

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i2.11110>

Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con psoriasis en Centroamérica y el Caribe. Sociedad Centroamericana y del Caribe de Dermatología (SCCAD)

Clinical practice guideline for the management of patients with psoriasis in Central America and the Caribbean. Central American and Caribbean Society of Dermatology (SCCAD).

Elmer Alfredo López Lutz,¹ Martha Miniño,² Enrique Salvador Rivas Zaldívar,³ Benjamín Hidalgo Matlock,⁴ Lina Donatella Petrocelli,⁵ Roberto Ernesto Alas Carbajal,⁶ María Elena Castelar de Ramos,⁷ Azucena Hernández Rousselin,⁸ Nancy Corina Matute García,⁹ Solange Reynoso,¹⁰ Rosa Carolina Wilson Gómez,¹¹ Pablo Noel¹²

Resumen

ANTECEDENTES: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica con importantes repercusiones clínicas, psicológicas y sociales. En Centroamérica y el Caribe, su tratamiento enfrenta desafíos significativos debido al acceso desigual a medicamentos, la ausencia de protocolos regionales y la falta de evidencia generada localmente. En respuesta, la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Dermatología lideró el desarrollo de una guía de práctica clínica contextualizada para el tratamiento de la psoriasis.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se conformó un panel de 12 dermatólogos y un equipo metodológico independiente. Las preguntas clínicas se desarrollaron siguiendo el formato PICO, se trataron mediante revisiones sistemáticas de la bibliografía y la certeza de la evidencia se evaluó utilizando el enfoque GRADE. Las recomendaciones se elaboraron aplicando el marco de evidencia para la toma de decisiones, considerando el equilibrio entre beneficios y riesgos, los valores y preferencias de los pacientes, y priorizando las opciones terapéuticas disponibles en la región.

RESULTADOS: Se formularon 51 recomendaciones que abarcan tratamientos tópicos, terapias sistémicas y estrategias terapéuticas para las diferentes manifestaciones clínicas y localizaciones anatómicas de la psoriasis, así como para situaciones especiales. Las recomendaciones se clasificaron como fuertes o condicionales según la calidad de la evidencia.

CONCLUSIONES: Esta guía constituye un método adaptado al contexto regional para estandarizar la atención de la psoriasis en Centroamérica y el Caribe y promueve la adopción de prácticas clínicas basadas en la evidencia y ajustadas a las realidades locales.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis; guía de práctica clínica; Centroamérica; Caribe; enfoque GRADE; medicina basada en la evidencia.

¹ Honduras Medical Center, Tegucigalpa, Honduras.

² Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz, Santo Domingo, República Dominicana.

³ DERMOS Centro de Dermatología, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

⁴ Facultad de Medicina, Universidad Latina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

⁵ Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador, El Salvador.

⁶ IDCA Dermatología. Hospital Vivian Pellas, Managua, Nicaragua.

⁷ Servicio de Dermatología, Hospital Nacional Rosales. Docente de dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, El Salvador.

⁸ Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala, Guatemala.

⁹ Dermalutz. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Dermatología, Tegucigalpa, Honduras.

¹⁰ Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel Unidad Cibao, Santiago, República Dominicana.

¹¹ Centro Dermatológico Lapelle, Managua, Nicaragua.

¹² Caja del Seguro Social Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0004-4555-6384>
<https://orcid.org/0000-0001-6198-4443>
<https://orcid.org/0000-0001-6554-1076>
<https://orcid.org/0000-0002-2605-0378>
<https://orcid.org/0009-0008-0007-9835>
<https://orcid.org/0000-0001-9084-9451>
<https://orcid.org/0009-0000-6538-6707>
<https://orcid.org/0000-0001-7787-7490>
<https://orcid.org/0009-0002-8589-7429>
<https://orcid.org/0000-0002-3576-5869>
<https://orcid.org/0009-0008-0370-2477>
<https://orcid.org/0009-0006-6978-5645>

Recibido: agosto 2025

Aceptado: febrero 2026

Correspondencia

Elmer Alfredo López Lutz
elopezlutz@yahoo.com

Este artículo debe citarse como: López-Lutz EA, Miniño M, Rivas-Zaldívar ES, Hidalgo-Matlock B, Petrocelli LD, Alas-Carbajal RE, Castelar-De Ramos ME, Hernández-Rousselin A, Matute-García NC, Reynoso S, Wilson-Gómez RC, Noel P. Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con psoriasis en Centroamérica y el Caribe. Sociedad Centroamericana y del Caribe de Dermatología (SCCAD). Dermatol Rev Mex 2026; 70 (2): 176-223.

Abstract

BACKGROUND: Psoriasis is a chronic inflammatory disease with substantial clinical, psychological, and social impacts. In Central America and the Caribbean, its management faces significant challenges due to unequal access to treatments, the absence of regional protocols, and the lack of locally generated evidence. In response, the Central American and Caribbean Society of Dermatology led the development of a contextualized clinical practice guideline for the treatment of psoriasis.

MATERIALS AND METHODS: A panel of 12 dermatologists and an independent methodological team were convened. Clinical questions were developed according to the PICO framework, addressed through systematic reviews of the literature, and the certainty of the evidence was assessed using the GRADE approach. Recommendations were developed using the evidence-to-decision framework, considering the balance of benefits and harms, patient values and preferences, and prioritizing therapeutic options available in the region.

RESULTS: A total of 51 recommendations were developed, covering topical treatments, systemic therapies, and therapeutic strategies for the different clinical manifestations and anatomical locations of psoriasis, as well as special situations. Recommendations were classified as strong or conditional according to the quality of evidence.

CONCLUSIONS: This guideline provides a regionally adapted tool to standardize the care of psoriasis in Central America and the Caribbean, promoting the adoption of evidence-based clinical practices tailored to local realities.

KEYWORDS: Psoriasis; Practice guideline; Central America; Caribbean; GRADE approach; Evidence-based medicine.

ANTECEDENTES

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, con manifestaciones cutáneas y articulares, que afecta entre el 0.5 y el 11.4% de la población mundial. En América Latina y el Caribe, su carga es poco conocida y los estudios disponibles tienen limitaciones metodológicas y alta heterogeneidad.^{1,2} A pesar de los avances terapéuticos, las restricciones de acceso a tratamientos innovadores generan desigualdades en el control de la enfermedad.^{3,4} Estas barreras, ya documentadas en países como España, podrían reproducirse o agravarse en sistemas sanitarios fragmentados como los del Sistema de la Integración Centroamericana.^{5,6}

Ante esta realidad, la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Dermatología (SCCAD) desarrolló una guía regional acerca de la atención de la

psoriasis, con el objetivo de mejorar la atención, reducir la variabilidad clínica y promover decisiones basadas en la evidencia y el contexto. Esta guía está dirigida a profesionales de la salud y tomadores de decisión y se basa en una metodología rigurosa que incluye la valoración crítica de la evidencia, particularmente beneficios y riesgos, y la consideración de valores y preferencias de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desarrollo

La SCCAD conformó un panel de 12 médicos especialistas en dermatología y un equipo metodológico independiente para desarrollar esta Guía de Práctica Clínica (GPC) de psoriasis. Todos los integrantes declararon sus conflictos de interés antes de iniciar el proceso; ninguno

fue considerado inhabilitante (**Anexo 1**). El equipo metodológico de Epithink Health Consulting proporcionó apoyo integral al proceso de desarrollo de la guía, incluida la realización de revisiones sistemáticas de la bibliografía, la síntesis de evidencia y la preparación y conducción del proceso participativo del panel. Para facilitar la colaboración a distancia, se utilizaron herramientas virtuales, como Microsoft Teams, formularios y GRADEpro (www.grade.pro).

Esta GPC se desarrolló siguiendo el enfoque GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). El alcance temático se definió por consenso. Y se dio prioridad a los siguientes aspectos: metas terapéuticas, tratamiento tópico, sistémico, localizaciones clínicas relevantes y formas especiales, y poblaciones especiales. Las preguntas clínicas se formularon en formato PICO (P: población o problema, I: intervención, C: comparación y O: desenlace [*outcome*]). La evidencia se recopiló mediante revisiones sistemáticas siguiendo el Manual Cochrane,⁷ con búsqueda en Medline, Embase, Cochrane y LILACS. La selección la hicieron dos revisores de forma independiente. El proceso se reportó conforme a los lineamientos PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*).⁸ **Anexo 2**

Criterios de elegibilidad

Se hizo una búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) que trataron los aspectos relacionados con el manejo de pacientes con psoriasis.

Las especificaciones de búsqueda definidas *a priori* fueron:

- Tipos de estudios: guías de práctica clínica basadas en la evidencia
- Formato de publicación: documentos disponibles como publicación completa.

- Idioma de publicación: inglés y español.
- Estado de publicación: estudios publicados, en prensa o literatura gris.
- Fecha de publicación: 2018-2023 (febrero).
- Población: niños y adultos.
- Temática: recomendaciones para el tratamiento de la psoriasis.

Se excluyeron versiones anteriores de una GPC ya incluida, guías efectuadas mediante adaptación o adopción de otras GPC y otros documentos que no brindan recomendaciones basadas en la evidencia.

Métodos de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática y exhaustiva de la bibliografía. Todo el proceso se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados por la Colaboración Cochrane. Se hicieron búsquedas en bases de datos y en sitios recopiladores de guías. Adicionalmente, se llevó a cabo una búsqueda de guías de práctica clínica, documentos de consenso y revisiones sistemáticas en bases de datos electrónicas (PubMed, LILACS), utilizando los filtros para búsqueda de guías de práctica propuestos por el *Capacity Enhancement Program* de la Universidad McMaster en Canadá (<http://fhs.mcmaster.ca/cep/>). Finalmente, se hizo una búsqueda manual adicional, haciendo uso de una búsqueda amplia en Google Scholar.

Se diseñó una estrategia de búsqueda genérica con base en el término clave “psoriasis”. La estrategia de búsqueda estuvo compuesta por vocabulario controlado (MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas, acrónimos, variaciones ortográficas y plurales. La sintaxis se complementó con expansión de términos controlados, identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad

y operadores booleanos, y se limitó empleando filtros validados (propios de cada base de datos) para guías de práctica clínica. Esta estrategia se adaptó para las diferentes fuentes de información y se presentan en el **Anexo 1**.

Gestión documental

Para cada búsqueda se generó un reporte, garantizando su reproducibilidad y transparencia. Las estrategias de búsqueda y sus resultados se almacenaron en formato electrónico. Los resultados de las búsquedas se descargaron en una biblioteca del programa EndNote X7® y posteriormente a Excel® donde se eliminaron las publicaciones duplicadas.

Tamización de referencias y selección de estudios

Las referencias las tamizaron dos revisores (CC, SM) de forma independiente, que examinaron los títulos y resúmenes frente a los criterios de elegibilidad predefinidos. En caso de duda acerca del cumplimiento de los criterios de elegibilidad, se revisó el texto completo del estudio para orientar la decisión. Los desacuerdos entre los pares revisores se resolvieron por consenso.

A partir del grupo de referencias preseleccionadas, se hizo la selección de estudios; para esto, un revisor (CC) verificó que el estudio cumpliera los criterios de elegibilidad (de inclusión y de no exclusión) mediante la revisión de cada publicación en texto completo.

La calidad metodológica de las fuentes se evaluó con los métodos AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*) para guías clínicas,⁹ AMSTAR 2 (*Assessment of Multiple Systematic Reviews*) para revisiones sistemáticas¹⁰ y herramientas de riesgo de sesgo de Cochrane.⁷ La certeza del cuerpo de evidencia se calificó según el sistema GRADE^{11,12} en alta, moderada, baja o muy baja.

Las recomendaciones se construyeron a partir de la evidencia y del juicio clínico de los expertos del panel de la guía, quienes, mediante sesiones virtuales y encuestas estructuradas, consensuaron los enunciados incluidos. Se utilizó el marco EtD (*Evidence to Decision*) propuesto por GRADE para integrar valores, aceptabilidad, factibilidad y balance riesgo-beneficio¹¹ (**Anexo 3**). En ausencia de evidencia directa, se formularon recomendaciones basadas en la experiencia clínica, con prioridad a las tecnologías disponibles o de próxima inclusión en los sistemas de salud de la región. Los puntos de buena práctica también se generaron cuando el enfoque GRADE no era apropiado, con el fin de insistir en acciones cuyo beneficio esté bien documentado y su realización claramente justificada.

La SCCAD supervisó y avaló todas las fases del proceso. La guía fue revisada por pares y validada externamente antes de su publicación.

Interpretación de las recomendaciones

En este documento se muestra la fuerza de una recomendación como fuerte (“se recomienda...”), o condicional (“se sugiere...”). Una recomendación fuerte implica que la mayoría de los individuos en esa situación desearían la acción recomendada, los médicos deberían ofrecerla, los responsables políticos podrían adoptarla como política, y para los investigadores está respaldada por evidencia creíble, siendo improbable que nueva investigación la altere significativamente. En contraste, una recomendación condicional sugiere que la mayoría de los pacientes querrían la acción, pero muchos no; los médicos deben reconocer diferentes opciones y ayudar a decidir según valores; los responsables políticos requerirán debate y las medidas sobre el curso de acción se centrarán en el proceso de decisión; y para los investigadores, es probable que se fortalezca con más investigación; es importante evaluar las condiciones que la determinaron.

Principios generales

Esta GPC se desarrolló fundamentalmente para ayudar a los médicos a elegir entre las distintas alternativas para el tratamiento de la psoriasis. También busca contribuir a la formación del personal sanitario, identificar futuras áreas de investigación e informar las políticas de salud regionales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas directrices no deben considerarse un patrón de referencia de atención obligatorio.

El panel de guía declara principio en el tratamiento de pacientes con psoriasis que las elecciones terapéuticas deben basarse en la manifestación clínica particular de cada paciente, y un análisis de la relación riesgo-beneficio individual, que incluya comorbilidades, toxicidades y vigilancia requerida. Los médicos deben tomar sus decisiones con base, idealmente, en un proceso de decisión compartido que tenga en cuenta los valores y preferencias del paciente en relación con los resultados que se esperan de cada opción.

Las decisiones clínicas pueden verse influidas por factores como el entorno clínico específico, los recursos disponibles locales, incluidas políticas institucionales, las limitaciones de tiempo y la disponibilidad de los tratamientos. Se reconoce que esta guía podría no incluir todas las opciones de atención adecuadas para todas las situaciones clínicas posibles, por lo que será necesario actualizarla periódicamente a medida que se disponga de nueva evidencia científica.

RESULTADOS

En los organismos compiladores y desarrolladores se identificaron 2 documentos, pero se excluyeron por idioma y por fecha de publicación. En Google Académico se encontraron 15 documentos adicionales.

Finalmente se obtuvieron 68 documentos, de los que 10 eran duplicados. Se tamizaron 58 documentos por título y resumen y se seleccionaron 39 documentos para revisión en texto completo. Al final se preseleccionaron 33 documentos que cumplieron criterios de inclusión (15 GPC preseleccionadas y 18 consensos). Los consensos y recomendaciones de evidencia también se incluyeron como complementarios al cuerpo de la evidencia. En la **Figura 1** se describe el diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia (PRISMA).

Recomendaciones

El algoritmo general de tratamiento, derivado de las recomendaciones construidas, se muestra en la **Figura 2** con el objetivo de proporcionar una atención escalonada y contextualizada para el tratamiento de la psoriasis en la región. Las especificaciones terapéuticas pueden consultarse en cada sección.

Metas para el tratamiento de la psoriasis

Recomendación 1. Se recomienda establecer como meta de tratamiento en pacientes con psoriasis en placas el logro de, al menos, uno de los siguientes objetivos: PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) 90, PASI absoluto ≤ 2 , PGA (*Physician's Global Assessment*) 0-1 o BSA (*Body Surface Area*) $< 3\%$.

