



Metas mexicanas de tratamiento de psoriasis en placas

Lorena Estrada-Aguilar,^a Mario Amaya-Guerra,^b Minerva Gómez-Flores,^c Esther Guevara-Sanginés,^a Fermín Jurado-Santacruz,^d Adriana Lopezello-Santillán,^e César Maldonado-García,^d Mónica Rivera-Gómez,^f Norma Rodríguez-Martínez,^g Luis Vega-González^h

Mexican treatment goals for plaque psoriasis

Psoriasis is a chronic inflammatory disease with a worldwide prevalence between 6 and 39% in moderate to severe forms.

In European countries like Germany and England was identified that only one third of patients with moderate to severe forms will receive systemic management, this fact motivated to integrate into Europe an international consensus on treatment goals with the aim of providing support to the dermatologist by algorithms that serve as a therapeutic guide that allows you to gain control short and long term effects of this disease.

The European group met to develop the definitions of severity of psoriasis, treatment goals for moderate to severe disease, and optimization options and / or therapeutic transition than a paper published in 2011 was obtained.

In Mexico a working group of experts on biological therapy (GTEB), made up of 10 members and an extended group of 150 dermatologists' voters in the country for the purpose of issuing Mexico's position on the proposals of the European group was formed.

In this document the findings of the Working Group of Experts on Biological Therapy in Mexico are listed.

Keywords Palabras clave

Psoriasis	Psoriasis
Biologic therapy	Terapia biológica
Skin diseases	Enfermedades de la piel

La psoriasis afecta entre el 2 y el 3% de la población mundial y se manifiesta en la mayor parte de los casos como psoriasis en placas, también llamada psoriasis vulgar;¹⁻⁸ en México se calcula que existen aproximadamente 2 millones de pacientes con psoriasis, de los cuales se desconoce la cifra exacta de los casos con formas moderadas a severas. Asimismo, no se cuenta con estadística publicada de los pacientes que reciben tratamiento sistémico.

En el año 2009 un grupo integrado por representantes de 19 países realizó en Europa el Consenso internacional sobre metas de tratamiento para psoriasis en placas,⁹ que posteriormente fue publicado en 2011, con el objetivo de brindar al dermatólogo una guía clara de decisión terapéutica que le permita lograr el control a corto y largo plazo de la psoriasis de moderada a severa, así como una mejoría significativa en la calidad de vida, lo que representa una optimización en los estándares de calidad en la atención de estos pacientes.¹⁰

Debe tomarse en consideración que en México actualmente ya se cuenta con la Guía del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, publicada en el 2013, en la cual se hace una propuesta de algoritmo para el manejo de los pacientes adultos con psoriasis en placas; sin embargo, en dicha guía no se considera el Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI, por sus siglas en inglés) para determinar la vía a seguir a partir de la severidad del padecimiento.¹¹

En México se conformó un grupo de trabajo de expertos en terapia biológica (GTEB), formado por 10 integrantes y un grupo extendido de 150 dermatólogos del país, con la finalidad de emitir la posición de México sobre las propuestas del grupo europeo mediante el

^aServicio de Dermatología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México, México

^bDepartamento de Dermatología, Universidad de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México

^cJefatura de Enseñanza, Hospital Universitario, Monterrey, Nuevo León, México

^dServicio de Dermatología, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Ciudad de México, México

^eServicio de Dermatología, Centro Médico ISSEMYM, Toluca, Estado de México, México

^fServicio de Dermatología, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

^gServicio de Dermatología, Centro Médico de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

^hServicio de Dermatología, Hospital de Alta Especialidad Vasco de Quiroga, ISSSTE, Morelia, Michoacán, México

Comunicación con: Lorena Estrada Aguilar

Teléfono: (55) 4055 3115

Correo electrónico: lorenaestradaaguilar@prodigy.net.mx

Recibido: 25/10/2015

Aceptado: 10/12/2015

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria, con una prevalencia mundial entre 6 y 39% en las formas moderadas a severas.

En países europeos como Alemania e Inglaterra se identificó que solo la tercera parte de los pacientes que padecen formas moderadas a severas reciben manejo sistémico; este hecho motivó la integración en Europa de un consenso internacional sobre metas de tratamiento con el objetivo de brindar apoyo al dermatólogo con algoritmos que sirvan como guía terapéutica para lograr el control a corto y largo plazo de esta enfermedad.

