



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Psoriasis moderada. Propuesta de definición



M. Llamas-Velasco^{a,*}, P. de la Cueva^b, J. Notario^c, L. Martínez-Pilar^d, A. Martorell^e
y D. Moreno-Ramírez^f

^a Departamento Dermatología, Hospital Universitario la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria la Princesa (IIS-IP), Madrid, España

^b Departamento Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^c Departamento Dermatología, Hospital de Bellvitge, Barcelona, España

^d Departamento Dermatología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

^e Departamento Dermatología, Hospital de Manises, Valencia, España

^f Departamento Dermatología, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Recibido el 19 de febrero de 2017; aceptado el 2 de julio de 2017

Disponible en Internet el 17 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Psoriasis;
Moderada-grave;
Gravedad;
Criterio;
Moderada

Resumen

Introducción: El Psoriasis Area Severity Index (PASI) es la escala de medida más utilizada para la valoración de la gravedad de la psoriasis y la toma de decisión para la indicación de tratamiento. Atendiendo a su valor se han diferenciado 2 grupos de pacientes: psoriasis leve y moderada-grave.

Objetivo: Elaborar una propuesta para la definición y caracterización de la psoriasis moderada mediante el PASI y el DLQI.

Material y métodos: Un grupo de 6 dermatólogos con experiencia en tratar psoriasis planteó la revisión crítica de la literatura y discusión de casos clínicos para elaborar una propuesta.

Resultados: 1) PASI, DLQI y BSA son, en orden de prioridad, los parámetros a emplear en la práctica clínica para la clasificación de la psoriasis leve, moderada y grave; 2) la evaluación de la gravedad debe incluir la evaluación e interpretación conjunta del PASI y del DLQI; y 3) la evaluación del PASI y del DLQI debería tener igual relevancia a la hora de determinar la gravedad de la psoriasis. Conforme a esto, se definieron los siguientes criterios de caracterización de psoriasis: a) leve: PASI < 7 y DLQI < 7; b) moderada: PASI 7-15 y DLQI 5-15 (grave en caso de localizaciones de difícil acceso para tratamientos o que supongan impacto psicosocial importante); y c) grave: PASI > 15, independientemente de la puntuación DLQI.

Conclusiones: Una mejor caracterización de los pacientes en función de su gravedad permitirá una mejora del balance de riesgos y beneficios en el que se fundamente la toma de decisiones terapéuticas.

© 2017 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mar.llamasvelasco@gmail.com (M. Llamas-Velasco).

KEYWORDS

Psoriasis;
Moderate-to-severe;
Severity;
Criterion;
Moderate

Moderate Psoriasis: A Proposed Definition**Abstract**

Introduction: The Psoriasis Area Severity Index (PASI) is the most widely used scale for assessing the severity of psoriasis and for therapeutic decision making. On the basis of the PASI score, patients have been stratified into 2 groups: mild disease and moderate-to-severe disease.

Objective: To draft a proposal for the definition and characterization of moderate psoriasis based on PASI and Dermatology Life Quality Index (DLQI) scores.

Material and methods: A group of 6 dermatologists with experience in the treatment of psoriasis undertook a critical review of the literature and a discussion of cases to draft a proposal.

Results: In order of priority, PASI, DLQI, and body surface area (BSA) are the parameters to be used in daily practice to classify psoriasis as mild, moderate, or severe. Severity should be assessed on the basis of a combined evaluation and interpretation of the PASI and DLQI. And 3, PASI and DLQI should carry equal weight in the determination of disease severity. On this basis, psoriasis severity was defined using the following criteria: mild, PASI < 7 and DLQI < 7; moderate, PASI = 7-15 and DLQI = 5-15 (classified as severe when difficult-to-treat sites are affected or when there is a significant psychosocial impact); severe, PASI > 15, independently of the DLQI score.

Conclusions: A more precise classification of psoriasis according to disease severity will improve the risk-benefit assessment essential to therapeutic decision making in these patients.

