

CASOS CLÍNICOS

Experiencia personal con el uso de infliximab

G. Carretero

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria. España.

Resumen. Se describe la experiencia personal acerca de la introducción y utilización de infliximab para el tratamiento de psoriasis moderada-grave. Se hace referencia a las diversas dificultades y obstáculos que planteó la utilización de dicha medicación, así como las medidas adoptadas para solucionarlas y conseguir el objetivo de utilizar infliximab. Se expone resumidamente el protocolo adoptado y se muestra un ejemplo de ficha de seguimiento terapéutico.

Palabras clave: psoriasis, infliximab, protocolo, experiencia clínica, consulta de enfermería.

PERSONAL EXPERIENCE WITH THE USE OF INFLIXIMAB

Abstract. The personal experience on the introduction and use of infliximab in the treatment of moderate-severe psoriasis is described. Reference is made to the different difficulties and obstacles posed by the use of this medication and the measures adopted to solve them and to achieve the objective for the using infliximab. The protocol adopted is briefly summarized and an example of the therapeutic follow-up sheet is shown.

Key words: psoriasis, infliximab, protocol, clinical experience, nursing clinical visit.

Introducción

Sin lugar a dudas, la inclusión de las terapias biológicas en el armamento terapéutico de la psoriasis nos ha enseñado mucho sobre la enfermedad¹, a la par que ha supuesto un desafío personal e institucional. Comentaré a continuación mi experiencia en la introducción y uso de infliximab en un servicio de dermatología relativamente pequeño y joven, dependiente de la red sanitaria pública, y que no posee PUVA. En esta monografía otros colegas han comentado aspectos sobre farmacología, experiencia clínica, seguridad y protocolo de uso, por lo que cuando se me propuso exponer mi experiencia de uso consideré más práctico hacer referencia a los pequeños aspectos, problemas y pormenores que tuve que vencer o solucionar para introducir infliximab como opción terapéutica, con la intención –humilde-

de que pueda ser de utilidad a compañeros que trabajan en medios similares y que aún no lo utilicen en su terapia.

Temor del dermatólogo

El desafío de utilizar biológicos ya había sido propuesto con etanercept y efalizumab, al obtener antes que infliximab su aprobación. El temor inicial fue vencido con el estudio, puesta al día sobre este tipo de medicamentos, su acción y sus efectos adversos, y consideración juiciosa del riesgo-beneficio de los mismos para algunos pacientes. Desde luego, el poder disponer de un mejor conocimiento de los mecanismos íntimos de la patología de la psoriasis ha sido fundamental^{2,3}. Pero independientemente de esa consideración y de la constatación de la seguridad del uso de infliximab⁴, en el pensamiento del dermatólogo sigue apareciendo el interrogante de futuro –común a todas las terapias biológicas- de las posibles consecuencias que pueda tener la manipulación tan dirigida del sistema inmunológico. Desde luego, la respuesta está en el tiempo, por lo que la claridad de la indicación y el correcto y próximo seguimiento de estos pacientes se hacen obligatorios, en base a un juicio ejercicio de la medicina por parte del dermatólogo.

El paso inicial de la indicación de infliximab lo suele dar antes el dermatólogo que ya previamente estaba familiar-

Correspondencia:
Gregorio Carretero Hernández.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Bco. La Ballena, s/n.
35010 Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

gacerher@gobiernodecanarias.org

zado con el uso de las terapias sistémicas, especialmente con la ciclosporina (curioso, pero cuando apareció la ciclosporina en el horizonte dermatológico también planteó posicionamientos y temores dispares, ya aclarados, entre los dermatólogos respecto de su uso futuro). Desde luego, es prudente recomendar que para llegar a un uso más tranquilizador de los nuevos biológicos se parta de la posición de manejar previamente con familiaridad y seguridad los sistémicos clásicos (acitetrino, metotrexato, ciclosporina, micofenolato, etc.) en el contexto de una unidad funcional de psoriasis. En nuestro servicio fue fundamental el confeccionar previamente un protocolo documentado (ver más adelante el apartado “Protocolo que utilizamos”) preciso y exhaustivo, que contempla todos los aspectos que, en nuestra opinión, eran necesarios para abordar con tranquilidad y seguridad –para médicos, enfermeras y pacientes- el manejo de infliximab.

