Todos los resultados relacionados con el tópico de segunda elección se pueden observar en el cuadro II.

Tratamiento combinado

Las respuestas obtenidas al considerar la preferencia por el tratamiento combinado de la psoriasis en placas fueron de 70.4 % como tratamiento coadyuvante en pacientes con psoriasis severa, 63.0 % en casos de psoriasis moderada, 48.1 % en psoriasis severa y 48.1 % después de un primer intento con monoterapia. En menor proporción, los expertos indicaron la preferencia por un tratamiento combinado desde un inicio

Cuadro I Tratamiento tópico de primera elección para psoriasis en placas en pacientes adultos

Tratamiento	Leve %	Moderada %	Severa %
Análogos de vitamina D	74.1	85.2	70.4
Corticosteroides	70.4	77.8	66.7
Ácido salicílico	44.4	48.1	33.3
Urea	40.7	40.7	22.2
Alquitrán de hulla	18.5	22.2	22.2
Inhibidores de calcineurina	14.8	18.5	25.9
Tazaroteno	3.7	14.8	14.8
Ditranol (antralina)	0	3.7	3.7

en casos severos (33.3 %). Solamente en un mínimo de opiniones hubo acuerdo para usar tratamiento combinado en casos de psoriasis leve (14.8 %).

Respecto al tratamiento combinado más utilizado, los entrevistados reportaron los siguientes resultados:

- Esteroides + análogo de vitamina *D* en un solo producto (77.8 %).
- Combinaciones de ácido salicílico (44.4 %).
- Esteroides + análogo de vitamina *D* por separado (18.5 %).
- Otro tratamiento (no mencionado) (7.4 %).

En cuanto a las características que los expertos tomaron en cuenta al indicar el tratamiento tópico combinado de la psoriasis, los resultados fueron los siguientes: a) número de veces por día que se aplicó el tratamiento (81.5 %), b) severidad de la psoriasis (77.8 %), c) duración del tratamiento (66.7 %), d) si se trataba de un esquema intermitente o continuo (37.0 %) y e) otra característica (3.7 %).

En relación con las características del producto de aplicación tópica para la psoriasis, los encuestados señalaron que tomaron en cuenta: a) su eficacia (100 %), b) la seguridad (88.9 %), c) la facilidad de aplicación (81.5 %), d) la rapidez de acción (77.8 %), e) la comodidad de uso (70.4 %), f) el precio (70.4 %) y g) otras características (3.7 %).

Finalmente, se evaluaron los criterios de los expertos respecto a cuándo consideran a un paciente refractario al tratamiento tópico. Los resultados fueron los siguientes: a) si no había respuesta de mejoría al cabo de ocho semanas de tratamiento (74.1 %); b) cuando no había respuesta al tratamiento combinado (51.9 %), c) después de recibir un esquema terapéutico sin respuesta independientemente del tiempo o el esquema (14.8 %), d) casos que no respondían al tratamiento con corticosteroides (7.4 %) o alguna otra característica (7.4 %). Entre las características adicionales referidas por los expertos se encontraron las siguientes: a) cuando el paciente tuviera afectación en su calidad de vida, b) cuando no hubiese respuesta de mejoría después de ocho semanas de tratamiento y las comorbilidades estuvieran controladas, c) cuando el paciente no respondiera a los diferentes tratamientos establecidos de acuerdo con las guías de tratamiento.

Questionario de calidad de vida

El estudio se complementó con una encuesta sobre la calidad de vida y apego al tratamiento de acuerdo con el grupo de expertos que atendieron pacientes con psoriasis. Se recabaron las respuestas de 24 expertos.

Cuadro II Tratamiento tópico de segunda elección para psoriasis en placas en pacientes adultos

Tratamiento	Leve %	Moderada %	Severa %
Corticosteroides	14.8	18.5	18.5
Análogos de vitamina <i>D</i>	18.5	14.8	22.2
Ácido salicílico	25.9	40.7	33.3
Urea	18.5	25.9	22.2
Alquitrán de hulla	44.4	44.4	37.0
Inhibidores de calcineurina	51.9	40.7	37.0
Tazaroteno	40.7	37.0	33.3
Ditranol (antralina)	3.7	3.7	7.4

La calidad de vida de los pacientes con psoriasis fue considerada de regular (45.8 %) a mala (33.3 %), lo cual suma el 79.2 % de los casos según la opinión de los especialistas. Destaca que en 4.1 %, la calidad de vida se consideró muy mala.

En lo referente a la valoración del cumplimiento terapéutico del tratamiento tópico, los expertos consideraron que fue regular en 66.7 % de los casos y solo fue catalogada como buena en 33.3 %.