El grupo europeo se reunió para elaborar las definiciones de severidad de la psoriasis, las metas de tra-

tamiento en la enfermedad moderada a severa, entre otros temas, de lo que se obtuvo un documento publicado en el 2011.

En México se conformó un grupo de trabajo de expertos en terapia biológica (GTEB), formado por 10 integrantes y un grupo extendido de 150 dermatólogos votantes del país, con la finalidad de emitir la posición de México sobre las propuestas del grupo europeo.

En el presente documento se enumeran las conclusiones del grupo de trabajo de expertos en terapia biológica en México.

Resumen

método Delphi.¹² Este incluyó en su primera etapa la elaboración de los principales tópicos en discusión a manera de preguntas, el envío y respuesta al cuestionario que se contempló al inicio, para posteriormente discutir y resolver las diferencias de opinión de manera presencial, emitiendo al final la postura del grupo.

Objetivo

Debido a lo anterior, un grupo de médicos dermatólogos mexicanos se reunió con la finalidad de analizar, emitir y difundir la posición de México sobre las metas de tratamiento propuestas por el grupo europeo en el 2011; esto para unificar criterios tomando en consideración las peculiaridades de nuestro país, lo cual constituye el objetivo principal de la presente publicación.

El objetivo secundario fue generar una herramienta que permitiera mejorar la atención del paciente, con un mayor énfasis en la calidad de vida, tomando en consideración el nivel de eficacia de los tratamientos disponibles.

Los puntos de análisis incluyeron:

- Definición de la severidad de la enfermedad, los periodos de tratamiento a considerar (la fase de inducción y de mantenimiento), así como las métricas esperadas (PASI,¹³ ASC y DLQI¹⁴) que puedan definir la falla, respuesta intermedia o éxito terapéutico del esquema instaurado, en ciertos periodos de tiempo específicos.

Metodología

La finalidad de este programa es llegar a un consenso en "Metas de tratamiento de psoriasis en placas". Para lo anterior, se recurrió al método Delphi que busca

lograr el consenso de un grupo de expertos con base en el análisis y la reflexión de un determinado problema, a través de la aplicación de cuestionarios sucesivos.

Las etapas básicas de la técnica son cuatro: en la etapa 1 se plantea una pregunta amplia a los expertos, el grupo coordinador recibe e integra las respuestas y genera el cuestionario 2; en la etapa 2 los expertos responden al cuestionario dos, el grupo coordinador recibe e integra las respuestas y genera el cuestionario tres; en la etapa 3 los expertos responden al cuestionario tres y el grupo coordinador las recibe; finalmente en la etapa 4 el grupo coordinador integra y analiza la información, generando resultados cuantitativos, y se emite el informe final.

El grupo coordinador de este consenso en Metas de Tratamiento de Psoriasis está conformado por los doctores Mrowietz, Reich y Nast de Alemania, y el Dr. Kragballe de Dinamarca. El grupo de expertos internacionales está constituido por 20 médicos dermatólogos expertos en psoriasis de diferentes países europeos y que, dentro de su última reunión realizada en junio de 2012, representantes de diversos países de Latinoamérica fueron partícipes de las decisiones del grupo. Siendo así que 2 de los integrantes de Grupo de Trabajo de Expertos en Biológicos (GTEB) en México estuvieron físicamente presentes en representación del grupo coordinador nacional, el cual está constituido por 10 integrantes, aunado al grupo de dermatólogos nacionales con un total de votantes de 150.

El proyecto, conocido como Progressive Psoriasis Initiative (PPI), recibe un apoyo educacional irrestricto de Abbott (hoy Abbvie), el cual se proporcionó a la University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel, en Alemania e inició su trabajo en febrero de 2009 con una junta internacional de consenso en Hamburgo, en la cual se generaron las preguntas para el procedimiento Delphi. El proceso completo consistió en cuatro rondas de discusión, en diferentes tiempos, y de manera no anónima.