Consulta de enfermería

En mi opinión, la posibilidad de tener apoyo de enfermería dermatológica es lo que limita el uso de infliximab. Nosotros ya habíamos creado y desarrollado una consulta de enfermería, con especificidades concretas para el manejo de pacientes con psoriasis en tratamiento con etanercept y efalizumab. La introducción de infliximab obligó a la reestructuración de la misma, ya que, además del trabajo habitual con estos pacientes respecto a los cuidados de salud, registro de afectación de enfermedad y de efectos adversos, etc., en relación con su psoriasis, han de administrar la medicación por vía intravenosa en el hospital de día.

Nuestra enfermera es la encargada de realizar la entrevista informativa del paciente, valorar sus problemas de salud, realizar los test de afectación de la enfermedad (PASI [*psoriasis area and severity index*], BSA [*Body Surface Area*], DLQI [*dermatology life quality index*]), realizar el Mantoux, abrir y seguir la ficha terapéutica de cada paciente, registrar y seguir los resultados de las analíticas de control según protocolo, registrar posibles efectos adversos y determinar la valoración clínica –junto con el dermatólogo encargado del paciente- según el protocolo de la ficha terapéutica. Además, cuando el paciente se incluye en el tratamiento, se le ofrece la posibilidad de disponer de una consulta telefónica directa, *hot line*, con la consulta de enfermería donde puede consultar a lo largo del período de seguimiento dudas, temores o referir molestias.

La entrevista personal que realiza la enfermera, donde se le explican al paciente los pormenores del tratamiento, junto con la posibilidad de disponer de una línea telefónica directa son, en mi opinión, los puntos cruciales para ganarse la aceptación y tranquilidad del paciente. En ella, no sólo se le ofrece al paciente toda la información y explicaciones que requiere, sino que nos sirve para conocer su perfil personal y

tener una idea sobre su carácter y condicionantes personales y laborales, lo que a veces fuerza la elección de uno u otro tratamiento.

Periódicamente, según protocolo o cuando la situación clínica lo requiera, se realiza una consulta de valoración-seguimiento conjunta dermatólogo, enfermera y paciente. Esto permite no sólo reforzar la seguridad de todos, sino que tiene un influjo de aprendizaje muy importante médico-enfermera-paciente, del que todos sacamos provecho.

Hospital de día

Infliximab, además de provocar la misma problemática de aceptación que otros biológicos, añade dos factores de consideración: se administra por vía intravenosa y se necesita hacerlo en régimen de hospitalización. Por ello hay que contar, fundamental, con el apoyo de un hospital de día y la disponibilidad de una enfermera dedicada. Disponíamos de un hospital de día multidisciplinar y si bien nuestro servicio hasta el momento no lo utilizaba fue la introducción de infliximab el detonante para crear la necesidad. Nos fue de gran utilidad seguir el consejo de los reumatólogos, se nos han adelantado unos años en la experiencia con biológicos y disponen de una base de datos impresionante que incluye recogida de datos y efectos adversos. Por ello creímos bueno y oportuno coincidir el mismo día que ellos en el hospital de día y facilitar nuestra relación en el uso común de estos medicamentos, además de compartir la artritis psoriásica. También los de digestivo coinciden ese día para administrar infliximab a pacientes con enfermedad de Crohn, por lo que ya somos bastantes los que compartimos experiencias. Nos resultó tranquilizador comprobar los escasos efectos reales que habían tenido unos y otros, a pesar de que, especialmente los reumatólogos, tenían ya pacientes con años de administración continuada.

Por parte de la dirección correspondiente hubo la lógica reticencia inicial a nuestra inclusión en la planificación de uso del hospital de día, falta de espacio, que vencimos con el correspondiente informe justificativo y razonado de nuestra propuesta.

Curiosamente, y aunque el disponer del hospital de día provocó inicialmente una mayor complejidad en la gestión de la atención a pacientes del servicio (cambios en las agendas y funciones), nos ha facilitado, por ende, el poder hacer frente a otras terapias (antimitóticos, inmunoglobulinas intravenosas), la relación con otras especialidades médicas más “hospitalarias” y, quizás en el futuro, poder disponer de otro espacio para la realización de otras terapias o pruebas especiales. Ideas: puede ser un buen sitio para implantar el aparato de UVA, terapia fotodinámica, láser, etc., para aquellos servicios que no sólo no disponemos aún de ellos, sino que tampoco tendríamos espacio físico en el área asistencial.