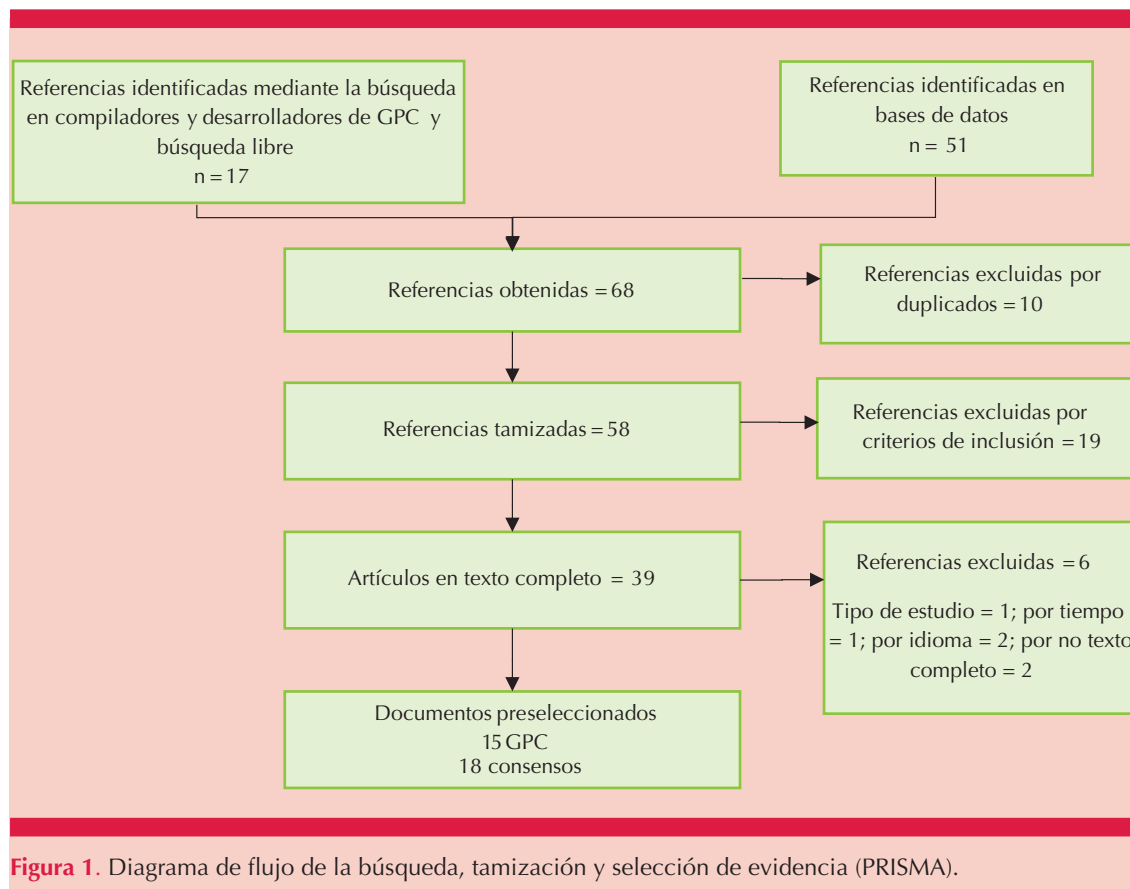
Fuerte a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 2. Se recomienda alcanzar un DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) 0-1 como objetivo terapéutico relacionado con la calidad de vida en el tratamiento de pacientes con psoriasis en placa.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 3. Se recomienda considerar el logro de PASI 75, acompañado de un DLQI bajo, como una meta terapéutica aceptable en pacientes con psoriasis cuando no sea posible alcanzar objetivos más ambiciosos.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: baja



Síntesis de evidencia

La definición de metas terapéuticas en psoriasis mediante clinimetrías está ampliamente documentada.¹²⁻³¹ El PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) es el método usado con más frecuencia en los estudios reportados en psoriasis y de mayor uso en la práctica.³¹ El PASI relativo, entendido como el porcentaje de mejoría respecto del valor basal (por ejemplo, PASI 75, PASI 90) tiene buena correlación con el valor PASI absoluto, que mide la actividad residual de la enfermedad en un momento dado (por ejemplo, PASI ≤ 2).³⁰ También se identificó el uso extendido de herramientas como PGA (*Physician's Global Assessment*), BSA (*Body Surface Area*) y DLQI (*Dermatology Life Quality Index*).

Lograr PASI 90 o superior se asocia con menor riesgo de fracaso terapéutico¹⁷ y mejor calidad de vida.³² Se ha propuesto PASI absoluto ≤ 2 como umbral para alcanzar DLQI 0-1³⁰ y los pacientes con PASI 90-100 tienen mayor probabilidad de lograr ese nivel de calidad de vida en comparación con quienes alcanzan sólo PASI 75-89. Aunque las evaluaciones de PASI, BSA y PGA muestran correlaciones modestas con el DLQI (coeficientes de 0.41, 0.38 y 0.37, respectivamente),³¹ siguen siendo útiles como objetivos terapéuticos.

De la evidencia a la decisión

La práctica ha permitido evidenciar que los pacientes, en general, priorizan el control de

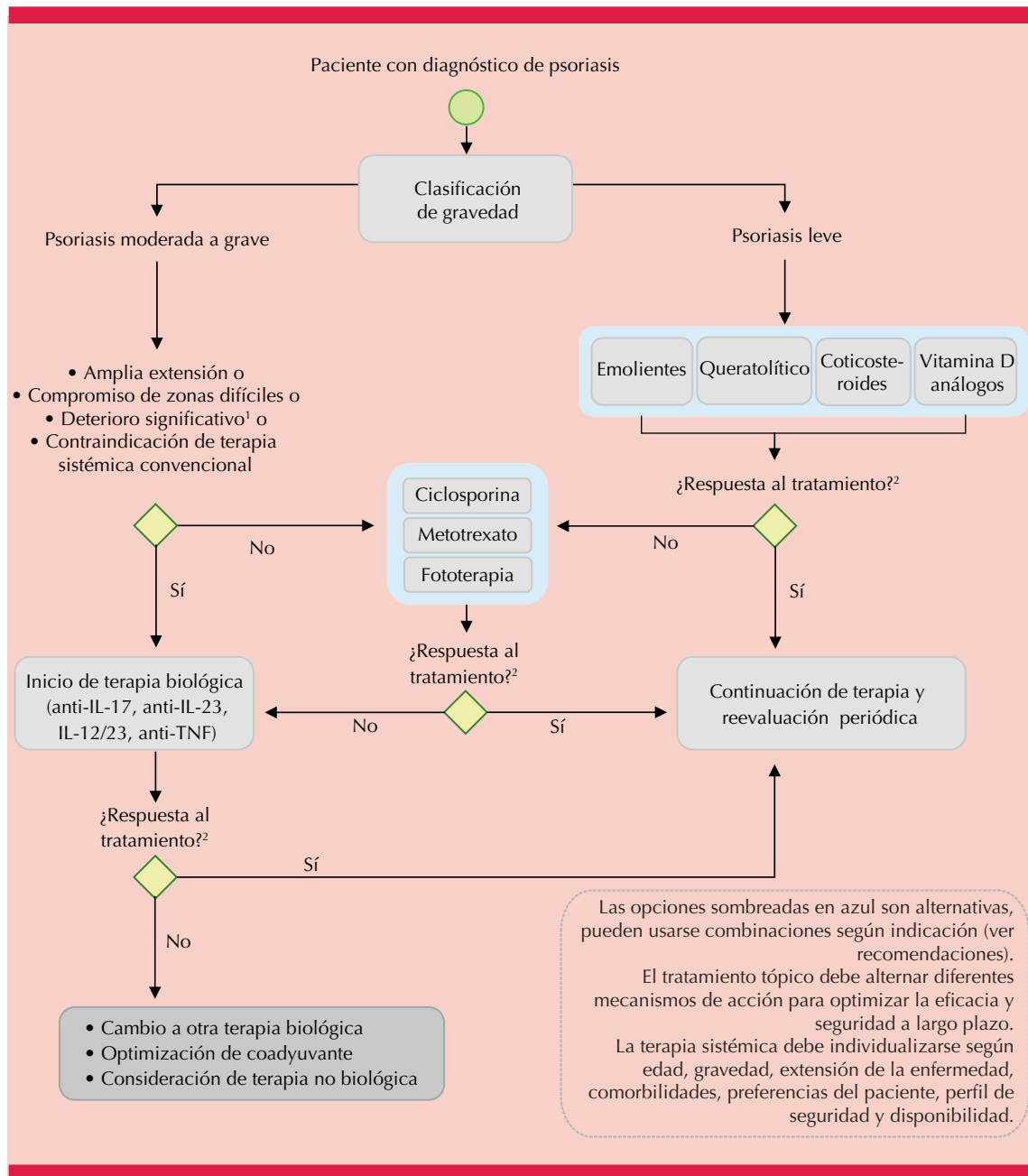


Figura 2. Algoritmo para el tratamiento de la psoriasis.

¹ Deterioro funcional, psicológico o social.

² Respuesta terapéutica evaluada de acuerdo con el cumplimiento de las metas de tratamiento.

Anti-IL: inhibidores de la interleucina; anti-TNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral.

síntomas y la mínima afectación en la vida diaria. Con esta expectativa, el objetivo terapéutico en psoriasis es alcanzar la mínima actividad posible de la enfermedad, idealmente la ausencia de síntomas clínicos. En la práctica clínica regional se utilizan el PASI y la PGA de forma rutinaria, complementados con escalas de calidad de vida, como DLQI. Independientemente de la herramienta seleccionada por el médico para la evaluación de la enfermedad y la respuesta terapéutica, es fundamental el registro de esas mediciones en la historia clínica para respaldar las decisiones terapéuticas y facilitar el seguimiento clínico. Asimismo, la estandarización de las métricas facilitará la evaluación de resultados locales y la implementación de tratamientos más eficaces. Los avances terapéuticos de los últimos años, especialmente los tratamientos biológicos, han permitido alcanzar metas ambiciosas mediante esquemas escalonados, enfocados en el aclaramiento cutáneo y la mejoría de la calidad de vida.

Tratamiento tópico

Recomendación 4. Se sugiere la aplicación de emolientes en combinación con un queratolítico (ácido salicílico en baja concentración o urea) para reducir el prurito y la descamación en pacientes con psoriasis en placas, según la extensión y características clínicas de las lesiones

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 5. Se sugiere la administración combinada e intermitente de corticosteroides tópicos y ácido salicílico por un periodo máximo de ocho semanas, en pacientes con psoriasis en placas con exacerbaciones.

Condiciona a favor, certeza de la evidencia: moderada

Recomendación 6. Se sugiere la administración combinada e intermitente de corticosteroides tópicos y análogos de la vitamina D en pacientes con psoriasis en placas durante las exacerbaciones.

Condiciona a favor, certeza de la evidencia: moderada

Punto de buena práctica 1

El tratamiento tópico de la psoriasis debe alternar en el tiempo agentes con diferentes mecanismos de acción con el objetivo de optimizar la eficacia terapéutica y mantener un perfil de seguridad adecuado a largo plazo.

Síntesis de la evidencia

Los tratamientos tópicos son fundamentales en el tratamiento de la psoriasis leve a moderada, especialmente en formas localizadas o de manifestación especial. La combinación de emolientes con queratolíticos, como la urea o el ácido salicílico, mejora la hidratación, reduce la descamación y facilita la absorción de otros tratamientos tópicos y la fototerapia.³³ El ácido salicílico ha demostrado eficacia en placas gruesas, especialmente de la piel cabelluda, y potencia el efecto de los corticosteroides. El uso prolongado del ácido salicílico puede limitarse por el riesgo de toxicidad sistémica y reacciones adversas, como irritación o foliculitis, principalmente en poblaciones vulnerables.^{33,34,35}

Las combinaciones de análogos de vitamina D (como calcipotriol o tacalcitol) con corticosteroides han mostrado ser más efectivas que el uso individual, en la fase de exacerbación y en la de mantenimiento, con buena tolerancia en tratamientos de, incluso, 52 semanas.^{35,36,37}

En población pediátrica, los corticosteroides, el calcipotriol y el tacrolimus han mostrado tasas

de aclaramiento variables; la irritación es el efecto más común.³⁸ Asimismo, el uso estratégico de tratamientos tópicos incluye esquemas rotacionales, secuenciales y de mantenimiento. Estas estrategias permiten disminuir recaídas, mejorar el control clínico y reducir los efectos adversos.³⁴

De la evidencia a la decisión

Aunque los tratamientos tópicos son fundamentales para la atención inicial y de mantenimiento en la psoriasis leve o localizada, su efectividad depende, en gran parte, del apego y del acceso a los principios activos recomendados. En Centroamérica y el Caribe, la disponibilidad de algunos medicamentos, como el tazaroteno, pimecrolimus o calcipotriol es limitada o variable entre países, lo que restringe la implementación de algunas estrategias respaldadas por la evidencia.³³⁻⁴³ Además, la falta de formulaciones comerciales combinadas conlleva a adaptaciones clínicas, generalmente sin aprobación regulatoria o cobertura institucional. Estos desafíos marcan la necesidad de ajustar las recomendaciones al contexto local y promover el uso racional de alternativas disponibles, sin poner en riesgo la eficacia ni la seguridad del tratamiento.

Tratamiento sistémico no biológico

Recomendación 7. Se recomienda la ciclosporina (2.5 a 5 mg/kg/día) en adultos con psoriasis moderada a grave.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Observaciones

Monitorear la función renal y la presión arterial al inicio y durante el tratamiento. No usar más de un año continuo por riesgo de nefrotoxicidad.

Recomendación 8. Se recomienda el metotrexato (7.5 a 25 mg/semana) en adultos con psoriasis moderada a grave.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: baja

Observaciones

Administrar concomitantemente ácido fólico (5 mg) 24 horas después de la dosis de metotrexato. La respuesta debe evaluarse entre las semanas 16 y 24. Practicar pruebas hepáticas, renales y hemograma al inicio y durante el tratamiento.

Recomendación 9. Se sugiere considerar el metotrexato combinado con fototerapia para potenciar la respuesta clínica en adultos con psoriasis moderada a grave.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 10. Se recomienda el metotrexato (10-15 mg/m² o 0.3-0.7 mg/kg/semana) en pacientes pediátricos con psoriasis moderada a grave.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 11. Se sugiere la fototerapia NB-UVB en pacientes pediátricos con psoriasis moderada a grave.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 12. Se sugiere la ciclosporina (2.5 a 5 mg/kg/día) en pacientes pediátricos con exacerbaciones graves o cuando se requiera un control rápido de la enfermedad.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Observaciones

No administrar más de un año continuo por riesgo de nefrotoxicidad.

Síntesis de la evidencia

La evidencia confirma la eficacia de metotrexato y ciclosporina en comparación con

placebo, especialmente para lograr PASI 75-90 y mejorar la calidad de vida en pacientes con psoriasis.⁴³⁻⁶² El metotrexato destaca por su seguridad a largo plazo y la ciclosporina por su rápida acción, aunque el uso de esta última está limitado por su perfil de toxicidad renal y riesgo de cáncer cutáneo, por lo que el tiempo total de uso no debe superar un año.^{45,57} La fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB) y la ultravioleta tipo A con psoraleno (PUVA) siguen siendo alternativas útiles en casos seleccionados, con bajo riesgo de eventos adversos a corto plazo, aunque la disponibilidad y la duración de los tratamientos pueden ser limitados.^{63,64}

La combinación de terapia farmacológica sistémica no biológica con fototerapia, como UVB de banda estrecha o PUVA, permite mejorar la respuesta clínica, reducir la dosis de cada intervención y minimizar los efectos adversos. Un metanálisis en red, que incluyó 32 estudios con 2120 pacientes, mostró que las terapias combinadas, particularmente con derivados del calcitriol, fueron más efectivas que las monoterapias con UVB o UVA, con base en evaluaciones PASI 75, sin diferencias significativas en tolerabilidad.⁶² Se requiere una vigilancia estrecha en pacientes que reciben tratamientos combinados por el riesgo de toxicidad acumulada, fotosensibilidad o hepatotoxicidad.

En niños, el metotrexato y la ciclosporina continúan siendo las principales opciones, con muy baja certeza en la evidencia, mientras que la fototerapia ha demostrado buen perfil de seguridad.⁴⁵ En todos los casos, la elección del tratamiento debe considerar la edad, las comorbilidades, las preferencias del paciente y la capacidad de vigilancia.^{65,66}

De la evidencia a la decisión

En el escenario de psoriasis leve, la terapia sistémica convencional tiene lugar tras una

falta de respuesta al tratamiento tópico. En la mayoría de los pacientes con psoriasis moderada a grave que requieren terapia sistémica, se sugiere iniciar con medicamentos sistémicos convencionales como primera línea, siempre que no estén contraindicados y no existan criterios de riesgo (amplia extensión, afectación de zonas difíciles, deterioro significativo). La elección del tipo de medicamento para la terapia sistémica en psoriasis deberá ser individualizada con base en los requerimientos clínicos específicos; debe tomarse en cuenta la disponibilidad de éstos y el uso racional de los recursos en salud.

Tratamiento sistémico biológico

Recomendación 13. Se recomienda la terapia biológica con inhibidores de IL-17, IL-23 o IL-12/23, e inhibidores del TNF (factor de necrosis tumoral) en adultos con psoriasis moderada a grave cuando hayan fallado los tratamientos sistémicos convencionales o estén contraindicados.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Punto de buena práctica 2

La elección del medicamento biológico debe ser individualizada, considerando la gravedad y extensión de la enfermedad, las comorbilidades, el inicio de acción del fármaco, las preferencias del paciente, el perfil de eventos adversos de la terapia y la disponibilidad en el país.

Recomendación 14. Se recomienda iniciar terapia biológica en casos de psoriasis grave, cuando haya afectación extensa (BSA > 10% o PASI \geq 10), afectación de zonas difíciles (cara, piel cabelluda, palmas, plantas, pliegues o genitales), cuando la psoriasis cause deterioro funcional, psicológico o social significativo.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Recomendación 15. Se sugiere iniciar de manera temprana la terapia biológica en personas con psoriasis grave y artritis psoriásica activa o recurrencias rápidas tras suspender tratamientos que no pueden mantenerse a largo plazo.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 16. Se recomienda el adalimumab, etanercept, ixekizumab, secukinumab o ustekinumab en niños con psoriasis moderada a grave, en quienes esté indicada la terapia biológica, a partir de la edad aprobada para cada fármaco*.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

*Adalimumab desde los 4 años; etanercept, secukinumab e ixekizumab desde los 6 años, y ustekinumab desde los 12 años.

Punto de buena práctica 3

El inicio y el seguimiento de la terapia biológica deben estar a cargo de especialistas con experiencia en el tratamiento de la psoriasis.