Posteriormente las preguntas y posibles respuestas fueron expuestas al grupo mexicano (steering committee) para su opinión en diferentes fechas, en este momento llamado Grupo de Trabajo de Expertos en Biológico (GETB). La primera reunión, con un total de nueve integrantes, fue en junio de 2011; en esta reunión fueron discutidos los tópicos que se mencionarán más adelante en este documento, tomando como referencia los estatutos del consenso europeo y estableciendo los puntos de postura; posteriormente se realizó otra reunión del grupo el día 11 de noviembre del mismo año con 150 dermatólogos de todo el país y se realizó la votación final.

Definición de las metas de tratamiento para psoriasis moderada a severa: consenso mexicano

Definición de la fuerza de acuerdo

Como primer paso, el grupo reunido acordó que una vez obtenido el 90 % de los votos a favor de un concepto determinado se daría por asentado como un Consenso fuerte de acuerdo, lo que representaba el voto de 8 o 9 de los integrantes de GTEB durante la 1ª o 2ª reunión, con un total de 9 y 10 asistentes respectivamente durante las 2 primeras reuniones, o bien 135 de los 150 votantes de la última reunión (Resultado Delphi 9-10/9-10, 1ª y 2ª sesión respectivamente, 1ª ronda), siendo así que se denominó “a favor de acuerdo” a aquellos votos que resultasen del 65% de los votantes durante una primera ronda, y aquellos estatutos que no obtuviesen al menos esa cantidad de votos se discutirían en las rondas que resultasen necesarias, con la modificación de los argumentos hasta lograr el acuerdo de manera consensuada y sistematizada.

Una vez estipulado el “acuerdo” entre los votantes se determinó el “grado de acuerdo”, el cual se estadificó del 1 al 10 en donde 1 significa “muy poco acuerdo” y 10 “completamente de acuerdo” para cada tópico discutido.

Resultados

Después de aplicar la metodología Delphi para consensar los objetivos de tratamiento para psoriasis moderada a severa (previamente indicada) se llegaron a los siguientes resultados y niveles de acuerdo:

a) Severidad de la psoriasis

Al iniciar la discusión sobre las métricas a contemplar para determinar la severidad de la enfermedad,

se planteó que esta podría determinarse a partir de las consideraciones clínicas del paciente y las metas de tratamiento, siendo por ello necesaria la utilización del PASI, ASC y DLQI como herramientas estandarizadas para su aplicación.

Resultado Delphi: El 9-10/9-10, 1ª y 2ª sesión respectivamente, 100% de los votantes estuvo de acuerdo con un nivel de acuerdo de 10/10, 1ª ronda.

Definición de la severidad de la psoriasis

Punto A.1

La psoriasis en placas se clasifica en 2 categorías principales: Leve, y Moderada a severa.

Resultado Delphi: El 96 % de los votantes (139 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 8.76, 3ª sesión, 1ª ronda.

Lo anterior aplica para la mayoría de los casos en los que se desee realizar una clasificación puntual, aunque hay que considerar que una definición unificadora no puede incluir todas las situaciones clínicas que pueden estar presentes en un paciente con psoriasis, y por lo tanto se deberán tener en cuenta las consideraciones especiales particulares de cada paciente, que harán que ese caso en particular se clasifique de forma independiente.

Punto A.2

La psoriasis en placas se clasifica como leve si el ASC ≤ 10 , el PASI ≤ 10 y el DLQI ≤ 10 .

Resultado Delphi: El 97% de los votantes (140 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 8.72, 3ª sesión, 1ª ronda.

Con las consideraciones siguientes:

De acuerdo a las directrices existentes, la psoriasis leve se recomienda tratar con agentes tópicos, pero es importante considerar que:

Punto A.2.1

Ante un caso en el que se observe un ASC ≤ 10 y un PASI ≤ 10 (que indican enfermedad leve), pero con la presencia de un DLQI > 10 , esto señalará un impacto significativo en la calidad de vida y por tanto la psoriasis puede considerarse moderada a severa, por lo que podrá iniciar un esquema sistémico de tratamiento como parte del abordaje óptimo de la enfermedad.