Temor del paciente

A priori, infliximab es la terapia antipsoriásica que más debería intimidar a los pacientes (inyección intravenosa durante 2-3 horas, en el hospital...), por lo que debería necesitar de más explicación y convencimiento, si llegara el caso. Sin embargo, en mi experiencia, el principal temor a vencer es el de la elección o no de terapia biológica. La intensidad y explicaciones que este debate entraña suele ser tan grande que la cuestión de la elección de terapia intravenosa o subcutánea queda relegada a un segundo término, y muchas veces a merced de aspectos más triviales: unos lo eligen por negarse en rotundo a tener que pincharse (etanercept, efalizumab) y no contar con apoyo familiar; otros, porque la administración intravenosa les parece más potente, y eso es lo que están deseando para su psoriasis; otros, desde luego, lo rechazan bien por no aceptar la posibilidad de la misma administración intravenosa, o simplemente por no prever la disponibilidad de acudir al hospital toda una mañana por problemas laborales.

Un hecho, cada vez más frecuente, es que los pacientes psoriásicos, especialmente los más jóvenes, acuden al servicio ya con la "lección aprendida" a través de Internet y de los diversos foros y asociaciones de psoriásicos. El éxito y seguridad experimentados con estas terapias está contagiándose.

¿Cuándo y por qué este biológico?

En mi experiencia, infliximab aporta una rapidez de respuesta extraordinaria, lo que le añade un plus de acierto cuando se le ofrece la posibilidad de uso a un paciente psoriásico con enfermedad grave o extensa (hay que tener en cuenta que este tipo de pacientes, especialmente los que tienen años de evolución, parten de una situación de gran escepticismo, incluso de aburrimiento terapéutico, adquirido por el número de fracasos terapéuticos previos). Este aspecto se reforzaría si incluyera en el artículo simplemente la cara de alegría e incredulidad de algunos de esos pacientes ya "quemados". De hecho, algunos pacientes han elegido la terapia con infliximab cuando les explicamos las alternativas terapéuticas, simplemente por el hecho de "así se obligan" a hacerlo, evitando el incumplimiento al que se veían abocados en anteriores experiencias (por aburrimiento, falta de resultado aceptable, incomodidad de tomar medicación a diario, etc.), y por haber comprobado el cambio obtenido en algún amigo o familiar de similares características.

Su elección, junto con etanercept, parece más clara cuando el paciente asocia artritis (hasta un 20% de casos). De hecho, desde que hemos instaurado esta terapia algunos de los pacientes que antes derivábamos o habíamos derivado a reumatología los hemos rescatado, siguiendo actualmente el tratamiento con nosotros.

Otra ventaja que he constatado es que permite el cumplimiento terapéutico obligado. Es decir, nosotros ponemos la medicación y no dependemos de la disciplina del paciente. Esto es especialmente útil en ciertos pacientes olvidadizos, en los que se convierte en el criterio más importante para elegir este biológico. De hecho, cuando algún paciente ya en terapia biológica con etanercept o efalizumab empieza a incumplir visitas de control o dosis se le aconseja infliximab.

Incluso el complicado escenario de tenerlo que administrar por vía intravenosa en el hospital de día se convierte, curiosamente, ¡hay gente para todo!, para algunos pacientes que cumplen criterios de inclusión, en un plus de aceptación al mismo, por encima de otras, al considerar que dicha forma de administración lo hace superior, más seguro o de más fácil cumplimiento que otras terapias.

Protocolo que utilizamos

Elección de infliximab

Lo decide el dermatólogo responsable del paciente, en base a las características de la situación clínica, experiencia previa y perfil del paciente. Como norma general se exige que el paciente posea un valor de PASI y DLQI superior a 10, que no se haya conseguido previamente control de la enfermedad con al menos dos sistémicos o que hayan aparecido efectos secundarios con los mismos.