Síntesis de la evidencia

La evidencia de respuesta clínica en los pacientes con psoriasis, proveniente de ensayos clínicos aleatorizados de moderada a alta calidad, ha demostrado que los agentes biológicos inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF), de interleucina 17 (IL-17), de IL-12/23 o de IL-23 superan a los tratamientos convencionales en el logro de PASI 90.^{45,67} Los reportes de comparaciones indirectas muestran un mayor efecto en el logro de metas clínicas para los inhibidores de interleucinas en comparación con los anti-TNF en desenlaces a largo plazo (48 a 52 semanas). Entre los biológicos disponibles, los inhibidores de IL-23 (guselkumab, risankizumab, tildrakizumab) han demostrado la mayor duración libre de recaída tras la suspensión del tratamiento.⁴⁴ Los inhibidores de IL-17 (secukinumab, ixekizumab, bimekizumab, brodalumab) ofrecen alta eficacia en el alivio rápido de lesiones y tam-

bién son efectivos en el tratamiento de la artritis psoriásica. Está demostrado que los pacientes que priorizan una mejoría temprana prefieren el secukinumab. Los anti-TNF (adalimumab, etanercept, infliximab, certolizumab pegol) continúan siendo una opción aceptable de primera línea, especialmente cuando hay comorbilidades, como artritis psoriásica o enfermedades inflamatorias intestinales.

Los tratamientos biológicos representan una opción para niños con psoriasis moderada a grave. Una revisión sistemática y metanálisis de cinco ensayos clínicos aleatorizados (768 pacientes) evaluó la eficacia y seguridad de adalimumab, etanercept, ixekizumab, secukinumab y ustekinumab en población pediátrica. Los resultados mostraron una alta eficacia, con una probabilidad significativamente mayor de alcanzar una mejoría del 75% en el índice PASI (*odds ratio* [OR] 12,37; intervalo de confianza al 95% [IC95%] 6.23-24.55) tras 12 a 16 semanas de tratamiento. En cuanto a la seguridad, no se observaron diferencias significativas en la aparición de eventos adversos entre los biológicos y el placebo.⁶⁸

De la evidencia a la decisión

La selección del biológico debe basarse en factores como la extensión y localización de la enfermedad, la repercusión funcional y emocional, la coexistencia de artritis psoriásica, la velocidad esperada de respuesta, las comorbilidades y la disponibilidad del tratamiento. Además, debe considerarse la duración esperada del beneficio clínico tras la suspensión, debido a que algunos biológicos, como los inhibidores de IL-23, permiten intervalos más prolongados sin recaída.⁴⁴ La elección terapéutica también debe considerar las preferencias del paciente, la vía de administración (oral *versus* subcutánea), la frecuencia de aplicación y el acceso a medicamentos biosimilares.

De acuerdo con la experiencia clínica, la terapia biológica puede considerarse en una etapa más temprana del tratamiento en personas con psoriasis que cumplen con los criterios de gravedad de la enfermedad y que también tienen artritis psoriásica activa o que tienen psoriasis persistente, es decir, que recae rápidamente (más del 50% de la gravedad inicial de la enfermedad en los primeros tres meses después de la finalización de cualquier tratamiento) luego de una terapia que no puede continuarse a largo plazo (por ejemplo, ultravioleta B de banda estrecha y ciclosporina).

Falla terapéutica

Recomendación 17. Se sugiere cambiar a otra terapia, incluido un biológico diferente, en adultos con psoriasis con falla primaria (ausencia de respuesta mínima), secundaria (pérdida de respuesta inicial), intolerancia al tratamiento o cuando esté contraindicado.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 18. En adultos con psoriasis moderada a grave que no han respondido a un tratamiento biológico se sugiere cambiar a otro biológico antes que optar por un tratamiento no biológico o por repetir el biológico previamente utilizado.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 19. Se recomienda que, en adultos con psoriasis moderada a grave que requieran cambiar de medicamento biológico debido a evento adverso, el nuevo fármaco seleccionado pertenezca a una clase terapéutica diferente.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Punto de buena práctica 4

Cuando se requiera cambiar de biológico por eventos adversos, debe considerarse un periodo de lavado de aproximadamente cuatro semanas antes de iniciar el nuevo tratamiento.

Recomendación 20. En niños con psoriasis que no responden a un tratamiento biológico se sugiere optimizar el tratamiento coadyuvante, cambiar a otro biológico o considerar alternativas no biológicas, según el contexto clínico.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: moderada

Síntesis de la evidencia

La evidencia actual es limitante para establecer un orden preferente en el uso de biológicos como segunda línea, por lo que cada caso debe evaluarse de forma individual. Según la información proveniente de ensayos clínicos aleatorizados, los pacientes que no responden adecuadamente a tratamientos con anti-TNF o ustekinumab muestran mejores resultados al cambiar a terapias de inhibidores IL-23 o IL-17,^{69,70} aunque los datos de práctica clínica real sugieren que un cambio dentro de la misma clase terapéutica puede seguir siendo efectivo. Cuando el motivo del cambio es la aparición de eventos adversos, se recomienda optar por un biológico con un mecanismo de acción distinto, especialmente si estos efectos están relacionados con la clase terapéutica.

De la evidencia a la decisión

El tratamiento farmacológico de la psoriasis debe adaptarse a las características individuales del paciente, evaluando el equilibrio entre eficacia y seguridad. Los pacientes suelen preferir terapias que controlen la enfermedad con el menor riesgo de eventos adversos, aunque la disponibilidad de tratamientos puede variar según la región. En el caso de los biológicos, es decisivo atender el riesgo de reactivación de infecciones y vigilar su uso, especialmente en países con normativas limitadas en biosimilares. En pediatría, los biológicos muestran un perfil favorable cuando otras terapias han fallado. El panel de la guía estableció como fundamental, antes de escalar

el tratamiento, asegurar el apego y considerar la optimización de la terapia en curso.

Tratamiento de la psoriasis en localizaciones y formas especiales

Recomendación 21. Se recomienda el uso de corticosteroides tópicos de mediana o alta potencia como tratamiento inicial y de mantenimiento en pacientes con psoriasis de la piel cabelluda, durante al menos cuatro semanas.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 22. Se sugiere el calcipotriol (50 µg en espuma) y calcipotriol (50 µg) más dipropionato de betametasona (0.05 mg en gel) durante 4 a 12 semanas en pacientes con psoriasis leve a moderada de la piel cabelluda.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 23. Se recomienda la terapia biológica (adalimumab, etanercept, guselkumab, infliximab, ixekizumab, risankizumab, secukinumab o ustekinumab) en pacientes con psoriasis en la piel cabelluda que no responden a tratamiento tópico o sistémico convencional, o cuando éstos estén contraindicados.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 24. Se sugiere el tazaroteno en crema al 0.1% en pacientes con psoriasis ungueal.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 25. Se recomienda la terapia biológica, de preferencia inhibidores de IL-17 (ixekizumab y secukinumab), en pacientes con psoriasis ungueal que no responden a tratamiento tópico o sistémico convencional, o cuando esos tratamientos estén contraindicados. Otras opciones incluyen: adalimumab, infliximab, guselkumab, risankizumab o ustekinumab.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: moderada

Recomendación 26. Se sugieren los corticosteroides tópicos en monoterapia o combinados con análogos de la vitamina D, tacrolimus o pimecrolimus en pacientes con psoriasis invertida o genital.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 27. Se sugieren los inhibidores de IL-17, IL-23 o IL-12/23, e inhibidores del TNF en pacientes con psoriasis invertida o genital con indicación de tratamiento biológico.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 28. Se sugiere la fototerapia PUVA, sola o combinada con acitretina, en pacientes con psoriasis palmoplantar.

Condiciona a favor, muy baja certeza en la evidencia

Recomendación 29. Se recomienda el adalimumab, guselkumab, infliximab, ixekizumab, risankizumab o secukinumab en pacientes con psoriasis palmoplantar con indicación de tratamiento biológico.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Recomendación 30. Se sugiere la administración preferente de fármacos biológicos de acción rápida (infliximab, ixekizumab o secukinumab) en pacientes con psoriasis pustulosa generalizada con indicación de tratamiento biológico. Otras opciones incluyen: adalimumab, guselkumab o ustekinumab.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 31. Se sugiere la administración de guselkumab, infliximab, ixekizumab, secukinumab o ustekinumab en pacientes con psoriasis eritrodérmica con indicación de tratamiento biológico.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Punto de buena práctica 5

En pacientes con psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis eritrodérmica la atención hospitalaria representa el tratamiento más adecuado, debido a la alta probabilidad de inestabilidad hemodinámica y complicaciones sistémicas que requieren vigilancia estrecha.

Síntesis de la evidencia

La evidencia para el tratamiento de la psoriasis en áreas especiales proviene de revisiones sistemáticas y estudios observacionales con limitaciones metodológicas significativas. En la piel cabelluda, los corticosteroides superan en eficacia a la vitamina D, con mejor tolerancia y menor tasa de abandono.⁴⁰ En psoriasis ungueal, los biológicos demuestran mejor eficacia que los tratamientos tópicos o convencionales.⁷¹ En la psoriasis genital o inversa los inhibidores de calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus) han demostrado utilidad con escozor como efecto adverso frecuente y los corticosteroides tópicos son eficaces como primera línea, pero en casos resistentes ixekizumab ha demostrado beneficio clínico.⁷²

Para los pacientes con pustulosis palmoplantar los tratamientos tópicos y PUVA ofrecen mejoría variable;^{39,40,41} sin embargo, la eficacia sostenida requiere tratamientos sistémicos o biológicos como guselkumab y secukinumab.^{41,73} En casos de psoriasis eritrodérmica y pustulosa generalizada, la bibliografía respalda la administración de biológicos de acción rápida, como infliximab o secukinumab.^{74,75}

De la evidencia a la decisión

Aunque la psoriasis en placas es la forma clínica más común, hasta un 20% de los pacientes pueden padecer otras variantes que pueden coexistir con ella o manifestarse de forma aislada. Estas formas clínicas suelen representar retos

terapéuticos particulares y requieren enfoques individualizados. La evidencia directa disponible en las poblaciones específicas con psoriasis en áreas corporales difíciles o con formas clínicas especiales es limitada, por lo que algunas recomendaciones que incluyen diferentes opciones terapéuticas se basan en la plausibilidad del efecto y la experiencia de uso. La elección del tratamiento debe considerar el perfil clínico de la variante y los riesgos específicos del paciente, priorizando la eficacia y la seguridad. En el caso particular de la psoriasis eritrodérmica, debido a su gravedad y riesgo sistémico, debe iniciarse de forma inmediata un tratamiento sistémico sostenido, junto con medidas de soporte que contribuyan a estabilizar al paciente.

Psoriasis en poblaciones y condiciones especiales**Embarazo y lactancia****Punto de buena práctica 6**

En mujeres embarazadas con psoriasis, las decisiones terapéuticas deben incluir asesoría integral acerca de la evolución esperada de la enfermedad, los riesgos de no tratarla y las opciones terapéuticas disponibles.

Punto de buena práctica 7

En mujeres embarazadas con psoriasis, el tratamiento compartido entre dermatología y obstetricia especializada es el más adecuado para optimizar la atención materno-fetal.

Recomendación 32. Se recomiendan los corticosteroides tópicos o calcipotriol (en monoterapia o combinación) en mujeres con psoriasis leve a moderada durante el embarazo.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: alta

Recomendación 33. Se sugiere la fototerapia con UVB de banda estrecha como primera opción sistémica en mujeres con psoriasis moderada a grave durante el embarazo.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 34. Se sugiere la ciclosporina como segunda opción sistémica en mujeres con psoriasis moderada a grave durante el embarazo.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 35. Se sugiere el certolizumab pegol como primera elección en mujeres embarazadas con psoriasis moderada a grave en quienes esté indicada la terapia biológica.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Punto de buena práctica 8

Antes de iniciar la terapia biológica en mujeres en edad fértil, es recomendable discutir aspectos de planificación familiar, riesgos potenciales del tratamiento durante el embarazo y opciones de anticoncepción segura.

Punto de buena práctica 9

Deben evitarse la acitretina, apremilast, fumaratos o metotrexato en mujeres que planean concebir por el potencial teratogénico. En hombres, se aconseja suspender el metotrexato al menos seis meses antes de intentar la concepción y, en caso de tratamiento con acitretina, se recomienda el uso de métodos anticonceptivos de barrera.

Punto de buena práctica 10

En mujeres embarazadas tratadas con biológicos distintos a certolizumab pegol, es aconsejable suspender el tratamiento desde el segundo trimestre para reducir el riesgo de infección neonatal.

Punto de buena práctica 11

En lactantes cuyas madres recibieron biológicos después de la semana 16 de gestación, no deben administrarse vacunas vivas, salvo si el beneficio clínico supera claramente el riesgo.

Punto de buena práctica 12

Durante la lactancia, puede mantenerse o reintroducirse el tratamiento biológico debido a que la transferencia al lactante es escasa y con baja relevancia clínica. Esto debe explicarse claramente a la paciente como parte del proceso de toma de decisiones informada.

Síntesis de la evidencia

La psoriasis leve en el embarazo puede tratarse con medicación tópica habitual, mientras que cuando se requiere tratamiento sistémico de la psoriasis moderada a grave se recomienda la fototerapia con UVB de banda estrecha por su eficacia y perfil de seguridad favorable en esta población.⁷⁶ La ciclosporina puede administrarse como segunda línea. El metotrexato y la acitretina están contraindicados por su efecto teratogénico, al igual que los fumaratos y apremilast por falta de datos de seguridad.⁷⁷

Las recomendaciones actuales de las GPC, soportadas por evidencia proveniente de diferentes estudios,⁷⁸ muestran a certolizumab pegol como el biológico con mejor perfil de seguridad en el embarazo, sin aumento relevante de eventos adversos, con una baja transferencia placentaria. Otros biológicos deben suspenderse antes o durante el embarazo.⁷⁹ En la lactancia, la mayor parte de los biológicos pueden administrarse con seguridad.⁷⁸ Sin embargo, deben evitarse las vacunas vivas en bebés expuestos a biológicos durante el segundo o tercer trimestre, con excepción del certolizumab pegol.

Por último, aunque la evidencia en hombres con psoriasis que desean concebir es escasa, se recomienda suspender el metotrexato al menos

seis meses antes por su potencial efecto en la espermatogénesis⁷⁸ y utilizar métodos de barrera en pacientes en tratamiento con acitretina.

Psoriasis y cáncer

Punto de buena práctica 13

En pacientes en quienes se planea iniciar terapia biológica, deben evaluarse los antecedentes personales y factores de riesgo oncológicos antes y durante el tratamiento. En personas con antecedentes recientes de cáncer, la decisión de uso de terapia biológica debe basarse en una evaluación conjunta de riesgos y beneficios, idealmente en coordinación con especialistas en oncología.

Recomendación 36. Se sugieren los tratamientos tópicos, fototerapia (excepto en casos de alto riesgo de cáncer cutáneo) y acitretina en personas con neoplasias activas o antecedentes de cáncer.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 37. Se sugiere considerar el apremilast, inhibidores de IL-17, IL-23 o ustekinumab (IL12/23) en pacientes con antecedentes de cáncer, previa evaluación individualizada en conjunto con oncología.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: baja

Síntesis de la evidencia

Un metanálisis,⁸⁰ que incluyó 31 estudios y 85,784 años-persona de seguimiento, de pacientes con enfermedades inmunomediadas y antecedentes de cáncer, encontró que no hubo diferencias significativas en la recurrencia de cáncer entre los tratados con inmunosupresores (anti-TNF, inmunomoduladores) y los que no recibieron tratamiento, aunque los pacientes tratados con ustekinumab y vedolizumab mostraron tasas más bajas de cáncer. En otro metanálisis⁸¹ que incluyó 62 ensayos clínicos y 82,366

años-persona de exposición se observó que los inhibidores de Janus cinasa (JAK) no aumentaron significativamente el riesgo de malignidad en comparación con placebo o metotrexato, pero sí se asociaron con mayor riesgo en comparación con los anti-TNF.

Se recomienda evitar la ciclosporina en pacientes con antecedentes de cáncer debido a su riesgo asociado con cánceres cutáneos. Los tratamientos con apremilast, inhibidores de IL-17, IL-23 o ustekinumab (IL12/23) deben considerarse de forma individualizada, con el apoyo de oncología, debido a la falta de datos concluyentes y a la necesidad de evaluar cuidadosamente el riesgo-beneficio de cada caso. Estos estudios y recomendaciones sugieren que, aunque las terapias biológicas e inmunosupresoras pueden ser seguras en pacientes con antecedentes oncológicos, es decisivo un enfoque personalizado y la vigilancia de riesgos potenciales, especialmente con tratamientos como los inhibidores de JAK.

Psoriasis y tuberculosis

Recomendación 38. Se recomienda tratar la tuberculosis latente con un esquema completo al menos cuatro semanas antes de iniciar medicamentos biológicos en pacientes con psoriasis.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: baja

Recomendación 39. Se recomienda el uso preferente de inhibidores de IL-17 o IL-23 para el tratamiento con terapia biológica en pacientes con psoriasis y tuberculosis latente, debido a menor riesgo de reactivación.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Recomendación 40. Se sugiere considerar a la acitretina o apremilast opciones seguras para el tratamiento con terapia sistémica en pacientes con psoriasis y tuberculosis latente.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: moderada

Recomendación 41. Se recomienda que el anti-TNF en pacientes con psoriasis y tuberculosis latente se limite a situaciones en las que no existan alternativas terapéuticas, y sólo si el paciente recibe un tratamiento antituberculosis adecuado y oportuno.