Resultado Delphi: El 93% de los votantes (134 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 9.13, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto A.2.2

En el caso de que la psoriasis en placas sea clasificada como leve por ASC, PASI y DLQI, pero ante la presencia de manifestaciones especiales, esta se reclasificará como una psoriasis de moderada a severa, ya sea ante el compromiso de áreas visibles, de superficies extensas en la piel cabelluda, del área genital, afección de palmas y/o plantas, onicolisis u onicodistrofia en al menos 2 uñas, prurito que desencadene rascado, o bien, ante la presencia de placas recalcitrantes simples, y por lo tanto estará indicado el uso de tratamiento sistémico, fototerapia o terapia combinada en su caso.

Punto A.3

Si un paciente con psoriasis presenta una SCA > 10, PASI > 10 y DLQI > 10 puede considerarse como una enfermedad de moderada a severa, y de acuerdo con las directrices existentes esta deberá abordarse terapéuticamente con fototerapia, agentes sistémicos y/o terapia combinada.

Resultado Delphi: El 93% de los votantes (134 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 8.62, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto A.3.1

En el caso particular de que una psoriasis en placas presente SCA > 10, PASI > 10 y DLQI ≤ 10, lo que indica que no hay un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, algunos autores consideran la clasificación de estos casos como una psoriasis leve;6 sin embargo, en México el GTEB considera que aun cuando no hay un impacto significativo en la calidad de vida, la psoriasis debe seguirse considerando de intensidad de moderada a severa debido al impacto a nivel sistémico de la enfermedad, dado el alto índice de comorbilidades que puede desarrollar el paciente con psoriasis en los años subsecuentes y de manera acumulativa.

b) Fases de tratamiento

Dado el conocimiento que se tiene sobre la farmacodinamia y farmacocinética de los diferentes medicamentos que pueden utilizarse como parte del arsenal terapéutico de la psoriasis, es pertinente esclarecer los periodos de tratamiento por los que el paciente puede ser conducido de manera estandarizada y dentro de los cuales, de manera puntual, se podrán realizar las consideraciones a que haya lugar dependiendo de las características idiosincráticas de cada uno.

Punto B.1

La fase de inducción corresponderá al periodo de tratamiento comprendido desde el inicio del mismo hasta la semana 16, el cual podrá extenderse hasta la semana 24, siempre y cuando se obtenga al menos una mejoría del PASI del 50% y dicha decisión sea tomada por el dermatólogo a cargo del tratamiento, lo que dependerá en cada caso en particular dado el inicio de acción y esquema terapéutico empleado.

Resultado Delphi: El 86% de los votantes (124 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 8.40, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto B.2

La fase de mantenimiento corresponde al periodo de tratamiento después de la fase de inducción, en la que se podrá evaluar la evolución terapéutica de forma periódica en los intervalos de tiempo recomendados por las directrices disponibles, que, como señalan la mayoría de las mismas, deberá de realizarse cada 8 semanas.

Resultado Delphi: El 86% de los votantes (124 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 8.55, 3ª sesión, 1ª ronda.

c) Evaluación de la Respuesta terapéutica

Punto C.1

Se considerará éxito del tratamiento al final de la fase de inducción si se logra una reducción del PASI ≥ 75% en comparación con la medición basal, y por lo tanto se recomendará continuar con el esquema de tratamiento implementado acorde a las directrices establecidas para cada esquema terapéutico comprendido dentro del abordaje de la enfermedad.

Resultado Delphi: El 97% de los votantes (140 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 8.91, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto C.2

Por el contrario, se considerará fracaso al tratamiento en la fase de inducción al no lograrse una reducción del PASI de al menos el 50% al final de dicha etapa, tomando como métrica la severidad basal de la enfermedad al momento del inicio del tratamiento, y por lo tanto estará indicada la modificación del régimen de tratamiento implementado.

Resultado Delphi: El 93% de los votantes (134 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 8.82, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto C.3

Por otra parte, una respuesta intermedia al tratamiento en la fase de inducción se considerará si al final de dicho periodo se lograra una mejoría del PASI > 50%, pero < 75% en comparación con la severidad de la enfermedad en el momento del inicio del tratamiento.

