

Psoriasis

Informe de la Secretaría

1. En su 133.^a reunión, el Consejo Ejecutivo examinó el informe adjunto y adoptó la resolución EB133.R2.¹

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

2. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe y adopte el proyecto de resolución recomendado por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB133.R2.

¹ Véase el acta resumida del Consejo Ejecutivo en su 133.^a reunión, cuarta sesión, sección 1 (documento EB/133/2013/REC/1).



CONSEJO EJECUTIVO
133.ª reunión
Punto 6.2 del orden del día provisional

EB133/5
5 de abril de 2013

Psoriasis

Informe de la Secretaría

1. El objetivo del presente informe es sentar la base para un debate sobre la psoriasis, aportando información sobre su prevalencia, etiología, evolución natural, calidad de vida relacionada con la salud, diagnóstico, tratamiento, necesidades en materia de investigación y repercusiones en los servicios de salud, así como sobre las acciones que se pueden emprender en los países para reforzar la atención de los pacientes con psoriasis.

Características de la psoriasis

2. La psoriasis es una enfermedad no transmisible que se manifiesta como una enfermedad inflamatoria cutánea crónica caracterizada por lesiones numulares bien delimitadas, escamosas y rojas, localizadas con más frecuencia en los codos, rodillas, cuero cabelludo, manos y pies. Entre sus síntomas se encuentran el prurito, la irritación, la quemazón y el dolor. Más raramente, puede verse afectada toda la superficie cutánea; esta forma extensa de la psoriasis puede ser mortal, dado que la inflamación extrema y la descamación de la piel pueden alterar la capacidad del organismo para regular la temperatura y alterar la función de barrera de la piel.

3. Aproximadamente un 10% de los afectados por la psoriasis presentan artritis, que puede afectar las manos, pies, muñecas, tobillos, cuello y columna lumbar. En algunos casos las articulaciones se deforman, causando una discapacidad importante. Las uñas de las manos y los pies pueden verse afectadas por la descamación y la formación de costras, y puede producirse la caída de las placas ungueales, con la consiguiente desfiguración.

4. Las manifestaciones de la psoriasis no se limitan a la piel. La psoriasis moderada a grave puede verse complicada por afecciones comórbidas. En particular, los pacientes con psoriasis presentan un aumento del riesgo relativo de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, hipertensión, dislipidemia, diabetes y enfermedad de Crohn. La mayor frecuencia de la hipertensión y la diabetes puede explicar parcialmente el aumento del riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y mortalidad cardiovascular descrito en pacientes con psoriasis grave en grandes estudios de cohortes poblacionales.

5. Los efectos de la psoriasis pueden modificar el comportamiento de los afectados, produciendo obesidad, aumento del consumo de alcohol y aumento de la incidencia de tabaquismo. Se ha sugerido

que el tabaquismo puede desencadenar la psoriasis, mientras que la obesidad parece ser el resultado de modificaciones del comportamiento a consecuencia de la enfermedad. La relación descrita entre el alcoholismo y la psoriasis posiblemente se deba a los efectos psicológicos de la psoriasis en las personas afectadas.

Prevalencia

6. La prevalencia mundial de la psoriasis es de aproximadamente un 2%, pero los estudios realizados en los países desarrollados han registrado tasas de prevalencia más altas, de aproximadamente 4,6% por término medio.¹ Unos dos tercios de los pacientes con psoriasis tienen una forma leve de la enfermedad, con menos del 3% de la superficie cutánea afectada, pero otros tienen una afectación cutánea más extensa.

Evolución natural

7. La psoriasis empieza antes de los 40 años en aproximadamente las tres cuartas partes de los pacientes, y antes de los 20 años en aproximadamente una tercera parte de ellos. La psoriasis afecta a un 0,70% de los niños. La evolución natural de la enfermedad suele ser crónica, con remisiones y exacerbaciones intermitentes. No obstante, hay periodos de remisión completa, y en una minoría de casos se han descrito remisiones de 5 años o más.