Fuerte en contra, certeza en la evidencia: alta

Síntesis de la evidencia

La evidencia acerca de la administración de biológicos en pacientes con psoriasis y tuberculosis es limitada. Los anti-TNF se asocian con mayor riesgo de reactivación de tuberculosis (OR 1.94; IC95% 1.10-3.44), mientras que los inhibidores de IL-23 implican menor riesgo.⁸² Este grupo terapéutico (risankizumab o guselkumab) se sugiere en pacientes con tuberculosis latente y psoriasis con requerimiento de terapia biológica, cuando el tratamiento de la tuberculosis está contraindicado. Un estudio efectuado en Corea del Sur con 10,863 pacientes mostró que la profilaxis contra tuberculosis latente redujo significativamente el riesgo de tuberculosis en pacientes tratados con anti-TNF (razón de tasas de incidencia 0.33; IC95%: 0.17-0.63).⁸³

En cuanto a los inhibidores de IL-17, un meta-análisis de 23 estudios no reportó reactivación de tuberculosis con secukinumab.⁸⁴ En un análisis *post hoc* de datos de seguridad de 11 ensayos clínicos aleatorizados con 5730 pacientes tratados con ixekizumab, sólo se reportaron 4 casos de reactivación de tuberculosis en pacientes con antecedentes de tuberculosis latente. Respecto de los inhibidores de IL-23, los estudios con guselkumab⁸⁵ y risankizumab⁸⁶ no mostraron casos de tuberculosis activa, y el tratamiento de tuberculosis latente fue efectivo para prevenir su reactivación. El ustekinumab también ha mostrado bajo riesgo de reactivación en estudios clínicos a largo plazo (tasa de seroconversión

de hasta 7.3% con ustekinumab versus 14.3% con anti-TNF).⁸⁷

VIH, hepatitis y varicela

Recomendación 42. Se recomienda el tamizaje de VIH antes de iniciar la terapia biológica en pacientes con psoriasis, anualmente en grupos de riesgo, y ante síntomas sugerentes de seroconversión.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Punto de buena práctica 14

En personas con VIH y psoriasis, el tratamiento debe coordinarse con los programas de tratamiento del VIH; debe asegurarse la supresión de la carga viral mediante terapia antirretroviral antes de iniciar la administración de agentes biológicos.

Recomendación 43. Se sugiere la fototerapia NB-UVB como primera línea en pacientes con VIH que reciben terapia antirretroviral.

Condicional a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 44. Se sugiere la acitretina como segunda línea en pacientes con VIH que reciben terapia antirretroviral.

Condicional a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 45. Se sugiere considerar la ciclosporina, el metotrexato o la terapia biológica en casos de psoriasis resistente en pacientes con VIH, tras evaluación individual.

Condicional a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 46. Se recomienda el tamizaje de hepatitis B y C (HBsAg, HBsAb, HBcAb, anti-VHC) antes de iniciar la terapia biológica en pacientes con psoriasis, anualmente en grupos de riesgo, y ante una elevación inexplicada de transaminasas.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: moderada

Punto de buena práctica 15

Vacunar contra hepatitis A y B a personas con psoriasis sin antecedentes de exposición ni vacunación previa, idealmente antes de iniciar la administración de inmunosupresores.

Punto de buena práctica 16

El tratamiento de la psoriasis en personas con infección activa o anti-HBc positivo con HBsAg negativo debe coordinarse con especialistas en hepatología.

Recomendación 47. Se sugiere considerar preferentemente la fototerapia y agentes tópicos para el tratamiento de psoriasis en pacientes con hepatitis C.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 48. Se sugiere considerar el apremilast, inhibidores de IL-17, inhibidores de IL-23 o ustekinumab (IL12/23) en pacientes con psoriasis e infección por hepatitis C, cuando esté indicado.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 49. No se recomienda la terapia inmunosupresora para el tratamiento de psoriasis en pacientes con hepatitis B activa u oculta, si no han recibido tratamiento antiviral previo.

Fuerte en contra, certeza en la evidencia: muy baja

Recomendación 50. Se sugiere administrar terapia antiviral oral en personas con hepatitis B de alto riesgo que reciben terapia inmunosupresora.

Condiciona a favor, certeza en la evidencia: muy baja

Punto de buena práctica 17

En pacientes con psoriasis sin inmunidad documentada, debe considerarse la vacunación contra varicela, idealmente antes de iniciar la administración de biológicos.

Punto de buena práctica 18

Debe evaluarse la profilaxis posexposición a varicela zoster (con inmunoglobulina o antivirales) en personas susceptibles.

Punto de buena práctica 19

Los pacientes con psoriasis de 50 años o más, así como los menores de 50 años con mayor riesgo, deben vacunarse contra el herpes zoster, preferentemente con la vacuna recombinante (RZV), idealmente antes de iniciar la terapia sistémica, aunque puede administrarse de forma segura durante esa terapia.

Síntesis de la evidencia

De acuerdo con la evidencia (14 informes con 1033 pacientes), las tasas de reactivación con biológicos en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de hepatitis B y C son bajas (tasa global 0.04, IC95%: 0.01-0.09; I² 67.7%, p < 0.001).⁸⁸ No obstante, se recomienda el tamizaje antes del inicio de terapia sistémica, implementar vacunación preventiva y coordinar la atención con apoyo especializado. En pacientes con VIH, se favorece el uso de fototerapia (NB-UVB) y el tratamiento con retinoides o biológicos bajo supervisión estricta, con carga viral indetectable y terapia antirretroviral activa. La evidencia disponible y las recomendaciones internacionales en pacientes con psoriasis respaldan una atención preventiva integral frente al virus varicela zoster. Esto incluye la vacunación contra varicela en individuos sin inmunidad antes de iniciar las terapias inmunosupresoras, así como la profilaxis posexposición en personas susceptibles. La evidencia soporta la vacunación contra herpes zoster en poblaciones con mayor riesgo, particularmente en el contexto de tratamientos sistémicos, con el fin de reducir la incidencia y las complicaciones asociadas.^{89,90}

De la evidencia a la recomendación en poblaciones especiales

Las recomendaciones para el tratamiento de la psoriasis en poblaciones especiales deben basarse en una cuidadosa evaluación del riesgo-beneficio individual que considere la eficacia y la seguridad de los tratamientos. En el caso del embarazo, es fundamental tener en cuenta la posible mutagenicidad o teratogenicidad de los fármacos administrados. Esto implica no sólo seleccionar tratamientos con perfiles seguros durante el embarazo, sino también ofrecer consejería reproductiva y educación en métodos anticonceptivos a hombres y mujeres en edad fértil para prevenir embarazos no planeados y evitar riesgos para el feto.

En regiones como Centroamérica, donde la prevalencia de tuberculosis y de infecciones virales, como hepatitis B o C, puede ser elevada, es decisivo implementar estrategias de tamizaje, profilaxis y seguimiento estrecho, especialmente cuando se consideran terapias inmunosupresoras o biológicas. Las decisiones terapéuticas deben alinearse con las guías locales de tratamiento de enfermedades infecciosas, preferir opciones con menor riesgo de reactivación, y contar con el apoyo de otras especialidades, como infectología. En el caso de pacientes con antecedentes oncológicos las decisiones serán individualizadas con base en el estado de la enfermedad y del tratamiento del cáncer; debe asegurarse una vigilancia continua durante el tratamiento.

Tratamiento no farmacológico

Recomendación 51. Se recomienda implementar estilos de vida saludables, incluida una intervención nutricional y ejercicio, en adultos con psoriasis y sobrepeso u obesidad, con el objetivo de reducir la gravedad de la enfermedad.

Fuerte a favor, certeza en la evidencia: baja

Punto de buena práctica 20

Los pacientes con psoriasis deben evaluarse de forma rutinaria por el dermatólogo o el médico de atención primaria, con el fin de identificar y tratar las comorbilidades.

Síntesis de la evidencia

Con base en una revisión sistemática que incluyó 55 estudios (4534 pacientes), la Junta Médica de la Fundación Nacional de Psoriasis (FNP) de Estados Unidos sugirió una dieta sin gluten sólo en pacientes con pruebas serológicas positivas para sensibilidad a éste.⁷⁷ También sugirió, con evidencia de baja calidad, considerar la dieta mediterránea, junto con una menor ingesta calórica. Los estudios acerca de la suplementación con vitamina D, selenio, vitamina B₁₂ u omega 3 no han mostrado beneficios estadísticamente significativos en personas con psoriasis.^{91,92} En contraste, en pacientes con psoriasis y obesidad, la pérdida de peso con dieta hipocalórica mostró una mayor reducción del PASI (DM: -2.49; IC95%: -3.90 a -1.08; p = 0.004). El tabaquismo se asocia significativamente con psoriasis (RR 1.69; IC95%: 1.50-1.92), y reduce la respuesta a biológicos (OR 0.80; IC95%: 0.67-0.95).^{93,94} El consumo de alcohol también se relaciona con menor eficacia terapéutica (OR: 5.21; IC95%: 3.29-8.27), riesgo que aumenta si se combina con tabaco (OR: 12.74; IC95%: 7.16-22.67),⁹⁵ por lo que se sugiere que eliminar estos factores puede contribuir al control de la enfermedad.

De la evidencia a la recomendación

Las intervenciones en estilos de vida en personas con psoriasis, como la pérdida de peso en pacientes con obesidad, la reducción del consumo de tabaco y alcohol, y la adopción de una dieta tipo mediterránea, ofrecen beneficios potenciales en la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, con bajo riesgo y buena aceptabilidad. Estas medidas, aunque

con baja certeza de evidencia, se consideran de bajo costo, fáciles de implementar, adaptables al contexto local y alineadas con los valores de los pacientes. Además, promueven la equidad en salud, por lo que deben integrarse como complemento al tratamiento médico estándar.

Consideraciones para la implementación de la guía

La aplicación de las orientaciones contenidas en esta GPC requiere reconocer los apoyos existentes y las limitaciones estructurales del entorno en que se implementará. En algunos contextos, las normas previas y la disponibilidad de especialistas capacitados en el tratamiento sistémico de la psoriasis ofrecen una base favorable. Además, el interés de asociaciones científicas y grupos de pacientes por ampliar el acceso a terapias innovadoras ha contribuido a posicionar este tema en la agenda sanitaria.

A pesar de estos avances, persisten barreras que deben tratarse para asegurar una implementación efectiva. El acceso a la fototerapia o a los medicamentos biológicos es desigual entre países y regiones, lo que genera escenarios de atención fragmentada. Los costos elevados de los biológicos y su limitada disponibilidad en los sistemas públicos restringen su uso, incluso en casos clínicamente indicados. La infraestructura para ofrecer atención integral, que incluya educación al paciente y apoyo psicosocial, es escasa. A esto se suma la dificultad de acceder a dermatología especializada, sobre todo en zonas rurales o remotas, lo que retrasa los diagnósticos y tratamientos adecuados.

Para enfrentar estas barreras, se propone fortalecer la formación continua del personal de salud en la atención de pacientes con psoriasis, que incluya a médicos generales y especialistas. La negociación conjunta de los precios de los biológicos, el diseño de esquemas de acceso

equitativos y la incorporación de esta guía en protocolos institucionales son pasos necesarios. También se recomienda desarrollar materiales clínicos prácticos y establecer sistemas de seguimiento que permitan evaluar el apego a las recomendaciones, así como sus efectos en la calidad de la atención.

La implementación efectiva de esta guía dependerá del compromiso institucional y la voluntad política para adaptar las recomendaciones al contexto local. Superar las limitaciones de acceso, mejorar la disponibilidad de tratamientos y garantizar el acompañamiento clínico continuo son condiciones decisivas para su aplicabilidad en la región. Se recomienda que cada institución defina un conjunto mínimo de indicadores clínicos, adaptado a su realidad, e integrado cuando sea posible a los sistemas de información existentes. El seguimiento de estos indicadores debe formar parte de un proceso de mejora continua, con revisiones al menos anuales para evaluar la implementación y apego a la guía.

DECLARACIONES

Transparencia y ética

Todos los participantes del grupo desarrollador de esta guía declararon de forma explícita sus posibles conflictos de interés, los cuales se detallan en el **Anexo 1**. La elaboración de esta guía no requirió consentimiento informado, ya que no implicó el uso de datos sensibles ni la participación directa de pacientes.

Financiamiento y autonomía editorial

La GPC se desarrolló de manera independiente, sin influencia del financiador en el contenido, recomendaciones ni en el análisis de la evidencia. Contó con el respaldo científico y académico de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Dermatología y fue liderada metodológicamente por el equipo de Epithink Health Consulting.

Contribuciones de los autores

Los autores participaron activamente en la concepción, formulación de preguntas clínicas, análisis de la evidencia, construcción de las recomendaciones y revisión crítica del

documento. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito. Las afiliaciones completas se describen en el **Anexo 1**.

Agradecimientos

El grupo desarrollador agradece al equipo técnico de Epithink Health Consulting: Susan Martínez, Linda Ibatá y Carolina Castillo, por su liderazgo en el proceso metodológico, la coordinación de las actividades, la búsqueda y síntesis de la evidencia, el proceso para la construcción de las recomendaciones, así como la escritura médica y edición del manuscrito.

Limitaciones de la guía

Esta guía se desarrolló con base en la mejor evidencia disponible al momento de su elaboración; se reconoce que gran parte proviene de estudios con limitaciones metodológicas o efectuados en contextos distintos al regional. La disponibilidad variable de tecnologías en los países también limita la generalización de algunas recomendaciones. Asimismo, no se incluyeron evaluaciones económicas formales ni estudios cualitativos de preferencias de pacientes en la región.

Actualización futura

Esta guía se actualizará dentro de un plazo máximo de cinco años, de acuerdo con la aparición de nueva evidencia que pueda modificar el contenido, la fuerza o la orientación de las recomendaciones. El proceso de actualización seguirá una metodología rigurosa, documentada y basada en los principios de la medicina basada en la evidencia.

REFERENCIAS

1. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2017; 31: 205-212. <https://doi.org/10.1111/jdv.13854>
2. Hernández-Vásquez A, Molinari L, Larrea N, Ciapponi A. Psoriasis in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2017; 31: 1991-1998. <https://doi.org/10.1111/jdv.14393>
3. López-Estebarez JL, Sánchez-Carazo JL, Sulleiro S. Effect of a family history of psoriasis and age on comorbidities and quality of life in patients with moderate to severe psoriasis: Results from the ARIZONA study. *J Dermatol* 2016; 43: 395-401. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13157>
4. Sánchez-Díaz M, Flórez Á, Carretero-Hernández G, et al. Study of the impact of restrictions on access to biological drugs for the management of psoriasis on the minimum disease activity criteria: Subanalysis of AEDV EQUIDAD and AME Projects. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2024; 115: T906-T911. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.036>
5. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Política Regional de Salud del SICA 2023-2030.
6. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Published online 2018.
7. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester (UK); 2019.
8. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* 2013; 66: 719-725. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.013>
9. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016; 352: i1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>
10. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017; 358: j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
11. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924-926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>
12. Strober BE, van der Walt JM, Armstrong AW, et al. Clinical goals and barriers to effective psoriasis care. *Dermatol Ther* 2019; 9: 5-18. <https://doi.org/10.1007/s13555-018-0279-5>
13. Papp KA, Blauvelt A, Bukhalo M, et al. Risankizumab versus ustekinumab for moderate-to-severe plaque psoriasis. *N Engl J Med* 2017; 376: 1551-1560. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1607017>
14. Griffiths CEM, Reich K, Lebwohl M, et al. Comparison of ixekizumab with etanercept or placebo in moderate-to-severe psoriasis (UNCOVER-2 and UNCOVER-3): results from two phase 3 randomised trials. *Lancet Lond Engl* 2015; 386: 541-551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60125-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60125-8)
15. Elewski BE, Puig L, Mordin M, et al. Psoriasis patients with psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response achieve greater health-related quality-of-life improvements than those with PASI 75-89 response: results from two phase 3 studies of secukinumab. *J Dermatol Treat* 2017; 28: 492-499. <https://doi.org/10.1080/09546634.2017.1294727>
16. Puig L, Dossentbach M, Berggren L, et al. Absolute and Relative Psoriasis Area and Severity Indices (PASI) for comparison of the efficacy of ixekizumab to etanercept and placebo in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: An integrated analysis of UNCOVER-2 and UNCOVER-3 outcomes. *Acta Derm Venereol* 2019; 99: 971-977. <https://doi.org/10.2340/00015555-3245>
17. Papp KA, Blauvelt A, Puig L, et al. Long-term safety and efficacy of risankizumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis: Interim analysis of the LIMMit-