© 2017 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La toma de decisiones terapéuticas en el paciente con psoriasis se fundamenta en la valoración de la gravedad de la enfermedad, el impacto de la misma en la calidad de vida del paciente y en la presencia de comorbilidades (artritis psoriásica, problemas metabólicos y riesgo cardiovascular, principalmente). Actualmente, el *Psoriasis Area Severity Index* (PASI), el *Body Surface Assessment* (BSA) y el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) continúan siendo considerados en las guías clínicas como los instrumentos más adecuados para la valoración de la gravedad de la enfermedad cutánea y el impacto sobre la calidad de vida. En cuanto a la gravedad de la psoriasis estas guías estratifican a los pacientes en 2 grandes grupos en función de la intensidad del cuadro: psoriasis leve y psoriasis moderada-grave. La necesidad o indicación de tratamiento sistémico y fototerapia se limita a aquellos pacientes con psoriasis moderada-grave, mientras que aquellos pacientes con psoriasis leve serán candidatos a tratamiento tópico. La correcta inclusión de un paciente en estas categorías de gravedad representa, por lo tanto, un factor crítico en la toma de decisiones terapéuticas¹⁻³.

Sin embargo, esta estratificación cuenta con 2 limitaciones importantes. En primer lugar, no existe consenso absoluto en cuanto a los umbrales de PASI y DLQI definitorios que nos permitan una diferenciación clínicamente coherente entre la psoriasis leve y la moderada-grave⁴. La mayoría de los ensayos clínicos sobre tratamientos biológicos para la psoriasis definen como criterio de psoriasis moderada-grave un PASI o BSA superior a 10 o 10%, respectivamente, y un DLQI superior a 10^{5,6}. Sin embargo, el hecho de agrupar a los pacientes con enfermedad más intensa en un grupo de moderada-grave lleva a considerar el mismo abordaje terapéutico para un grupo de pacientes altamente heterogéneo, que podría oscilar desde PASI 10 hasta un PASI máximo de 72⁵. En este sentido, el documento

de consenso de la Academia Española de Dermatología y Venereología, de Puig et al., publicado en 2009, ya planteaba que el PASI y el BSA podían ser insuficientes para la correcta definición de gravedad y que deberían tenerse en cuenta factores como localizaciones o formas clínicas especiales que podían suponer un mayor impacto psicológico y social para los pacientes³. La actualización de este documento de consenso, publicado en 2016, también plantea la consideración conjunta de la psoriasis moderada-grave en aquellos pacientes con PASI > 10, BSA > 10 y DLQI > 10, aclarando que no es imprescindible el uso de índices de calidad de vida para incluir a un paciente en esta categoría⁷.

La disponibilidad actual de tratamientos cada vez más efectivos para la psoriasis hace necesaria una mejor definición de la intensidad de la afectación dermatológica y del impacto que esta tiene sobre la enfermedad dermatológica, articular y consecuentemente sobre la calidad de vida del paciente. Una definición más precisa de la gravedad de la psoriasis, especialmente en cuanto a una mejor diferenciación entre psoriasis moderada y psoriasis grave permitiría una mejor adecuación de la carga terapéutica a la gravedad de la enfermedad y a las repercusiones extracutáneas. El objetivo de este trabajo es elaborar una propuesta para la definición y caracterización de la psoriasis moderada mediante la revisión de los umbrales PASI, BSA y DLQI.

Método

Como fase previa se seleccionó un grupo de trabajo constituido por 6 dermatólogos con al menos 9 años de experiencia en el tratamiento de la psoriasis y representatividad geográfica de 4 comunidades autónomas (Madrid, Valencia, Andalucía y Cataluña). A continuación, se completó un proceso en 3 fases: 1) revisión de la literatura; 2) elaboración de un cuestionario con preguntas relevantes que ayudasen a la elaboración de la propuesta; y 3) reunión presencial con

revisión crítica de la evidencia científica seleccionada, cumplimentación y discusión del cuestionario, discusión de casos clínicos preseleccionados y elaboración de la propuesta.

La búsqueda bibliográfica fue llevada a cabo por una consultoría científica independiente siguiendo una estrategia de búsqueda en la que se combinaron términos relativos a la psoriasis con los distintos parámetros empleados para la evaluación de su gravedad y calidad de vida, términos relativos a diagnóstico, pronóstico, prevalencia, incidencia, guías terapéuticas y consensos. La estrategia de búsqueda se limitó a estudios realizados en humanos, excluidos los ensayos clínicos, publicados desde 2005 hasta la actualidad, en español y en inglés, e incluyéndose además guías terapéuticas, documentos de consenso e informes de evaluación realizados a nivel autonómico y hospitalario. Las búsquedas se llevaron a cabo mediante la plataforma OVID en las bases de datos MEDLINE, Embase y Cochrane.