Etiología

8. No se conoce plenamente la causa de la psoriasis. En la patogénesis de la enfermedad parecen participar una formación anormal de la queratina, la proliferación epidérmica, la activación del sistema inmunitario y factores hereditarios. La psoriasis es más frecuente en algunas familias. El riesgo de que un niño padezca psoriasis es del 41% si ambos progenitores están afectados por la enfermedad, del 14% si solo está afectado uno de ellos, y del 6% si está afectado un hermano.

9. En individuos con predisposición genética, la psoriasis puede ser desencadenada por factores tanto externos como sistémicos. En aproximadamente una de cada cuatro personas con psoriasis, los traumatismos cutáneos provocan lesiones psoriásicas. Las quemaduras solares y las enfermedades cutáneas también pueden provocar lesiones psoriásicas. El estrés psicógeno también puede desencadenar la psoriasis, habiéndose observado tanto su presentación inicial como exacerbaciones algunas semanas a meses después de acontecimientos estresantes.

10. Las infecciones bacterianas pueden inducir o agravar la psoriasis hasta en un 45% de los casos. La faringitis es el factor desencadenante más frecuente, pero los abscesos dentarios y las infecciones cutáneas también pueden ser desencadenantes. La infección por el VIH puede agravar la psoriasis; en los pacientes VIH-positivos es más frecuente la psoriasis resistente al tratamiento y su asociación a la artritis.

11. Hay varios fármacos que pueden inducir la psoriasis, como las sales de litio, el interferón, los β -bloqueantes o los antipalúdicos, y la interrupción del tratamiento con corticosteroides puede tener esa misma consecuencia.

¹ Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, the Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 2013, **133**:377-385.

Efectos en la calidad de vida relacionada con la salud

12. La psoriasis puede afectar la calidad de vida relacionada con la salud en la misma medida que otras enfermedades no transmisibles. Dependiendo de la gravedad y localización de las lesiones cutáneas, los pacientes pueden sufrir importantes molestias físicas y discapacidad. El prurito y el dolor pueden interferir con funciones básicas, como los cuidados personales o el sueño. Las lesiones cutáneas en las manos pueden impedir determinados trabajos, las actividades deportivas o el cuidado de los familiares en el hogar.

13. Las personas afectadas pueden sentirse cohibidas por su aspecto y tener escasa autoestima por temor al rechazo público y por preocupaciones de carácter psicosexual. Se sabe que sufren psicológicamente, sobre todo por la estigmatización, que puede causar discriminación en el empleo y aislamiento social. Muchos estudios han documentado mayores tasas de depresión y ansiedad en las personas con psoriasis, que en la población general. Los estudios epidemiológicos indican que los niños con psoriasis pueden tener mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos que los niños sin psoriasis.

Diagnóstico y tratamiento de la psoriasis

14. El diagnóstico de la psoriasis suele basarse en la presencia de las típicas lesiones cutáneas. No hay pruebas sanguíneas ni procedimientos diagnósticos especiales. En ocasiones raras puede ser necesaria una biopsia o raspado de la piel para excluir otros trastornos y confirmar el diagnóstico.

15. En la actualidad no hay cura para la psoriasis y el tratamiento tiene como objetivo atenuar los signos y síntomas, y modificar la progresión natural de la enfermedad. Hay numerosos tratamientos tópicos y sistémicos para la psoriasis, tales como análogos de la vitamina D₃, corticosteroides, alquitrán de hulla, ditranol, fototerapia, metotrexato, ciclosporina, retinoides sistémicos o productos biológicos. Habitualmente se utilizan los agentes tópicos en los casos leves, la fototerapia en los moderados, y los agentes sistémicos en los graves.