- less open-label extension trial up to 5 years of follow-up. *J Am Acad Dermatol* 2023; 89: 1149-1158. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.07.1024>
18. Foley P, Gordon K, Griffiths CEM, et al. Efficacy of guselkumab compared with adalimumab and placebo for psoriasis in specific body regions: A secondary analysis of 2 randomized clinical trials. *JAMA Dermatol* 2018; 154: 676-683. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.0793>
 19. McLean RR, Sima AP, Beatty S, et al. Skin Clearance is associated with reduced treatment failure in patients with psoriasis: real-world evidence from the CorEvitas Psoriasis Registry. *Dermatol Ther* 2023; 13: 2739-2751. <https://doi.org/10.1007/s13555-023-01027-6>
 20. Nishida E, Ikumi K, Muramatsu S, et al. 014 Absolute PASI values are important to achieve DLQI remission. *J Invest Dermatol* 2016; 136: S163. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2016.06.031>
 21. Armstrong A, Edson-Heredia E, Zhu B, et al. Treatment goals for psoriasis as measured by patient benefit index: Results of a National Psoriasis Foundation Survey. *Adv Ther* 2022; 39: 2657-2667. <https://doi.org/10.1007/s12325-022-02124-2>
 22. Jaworecka K, Rzepko M, Marek-Józefowicz L, et al. The impact of pruritus on the quality of life and sleep disturbances in patients suffering from different clinical variants of psoriasis. *J Clin Med* 2022; 11: 5553. <https://doi.org/10.3390/jcm11195553>
 23. Korman NJ, Malatestinic W, Goldblum OM, et al. Assessment of the benefit of achieving complete versus almost complete skin clearance in psoriasis: a patient's perspective. *J Dermatol Treat* 2022; 33: 733-739. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1772454>
 24. Gkalpakiotis S, Cetkovska P, Arenberger P, et al. Risankizumab for the treatment of moderate-to-severe psoriasis: real-life multicenter experience from the Czech Republic. *Dermatol Ther* 2021; 11: 1345-1355. <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00556-2>
 25. Okubo Y, Tang AC, Inoue S, et al. Comparison of treatment goals between users of biological and non-biological therapies for treatment of psoriasis in Japan. *J Clin Med* 2021; 10: 5732. <https://doi.org/10.3390/jcm10245732>
 26. Seidl U, Pinter A, Wilsmann-Theis D, et al. Absolute Psoriasis Area and Severity Index as a valuable marker to determine initial treatment response in psoriasis patients treated with guselkumab in routine clinical care. *Dermatol Ther* 2022; 35: e15193. <https://doi.org/10.1111/dth.15193>
 27. Huang YH, Chiu TM, Ho JC, et al. Patient's perception and importance of clear/almost clear skin in moderate-to-severe plaque psoriasis: Results of clear about psoriasis survey in Taiwan. *Dermatol Sin* 2019; 37: 12-18. https://doi.org/10.4103/ds.ds_28_18
 28. Norlin JM, Nilsson K, Persson U, Schmitt-Egenolf M. Complete skin clearance and Psoriasis Area and Severity Index response rates in clinical practice: predictors, health-related quality of life improvements and implications for treatment goals. *Br J Dermatol* 2020; 182: 965-973. <https://doi.org/10.1111/bjd.18361>
 29. Belinchón Romero I, Dauden E, Ferrándiz Foraster C, et al. Therapeutic goals and treatment response evaluation in moderate to severe psoriasis: an experts opinion document. *Ann Med* 2021; 53: 1727-1736. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1986637>
 30. Gerdes S, Körber A, Biermann M, et al. Absolute and relative psoriasis area and severity index (PASI) treatment goals and their association with health-related quality of life. *J Dermatol Treat* 2020; 31: 470-475. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1746734>
 31. Merola JF, Amato DA, See K, et al. Evaluation of sPGA × BSA as an outcome measure and treatment target for clinical practice. *J Invest Dermatol* 2018; 138: 1955-1961. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2018.01.041>
 32. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7: 52.
 33. Jacobi A, Mayer A, Augustin M. Keratolytics and emollients and their role in the therapy of psoriasis: a systematic review. *Dermatol Ther* 2015; 5: 1-18. <https://doi.org/10.1007/s13555-015-0068-3>
 34. Koo K, Jeon C, Bhutani T. Beyond monotherapy: a systematic review on creative strategies in topical therapy of psoriasis. *J Dermatol Treat* 2017; 28: 702-708. <https://doi.org/10.1080/09546634.2017.1328098>
 35. Bark C, Brown C, Svangren P. Systematic literature review of long-term efficacy data for topical psoriasis treatments. *J Dermatol Treat* 2022; 33: 2118-2128. <https://doi.org/10.1080/09546634.2021.1925211>
 36. Zhao Y, Asahina A, Asawanonda P, et al. Systematic review and practical guidance on the use of topical calcipotriol and topical calcipotriol with betamethasone dipropionate as long-term therapy for mild-to-moderate plaque psoriasis. *J Dermatol* 2021; 48: 940-960. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15806>
 37. Ren J, Zhu Q, Wang S, et al. Clinical efficacy and safety of using calcipotriol–betamethasone compounding agent for psoriasis treatment: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dermatol Res* 2022; 314: 633-641. <https://doi.org/10.1007/s00403-021-02272-5>
 38. Kravvas G, Gholam K. Use of topical therapies for pediatric psoriasis: A systematic review. *Pediatr Dermatol* 2018; 35: 296-302. <https://doi.org/10.1111/pde.13422>
 39. Amiri D, Willy Schwarz C, et al. Safety and efficacy of topical calcineurin inhibitors in the treatment of facial and genital psoriasis: A systematic review. *Acta Derm Venereol* 2023; 103: 6525. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.6525>
 40. Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, et al. Topical treatments for scalp psoriasis: summary of a Cochrane Systematic Review. *Br J Dermatol* 2017; 176: 604-614. <https://doi.org/10.1111/bjd.14811>

41. Obeid G, Do G, Kirby L, et al. Interventions for chronic palmoplantar pustulosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 1: CD011628. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011628.pub2>
42. Ramachandran V, Bertus B, Bashyam AM, Feldman SR. Treating psoriasis with halobetasol propionate and tazarotene combination: A review of phase II and III clinical trials. *Ann Pharmacother* 2020; 54: 872-878. <https://doi.org/10.1177/1060028020910439>
43. Gu X, Shen M, Zhao S, Chen X. Combination of targeted UVB phototherapy and calcipotriene versus targeted UVB alone in psoriasis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Dermatol Treat* 2022; 33: 100-104. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1770177>
44. Masson Regnault M, Shourick J, Jendoubi F, et al. Time to relapse after discontinuing systemic treatment for psoriasis: A systematic review. *Am J Clin Dermatol* 2022; 23: 433-447. <https://doi.org/10.1007/s40257-022-00679-y>
45. Sbidian E, Chaimani A, Afach S, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 1: CD011535-CD011535. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011535.pub3>
46. van Huizen AM, Sikkil R, Caron AG, et al. Methotrexate dosing regimen for plaque-type psoriasis: an update of a systematic review. *J Dermatol Treat* 2022; 33: 3104-3118. <https://doi.org/10.1080/09546634.2022.2117539>
47. Mason KJ, Williams S, Yiu ZZN, et al. Persistence and effectiveness of nonbiologic systemic therapies for moderate-to-severe psoriasis in adults: a systematic review. *Br J Dermatol* 2019; 181: 256-264. <https://doi.org/10.1111/bjd.17625>
48. De Marco G, Berekméri A, Coates LC, et al. Systematic literature review of non-topical treatments for early, untreated (systemic therapy naïve) psoriatic disease: a GRAPPA initiative. *Rheumatol Adv Pract* 2020; 4: rkaa032. <https://doi.org/10.1093/rap/rkaa032>
49. Van Winden MEC, van der Schoot LS, van de L'Isle Arias M, et al. Effectiveness and Safety of Systemic Therapy for Psoriasis in Older Adults: A Systematic Review. *JAMA Dermatol* 2020; 156: 1229-1239. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.2311>
50. Vincken NLA, Balak DMW, Knulst AC, et al. Systemic glucocorticoid use and the occurrence of flares in psoriatic arthritis and psoriasis: a systematic review. *Rheumatol Oxf Engl* 2022; keac129. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac129>
51. Heidemeyer K, Kulac M, Sechi A, et al. Lasers for the treatment of psoriasis: a systematic review. *Expert Rev Clin Immunol* 2023; 19: 717-744. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2023.2205640>
52. Grazielle Quadros B, Marques Glen C, Neres D, et al. Therapeutic effects of laser on psoriasis plaques: a systematic review. *J Cosmet Laser Ther* 2023; 25: 65-73. <https://doi.org/10.1080/14764172.2023.2241691>
53. Peinemann F, Harari M, Peternel S, et al. Indoor salt water baths followed by artificial ultraviolet B light for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD011941. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011941.pub2>
54. Kim E, Lee G, Fischer G. Use of narrowband ultraviolet B (NB-UVB) in paediatric psoriasis: A systematic literature review and meta-analysis. *Australas J Dermatol* 2021; 62: 124-129. <https://doi.org/10.1111/ajd.13471>
55. Arora S, Das P, Arora G. Systematic review and recommendations to combine newer therapies with conventional therapy in psoriatic disease. *Front Med* 2021; 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.696597>
56. Duffin KC, Mazzuocolo LD, Cura MJ, et al. Treatment of psoriasis in patients with psoriatic arthritis: An updated literature review informing the 2021 GRAPPA treatment recommendations. *J Rheumatol* 2023; 50: 131-143. <https://doi.org/10.3899/jrheum.220316>
57. Balak DMW, Gerdes S, Parodi A, Salgado-Boquete L. Long-term safety of oral systemic therapies for psoriasis: A comprehensive review of the literature. *Dermatol Ther* 2020; 10: 589-613. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00409-4>
58. Lang Houser ME, Stewart JR, Brewer JD. Psoriasis patients treated with methotrexate have an increased risk of nonmelanoma skin cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cureus* 2023; 15: e37174. <https://doi.org/10.7759/cureus.37174>
59. Semaka A, Salopek TG. Risk of developing melanoma with systemic agents used to treat psoriasis: a review of the literature. *J Cutan Med Surg* 2022; 26: 87-92. <https://doi.org/10.1177/12034754211038509>
60. Thatiparthi A, Martin A, Liu J, Wu JJ. Risk of skin cancer with phototherapy in moderate-to-severe psoriasis: An updated systematic review. *J Clin Aesthetic Dermatol* 2022; 15: 68-75.
61. Tang E, Maqbool T, Lam M, et al. Safety of systemic medications among older adults with psoriasis and atopic dermatitis: a systematic review of observational studies. *J Cutan Med Surg* 2021; 25: 397-408. <https://doi.org/10.1177/1203475421993770>
62. Li Y, Cao Z, Guo J, et al. Assessment of efficacy and safety of UV-based therapy for psoriasis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Med* 2022; 54: 159-169. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2022187>
63. Pouplard C, Brenaut E, Horreau C, et al. Risk of cancer in psoriasis: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol J EADV* 2013; 27 Suppl 3: 36-46. <https://doi.org/10.1111/jdv.12165>
64. Van Geel MJ, Mul K, de Jager MEA, et al. Systemic treatments in paediatric psoriasis: a systematic evidence-based update. *J Eur Acad Dermatol Venereol J EADV* 2015; 29: 425-437. <https://doi.org/10.1111/jdv.12749>
65. Garner KK, Hoy KDS, Carpenter AM. Psoriasis: Recognition and management strategies. *Am Fam Physician* 2023; 108: 562-573.

66. Armstrong AW, Aldredge L, Yamauchi PS. Managing patients with psoriasis in the busy clinic. *J Cutan Med Surg* 2016; 20: 196-206. <https://doi.org/10.1177/1203475415623508>
67. Armstrong AW, Soliman AM, Betts KA, et al. Comparative efficacy and relative ranking of biologics and oral therapies for moderate-to-severe plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Dermatol Ther* 2021; 11: 885-905. <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00511-1>
68. Sun HY, Phan K, Paller AS, Sebaratnam DF. Biologics for pediatric psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dermatol* 2022; 39: 42-48. <https://doi.org/10.1111/pde.14870>
69. Xie Y, Liu Y. Does previous use of tumour necrosis inhibitors change the therapeutic effect of interleukin (IL)-17 or IL-12/23 inhibitors on psoriasis and psoriatic arthritis? Results of a systematic review. *Clin Exp Dermatol* 2022; 47: 1627-1635. <https://doi.org/10.1111/ced.15237>
70. Song GG, Lee YH. Comparative efficacy and safety of secukinumab, ixekizumab, and tofacitinib in patients with active psoriatic arthritis showing insufficient response to tumor necrosis factor inhibitors. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2021; 59: 511. <https://doi.org/10.5414/CP203944>
71. Laheru D, Antony A, Carneiro S, et al. Management of nail disease in patients with psoriatic arthritis: an updated literature review informing the 2021 GRAPPA treatment recommendations. *J Rheumatol* 2023; 50: 433-437. <https://doi.org/10.3899/jrheum.220313>
72. Beck KM, Yang EJ, Sanchez IM, Liao W. Treatment of genital psoriasis: A systematic review. *Dermatol Ther* 2018; 8: 509-525. <https://doi.org/10.1007/s13555-018-0257-y>
73. Heidemeyer K, May Lee M, Cazzaniga S, et al. Palmoplantar pustulosis: A systematic review of risk factors and therapies. *Psoriasis Auckl NZ* 2023; 13: 33-58. <https://doi.org/10.2147/PTT.S400402>
74. Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, et al. A systematic review of treatment strategies for erythrodermic psoriasis. *J Dermatol Treat* 2021; 32: 49-55. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1689228>
75. Kearns DG, Chat VS, Zang PD, et al. Review of treatments for generalized pustular psoriasis. *J Dermatol Treat* 2021; 32: 492-494. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1682502>
76. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: A review. *JAMA* 2020; 323: 1945-1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
77. Ford AR, Siegel M, Bagel J, et al. Dietary recommendations for adults with psoriasis or psoriatic arthritis from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: A systematic review. *JAMA Dermatol* 2018; 154: 934-950. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.1412>
78. Sánchez-García V, Hernández-Quiles R, de-Miguel-Balsa E, et al. Exposure to biologic therapy before and during pregnancy in patients with psoriasis: Systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023; 37: 1971-1990. <https://doi.org/10.1111/jdv.19238>
79. Owczarek W, Walecka I, Lesiak A, et al. The use of biological drugs in psoriasis patients prior to pregnancy, during pregnancy and lactation: a review of current clinical guidelines. *Adv Dermatol Allergol Dermatol Alergol* 2020; 37: 821-830. <https://doi.org/10.5114/ada.2020.102089>
80. Gupta A, Peyrin-Biroulet L, Ananthakrishnan AN. Risk of cancer recurrence in patients with immune-mediated diseases with use of immunosuppressive therapies: An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2024; 22: 499-512. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.07.027>
81. Russell MD, Stovin C, Alveyn E, et al. JAK inhibitors and the risk of malignancy: a meta-analysis across disease indications. *Ann Rheum Dis* 2023; 82: 1059-1067. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224049>
82. Zhang Z, Fan W, Yang G, et al. Risk of tuberculosis in patients treated with TNF- α antagonists: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2017; 7: e012567. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012567>
83. Lee J, Kim E, Jang EJ, et al. Efficacy of treatment for latent tuberculosis in patients undergoing treatment with a tumor necrosis factor antagonist. *Ann Am Thorac Soc* 2017; 14: 690-697. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201608-647OC>
84. Fowler E, Ghamrawi R, Ghiam N, et al. Risk of tuberculosis reactivation during interleukin-17 inhibitor therapy for psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34: 1449-1456. <https://doi.org/10.1111/jdv.16254>
85. Puig L, Tsai T, Bhutani T, et al. Safety in moderate-to-severe plaque psoriasis patients with latent tuberculosis treated with guselkumab and anti-tuberculosis treatments concomitantly: results from pooled phase 3 VOYAGE 1 & VOYAGE 2 trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34: 1744-1749. <https://doi.org/10.1111/jdv.16460>
86. Huang YW, Tsai TF. A drug safety evaluation of risankizumab for psoriasis. *Expert Opin Drug Saf* 2020; 19: 395-402. <https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1736034>
87. Evangelatos G, Koulouri V, Iliopoulos A, Fragoulis GE. Tuberculosis and targeted synthetic or biologic DMARDs, beyond tumor necrosis factor inhibitors. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2020; 12: 1759720X20930116. <https://doi.org/10.1177/1759720X20930116>
88. Li L, Jiang X, Fu L, et al. Reactivation rates of hepatitis B or C or HIV in patients with psoriasis using biological therapies: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Med* 2023; 23: 701-715. <https://doi.org/10.1007/s10238-022-00827-y>
89. Baumrin E, Van Voorhees A, Garg A, et al. A systematic review of herpes zoster incidence and consensus recommendations on vaccination in adult patients on systemic therapy for psoriasis or psoriatic arthritis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81: 102-110. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.03.017>

90. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Shingles (Herpes Zoster). October 22, 2024. <https://www.cdc.gov/shingles/hcp/vaccine-considerations/>
91. Chen X, Hong S, Sun X, et al. Efficacy of fish oil and its components in the management of psoriasis: a systematic review of 18 randomized controlled trials. *Nutr Rev* 2020; 78: 827-840. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuz098>
92. Yang SJ, Chi CC. Effects of fish oil supplement on psoriasis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Complement Altern Med* 2019; 19: 354. <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2777-0>
93. Zhou H, Wu R, Kong Y, et al. Impact of smoking on psoriasis risk and treatment efficacy: a meta-analysis. *J Int Med Res* 2020; 48: 300060520964024. <https://doi.org/10.1177/0300060520964024>
94. Richer V, Roubille C, Fleming P, et al. Psoriasis and smoking: A systematic literature review and meta-analysis with qualitative analysis of effect of smoking on psoriasis severity. *J Cutan Med Surg* 2016; 20: 221-227. <https://doi.org/10.1177/1203475415616073>
95. Shen F, Song Y, Qiang Y, et al. Tobacco smoking interacted with alcohol drinking could increase the failure of PASI75 achievement at week 8 among patients with psoriasis: Findings based on a psoriasis cohort. *Psoriasis Auckl NZ* 2024; 14: 103-114. <https://doi.org/10.2147/PTT.S484609>

ANEXO 1

PARTICIPANTES

Expertos temáticos

Grupo desarrollador

Elmer Alfredo López Lutz. MD. Especialista en Medicina Interna y Dermatología. Honduras.

Martha Miniño. MD. Especialista en Patología General y Quirúrgica, especialista en Dermatología, especialista en Dermatopatología. República Dominicana.

Enrique Salvador Rivas Zaldívar. MD. Especialista en Dermatología. Guatemala.

Benjamín Hidalgo Matlock. MD. Especialista en dermatología. Costa Rica.