A partir de la evidencia identificada (tabla 1) se elaboró un cuestionario que incluyó una batería de 9 preguntas, para su posterior cumplimentación por el grupo de expertos participantes (tabla 2). En la fase presencial se presentó y debatió la evidencia identificada y los participantes respondieron a las preguntas incluidas en el cuestionario, y se evaluó el grado de acuerdo al objeto de emitir una propuesta de caracterización de la psoriasis leve, moderada y grave.

Los participantes presentaron casos clínicos procedentes de su práctica habitual y que cumplieran los siguientes criterios pre-establecidos: 1) paciente con PASI < 10 y BSA < 10%, y por lo tanto considerado como psoriasis leve según las guías actuales, pero que por localización o impacto sobre la calidad de vida podría potencialmente ser considerado como «psoriasis moderada»; y 2) paciente con PASI > 10 o BSA > 10% y por lo tanto considerado como psoriasis moderada-grave según las guías actuales, pero que por localización o impacto sobre la calidad de vida podría potencialmente ser considerado como psoriasis moderada (tabla 3). Estos casos clínicos fueron finalmente reevaluados siguiendo la clasificación propuesta.

Resultados

La revisión de la literatura permitió identificar un total de 14 citas bibliográficas en las que se incluían definiciones sobre las diferentes categorías de gravedad de la psoriasis⁷⁻²⁰. En la tabla 1 se resumen las definiciones de caracterización de gravedad de la psoriasis consideradas por las principales sociedades científicas y el Consenso europeo que recogió la opinión de expertos en psoriasis de 19 países^{7,8,13,15,16}. Tras la revisión y discusión de la evidencia científica disponible, la cumplimentación del cuestionario y la evaluación de

Tabla 1 Criterios para clasificación de la psoriasis (directrices de sociedades científicas y consenso europeo)

Autor		Caracterización de la gravedad de la psoriasis
Daudén et al., 2016 ⁷	Directrices (Grupo español psoriasis)	Moderada-grave: PASI > 10 o BSA > 10 o DLQI > 10 o necesidad previa de terapia sistémica convencional, biológicos o fototerapia. Se consideran graves: si afectación de zonas expuestas con impacto funcional o psicosocial, comorbilidad con APs, PsO eritrodérmica, PsO pustular generalizada o localizada con afectación funcional o psicosocial
Committee for medical products for human use of EMEA, 2004 ⁸	Directrices (CHMP)	Leve-moderada: PASI < 10 o BSA < 10, categorizada leve o moderada conforme a PGA Moderada: PASI ≥ 10 o BSA > 10, controlada con tópicos, categorizada moderada conforme a PGA Moderada-grave: BSA > 10, PASI ≥ 10 - ≤ 20, mal control con tópicos, categorizada moderada conforme a PGA (también se podría considerar en afectación áreas muy infiltradas, como por ejemplo palmo-plantar, con BSA < 10) Grave: PASI > 20 o BSA > 20 con justificación para necesidad de tratamiento sistémico, categorizada grave conforme a PGA (también se podría considerar en afectación áreas muy infiltradas con BSA > 10)
Smith et al. 2009 ¹³	Directrices (<i>British Association Dermatology</i>)	Grave: PASI ≥ 10 o BSA ≥ 10 y DLQI > 10 (evaluación de pacientes con gran impacto funcional o psicosocial), si cumple al menos una de las siguientes condiciones: fototerapia y terapias sistémicas contraindicadas, falta de respuesta o intolerancia a terapias sistémicas
Menter et al. 2011 ¹⁵	Directrices (AAD)	Leve: BSA < 5; moderada: BSA ≥ 5 - < 10; grave: BSA ≥ 10%. La consideración de gravedad puede variar en caso de afectación de zonas expuestas con afectación funcional o psicosocial
Mrovietz U, et al. 2011 ¹⁶	Consenso europeo (19 países)	Leve: BSA ≤ 10, PASI ≤ 10, DLQI ≤ 10 (puede considerarse moderada-grave si afectación zonas visibles, placas muy infiltradas, prurito recalcitrante o afectación relevante del cuero cabelludo, genitales, palmas y plantas o uñas) Moderada-grave: BSA > 10, PASI > 10, DLQI > 10. BSA > 10, PASI > 10, DLQI ≤ 10 (puede considerarse leve al no impactar sobre QoL)