Registro documental

Normalmente, en la propia entrevista inicial con la enfermera es donde se gestiona la diversa documentación que hemos protocolizado para el seguimiento de terapia con infliximab. Es la siguiente:

1. Control fotográfico de la situación inicial.
2. Consentimiento informado del paciente.
3. Una hoja informativa denominada "Consejos para el paciente en tratamiento con infliximab" donde de forma clara y sencilla se le explica qué tipo de medicación va a utilizar y normas de protección ante infecciones y síntomas más comunes que puede manifestar. En ella aparece el teléfono para contacto directo con la consulta de enfermería.
4. Una "Hoja informativa para el médico de asistencia primaria" del paciente, que tiene como objetivo que su médico tenga una idea general y concreta sobre el tipo de terapia que sigue el paciente, y respecto a qué conducta seguir ante posibles eventos intercurrentes que cursen con fiebre, extracción de dientes, etc. Este punto evita que los médicos de Atención Primaria, no habituados a este tipo de medicación, tengan un cierto conocimiento de la medicación y no

FICHA DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO		INFLIXIMAB											
Nombre		Médico responsable (sello y firma)											
Domicilio		Tfno		H ^{FC} a		Inicio		Fin		Episodio nº =			
Criterios de inclusión		CONTROL	Basal	0 sem	2 sem	6 sem	14 sem	22 sem	30 sem	38 sem	__ sem	__ sem	Motivo { alta { rotación
II PASI/BSA/DLQI > 10 II Toxicidad tto. alternativo II Tto. alternativo no controla enfermedad II Necesita reingresos para control II Psoriasis grave y extensa II Asocia artritis psoriásica II Uso compasivo II Ensayo clínico (consentimiento) II Rotación terapéutica II II		fecha											
Toxicidad principal - Infecciones graves. TBC - Desmielinización - Fallo cardíaco - Carcinogénesis		Exploración*											
Contraindicaciones - Hipersensibilidad prot. murinas - Hipersensibilidad componentes - Neoplasia concomitante o previa - Inmunosupresión - Enfermedad autoinmune. LES - TBC/hepatitis/VIH - Enfermedad neurológica desmielinizante - Insuficiencia cardíaca - Embarazo/lactancia - Presencia de úlceras cutáneas - Paciente con catéter - Vacunas vivas		PASI/BSA** DLQI/PDI** Mantoux (mm) Booster Hepatitis B y C ANA/Anti-ADN VIH*** Vacuna (GNTD) Rx tórax Leu (10 ³ /ul) Neu (10 ³ /ul) Linf (10 ³ /ul) Hb (g/dl) Plaquetas (10 ³ /ul) Creatinina/urea (mg/dl) Bilirrubina (mg/dl) AST/ALT (U/l) LDH/FA (U/l) CINa/K (mEq/l) Análisis orina Ácido fólico Infección/neoplasia Reacción adversa											
Otras reacciones y efectos medicamentosos (ver dorso)		Consulta ENF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Consulta MED	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Dosis (peso kg)=	1 ^a	2 ^a	3 ^a								
*Presencial o relacionada **Si procede, y el que proceda según diagnóstico, evolución o reacción adversa *** Si existe sospecha NOTA: SOLICITAR CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTES DEL INICIO DEL TTO													

Figura 1. Ficha de seguimiento terapéutico. ANA: anticuerpos antinucleares; BSA: Body Surface Area; DLQI: Dermatology Life Quality Index; ENF: enfermería; LDH: lactodeshidrogenasa; LES: lupus eritematoso sistémico; MED: médica; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PDI: Psoriasis Disability Index; Rx: radiografía; TBC: tuberculosis; tto: tratamiento; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

REGISTRO REACCIONES ADVERSAS (Dea)

Fecha										
Dea										
Fecha										
Dea										
Fecha										
Dea										

TIPO DE FÁRMACO: Ac monoclonal quimérico murino humano anti-TNF (*tumor necrosis factor*)

REACCIONES ADVERSAS SIGNIFICATIVAS — Nota: aunque el perfil es similar, la frecuencia de los efectos secundarios puede variar según la patología para la que se administra. Los porcentajes siguientes están referidos para artritis reumatoide:

> 10%:

- Sistema nervioso central: cefalea (18%)
- Cutáneas: erupción (10%)
- Gastrointestinales: náuseas (21%), diarrea (12%), dolor abdominal (12%)
- Genitourinarias: infección tracto urinaria (8%)
- Local: reacción en sitio de infusión (20%)
- Neuromuscular y esqueléticas: artralgia (8%), dolor de espalda (8%)
- Respiratorias: infección tracto respiratorio superior (32%), tos (12%), sinusitis (14%), faringitis (12%)
- Miscelánea: desarrollo ANA (~50%), infección (36%), desarrollo Ac Anti-ADN (17%)

5% a 10%:

- Cardiovasculares: hipertensión (7%)
- Sistema nervioso central: dolor (8%), fatiga (9%), fiebre (7%)
- Cutáneas: prurito (7%)
- Gastrointestinales: dispepsia (10%)
- Respiratorias: bronquitis (10%), disnea (6%), rinitis (8%)
- Miscelánea: candidiasis (5%)

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

No se dispone de ensayos controlados al respecto. No obstante como norma general se sigue el no asociar, salvo casos específicos, medicamentos que aumenten posibilidad de infecciones y/o inmunosupresión.