Lina Donatella Petrocell. MD. Especialista en dermatología. El Salvador.

Panel de consenso

Roberto Ernesto Alas Carbajal. MD. Especialista en Dermatología. Especialista en Cirugía Dermatológica y Dermato-Oncología. Máster en Cáncer cutáneo avanzado y Cirugía de Mohs. Nicaragua.

María Elena Castelar de Ramos. MD. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Dermatología, Leprología y Micología. El Salvador.

Miriam Azucena Hernández Rousselin. MD. Cirujano. Especialista en Dermatología. Guatemala.

Nancy Corina Matute García. MD. Cirujano. Especialista en Dermatología. Honduras.

Solange Reynoso. MD. Especialista en Dermatología. República Dominicana.

Rosa Carolina Wilson Gómez. MD. Especialista en Dermatología. Nicaragua.

Pablo Noel. MD. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Dermatología. Panamá.

Equipo metodológico

Susan Martínez R. MD. Especialista en epidemiología. Magister en Salud Pública. EpiThink Health Consulting.

Linda Ibatá. MD. Especialista en epidemiología. Magister en Salud Pública. EpiThink Health Consulting.

Julieth Carolina Castillo. RN. Especialista en epidemiología. Magister en Salud Pública. EpiThink Health Consulting.

Jorge Ospina. MD. Magister en Farmacología. EpiThink Health Consulting.

DECLARACIÓN DE INTERESES

Los participantes en el desarrollo de la GPC completaron una declaración de intereses en un formato preestablecido siguiendo el Manual de procesos participativos del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).¹¹ Los resultados de la evaluación de los conflictos de interés de los miembros y las decisiones sobre participación plena o limitada se describen a continuación:

Conflictos de intereses del grupo desarrollador y análisis de participación

Integrante	Declaración	Decisión de participación
Expertos clínicos		
Elmer Alfredo López Lutz	Ninguno	Participación libre
Martha Miniño	Investigador clínico estudio PURE (efectividad y seguridad en el mundo real de secukinumab), conferencista Novartis, Asofarma, Pfizer, Abbvie Advisor Sanofi, Asofarma	Participación condicional (exclusión específica sobre el medicamento)
Enrique Salvador Rivas Zaldívar	Investigador clínico estudio PURE (efectividad y seguridad en el mundo real de secukinumab) y Abbvie Conferencias para: Abbvie, Novartis	Participación libre
Benjamín Hidalgo Matlock	Investigador clínico para: Cutera (Estudio de Laser) Novartis (Estudio Observacional)	Participación libre
Lina Donatella Petrocell	Ninguno	Participación libre
Roberto Ernesto Alas Carbajal	Ninguno	Participación libre
María Elena Castelar de Ramos	Investigador clínico para: Sun Pharmaceutical Industries Conferencista para Janssen	Participación libre
Azucena Hernández Rousselin	Investigador clínico para Novartis	Participación libre
Nancy Corina Matute García	Ninguno	Participación libre
Solange Reynoso	Conferencista para: Abbvie, Janssen, Novartis, Asofarma Advisor para: Abbvie, Janssen, Novartis Investigador clínico para Novartis	Participación libre
Rosa Carolina Wilson Gómez	Ninguno	Participación libre
Pablo Noel	Ninguno Miembro de la Asociación Panameña de Dermatología	Participación libre

ANEXO 2*Consensos y recomendaciones incluidos como evidencia soporte*

- 2022 Taiwanese Dermatological Association (TDA), Taiwanese Association for Psoriasis and Skin Immunology (TAPSI), and Taiwan Society of Cardiology (TSOC) joint consensus recommendations for the management of psoriatic disease with attention to cardiovascular comorbidities.
- A systematic review of herpes zoster incidence and consensus recommendations on vaccination in adult patients on systemic therapy for psoriasis or psoriatic arthritis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation.
- 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.
- Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 1.
- Biologics recommendations for patients with psoriasis: A critical appraisal of clinical practice guidelines for psoriasis.
- Diagnostic and therapeutic guidelines for plaque psoriasis - Brazilian Society of Dermatology.
- Dietary Recommendations for Adults with Psoriasis or Psoriatic Arthritis from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: A Systematic Review.
- Psoriasis in solid organ transplant patients: Best practice recommendations from The Medical Board of the National Psoriasis Foundation.
- Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis in case of coexisting inflammatory, neurologic, infectious or malignant disorders (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 2).
- Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 1).
- Common Approach to Metabolic-Associated Fatty Liver Disease in Patients with Psoriasis: Consensus-Based Recommendations from a Multidisciplinary Group of Experts.
- Dermatologists' role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations.
- EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update.
- Expert recommendations for biological treatment in patients with psoriasis.
- Management of Psoriasis During Preconception, Pregnancy, Postpartum, and Breastfeeding: A Consensus Statement.
- National Psoriasis Foundation COVID-19 Task Force guidance for management of psoriatic disease during the pandemic: Version 2-Advances in psoriatic disease management, COVID-19 vaccines, and COVID-19 treatments.
- Recommendations of the Mexican College of Rheumatology for the management of psoriatic arthritis.

- Recommendations of the Spanish Society of Rheumatology on treatment and use of systemic biological and non-biological therapies in psoriatic arthritis.

Cuadro 1. Características de las GPC preseleccionadas y evaluación de calidad

Nombre	Temática	Año	Evaluación global de la evidencia
2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis	Tratamiento de la artritis psoriásica	2018	5
Latin American Clinical Practice Guidelines on the Systemic Treatment of Psoriasis SOLAPSO - Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (Latin American Psoriasis Society)	Tratamiento de la psoriasis	2019	5
Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia 2018	Tratamiento de la psoriasis	2018	7
Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia. ACTUALIZACIÓN 2022	Tratamiento de la psoriasis	2022	7
British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020: A rapid update	Terapia biológica de la psoriasis	2020	6
EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: Treatment and monitoring recommendations	Tratamiento sistémico de la psoriasis vulgaris	2020	6
EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 2: Specific clinical and comorbid situations	Tratamiento sistémico de la psoriasis vulgaris	2021	6
Japanese Dermatological Association Guidelines Development Committee for the Guidelines for the Management and Treatment of Generalized Pustular Psoriasis. Japanese guidelines for the management and treatment of generalized pustular psoriasis: The new pathogenesis and treatment of GPP	Tratamiento de la psoriasis postular generalizada	2018	3
French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults	Tratamiento de la psoriasis moderada a grave	2019	5
Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities	Tratamiento de la psoriasis y atención de comorbilidades	2019	5
Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics	Tratamiento de la psoriasis con biológicos	2019	5
Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures	Tratamiento de la psoriasis con terapia tópica y medicina alternativa	2020	5
Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients	Tratamiento de la psoriasis en pediatría	2019	5
Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies	Tratamiento de la psoriasis con terapia no biológica sistémica	2020	5
Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy	Tratamiento de la psoriasis y fototerapia	2019	5

AAD: American Academy of Dermatology; NPF: National Psoriasis Foundation.

* La evaluación de la calidad en un número de 1 a 7. Escala de puntuación 1: "muy en desacuerdo", puntuación 7: "muy de acuerdo". La puntuación aumenta en la medida en que se cumplan más criterios y se traten más consideraciones.

Estrategias de búsqueda en bases de datos electrónicas

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Cantidad de documentos identificados
PubMed*	((PSORIASIS) OR (PSORIASIS[MeSH Terms])) AND (((Clinical protocols)[MESH] OR «Consensus»[MESH] OR «Consensus development conferences as topic»[MESH] OR «Critical pathways»[MESH] OR «Guidelines as topic» OR «Practice guidelines as topic»[MESH] OR «Health planning guidelines»[MESH] OR «Clinical Decision Rules»[MESH] OR «guideline»[pt] OR «practice guideline»[pt] OR «consensus development conference»[pt] OR «consensus development conference, NIH»[pt] OR position statement*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR best practice*[tiab] OR standards[TI] OR guideline[TI] OR guidelines[TI] OR standards[ot] OR guideline[ot] OR guidelines[ot] OR guideline*[cn] OR standards[cn] OR consensus*[cn] OR recommendat*[cn] OR practice guideline*[tiab] OR treatment guideline*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR clinical guideline*[tiab] OR guideline recommendation*[tiab] OR consensus*[tiab] OR ((critical[tiab] OR clinical[tiab] OR practice[tiab]) AND (path[tiab] OR paths[tiab] OR pathway[tiab] OR pathways[tiab] OR protocol*[tiab] OR bulletin[tiab] OR bulletins[tiab])) OR recommendat*[ti] OR recommendat*[ot] OR (care[tiab] AND (standard[tiab] OR path[tiab] OR paths[tiab] OR pathway[tiab] OR pathways[tiab] OR map[tiab] OR maps[tiab] OR plan[tiab] OR plans[tiab])) OR (algorithm*[tiab] AND (screening[tiab] OR examination[tiab] OR test[tiab] OR tested[tiab] OR testing[tiab] OR assessment*[tiab] OR diagnosis[tiab] OR diagnoses[tiab] OR diagnosed[tiab] OR diagnosing[tiab])) OR (algorithm*[tiab] AND (pharmacotherap*[tiab] OR chemotherap*[tiab] OR chemotreatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR treatment*[tiab] OR intervention*[tiab])) AND ((y_5[Filter]) AND (practiceguideline[Filter])))	48
Lilacs	psoriasis AND guideline AND (db:(“LILACS”) AND (year_cluster:[2018 TO 2023]))	3

* Filtro para búsqueda de GPC tomado de: https://searchfilters.cadth.ca/list?q=&ps=20&p=1&topic_facet=guidelines%20000000%7CGuidelines

Calificación Agree II

Nombre	Dominio 1. Alcance y objetivo (%)	Dominio 2. Participación de los implicados (%)	Dominio 3. Rigor en la elaboración (%)	Dominio 4. Claridad de la presentación (%)	Dominio 5. Aplicabilidad (%)	Dominio 6. Independencia editorial (%)
2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis (2018)	67	72	81	89	67	100
Latin American Clinical Practice Guidelines on the Systemic Treatment of Psoriasis. SOLAPSO Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (Latin American Psoriasis Society) (2019)	89	61	69	89	17	100
Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia (2018 y 2022)	100	100	100	100	100	100

Nombre	Dominio 1. Alcance y objetivo (%)	Dominio 2. Participación de los implicados (%)	Dominio 3. Rigor en la elaboración (%)	Dominio 4. Claridad de la presentación (%)	Dominio 5. Aplicabilidad (%)	Dominio 6. Independencia editorial (%)
British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020: A rapid update	94	94	96	94	83	100
EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris – Part 1: Treatment and monitoring recommendations (2020)	100	67	92	100	75	100
EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris – Part 2: Specific clinical and comorbid situations (2021)	100	67	92	100	75	100
Japanese guidelines for the management and treatment of generalized pustular psoriasis: The new pathogenesis and treatment of GPP (2018)	83	39	58	89	13	100
French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults (2019)	94	78	71	89	58	100
Joint American Academy of Dermatology e National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy (2019) Joint American Academy of Dermatology e National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies (2020) Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities (2019) Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics (2019) Joint AAD-NPFGuidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures (2020) Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients (2019)	89	72	63	78	42	100

AAD: American Academy of Dermatology; NPF: National Psoriasis Foundation.

Estrategias de búsqueda en bases de datos electrónicas

PICO 1. Metas de tratamiento

Reporte de búsqueda electrónica 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 "Psoriasis"[Mesh] OR 'psoriasis' or 'psoriasiform dermatitis' or 'psoriasiform dermatosis' or 'psoriatic skin', 65101
	#2 "psoriasis area and severity index" [Title/Abstract] OR "psoriasis area severity index"[Title/Abstract] OR "pasi"[Title/Abstract] OR "severity index"[Title/Abstract] OR "body surface"[Title/Abstract] OR "area, body surface"[Title/Abstract] OR "body surface"[Title/Abstract] OR "body surface area"[Title/Abstract] OR "surface, body"[Title/Abstract] OR "bsa"[Title/Abstract] OR "physician global assessment"[Title/Abstract] OR "pga"[Title/Abstract] OR "psoriasis symptom inventory"[Title/Abstract] OR "psi"[Title/Abstract] OR "dermatology life quality index"[Title/Abstract] OR "dlqi"[Title/Abstract] OR "dermatologic life quality index"[Title/Abstract] OR "dermatological life quality index"[Title/Abstract] OR "dermatology life quality index"[Title/Abstract] OR "dermatology quality of life index"[Title/Abstract] OR "pruritus assessment"[Title/Abstract] OR "nrs"[Title/Abstract], 112102
	#3 "Goals"[Mesh] OR "therapeutic goals" or "treatment goal" or "treatment target" or "clinical goals", 28701
	#4 2 AND 3, 104
	#5 1 AND 4, 40
Referencias identificadas	40

Reporte de búsqueda electrónica 2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1, "psoriasis/mj OR 'psoriasiform dermatitis' OR 'psoriasiform dermatosis' OR 'psoriatic skin'", 48015, 2 Nov 2023</p> <p>#2, "psoriasis area and severity index/mj OR 'psoriasis area severity index' OR 'psoriasis area and severity index' OR pasi OR 'severity index'/mj OR 'body surface'/mj OR 'area, body surface' OR 'body surface' OR 'body surface area' OR 'surface, body' OR bsa OR 'physician global assessment'/mj OR pga OR 'psoriasis symptom inventory'/mj OR psi OR 'dermatology life quality index'/mj OR 'dlqi' OR 'dermatologic life quality index' OR 'dermatological life quality index' OR 'dermatology life quality index' OR 'dermatology quality of life index' OR 'pruritus assessment' OR nrs", 164482, 2 Nov 2023</p> <p>#3, "therapeutic goals' OR 'treatment goal' OR 'treatment target' OR 'clinical goals'", 14700, 2 Nov 2023</p> <p>#4, "#2 AND #3", 224, 2 Nov 2023</p> <p>#5, "#1 AND #4", 42, 2 Nov 2023</p>
Referencias identificadas	42

Reporte de búsqueda electrónica 3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1 ('psoriasis' or 'psoriasiform dermatitis' or 'psoriasiform dermatosis' or 'psoriatic skin').ab,kw,ti.,</p> <p>#2 (((('psoriasis area and severity index') or 'psoriasis area severity index' or 'psoriasis area) and severity index') or pasi or 'severity index' or 'body surface' or 'area, body surface' or 'body surface' or 'body surface area' or 'surface, body' or bsa or 'physician global assessment' or 'pga' or 'psoriasis symptom inventory' or 'psi' or 'dermatology life quality index' or 'dlqi' or 'dermatologic life quality index' or 'dermatological life quality index' or 'dermatology life quality index' or 'dermatology quality of life index' or 'pruritus assessment' or nrs').ab,kw,ti., 25389</p> <p>#3 ('therapeutic goals' or 'treatment goal' or 'treatment target' or 'clinical goals').ab,kw,ti., 1647</p> <p>#4 #2 and #3, 59</p> <p>#5 #1 and #4, 26</p>
Referencias identificadas	26

Reporte de búsqueda electrónica 4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	LILACS
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud - BVS, interfaz iAHx
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	(Psoriasis) AND ((psoriasis area and severity index) AND (pasi) OR (body surface) OR (BSA) OR (physician global assessment) OR (pga) OR (psoriasis symptom inventory) OR (psi) OR (dermatology life quality) OR (DLQI) OR (pruritus assessment) OR (nrs)) AND ((Goals) OR (treatment target)) 227
	(psoriasis) AND ((psoriasis area AND severity index) AND (pasi) OR (body surface) OR (bsa) OR (physician global assessment) OR (pga) OR (psoriasis symptom inventory) OR (psi) OR (dermatology life quality) OR (dlqi) OR (pruritus assessment) OR (nrs)) AND ((goals) OR (treatment target)) AND (db:("WPRIM" OR "BRISA"))
Referencias identificadas	10

PICO 2. Tratamiento tópico

Reporte de búsqueda electrónica 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1 Psoriasis"[Mesh] OR 'psoriasis' or 'psoriasiform dermatitis' or 'psoriasiform dermatosis' or 'psoriatic skin', 65844</p> <p>#2 "Administration, Topical"[Mesh] OR 'topical drug administration' OR 'administration, topical' OR 'drug administration, topical' OR 'topic administration' OR 'topic application' OR 'topic medication' OR 'topic therapy' OR 'topic treatment' OR 'topical administration' OR 'topical application', 1136550</p> <p>#3 "Steroids, Fluorinated"[Mesh] OR "Betamethasone"[Mesh] OR "Clobetasol"[Mesh] OR "Desoximetasone"[Mesh] OR "diflorasone" [Supplementary Concept] OR "Fluocinolone Acetonide"[Mesh] OR "Fluocinonide"[Mesh] OR "Flurandrenolone"[Mesh] OR "halobetasol" [Supplementary Concept] OR "amcinonide" [Supplementary Concept] OR "Mometasone Furoate"[Mesh] OR "Triamcinolone"[Mesh] OR "Fluticasone"[Mesh] OR "Hydrocortisone"[Mesh], 150413</p> <p>#4 "Calcineurin Inhibitors"[Mesh] OR "Tacrolimus"[Mesh] OR "pimecrolimus" [Supplementary Concept], 20857</p> <p>#5 "calcipotriene" [Supplementary Concept] OR "1 alpha,24-dihydroxyvitamin D3" [Supplementary Concept] OR "maxacalcitol" [Supplementary Concept] OR "Calcitriol/analogs and derivatives"[Mesh], 2702</p> <p>#6 "tazarotene" [Supplementary Concept], 432</p> <p>#7 ("Emollients"[Mesh] OR ('moisturizer), 47956</p> <p>#8 ("Salicylic Acid"[Mesh] OR "Salicylates"[Mesh] OR "Sodium Salicylate"[Mesh], 79174</p> <p>#9 "Anthralin"[Mesh], 945</p> <p>#10 "Coal Tar"[Mesh], 2363</p> <p>#11 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10, 302063</p> <p>#12 2 AND 11, 249969</p> <p>#13 1 and 12, 3573</p> <p>#14 13 Filters: Systematic Review, 32</p>
Referencias identificadas	32