Resultado Delphi: El 93% de los votantes (134 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 9.11, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto C.3.1

En este caso, se podrá tomar como un auxiliar para la toma de decisiones terapéuticas la evolución del

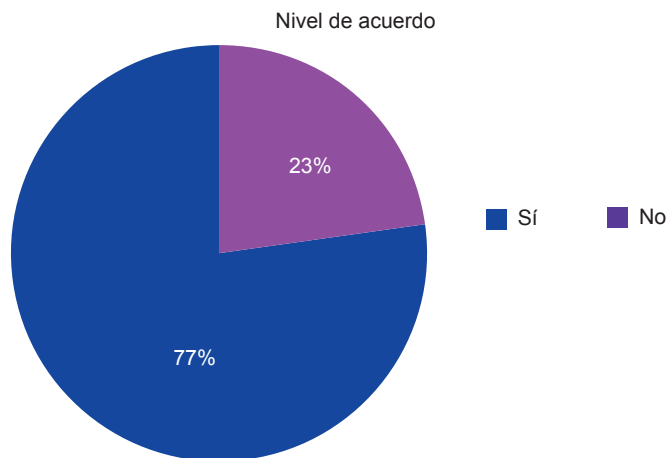


Figura 1 Consideración de la falta de reducción del valor del DLQI por debajo de 5 puntos como criterio auxiliar para modificar el régimen terapéutico instaurado en caso de una respuesta intermedia (mejoría del PASI > 50%, pero < 75%)

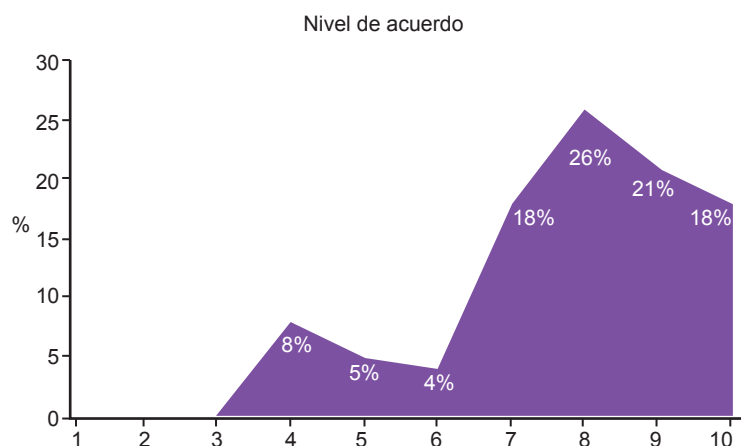


Figura 2 Consideración de la falta de reducción del valor del DLQI por debajo de 5 puntos como criterio auxiliar para modificar el régimen terapéutico instaurado en caso de una respuesta intermedia (mejoría del PASI > 50%, pero < 75%)

DLQI en dicho periodo de tiempo, de tal forma que si no se logra una reducción en el DLQI por debajo de un valor de 5, estará indicada la modificación del régimen terapéutico instaurado.

Resultado Delphi: El 87% de los votantes (126 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 8.27, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto C.3.2

Por el contrario, en caso de una respuesta intermedia al tratamiento durante la fase de inducción tomando en consideración el valor PASI, con una reducción adicional del valor total del DLQI por debajo de 5 puntos, se recomendará continuar con el esquema terapéutico implantado.

Resultado Delphi: El 97% de los votantes (140 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 9.11, 3ª sesión, 1ª ronda.

d) Seguimiento terapéutico

Durante la fase de mantenimiento, la respuesta al tratamiento deberá de ser monitoreada regularmente, teniendo presente los valores del PASI, ASC y DLQI iniciales como marcadores de referencia de la severidad de la enfermedad, y que serán de utilidad para el monitoreo objetivo y estandarizado de la actividad de la misma así como de la eficacia del régimen terapéutico en intervalos de cada 2 meses idealmente, lo que podrá complementarse con la evaluación de la seguridad de la terapia empleada.

Punto D.1

Se considerará éxito del tratamiento al final de la fase de mantenimiento si se logra una reducción del PASI $\geq 75\%$ en comparación con la medición basal y por lo tanto se recomendará continuar con el esquema de tratamiento implementado.