16. El tratamiento de la psoriasis no se limita a las lesiones cutáneas, sino que también se dirige a las diferentes afecciones comórbidas. Los profesionales sanitarios tienen que ser conscientes de la probabilidad de que haya afecciones comórbidas para que estas se puedan detectar precozmente y para que el tratamiento de la psoriasis tenga en cuenta sus posibles repercusiones en esas afecciones. En pacientes con psoriasis graves deben investigarse los factores de riesgo cardiovascular y hay que proporcionarles asesoramiento y tratamiento adecuados. Una dieta saludable, una actividad física apropiada y el tratamiento de otros factores de riesgo, entre ellos el sobrepeso, son elementos importantes de la atención. La reducción de peso puede potenciar la eficacia del tratamiento de la psoriasis, según han demostrado estudios recientes.

17. El tratamiento de la psoriasis a largo plazo debe ser individualizado, tomando en consideración la extensión de la enfermedad, la percepción de su gravedad por parte del paciente y los posibles efectos colaterales de los diferentes tratamientos. Cabe señalar que en las encuestas hechas a pacientes con psoriasis, un número significativo de ellos refiere estar frustrado por la ineficacia de su tratamiento actual, y sigue existiendo una necesidad médica insatisfecha, dado que no hay soluciones a largo plazo para la mayoría de los pacientes.

Necesidades en materia de investigación

18. Es necesario seguir investigando la patogénesis de la psoriasis, nuevos tratamientos, las causas de la comorbilidad y sus repercusiones en la conducta clínica ante la psoriasis y su tratamiento.

Repercusiones en los servicios de salud

19. Las intervenciones para hacer frente a la psoriasis deben formar parte de los servicios de asistencia sanitaria existentes en la atención primaria. Los servicios deben combinar la mejor atención posible al paciente, que abarque su educación y asesoramiento, con la disponibilidad de diferentes opciones terapéuticas. Dependiendo de las capacidades asistenciales de los países, esos servicios deben ir más allá de la atención primaria e incluir la dermatología y servicios clínicos de las especialidades pertinentes en la atención secundaria y terciaria.

20. Los pacientes con psoriasis, como muchos pacientes con otras enfermedades no transmisibles, padecen a menudo múltiples afecciones comórbidas y tienen necesidades asistenciales complejas. Es importante considerar dónde se encuentra el equilibrio entre la atención prestada por profesionales con formación general, capaces de afrontar una serie de problemas en una sola consulta, y la atención prestada por una amplia gama de especialistas, con derivación del paciente entre ellos.

21. En el tratamiento de todas las enfermedades no transmisibles, entre ellas la psoriasis, es fundamental un sólido enfoque programático y multidisciplinario del tratamiento de la enfermedad que incluya la coordinación de la atención con especialistas y otros profesionales sanitarios, y la toma en consideración de las necesidades y preferencias de los pacientes. La Secretaría podría tener una importante función en la identificación de los planteamientos exitosos para integrar el tratamiento de la psoriasis en los servicios existentes para las enfermedades no transmisibles en todos los niveles asistenciales.

Posibles medidas para reforzar los servicios

22. En los países se pueden tomar varias medidas que contribuyan a respaldar el desarrollo y fortalecimiento de servicios para atender a las personas con psoriasis. Muchos de los servicios e intervenciones para hacer frente a la psoriasis ya están al alcance de los países de ingresos bajos y medianos, y otros se pueden ir añadiendo en función de las necesidades y los recursos.

23. Entre las medidas clave para mejorar la atención de los pacientes con psoriasis se encuentran las siguientes:

- a) lograr el compromiso de los planificadores de políticas y un apoyo adecuado en materia de gestión;
- b) mejorar el acceso a los servicios y medicamentos esenciales para tratar la psoriasis;
- c) proporcionar formación teórica y práctica a los profesionales sanitarios, especialmente en el ámbito de la atención primaria;
- d) crear una red básica de dermatólogos y otros especialistas pertinentes que se pueda ampliar en función de la demanda;
- e) organizar programas de educación sanitaria, asesoramiento y cuidados personales para los pacientes con psoriasis;
- f) establecer mecanismos eficaces que fomenten la creación de organizaciones que presten apoyo a los pacientes con psoriasis y a sus familias.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

24. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe.

= = =