APs: artritis psoriásica; BSA: área corporal afectada; DLQI: Índice de calidad de vida dermatológico; PASI: Índice de gravedad de la psoriasis; PGA: evaluación global por investigador; PsO: psoriasis.

Tabla 2 Respuestas obtenidas a las preguntas incluidas en el cuestionario

Preguntas	Respuestas obtenidas ^a
1. Ordene de mayor a menor relevancia qué parámetros considera que deberían emplearse en práctica dermatológica para clasificar la PsO moderada	Primero: PASI (54 puntos); segundo: DLQI (46 puntos); tercero: BSA (44 puntos); cuarto: localizaciones de difícil acceso para tratamientos o que supongan impacto psicosocial importante (21 puntos); quinto: tratamientos previos (18 puntos); sexto: PGA (11 puntos)
2. Cuál de los siguientes rangos de PASI considera que podría encajar con un paciente de PsO moderada sin disponer de más información sobre el mismo	PASI 7-12 (3); PASI 5-10 (2); PASI 7-15 (1); PASI 5-15 (1); PASI 5-20 (1); PASI 10-18 (1); PASI 10-20 (1)
3. Cuál de los siguientes rangos de BSA considera que podría encajar con un paciente de PsO moderada sin disponer de más información sobre el mismo	BSA 5-10% (6); BSA 4-9% (1); BSA 5-15% (1); BSA 10-20% (1)
4. Indique cuál de las siguientes categorías de PGA considera que podría encajar con un paciente de PsO	PGA 3, leve a moderada (6); PGA 4, moderada (3)
5. Cuál de los siguientes rangos de DLQI podría encajar con un paciente de PsO moderada sin disponer de más información	DLQI: 6-10, efecto moderado en CVRS (5); DLQI: 11-20, gran efecto en CVRS (1)
6. Los pacientes con afectación de zonas de difícil acceso a tratamientos (ungueal, palmoplantar, genital, cuero cabelludo) podrían ser considerados moderados	Sí (4); No (2)
7. Los pacientes en los que la PsO ejerza un efecto psicosocial sobre la vida diaria a nivel social, personal y laboral deberían ser considerados moderados	No (5); Sí (1)
8. Qué grupo de pacientes deberían considerarse dentro de la PsO moderada	No respuesta al tratamiento tópico (6)
9. Cuál de las siguientes situaciones cree que podría considerarse PsO moderada en práctica clínica habitual	PASI > 10 o BSA > 10, sin impacto negativo en CVRS (DLQI < 5) (6); no control con tópicos y PASI de 7-12 o BSA de 5-15% (5); zonas de difícil acceso para tratamientos o que supongan impacto psicosocial importante y PASI < 5 o BSA < 5 (3); no control con tópicos y DLQI de 5-15% (2)

BSA: área corporal afecta; CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; DLQI: Índice de calidad de vida dermatológico; PASI: Índice de gravedad de la psoriasis; PGA: evaluación global por investigador; PsO: psoriasis.

^a Solo se reflejan las respuestas con al menos una puntuación alcanzada. Para la pregunta 1 se asignó un valor de 9 (mayor relevancia) a 1 (menor relevancia) a cada ítem de respuesta, y se sumaron los valores otorgados a cada parámetro por los 6 participantes; para el resto de las preguntas, de la 2 a la 9, se sumó el número de expertos que eligieron cada opción de respuesta.

los casos clínicos presentados, el grupo de trabajo planteó las siguientes propuestas:

1. PASI, DLQI y BSA son, en orden de prioridad y de acuerdo con la evidencia disponible, los parámetros a emplear en la práctica clínica para la clasificación de la psoriasis leve, moderada y grave.
2. La evaluación de la gravedad de la psoriasis debe incluir la evaluación e interpretación conjunta del PASI y del DLQI. La evaluación del PASI y del DLQI debían tener la misma relevancia a la hora de determinar la gravedad de la psoriasis, debido a que permitían aunar la valoración realizada por el dermatólogo y la percepción del paciente.
3. El rango de PASI 7-15 podría considerarse adecuado para la definición de psoriasis moderada.
4. El rango de DLQI 6-10 podría considerarse adecuado para la definición de psoriasis moderada.
5. El rango de BSA 5-10% podría considerarse adecuado para la definición de psoriasis moderada.
6. La presencia de afectación ungueal, palmoplantar, genital y del cuero cabelludo podría considerarse como psoriasis moderada debido al impacto que sobre la

capacidad funcional del paciente reviste estas localizaciones. No obstante, se planteó que la afectación de localizaciones especiales de difícil tratamiento podría quedar valorada adecuadamente mediante el DLQI, por lo que no sería necesaria la inclusión de estas localizaciones en la definición de psoriasis moderada o grave.

7. La definición de psoriasis leve, moderada y grave podría basarse en la combinación de rangos de PASI y DLQI descritos (tabla 4).

En la tabla 2 se resumen los resultados sobre las preguntas incluidas en el cuestionario, y en la tabla 3 los resultados de la reevaluación de los casos clínicos presentados en la reunión conforme a las definiciones alcanzadas en el consenso.

Discusión

La revisión de la literatura analizada puso de manifiesto la variabilidad en cuanto a los umbrales de PASI, BSA y DLQI empleados en los diferentes estudios para la definición de psoriasis moderada y moderada-grave⁷⁻²⁰ (tabla 1). De la misma forma, la discusión sobre casos clínicos presentados también evidenció dificultades para alcanzar acuerdos de

Tabla 3 Caracterización de los casos clínicos seleccionados

Casos clínicos	Caracterización de la gravedad de la psoriasis	
	Valoración consensuada tras su exposición y discusión por el grupo de trabajo	Reevaluación conforme a la definición consensuada por el grupo de trabajo
PASI: 5,4; BSA: 4%; PGA: 3; DLQI: 8. Afectación severa cuero cabelludo y zona púbica, con placas pequeñas en los hombros. Importante afectación esfera social. Tratamientos: tópicos, sistémicos, convencionales, biológicos (discontinuación por embarazo). Clasificada moderada	PsO moderada, basado en puntuación DLQI	PsO moderada
PASI: 2; BSA: 2%; PGA: 1; DLQI: 12. Afectación cuero cabelludo, uñas y cara. Afectación esfera social. Tratamiento con tópicos. Clasificada como moderada	PsO moderada, basado en puntuación DLQI	PsO moderada
PASI: 5; BSA: 5%; PGA: 3; DLQI: 14. Afectación dorsal manos, hombros y rodillas. Afectación relevante esfera laboral. Tratamientos: tópicos, sistémicos, convencionales, biológicos. Clasificada leve	PsO moderada, basado en puntuación DLQI	PsO moderada
PASI: 13,8; BSA: 12%; PGA: 3; DLQI: 4. Placas extensas en miembros inferiores, espalda, hombros y dorso de las manos. Afectación relevante esfera laboral. Intenso prurito. Poca afectación QoL (en relación con edad avanzada). Tratamientos: tópicos, sistémicos convencionales. Clasificada moderada	PsO moderada, basado en puntuación PASI	PsO moderada
PASI: 12; BSA: 13%; PGA: 4; DLQI: 2. Afectación extensa antebrazos, tronco, miembros inferiores, espalda, hombros y dorso de las manos. Afectación relevante esfera laboral. Intenso prurito. Poca afectación QoL. Tratamientos: tópicos. Clasificada moderada	PsO moderada, basado en puntuación PASI	PsO moderada
PASI: 11; BSA: 8%; PGA: 3; DLQI: 2. Afectación miembros inferiores, poca afectación QoL. Tratamientos: tópicos. Clasificada moderada	PsO moderada, basado en puntuación PASI	PsO moderada

BSA: área corporal afecta; DLQI: Índice de calidad de vida dermatológico; PASI: Índice de gravedad de la psoriasis; PGA: evaluación global por investigador; PsO: psoriasis.