Resultado Delphi: El 100% de los votantes (145 de 145) estuvo de acuerdo con un nivel promedio de acuerdo de 9.77, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto D.2

Por el contrario, se considerará fracaso al tratamiento en la fase de mantenimiento al no lograrse una reducción del PASI de al menos el 50% al final de dicha fase, tomando como métrica la severidad basal de la enfermedad al momento del inicio del tratamiento, y por lo tanto estará indicada la modificación del régimen de tratamiento implementado.

Resultado Delphi: El 93% de los votantes (134 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 9.19, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto D.3

Por otra parte, una respuesta intermedia al tratamiento en la fase de mantenimiento se considerará si al final de dicho periodo se lograra una mejoría del PASI > 50%, pero < 75% en comparación con la severidad de la enfermedad en el momento del inicio del tratamiento.

Resultado Delphi: El 90% de los votantes (130 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 8.71, 3ª sesión, 1ª ronda.

Punto D.3.1

En este caso, se podrá tomar como un auxiliar para la toma de decisiones terapéuticas la evolución del DLQI en dicho periodo de tiempo, de tal forma que si no se logra una reducción en el valor del mismo por debajo de 5, estará indicada la modificación del régimen terapéutico instaurado.

Resultado Delphi: El 77% de los votantes (111 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 8.40, 3ª sesión, 1ª ronda (figuras 1 y 2).

Punto D.3.2

Por el contrario, en caso de una respuesta intermedia al tratamiento durante la fase de mantenimiento tomando en consideración el PASI, pero con una reducción del DLQI por debajo de 5 puntos de manera adicional, se recomendará continuar con el esquema terapéutico implantado.

Resultado Delphi: El 97% de los votantes (140 de 145) estuvo de acuerdo con nivel promedio de acuerdo de 9.21, 3ª sesión, 1ª ronda (figuras 3 y 4).

Discusión

Se calcula que existen aproximadamente 2 millones de pacientes con psoriasis en México, de los cuales se desconoce la cifra exacta de los casos con formas moderadas a severas. Asimismo, no se cuenta con estadística publicada de los casos que reciben tratamiento sistémico.

De manera inicial fue necesario definir la severidad de la psoriasis antes de establecer las metas de tratamiento. Hubo acuerdo en separar la psoriasis en placas en dos grupos relacionados con la severidad de la enfermedad: leve y moderada a severa. Los parámetros usados fueron los aceptados internacionalmente A) área de superficie corporal (BSA, por sus siglas en inglés) y B) índice de área y severidad de la psoriasis (PASI, por sus siglas en inglés). También se consideró necesario evaluar la calidad de vida de los pacientes y el parámetro que se consideró adecuado fue el Índice

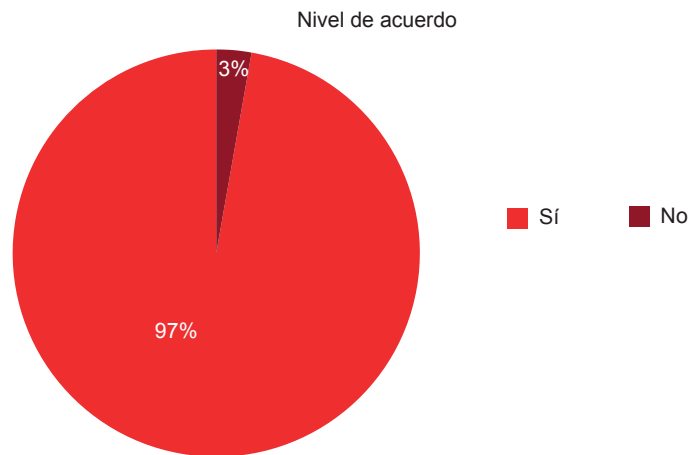


Figura 3 Consideración de la reducción del valor del DLQI por debajo de 5 puntos como criterio auxiliar para continuar el régimen terapéutico instaurado en caso de una respuesta intermedia (mejoría del PASI > 50%, pero < 75%)