PARA MAYOR INFORMACIÓN VER FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO

< 5%

(Limitado a importante o peligroso): abscesos, síndrome de distrés respiratorio del adulto reaccional alérgica, aumento de transaminasas (moderado), aumento de incidencia si tratamiento concomitante con metotrexato), reacción anafiláctica, anemia, arritmia, carcinoma basocelular, cólico biliar, bradicardia, infarto cerebral, cáncer de mama, parada cardíaca, celulitis, colestitis, colelitiasis, insuficiencia circulatoria, confusión, estreñimiento, deshidratación, desmielinización (ej. esclerosis múltiples, neuritis nervio óptico), aumento desudoración, mareos y vértigos, síndrome *lupus-like*, disnea, edema, hemorragia gastrointestinal, síndrome de Guillain-Barre, fallo cardíaco, anemia hemolítica, hepatitis, reactivación hepatitis B, reacciones de hipersensibilidad, hipotensión, íleo, fibrosis intersticial, neuronitis intersticial, hernia intervertebral, obstrucción intestinal, perforación intestinal, estenosis intestinal, ictericia, reactivación tuberculosis latente, leucopenia, fallo hepático, alteración pruebas función hepática, linfadenopatía, linfoma, meningitis, alteraciones menstruales, infarto de miocardio, neuritis, neuropatía, neutropenia, pancreatitis, pancitopenia, derrame pericárdico, neuropatía periférica, derrame peritoneal y pelural, pleuresía, neumonía, proctalgia, edema pulmonar, embolismo pulmonar, fallo renal, insuficiencia respiratoria, crisis epiléptica, sepsis, enfermedad del suero, intento de suicidio, sínfisis, síncope, taquicardia, tendinitis, trombocitopenia, tromboflebitis profunda, úlceras, urticaria, vasculitis sistémica y cutánea, empeoramiento de la insuficiencia cardíaca congestiva.

REACCIONES ADVERSAS ENCONTRADAS DURANTE EL TRATAMIENTO

1.-

vierta sobre el paciente consejos que atemorizan al paciente o provoquen su abandono.

5. Apertura de la que denominamos “ficha terapéutica” (fig. 1), que nos resulta de gran valor, por permitir de forma resumida, clara y concisa valorar parámetros de afectación de psoriasis (PASI, BASA, DLQI), posibles alteraciones o complicaciones del paciente a lo largo del tratamiento, lo que nos facilita la seguridad y confianza en la terapia.

6. Apertura de un “Diagrama de seguimiento” donde de forma muy gráfica se va valorando la evolución de los parámetros de valoración de afectación de enfermedad (PASI, BSA, DLQI), así como los puntos de inflexión en la variación de dosis, asociaciones terapéuticas o eventos puntuales. Permite de un vistazo estar al día de la evolución del paciente y tomar decisiones.

7. Confección de un cuadernillo de registro fenotípico donde se recogen datos personales del paciente, familiares, historia previa de la enfermedad, de tratamientos, asociación con otras enfermedades, etc.

Estudio basal

Previo al inicio del tratamiento realizamos:

1. Bioquímica basal y serología (fig. 1).
2. Mantoux y *booster*. En pacientes con lecturas de más de 5 mm y placa normal, instauramos un tratamiento con isoniazida 1-2 meses antes del inicio con infliximab (300 mg/día durante 9 meses). En casos de lecturas de 0 mm y placa de tórax no limpia solicitamos quantiferón. Si éste es positivo, pauta anterior de isoniazida.
3. Al paciente se le vacuna antes de la primera dosis contra neumococo, meningococo, tétanos, difteria y hepatitis B y, en período estacional, gripe (protocolo previamente consensuado con Medicina Preventiva del hospital).
4. El tiempo necesario entre la realización de este estudio basal y el inicio de la medicación suele ser de 3 semanas. Durante ese tiempo el paciente sigue el tratamiento previo.