Respecto a los factores que influyeron en el cumplimiento terapéutico del tratamiento tópico en pacientes con psoriasis, los encuestados indicaron como principales variables el costo del tratamiento (33.3 %) y la aplicación más de una vez al día (25.0 %). En el cuadro III se enlistan los factores identificados por medio de la encuesta.

Respecto de los factores que afectaron la calidad de vida de los pacientes con psoriasis no complicada, el más importante fue la imagen corporal (87.5 %), así como la persistencia de los síntomas de la enfermedad (58.3 %), la depresión o ansiedad (58.3 %),¹¹ los efectos negativos en las relaciones interpersonales (58.3%),¹¹ la percepción de ser estigmatizado (50.0 %). En menor número fueron referidos efectos negativos en el desempeño laboral (41.7 %), el mito de que la psoriasis es una enfermedad contagiosa (4.2 %) y las repercusiones no especificadas en la sexualidad (4.2 %).

Los especialistas indicaron que evaluaban en forma rutinaria el apego al tratamiento tópico de los pacientes con psoriasis (83.3 %), pero un bajo porcentaje indicó lo contrario (16.7 %). Respecto a la consideración de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis en la práctica clínica, solo 70.8 % de los expertos indicó que la evaluaba en forma rutinaria, mientras que 29.2 % no lo tomaba en cuenta en forma habitual. Entre aquellos que indicaron que evaluaban la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, solo 25 % señaló que utilizaba algún instrumento para evaluar el apego al tratamiento tópico. El instrumento más conocido es el Cuestio-

Cuadro III Factores que afectan el cumplimiento del tratamiento con medicamentos tópicos en pacientes con psoriasis (especialistas)

Factor	%
Costo del tratamiento	33.3
Aplicación más de una vez al día	25.0
Efectividad	12.5
Facilidad de aplicación	12.5
Elevado consumo de medicamento para su aplicación	12.5
Otros factores	4.2

nario de satisfacción con el tratamiento con medicamentos (33.3 %). Hasta 20.8 % de los encuestados refirió que desconocía los instrumentos para evaluar este rubro y muy pocos indicaron otras herramientas especializadas (el DLQI, el Skindex 16, el Cuestionario SF-36 [con componente físico y mental], el Cuestionario de calidad de vida en psoriasis PQoL-12 o el PDI).¹² El instrumento utilizado con mayor frecuencia por los especialistas que sí utilizaban alguno fue el DLQI (70.8 %).

Segunda encuesta sobre la prescripción en los ámbitos institucional y privado

Se realizó una segunda encuesta a los expertos y se recibió la respuesta de 21 dermatólogos para indagar las diferencias que existen en el tratamiento de los casos de psoriasis atendidos en la práctica privada o institucional. Se encontraron características distintivas del tratamiento indicado en uno u otro ámbito, las cuales se describen a continuación.

De acuerdo con esta segunda encuesta, nueve de los 21 expertos mencionaron que usaban el tratamiento tópico únicamente en psoriasis leve; 11 de cada 21 utilizaban el tratamiento tópico en psoriasis de moderada a severa, y en menor proporción (seis expertos) lo empleaban como adyuvante del tratamiento sistémico.

En pacientes con psoriasis en placa, los expertos indicaron que utilizaban en la consulta clínica privada los análogos de vitamina D (79.2 %) y los corticosteroides (79.2 %); asimismo, en la consulta clínica insti-

tucional usaban más los corticosteroides (66.7 %) y el ácido salicílico (66.7 %).

Respecto al tratamiento utilizado de acuerdo con la gravedad de la psoriasis en placas, en las formas leve, moderada y severa, el tratamiento preferido en la práctica privada fueron los análogos de vitamina D y los corticosteroides, mientras que en la práctica institucional la preferencia fue distinta: en psoriasis leve, la primera opción fueron los corticosteroides, como segunda los análogos de vitamina D y el ácido salicílico en igual proporción; en la psoriasis moderada como primera elección prefirieron los corticosteroides y como segunda los inhibidores de calcineurina, y en la psoriasis severa como primera opción eligieron los corticosteroides y como segunda el alquitrán de hulla. (cuadro IV).

Los expertos prefieren utilizar un tratamiento combinado (sistémico + tópico) cuando el paciente cursa con psoriasis severa y moderada. Las principales características que el médico considera para indicar tratamiento sistémico + tópico son: la severidad de la psoriasis, la duración del tratamiento y el número de veces que se aplica este.

Los expertos prefieren utilizar un tratamiento combinado (tópico + tópico) cuando el paciente cursa con psoriasis leve o moderada. Asimismo, también hay una preferencia de este tratamiento como coadyuvante en psoriasis severa.