Reporte de búsqueda electrónica 2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1, "psoriasis/mj OR 'psoriasisform dermatitis' OR 'psoriasisform dermatosis' OR 'psoriatic skin'",48523 #2,"topical drug administration'/mj OR 'administration, topical' OR 'drug administration, topical' OR 'topic administration' OR 'topic application' OR 'topic medication' OR 'topic therapy' OR 'topic treatment' OR 'topical administration' OR 'topical application'",27549 #3,"corticosteroid'/mj OR 'corticoid' OR 'corticosteroids' OR 'corticosteroids, topical' OR 'dermocorticosteroid'",189594 #4,"betamethasone'/mj OR 'betametasone' OR 'clobetasol propionate'/mj OR 'desoximetasone'/mj OR 'diflorasone diacetate'/mj OR 'flucinolone acetonide'/mj OR 'fludroxycortide'/mj OR 'halobetasol'/mj OR 'amcinonide'/mj OR 'mometasone furoate'/mj OR 'triamcinolone'/mj OR 'fluticasone'/mj OR 'hydrocortisone'/mj",73041 #5,"#3 OR #4",254260 #6,"calcineurin inhibitor'/mj OR 'tacrolimus'/mj OR 'pimecrolimus'/mj",22288 #7,"vitamin d derivative'/exp OR 'vitamin d analog' OR 'calcipotriol'/mj OR 'calcipotriene' OR 'calcipotriene hydrate' OR 'calcitriol'/mj OR 'tacalcitol'/mj OR '22 oxacalcitriol'/mj OR 'maxacalcitol'",20602 #8,"tazarotene'/mj OR 'tazaroten'",463 #9,"humidifier'/mj OR 'moisturizer' OR 'emollient agent'/mj OR 'emollient' OR 'emollients'",11345 #10,"salicylic acid'/mj OR 'salicyclic acid' OR 'salicyl' OR 'salicylate' OR 'salicylic acid soap'",31529 #11,"dithranol'/mj OR 'anthralin' OR 'anthraline' OR 'anthranol' OR 'dioxyanthanol' OR 'dioxyanthranol' OR 'dithranol' OR 'dithranol'",3645 #12,"coal tar'/mj OR 'coal tar extract' OR 'coaltar' OR 'synthetic tar mixture' OR 'tar, coal'",1563 #13,"#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12",338628 #14,"#2 AND #13",1796 #15,"#1 AND #14",139
Referencias identificadas	139

Reporte de búsqueda electrónica 3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1, "psoriasis" OR 'psoriasiform dermatitis' OR 'psoriasiform dermatosis' OR 'psoriatic skin', 9308 #2, "topical drug administration" OR 'administration, topical' OR 'drug administration, topical' OR 'topic administration' OR 'topic application' OR 'topic medication' OR 'topic therapy' OR 'topic treatment' OR 'topical administration' OR 'topical application', 8330 #3, "corticosteroid" OR 'corticoid' OR 'corticosteroids' OR 'corticosteroids, topical' OR 'dermocorticosteroid', 24992 #4, "betamethasone" OR 'betametasona' OR 'clobetasol propionate' OR 'desoximetasona' OR 'diflorasona diacetate' OR 'fluocinolone acetonide' OR 'fludroxycortide' OR 'halobetasol' OR 'amcinonide' OR 'mometasona furoate' OR 'triamcinolone' OR 'fluticasone' OR 'hydrocortisone', 16980 #5, "#3 OR #4", 37601 #6, "calcineurin inhibitor" OR 'tacrolimus' OR 'pimecrolimus', 5949 #7, "vitamin d derivative" OR 'vitamin d analog' OR 'calcipotriol' OR 'calcipotriene' OR 'calcipotriene hydrate' OR 'calcitriol' OR 'tacalcitol' OR '22 oxacalcitriol' OR 'maxacalcitol', 2047 #8, "tazarotene" OR 'tazaroten', 278 #9, "humidifier" OR 'moisturizer' OR 'emollient agent' OR 'emollient' OR 'emollients', 1896 #10, "salicylic acid" OR 'salicylic acid' OR 'salicyl' OR 'salicylate' OR 'salicylic acid soap', 1664 #11, "dithranol" OR 'anthralin' OR 'anthraline' OR 'anthranol' OR 'dioxyanthanol' OR 'dioxyanthranol' OR 'dithranol' OR 'dithranol', 240 #12, "coal tar" OR 'coal tar extract' OR 'coaltar' OR 'synthetic tar mixture' OR 'tar, coal', 117 #13, "#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12", 47655 #14, "#2 AND #13", 1434 #15, "#1 AND #14", 232 #16, 15 and 2013:2023.(sa_year).
Referencias identificadas	95

Reporte de búsqueda electrónica 4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	LILACS
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud - BVS, interfaz iAHx
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>(psoriasis) AND ((topic therapy) OR (topical administration) OR (topic treatment) OR (steroids) OR (corticosteroid) OR (calcineurin inhibitor) OR (tacrolimus) OR (pimecrolimus) OR (calcipot*) OR (calcitriol) OR (tazarotene) OR (emollients) OR (moisturizer) OR (salicylic acid) OR (salicylates) OR (anthralin) OR (coal tar)) 9.473</p> <p>(psoriasis) AND ((topic therapy) OR (topical administration) OR (topic treatment) OR (steroids) OR (corticosteroid) OR (calcineurin inhibitor) OR (tacrolimus) OR (pimecrolimus) OR (calcipot*) OR (calcitriol) OR (tazarotene) OR (emollients) OR (moisturizer) OR (salicylic acid) OR (salicylates) OR (anthralin) OR (coal tar)) AND (db:(“WPRIM” OR “IBECS” OR “LILACS” OR “BINACIS” OR “CUMED” OR “BRISA” OR “AIM” OR “LIPECS” OR “DECS” OR “HomeoIndex” OR “MedCarib” OR “PREPRINT-MEDRXIV” OR “SOF”) 440</p> <p>(psoriasis) AND ((topic therapy) OR (topical administration) OR (topic treatment) OR (steroids) OR (corticosteroid) OR (calcineurin inhibitor) OR (tacrolimus) OR (pimecrolimus) OR (calcipot*) OR (calcitriol) OR (tazarotene) OR (emollients) OR (moisturizer) OR (salicylic acid) OR (salicylates) OR (anthralin) OR (coal tar)) AND (db:(“WPRIM” OR “IBECS” OR “LILACS” OR “BINACIS” OR “CUMED” OR “BRISA” OR “AIM” OR “LIPECS” OR “DECS” OR “HomeoIndex” OR “MedCarib” OR “PREPRINT-MEDRXIV” OR “SOF”) AND type_of_study:(“systematic_reviews”) 8</p>
Referencias identificadas	8

PICO 3. Tratamiento sistémico

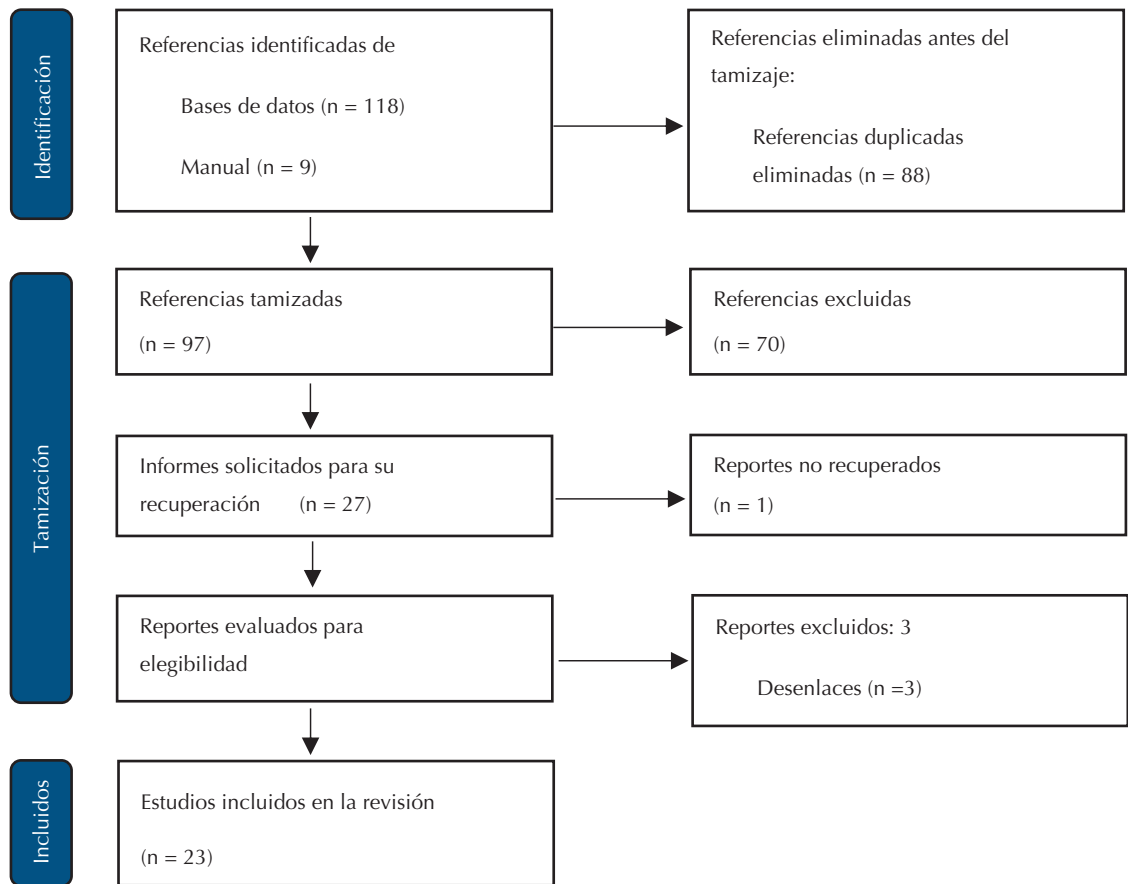
Reporte de búsqueda electrónica 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Medline
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1, "Psoriasis"[Mesh] OR 'psoriasis' or 'psoriasiform dermatitis' or 'psoriasiform dermatosis' or 'psoriatic skin', 65900</p> <p>#2, (((("Phototherapy"[Mesh]) OR "Photochemotherapy"[Mesh]) OR "Low-Level Light Therapy"[Mesh]) OR "Ultraviolet Therapy"[Mesh]) OR "PUVA Therapy"[Mesh], 54775</p> <p>#3, "Methotrexate"[Mesh] OR 'mtx' OR 'methopterine' OR 'abitrexate' OR 'amethopterin' OR 'amethopterine' OR 'ametofterine' OR 'biotrexate' OR 'brimexate' OR 'emtexate' OR 'folex' OR 'lantarel' OR 'ledertrexate' OR 'metatrexan' OR 'metex' OR 'methoblastin' OR 'methotrexat' OR 'methotrexate' OR 'methotrexate sodium' OR 'methotrexato' OR 'methoxtrexate' OR 'methrotrexate' OR 'methylaminopterin' OR 'metothrexate' OR 'metothrexate sodium' OR 'metotrexat' OR 'metotrexate' OR 'metrotex' OR 'sodium methotrexate' OR 'texate' OR 'xaken', 63599</p> <p>#5, "Cyclosporine"[Mesh] OR 'cequa' OR 'cgc1072' OR 'cicloral' OR 'ciclosporin' OR 'ciclosporin a' OR 'ciclosporine' OR 'consupren' OR 'cyclozol' OR 'cyclosporin' OR 'cyclosporin a' OR 'cyclosporin neoral' OR 'cyclosporine' OR 'cyclosporine a' OR 'imusporin' OR 'neoimmun' OR 'neoral' OR 'neoral-sandimmun' OR 'optimmune' OR 'restasis', 62845</p> <p>#6, "Acitretin"[Mesh] 'accutane' OR 'acitre' OR 'acitretin' OR 'acitretin' OR 'acitretin' OR 'etretinate free acid' OR 'keawutan' OR 'keratoderma' OR 'neotigason' OR 'soriatane', 5594</p> <p>#7,"#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6", 182124</p> <p>#8,"#1 AND #7", 9678</p> <p>#9, #8 Filters: Systematic Review, in the last 5 years, 95</p>
Referencias identificadas	95

Reporte de búsqueda electrónica 2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Embase
Plataforma	Embase
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1, "psoriasis"/mj OR 'psoriasiform dermatitis' OR 'psoriasiform dermatosis' OR 'psoriatic skin'",48529</p> <p>#2, "phototherapy"/mj OR 'light therapy' OR 'puva'/mj OR 'puva' OR 'puva radiation' OR 'puva therapy' OR 'methoxsalen irradiation therapy' OR 'psoralen uva therapy' OR 'ultraviolet b radiation'/mj OR 'uv b' OR 'ultraviolet b' OR 'ultraviolet b irradiation' OR 'ultraviolet irradiation b' OR 'ultraviolet radiation b' OR 'uv b radiation' OR 'uvb radiation' OR 'excimer laser'/mj OR 'ec-5000 (excimer laser)' OR 'ec-5000 quest' OR 'xtrac' OR 'excimer laser' OR 'excimer laser device' OR 'excimer laser device (physical object)' OR 'excimer lasers' OR 'laser, excimer' OR 'lasers, excimer' OR 'photochemotherapy'/mj OR 'chemophototherapy' OR 'hematoporphyrin photoradiation' OR 'photo-activated chemotherapy' OR 'photo-chemotherapy' OR 'photoactivated chemotherapy' OR 'photodynamic therapy'/mj OR 'photodynamic treatment' OR 'photosensitisation (intentional)' OR 'photosensitization (intentional)' OR 'therapeutic photosensitization' OR 'therapy, photodynamic' OR 'goeckerman therapy'/mj OR 'grenz radiation'/mj",79856</p> <p>#3, "methotrexate"/mj OR 'mtx' OR 'a methopterine' OR 'abitrexate' OR 'amethopterin' OR 'amethopterine' OR 'ametofterine' OR 'biotrexate' OR 'brimexate' OR 'emtexate' OR 'farmotrex' OR 'folex' OR 'lantarel' OR 'ledertrexate' OR 'metatrexan' OR 'metex' OR 'methoblastin' OR 'methohexate' OR 'methotrate' OR 'methotrexat' OR 'methotrexate' OR 'methotrexate sodium' OR 'methotrexate-lde' OR 'methotrexato' OR 'methoxtrexate' OR 'methrotrexate' OR 'methylaminopterin' OR 'methylaminopterine' OR 'metecil' OR 'methothrexate' OR 'methothrexate sodium' OR 'metotrexat' OR 'metotrexate' OR 'metotrexin' OR 'metrotex' OR 'sodium methotrexate' OR 'texate' OR 'xaken'",228055</p> <p>#4, "cyclosporine"/mj OR 'capimune' OR 'capsorin' OR 'cequa' OR 'cgc1072' OR 'cicloral' OR 'ciclosporin' OR 'ciclosporin a' OR 'ciclosporine' OR 'consupren' OR 'cyclasol' OR 'cyclosporin' OR 'cyclosporin a' OR 'cyclosporin neoral' OR 'cyclosporine' OR 'cyclosporine a' OR 'immunosporin' OR 'imusporin' OR 'neciclopin' OR 'neoimmun' OR 'neoral' OR 'neoral-sandimmun' OR 'optimune' OR 'restasis' OR 'restaysis' OR 'sporilen'",182615</p> <p>#5, "acitretin"/mj OR 'acicutan' OR 'acitren' OR 'acitretin' OR 'acitretina' OR 'acitretine' OR 'etretinate free acid' OR 'keracutan' OR 'keraderm' OR 'neotigason' OR 'soriatane'",8767</p> <p>#6, "#2 OR #3 OR #4 OR #5",451844</p> <p>#7, "#1 AND #6",11149</p> <p>#9, "#1 AND #6 AND [2018-2024]/py",2322</p> <p>#10, "#1 AND #7 AND [2018-2024]/py AND ((cochrane review)/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim)",153</p>
Referencias identificadas	153