Sospecha de proceso infeccioso intercurrente o efecto adverso

La disponibilidad de la consulta de enfermería por teléfono facilita la pronta actuación. Esta disponibilidad es esencial para la tranquilidad del dermatólogo, la enfermera y el paciente. Cuando el paciente refiere algún síntoma extraño la enfermera lo registra en la ficha terapéutica y valora la intensidad o importancia del mismo. Si la intensidad o el tipo de síntoma es de los considerados de importancia (en la ficha terapéutica se recogen ordenados por órganos y aparatos), o si la enfermera no puede interpretarlo, lo pone

en conocimiento del dermatólogo, y se toman las decisiones oportunas. Si el paciente refiere tos productiva y/o fiebre de más de 48 horas, le solicitamos radiografía de tórax y hemograma y se le indica paracetamol. En caso de persistir, o presentar una placa patológica, se realizarán cultivos de esputo (3 tomas consecutivas matutinas). Según los resultados está prevista la suspensión de la medicación y la solicitud de estudios neumológicos (no obstante, hasta el momento no ha sido necesario en ningún caso). Repito que inicialmente se le entrega al paciente una “Hoja informativa para el médico de asistencia primaria” de gran utilidad en estos casos, pues en ocasiones el paciente contacta primero con su médico ante la aparición de fiebre u otros síntomas que no relaciona con la medicación.

Objetivos terapéuticos

El mantenimiento de la terapia con infliximab depende de varios factores, tanto por parte del médico (valoración clínica), como del paciente (aceptación y/o eventos que induzcan a variar la pauta de administración, suspensión o combinación).

1. Como norma general consideramos el seguir con infliximab si tras la tercera dosis (semana 6) se ha conseguido una mejoría de PASI-75. Si se sitúa entre 50 y 75 consideramos seguir con metotrexato o sustituir. Si el resultado es inferior a PASI-50, sustituimos.

2. Sólo valoramos la administración concomitante de metotrexato en caso de que el paciente asocie artritis reumatoide y no mejorara las artralgias a las seis semanas (tercera dosis). Otra indicación potencial es en el caso de que la frecuencia de administración de infliximab se haga demasiado corta para mantener el objetivo terapéutico (inferior a 5 semanas). No lo indicamos de forma rutinaria.

3. En ciertos casos al llegar a la 6 semana (tercer dosis), y siempre que haya una mejoría de al menos PASI-75, valoramos la estrategia de sustitución por otro biológico (*hit and run*) en función de la disponibilidad futura del paciente para seguir asistiendo al hospital.

En resumen, la inclusión de infliximab en nuestro arsenal terapéutico para los pacientes con psoriasis moderada-grave ha sido posible en base a:

1. Conocer y estudiar en profundidad el mecanismo de acción de infliximab y los mecanismos fisiopatológicos de la psoriasis.
2. Tener la experiencia previa en el manejo de pacientes con psoriasis extensa o grave en tratamiento con sistémicos.
3. Realizar las gestiones necesarias para tener disponibilidad de una consulta de enfermería y de hospital de día.
4. Contar con una enfermera de dermatología entusiasta y dedicada.
5. Ganarnos la confianza, nuestra y del paciente, en base a la seguridad y eficacia que muestra infliximab.

6. Disponer y facilitar información y consejos para el paciente (entrevista personal y disponibilidad de consulta por teléfono).
7. Confeccionar un protocolo estricto de inclusión y seguimiento de los pacientes en tratamiento con infliximab.
8. Elaborar un registro documental claro.
9. Incluir infliximab en una estrategia flexible e individualizada del manejo de pacientes con psoriasis.
10. Estar dispuestos a valorar periódicamente nuestra posición en base a la experiencia ajena y propia.

Conflicto de intereses

El autor de este trabajo declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nickoloff BJ, Stevens SR. What have we learned in dermatology from the biologic therapies? *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54:S143-51.
2. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64:30-6.
3. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature.* 2007;445(7130):866-73.
4. Reich K, Nestle FO, Papp K, Ortonne JP, Evans R, Guzzo C, et al. Infliximab induction and maintenance therapy for moderate-to-severe psoriasis: a phase III, multicentre, double-blind trial. *Lancet.* 2005;366:1367-74.