Tabla 4 Propuesta de caracterización y definición de psoriasis leve, moderada-grave y grave en función de los umbrales PASI y DLQI

Umbral PASI y DLQI	Caracterización de la gravedad de la psoriasis		
	PASI < 7	PASI 7-15	PASI > 15
DLQI < 5	Leve	Moderada	Grave
DLQI 5-15	Moderada	Moderada ^a	Grave
DLQI > 15	Moderada	Moderada ^a	Grave

DLQI: Índice de calidad de vida dermatológico; PASI: Índice de gravedad de la psoriasis.

^a Se podrá considerar grave en caso de localizaciones de difícil acceso para tratamientos o que supongan impacto psicosocial importante.

consenso entre los expertos, especialmente para la clasificación como psoriasis moderada en pacientes con PASI o BSA elevados, mientras que el consenso fue absoluto en aquellos pacientes con PASI o BSA más bajos, independientemente del impacto sobre el DLQI. Esta controversia puede indicar que los clínicos continúan otorgando mayor relevancia a la

evaluación objetiva (PASI, BSA) que a la subjetiva realizada por el propio paciente (DLQI).

En cuanto a la propuesta de definición de psoriasis leve, moderada y grave cabe mencionar 2 aspectos destacados. En primer lugar, se han conseguido reducir las áreas de incertidumbre o limítrofes en la clasificación de la gravedad de

la psoriasis a tan solo un escenario con 9 posibles opciones. En segundo lugar, se propone la aplicación integrada de la evaluación objetiva por el médico (PASI) y de la percepción del propio paciente (DLQI), integración que resulta de especial utilidad para la definición de la psoriasis moderada. De esta forma, cualquier paciente con un impacto sobre la calidad de vida cuantificado en un DLQI superior a 15 debería ser considerado como psoriasis moderada o grave, independientemente de la evaluación objetiva por el dermatólogo (PASI); dicho de otro modo, una afectación DLQI > 15 no permitiría clasificar al paciente como leve en ningún caso, independientemente del PASI que presente. Asimismo, cualquier paciente con un PASI superior a 15 se clasificaría como afecto de psoriasis grave, independientemente del impacto de la enfermedad sobre su calidad de vida, de la misma forma que ningún paciente con PASI inferior a 7 sería clasificado como afecto de psoriasis grave, independientemente del impacto sobre la calidad de vida (tabla 1).

La mejor caracterización de los pacientes con psoriasis en función de su gravedad permite dar respuesta a varias necesidades hasta este momento no respondidas. En primer lugar, permitiría homogenizar los grupos de pacientes incluidos en los ensayos clínicos. En segundo lugar, el balance de riesgos y beneficios (eficacia-toxicidad-costes) en el que se fundamenta la toma de decisiones terapéuticas podrá ajustarse de forma más precisa a las necesidades reales del paciente, evitando posibles sobretratamientos o infratratamientos.

Como limitación metodológica del presente trabajo hay que tener en cuenta el hecho de haber participado en el mismo un número limitado de dermatólogos (n=6), lo que impide la consideración de las conclusiones alcanzadas como documento de consenso. No obstante, consideramos que la propuesta de definición y caracterización de la psoriasis moderada y grave consensuada en este grupo de trabajo, en el que han participado expertos en el manejo de la psoriasis, puede representar un punto de partida que podría servir para debatir en un grupo representativo de expertos nacionales, conforme a una metodología apropiada a ese fin (método Delphi o similares). El consenso así alcanzado podrá ser utilizado e implantado para su uso en práctica clínica habitual, lo que sin duda redundará en un mejor manejo de los pacientes con psoriasis en nuestro medio.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

El presente trabajo ha contado con la colaboración de Celgene para la organización de reuniones de trabajo, y con

el soporte bibliográfico llevado a cabo por la consultoría científica independiente. Ninguna persona relacionada con Celgene ha participado en la elaboración de propuestas, otros contenidos llevados a cabo por este grupo de trabajo, ni en la redacción de este manuscrito.

Conflicto de intereses

Mar Llamas-Velasco ha participado en ensayos clínicos, proyectos de investigación, actividades formativas y de consultoría con las siguientes compañías: Abbvie, Celgene, Galderma, Janssen, Leo-Pharma, Lilly, Novartis y Pfizer.