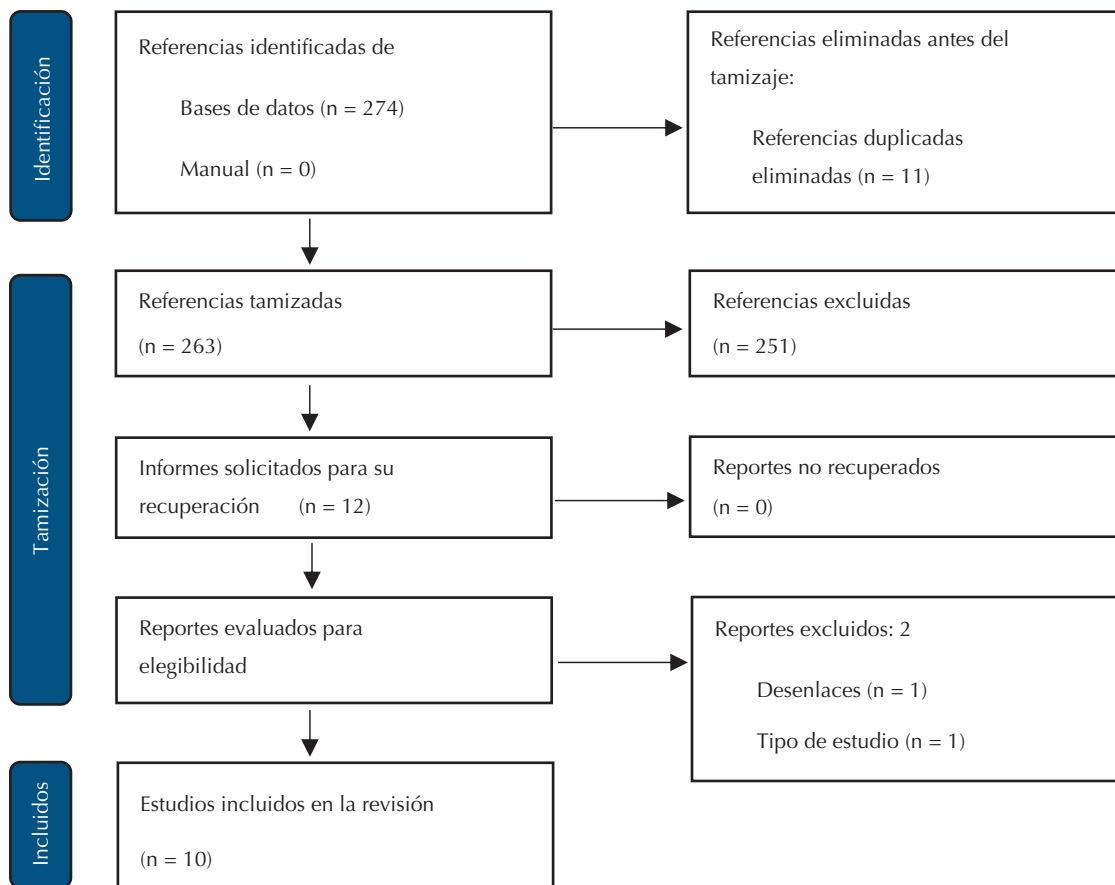
Reporte de búsqueda electrónica 3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	
Rango de fecha de búsqueda	
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1, ('psoriasis' or 'psoriasisiform dermatitis' or 'psoriasisiform dermatosis' or 'psoriatic skin').ti,ab,kw.,129</p> <p>#2, ('phototherapy' or 'light therapy' or 'puva' or 'puva' or 'puva radiation' or 'puva therapy' or 'methoxsalen irradiation therapy' or 'psoralen uva therapy' or 'ultraviolet b radiation' or 'uv b' or 'ultraviolet b' or 'ultraviolet B irradiation' or 'ultraviolet irradiation b' or 'ultraviolet radiation b' or 'uv b radiation' or 'uvb radiation' or 'excimer laser' or 'ec-5000' or 'ec-5000 quest' or 'xtrac' or 'excimer laser' or 'excimer laser device' or 'excimer laser device' or 'excimer lasers' or 'laser, excimer' or 'lasers, excimer' or 'photochemotherapy' or 'chemophototherapy' or 'hematoporphyrin photoradiation' or 'photo-activated chemotherapy' or 'photo-chemotherapy' or 'photoactivated chemotherapy' or 'photodynamic therapy' or 'photodynamic treatment' or 'photosensitisation' or 'photosensitization' or 'therapeutic photosensitisation' or 'therapeutic photosensitization' or 'therapy photodynamic' or 'goeckerman therapy' or 'grenz radiation').ti,ab,kw.,306</p> <p>#3, ('methotrexate' or 'mtx' or 'a methopterin' or 'abitrexate' or 'amethopterin' or 'amethopterin' or 'amethopterin' or 'amethopterin' or 'biotrexate' or 'brimexate' or 'emtexate' or 'farmotrex' or 'folex' or 'lantarel' or 'ledertrexate' or 'metatrexan' or 'metex' or 'methoblastin' or 'methohexate' or 'methotrate' or 'methotrexat' or 'methotrexate' or 'methotrexate sodium' or 'methotrexate-ldc' or 'methotrexato' or 'methotrexate' or 'methotrexate' or 'methylaminopterin' or 'methylaminopterin' or 'metecil' or 'methotrexate' or 'methotrexate sodium' or 'metotrexat' or 'metotrexate' or 'metotrexin' or 'metrotex' or 'sodium methotrexate' or 'texate' or 'xaken').ti,ab,kw.,323</p> <p>#5, ('cyclosporine' or 'capimune' or 'capsorin' or 'cequa' or 'cgc1072' or 'cicloral' or 'ciclosporin' or 'ciclosporin a' or 'ciclosporine' or 'consupren' or 'cyclasol' or 'cyclosporin' or 'cyclosporin a' or 'cyclosporin neoral' or 'cyclosporine' or 'cyclosporine a' or 'immunospurin' or 'imusporin' or 'neciclopin' or 'neimmun' or 'neoral' or 'neoral-sandimmun' or 'optimmune' or 'restasis' or 'restaysis' or 'sporilen').ti,ab,kw.,259</p> <p>#6, ('acitretin' or 'acicutan' or 'acitren' or 'acitretina' or 'acitretine' or 'etretinate free acid' or 'keracutan' or 'keraderm' or 'neotigason' or 'soriatane').ti,ab,kw.,16</p> <p>#7, 2 or 3 or 4 or 5 or 6,726</p> <p>#8, 1 and 7,83</p>
Referencias identificadas	83

Diagramas de búsqueda, tamización y selección de evidencia (PRISMA) de diagnóstico y seguimiento

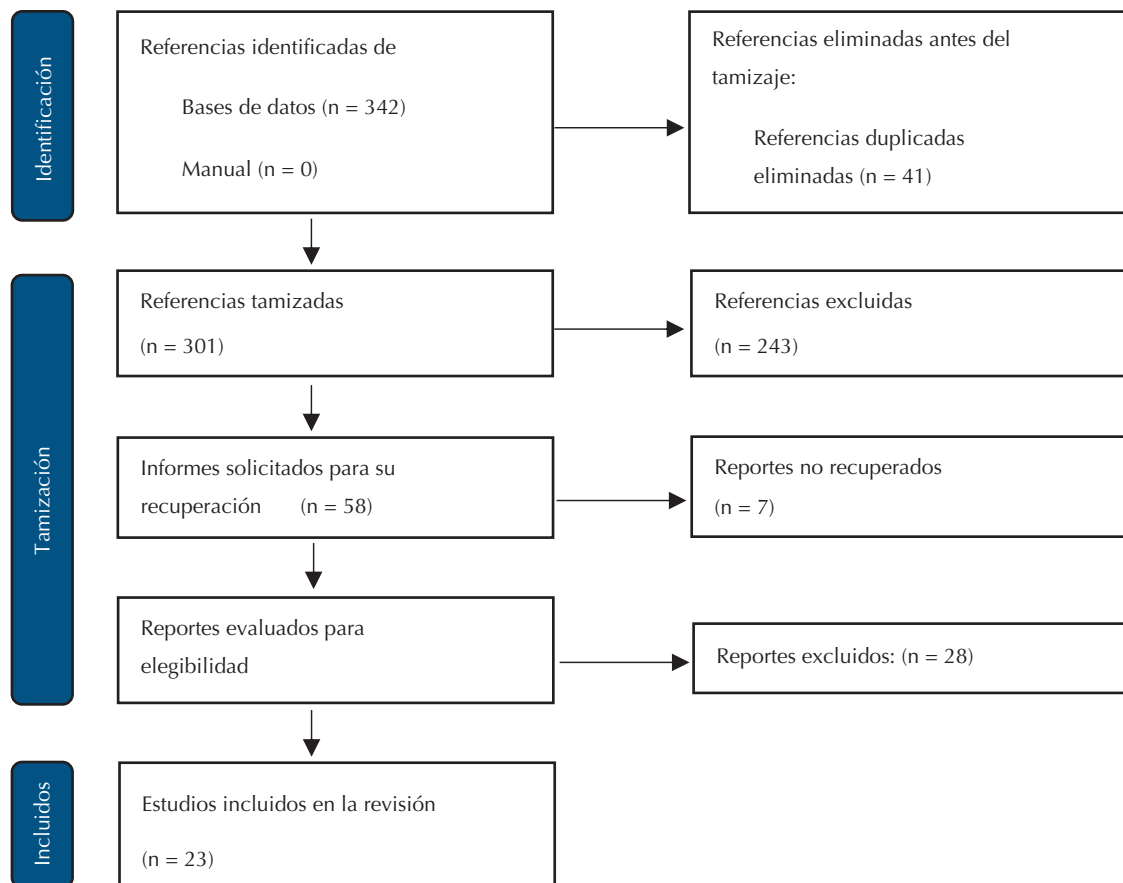
PICO 1. Metas terapéuticas



PICO 2. Tratamiento tópico



PICO 3. Tratamiento sistémico



ANEXO 3

Análisis de evidencia a la decisión

Intervención: corticostereoides tópicos

Criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Sí. La psoriasis en placa es una enfermedad prevalente, crónica y con importante repercusión en la calidad de vida
Magnitud de los beneficios	Grande. Los corticostereoides tópicos muestran alta eficacia para el control sintomático y reducción de lesiones
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Moderada. Pueden aparecer efectos locales como atrofia cutánea, especialmente con la administración prolongada o inadecuada
Equilibrio entre beneficios y riesgos	Favorece a la intervención. Los beneficios clínicos superan los riesgos cuando se utilizan con criterios adecuados
Recursos necesarios	Ahorro moderado. Son tratamientos de bajo costo y ampliamente disponibles, lo que los hace eficientes
Aceptabilidad	Sí. Es una opción terapéutica ampliamente conocida, de fácil aplicación y generalmente bien aceptada
Factibilidad	Sí. Existen corticostereoides tópicos en los sistemas de salud y farmacias de la mayor parte de los países de la región

Análisis de evidencia a la decisión

Intervención: queratolíticos

Criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Sí. La psoriasis en placa es un problema relevante en salud pública por su efecto en la calidad de vida
Magnitud de los beneficios	Varía. Su efectividad depende del tipo de lesión y del agente queratolítico administrado
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Pequeña a moderada. Incluye irritación local o sensibilidad en pieles más sensibles
Equilibrio entre beneficios y riesgos	Probablemente favorece a la intervención. En contextos adecuados, sus beneficios superan los riesgos
Recursos necesarios	Gran ahorro. Son productos económicos y accesibles en la mayor parte de entornos
Aceptabilidad	Sí. Es una opción bien conocida, fácil de aplicar y comúnmente usada como complemento
Factibilidad	Sí. Se dispone de queratolíticos en farmacias y servicios de salud locales

Análisis de evidencia a la decisión**Intervención: análogos de vitamina D tópicos**

Criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Sí. La psoriasis en placa requiere múltiples opciones terapéuticas eficaces y seguras
Magnitud de los beneficios	Moderada a grande. Ofrecen buena eficacia clínica, especialmente en combinación con otros tratamientos
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Pequeña. En general bien tolerados; ocasionalmente pueden causar irritación local o hipercalcemia leve si se abusa
Balance entre beneficios y riesgos	Favorece a la intervención. Buena relación riesgo-beneficio en uso adecuado
Recursos necesarios	Costos moderados. Más costosos que otras terapias tópicas, pero accesibles en muchos contextos
Aceptabilidad	Sí. Es una alternativa reconocida y de uso común, especialmente en combinación con corticosteroides
Factibilidad	Sí. Se dispone de productos con análogos de vitamina D en presentaciones tópicas en la mayor parte de los países

Análisis de evidencia a la decisión**Intervención: inhibidores de calcineurina tópicos**

Criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Probablemente sí. Son útiles en áreas sensibles donde otras terapias tópicas tienen limitaciones
Magnitud de los beneficios	Moderada. Eficaces especialmente en zonas como la cara o los pliegues, con menor riesgo de atrofia
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Pequeña. Suelen causar irritación o sensación de ardor inicial; bajo riesgo de efectos sistémicos
Equilibrio entre beneficios y riesgos	Probablemente favorece a la intervención. Ofrecen un perfil de seguridad aceptable en zonas donde otros fármacos no son ideales
Recursos necesarios	Costos moderados. Más costosos que los corticosteroides pero su uso focalizado reduce el efecto económico
Aceptabilidad	Sí. Es una opción reconocida y bien valorada en contextos clínicos específicos
Factibilidad	Sí. Disponible en farmacias y servicios de salud especializados en dermatología

Análisis de evidencia a la decisión

Intervención: tazaroteno

Criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Probablemente sí. Es una opción útil en casos seleccionados donde otras terapias no son adecuadas
Magnitud de los beneficios	Moderada. Puede reducir significativamente las lesiones en placas localizadas
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Pequeña a moderada. Puede causar irritación o eritema, especialmente al inicio del tratamiento
Balance entre beneficios y riesgos	Probablemente favorece a la intervención. Su uso dirigido y combinado puede maximizar beneficios y minimizar efectos adversos
Recursos necesarios	Costos moderados. Tiene mayor costo que otros tópicos comunes, pero se utiliza en áreas limitadas
Aceptabilidad	Probablemente sí. Aunque menos utilizado, es aceptado cuando se informa adecuadamente acerca de uso y efectos
Factibilidad	Probablemente sí. Disponible en algunos países, aunque su acceso puede estar limitado por el costo o disponibilidad

Análisis de evidencia a la decisión

Intervención: fármacos sistémicos convencionales (metotrexato, acitretina, ciclosporina)

Criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Sí. Son decisivos en pacientes con formas moderadas a graves de psoriasis que no responden a terapias tópicas
Magnitud de los beneficios	Grande. Han demostrado eficacia sostenida en el control de la enfermedad y mejoría de la calidad de vida
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Moderada. Pueden generar toxicidades hepáticas, renales o hematológicas, que requieren vigilancia periódica
Equilibrio entre beneficios y riesgos	Favorece a la intervención. En pacientes seleccionados, los beneficios superan los riesgos con un uso adecuado
Recursos necesarios	Costos moderados-ahorro moderado. Son más accesibles que las terapias biológicas y eficaces en muchos contextos
Aceptabilidad	Sí. Son ampliamente conocidos y utilizados, con protocolos bien establecidos
Factibilidad	Sí. Están disponibles en la mayor parte de los sistemas de salud y farmacias, y su uso es factible con seguimiento médico

Análisis de evidencia a la decisión**Intervención: fototerapia**

criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Sí. La psoriasis moderada a severa requiere alternativas terapéuticas eficaces, y la fototerapia representa una opción valiosa, especialmente cuando otras terapias no son viables
Magnitud de los beneficios	Moderada. Es eficaz en el tratamiento de formas extensas o resistentes de psoriasis, con buena respuesta clínica
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Pequeña. Puede provocar eritema, quemaduras leves o envejecimiento cutáneo con uso prolongado
Balance entre beneficios y riesgos	Probablemente favorece a la intervención. Es segura y efectiva cuando se administra bajo supervisión médica
Recursos necesarios	Costos altos. Requiere equipamiento especializado y múltiples sesiones, lo que puede limitar el acceso
Aceptabilidad	Probablemente sí. Es bien valorada por quienes acceden a ella, aunque la frecuencia de aplicación puede ser una barrera
Factibilidad	Sí. Aunque no disponible en todos los centros, existen servicios especializados que la ofrecen

Análisis de evidencia a la decisión**Intervención: fármacos biológicos en niños**

criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Sí. La psoriasis en niños puede tener un efecto significativo en el desarrollo psicosocial y calidad de vida, por lo que es prioritaria la disponibilidad de tratamientos eficaces y seguros
Magnitud de los beneficios	Grande. Ofrecen alto nivel de eficacia clínica, con alivio significativo de los síntomas y mejoría de calidad de vida
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Moderada. Aunque en general seguros, se requiere seguimiento a largo plazo por riesgos inmunológicos o infecciosos
Equilibrio entre beneficios y riesgos	Probablemente favorece a la intervención. Los beneficios superan los riesgos en pacientes bien seleccionados
Recursos necesarios	Costos altos. Su uso representa una carga económica considerable para los sistemas de salud
Aceptabilidad	Probablemente sí. Aunque el costo y el acceso pueden limitar su uso, la evidencia clínica respalda su aceptación
Factibilidad	Probablemente sí. Depende de la regulación, la financiación y el acceso en los sistemas de salud locales

Análisis de evidencia a la decisión

Intervención: fármacos biológicos en adultos

Criterio	Juicio de expertos
Prioridad	Sí. La psoriasis moderada a severa en adultos tiene alta carga de enfermedad, lo que justifica intervenciones efectivas y seguras
Magnitud de los beneficios	Grande. Han demostrado alta eficacia sostenida en el control de la enfermedad y mejoría de la calidad de vida
Magnitud de los riesgos y eventos adversos	Moderada. En general bien tolerados, aunque existe riesgo de infecciones y otros eventos adversos que requieren vigilancia
Equilibrio entre beneficios y riesgos	Favorece a la intervención. Su alta eficacia y aceptable perfil de seguridad justifican su uso en casos indicados
Recursos necesarios	Costos altos. Representan una carga económica importante, aunque costo-efectivos en pacientes con enfermedad severa
Aceptabilidad	Sí. Son bien aceptados por su eficacia, conveniencia y perfil de seguridad
Factibilidad	Sí. Disponibles en varios países, aunque el acceso puede depender del sistema de salud y políticas de cobertura

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando sólo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.