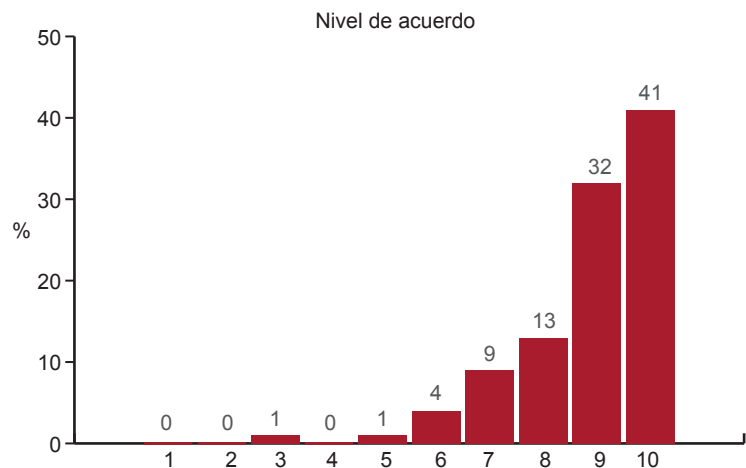


Figura 4 Consideración de la reducción del valor del DLQI por debajo de 5 puntos como criterio auxiliar para continuar el régimen terapéutico instaurado en caso de una respuesta intermedia (mejoría del PASI > 50%, pero < 75%)

de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI).^{15,16} Al usar este parámetro se considera que un DLQI < 5 indica solo un leve impacto en la calidad de vida.

La definición de psoriasis leve sigue la regla de los 10 propuesta por Finlay *et al.*¹⁷ El consenso acordó considerar la psoriasis como leve si BSA ≤ 10, PASI ≤ 10 y DLQI ≤ 10. Generalmente, la psoriasis leve se puede controlar con tratamiento tópico. Sin embargo, puede haber ciertas circunstancias clínicas significativas donde el DLQI puede resultar ≥ 10, mientras que la severidad de los síntomas de la psoriasis y el área de superficie corporal aún sean leves. Tal circunstancia puede llevar a la modificación del tratamiento y a la psoriasis a considerarse de moderada a severa.

La psoriasis moderada a severa es definida como $BSA \geq 10$ o $PASI \geq 10$ o $DLQI \geq 10$. Este tipo de severidad de la psoriasis ya no se puede controlar con tratamientos tópicos. En pacientes donde la afectación corporal y las características de las placas indican psoriasis de moderada a severa, pero el $DLQI \leq 10$, indicando solamente un limitado impacto en la calidad de vida, el dermatólogo tratante debe valorarlo de manera individual.

Para definir las metas de tratamiento fue necesario, como primer paso, establecer los momentos en los cuales la valoración de la severidad de la enfermedad se debe hacer. Se establecieron dos fases principales del tratamiento: inducción y mantenimiento. La fase de inducción es el tiempo entre el inicio del tratamiento y el de la remisión. Durante la discusión se hizo aparente que hay una gran heterogeneidad en la capacidad de los diferentes medicamentos para inducir remisión y alcanzar eficacia. Por lo anterior se propuso definir la fase de inducción hasta la semana 16, pero permitiendo extenderse hasta la semana 24 cuando a los medicamentos usados se les conozca un lento inicio. La fase de mantenimiento se definió como el tratamiento posterior a la fase de inducción. Como este periodo puede variar desde algunas semanas hasta varios años, dependiendo de las necesidades particulares de cada paciente, las visitas regulares con la finalidad de monitorear la seguridad y el logro en las metas de tratamiento deben programarse de acuerdo con las recomendaciones de las guías de tratamiento. En la práctica clínica, para la mayoría de los medicamentos sistémicos, el tiempo es de dos meses.

La definición de las metas de tratamiento es el medio de asegurar un tratamiento eficaz con atención especial al control clínico de las manifestaciones y una mejoría sustancial en la calidad de vida. Otra consecuencia importante al definir las metas de tratamiento es la necesidad de aplicar medidas correctivas en caso de no conseguir tales metas. Lo anterior está relacionado con la idea de obtener una mejoría significativa con requerimientos mínimos. El grupo de consenso eligió al PASI junto con DLQI para definir las metas de tratamiento. Además, se decidió generar metas de tratamiento tanto para la fase de inducción como para la fase de mantenimiento.