Pablo de la Cueva ha participado como asesores y/o investigador y/o ponente de Abbvie, Almirall, Biogen, Boehringer, Celgene, Janssen, Leo-Pharma, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer y UCB.

Jaume Notario Rosa ha percibido honorarios por consultoría y actividades formativas realizadas para Abbvie, Celgene, Janssen, Leo-Pharma, Lilly, MSD, Novartis y Pfizer. Ha participado en ensayos clínicos o proyectos de investigación promovidos por Abbvie, Janssen, MSD, Novartis y Pfizer.

Leandro Martínez-Pilar ha participado en proyectos de investigación, actividades formativas y consultoría con las siguientes compañías: Abbvie, Celgene, Janssen, Leo-Pharma, MSD, Novartis y Pfizer.

Antonio Martorell ha participado en actividades formativas y consultoría con las siguientes compañías: Abbvie, Celgene, Janssen, Isdin, MSD, Novartis y Pfizer.

David Moreno-Ramírez ha participado en proyectos de investigación, actividades formativas y consultoría con las siguientes compañías: Abbvie, Celgene, Janssen, Leo-Pharma, Lilly, MSD, Novartis y Pfizer.

Bibliografía

- Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:504-9.
- Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, Gordon K, Horn EJ, Korman NJ, et al. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:1031-42.
- Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:277-86.
- Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Rebusin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:401-7.
- Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:35.
- Ferrándiz Foraster C, García-Díez A, Lizán Tudela L, Bermúdez-Rey L, Badia Llach X. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc).* 2007;128:325-9.
- Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo JL, Hernanz-Hermosa JM. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30 Suppl 2:1-18.

8. Committee for medical products for human use of EMEA. Guideline on clinical investigation of medicinal products indicated for the treatment of psoriasis. European Medicines Agency Evaluation of Medicines for Human Use, EMEA/CHMP/EWP/2454/02 [consultado 10 Agos 2015]. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/>
9. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, van de Kerkhof PC, Chimenti S, Lotti T, et al. EUROPSO. European patient perspectives on the impact of psoriasis: The EUROPSO patient membership survey. Patient Survey Group. *Br J Dermatol*. 2006;155:729–36.
10. García-Diez A, Foraster CF, Sebastián FV, Tudela LL, Llach XB, Fernández GS. What characterizes the severity of psoriasis? Results from an epidemiological study of over 3,300 patients in the Iberian region. *Dermatology*. 2008;216:137–51.
11. Augustin M, Reich K, Reich C, Purwins S, Jeff Rustenbach S, Schäfer I, et al. Quality of psoriasis care in Germany—results of the national study PsoHealth 2007. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008;6:640–5.
12. Reich K, Thaci D, Mrowietz U, Kamps A, Neureither M, Luger T. Efficacy and safety of fumaric acid esters in the long-term treatment of psoriasis—a retrospective study (FUTURE). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7:603–11.
13. Smith CH, Anstey AV, Barker JN, Burden AD, Chalmers RJ, Chandler DA, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for biologic interventions for psoriasis 2009. *Br J Dermatol*. 2009;161:987–1019.
14. Naldi L. Scoring and monitoring the severity of psoriasis. What is the preferred method? What is the ideal method? Is PASI passé? Facts and controversies. *Clinics in Dermatology*. 2010;28:67–72.
15. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al., American Academy of Dermatology Work Group. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:137–74.
16. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CE, Nast A, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: A European consensus. *Arch Dermatol Res*. 2011;303:1–10.
17. Li K, Armstrong AW. A review of health outcomes in patients with psoriasis. *Dermatol Clin*. 2012;30:61–7.
18. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, Troxel AB, Kimmel SE, Mehta NN, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: A population-based study in the United Kingdom. *J Invest Dermatol*. 2012;132:556–62.
19. Flor-García A, Martínez-Valdivieso L, Ortiz-Navarro MR. Informe técnico de terapias biológicas en dermatología: artritis psoriásica y psoriasis. Servicio de Salud de Castilla la Mancha, mayo de 2012 [consultado 10 Oct 2015]. Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/>
20. Kupetsky EA, Keller M. Psoriasis vulgaris: An evidence-based guide for primary care. *J Am Board Fam Med*. 2013;26:787–801.