Hay varias características que el médico toma en cuenta para indicar el tratamiento tópico + tópico, como la severidad, la practicidad, la economía, la frecuencia de aplicación, etcétera.

De acuerdo con la experiencia de los especialistas, la loción es la presentación farmacéutica que produce mayor apego al tratamiento, seguida de la presentación en gel. Los criterios de selección para ambas presentaciones farmacéuticas son: la extensión (leve, moderada o severa), la facilidad de aplicación, la topografía y la capacidad de penetración.

Las razones por las cuales se distinguen estas diferencias de tratamiento en el ámbito institucional o privado derivan de los objetivos de este trabajo, ya que se requiere un estudio adicional, dedicado específicamente a estudiar los factores que influyen en la prescripción de los médicos. Sin embargo, son carac-

Cuadro IV Principales indicaciones de tratamiento (guía de práctica clínica, ámbito institucional, ámbito privado)

Psoriasis	Prescripción en la consulta privada	Prescripción en la consulta institucional
Leve	Primera: análogos de la vitamina D + corticosteroides	Primera: corticosteroides Segunda: análogos de la vitamina D y ácido salicílico
Moderada	Primera: análogos de la vitamina D + corticosteroides	Primera: corticosteroides Segunda: inhibidores de calcineurina
Severa	Primera: análogos de la vitamina D + corticosteroides	Primera: corticosteroides Segunda: alquitrán de hulla

terísticas importantes que deben ser tomadas en cuenta al momento de aplicar las GPC para psoriasis.

Conclusiones

Existe una evidente concordancia entre lo publicado en la guía de práctica clínica “Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas” y la conducta prescriptiva de los expertos en lo referente al tratamiento tópico de la psoriasis en placas. Igualmente, entre la práctica privada y la institucional se encuentran puntos de coincidencia, excepto que en la primera se prefiere utilizar análogos de vitamina D y corticosteroides, mientras que en la segunda el ácido salicílico sustituye a los corticosteroides.

Los expertos prefieren un tratamiento combinado (sistémico + tópico) cuando el paciente cursa con psoriasis moderada y severa. Asimismo, toman en cuenta la severidad de la psoriasis, la duración de tratamiento y el número de veces que se aplica como características principales para indicar tratamiento sistémico + tópico.

Los instrumentos de evaluación de la calidad de vida actuales poseen las características psicométricas de factibilidad, validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios. Los expertos los conocen suficientemente, aunque evalúan el apego de manera empírica.

Las GPC se sustentan en la mejor evidencia científica disponible, por lo que es necesario difundirlas entre los especialistas en dermatología y el personal del primer nivel de atención, con el objetivo de estandarizar las acciones para identificar en qué pacientes debe utilizarse la terapia tópica y sistémica, determinar la posología, los beneficios y los riesgos que pueden presentarse con cada una de las modalidades terapéuticas, incluido el tratamiento óptimo de la psoriasis en placas y el incremento de la adherencia terapéutica, lo cual repercutirá en una mejor calidad de vida.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

- Ni C, Chiu MW. Psoriasis and comorbidities: links and risks. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2014 Apr 17; 7:119-32.
- Amaya GM, Barba F, Blancas GF, Gómez FM, Gómez TA, González SR, et al. Consenso Mexicano para el Manejo de Terapia Biológica en Psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004;13(3):172-84.
- Gottlieb A, Korman N, Gordon KB, Feldman SR, Lebwohl M, Koo JYM, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriasis arthritis. Section 2. Psoriatic arthritis: Overview and guidelines of care for the treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:851-64.
- Richard MA. Psoriasis: Practical pre-therapeutic assessment. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138(12):813-20.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC]. Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas. México: Secretaría de Salud; 2013. Disponible en http://www.cenetecc.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-696-FARMACOLOGICO_PSORIASIS_EN_PLACAS/IMSS-696-13-GER-TX_FX_PSORIASIS_EN_PLACAS.pdf
- Juliá M, Moreno R. Tratamiento tópico de la psoriasis: actualización. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2005;33:147-57.
- Diette KM, Montaz K, Stern RS, Arndt KA, Parrish JA. Role of ultraviolet A in phototherapy for psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1984 Sep; 11(3):441-7.
- Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, Ockenfels HM, Philipp S, Reich K, et al. Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG); Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD). S3-Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012 Mar; 10 Suppl 2:S1-95.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriasis arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:643-59.
- Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin Diseases. *Can Fam Physician. Le Médecin de famille canadien*. 2002;48:712-6.
- Young WL, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KK. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol*. 2010;22(4):389:346.