El requerimiento mínimo para la eficacia de cualquier tratamiento se definió como alcanzar una reducción de PASI en relación al inicio del tratamiento, independientemente del DLQI. Si no se alcanza, el tratamiento se debe de modificar. Tal modificación

puede ser en un ajuste de la dosis, agregar otro tratamiento, o hacer una transición a otro medicamento o modalidad de terapéutica. Cuando el PASI se reduce por lo menos el 75%, el tratamiento debe continuar igual. Si el efecto terapéutico se manifiesta como una reducción del PASI mayor del 50% pero menor al 75%, la decisión de modificar el régimen será valorando el DLQI. La decisión del grupo de expertos es establecer el $DLQI \leq 5$ o ≥ 5 como criterio para decidir la modificación del tratamiento.

Es importante establecer que la división de la psoriasis en leve, o moderada a severa antes del inicio del tratamiento, en un determinado paciente, no debe cambiar después como consecuencia del elegido. Se ha demostrado claramente en la mayoría de los pacientes, que suspender el tratamiento eventualmente llevará a la recaída. En una minoría de pacientes, suspender el tratamiento puede resultar en un deterioro de la severidad de la psoriasis más allá de la del inicio, fenómeno conocido como rebote. En el momento actual está establecido que los tratamientos usados para la psoriasis pueden “limpiar” o mejorar los síntomas, pero son ineficaces para producir curación o remisión a largo plazo. Aun después de alcanzar una mejoría completa, la actividad de la enfermedad puede ser todavía alta, lo que resultará en un deterioro rápido cuando el tratamiento se suspenda o se disminuya la dosis.

En el programa de consenso fue posible definir un número importante de aspectos relacionados con el tratamiento de la psoriasis. Los puntos de acuerdo fueron: 1. Dividir la severidad de la psoriasis en leve y moderada a severa, 2. Definir las fases de inducción y mantenimiento y 3. Establecer las metas de tratamiento para ambas fases.

Este es un acercamiento único que hasta la fecha no se había explorado ni para la psoriasis en placas ni para otra enfermedad inflamatoria crónica. El objetivo principal del programa de consenso fue mejorar el cuidado de los pacientes y ayudar al dermatólogo para que con regularidad valore la mejoría alcanzada con los tratamientos establecidos. Es de suma importancia familiarizar a la comunidad dermatológica con tal acercamiento y que pueda utilizarlo en la práctica diaria.

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 que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL,

Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom. *Arch Dermatol.* 2005;141:1537-41.

2. Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J, et al. The prevalence of psoriasis in African Americans: Results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:23-6.
3. Falk ES, Vandbakk O. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1993;182:6-9.
4. Barisic-Drusko V, Paljan D, Kinsky A, Vujasinovic S. Prevalence of psoriasis in Croatia. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1989;146:178-9.
5. Braathen LR, Botten G, Bjerkedal T. Prevalence of psoriasis in Norway. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1989;142:5-8.
6. Brandrup F, Green A. The prevalence of psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol*. 1981;61:344-6.
7. Chang YT, Chen TJ, Liu PC, Chen YC, Chen YJ, Huang YL, et al. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm Venereol*. 2009;89:262-6.
8. Ding X, Wang T, Shen Y, Wang X, Zhou C, Tian S, et al. Prevalence of psoriasis in China: A population-based study in six cities. *Eur J Dermatol*. 2012;22:663-7.
9. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: Results from NHANES 2003-2004. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:218-24.
10. Nestle F, Kaplan D, Barker J. Mechanisms of disease Psoriasis. *N Eng J Med*. 2009;361:496-509.
11. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res*. 2011;303(1):1-10.
12. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de práctica clínica: Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas. México: Secretaría de Salud; 2013.
13. Varela-Ruiz M. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med*. 2012;1(2):90-95.
14. Schafer I, Hacker J, Rustenbach SJ, Radtke M, Franzke N, Augustin M. Concordance of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment. *Eur J Dermatol*. 2010;20:62-7.
15. Kimball AB, Krueger GG, Woolley JM. The Dermatology Life Quality Index (DLQI) provides qualitatively different information from the PASI. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50:P156.
16. Augustin M, Kruger K, Radtke MA, et al. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology*. 2008;216:366-72.
17. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rules of tens. *Br J Dermatol*. 2005;152:861-7.