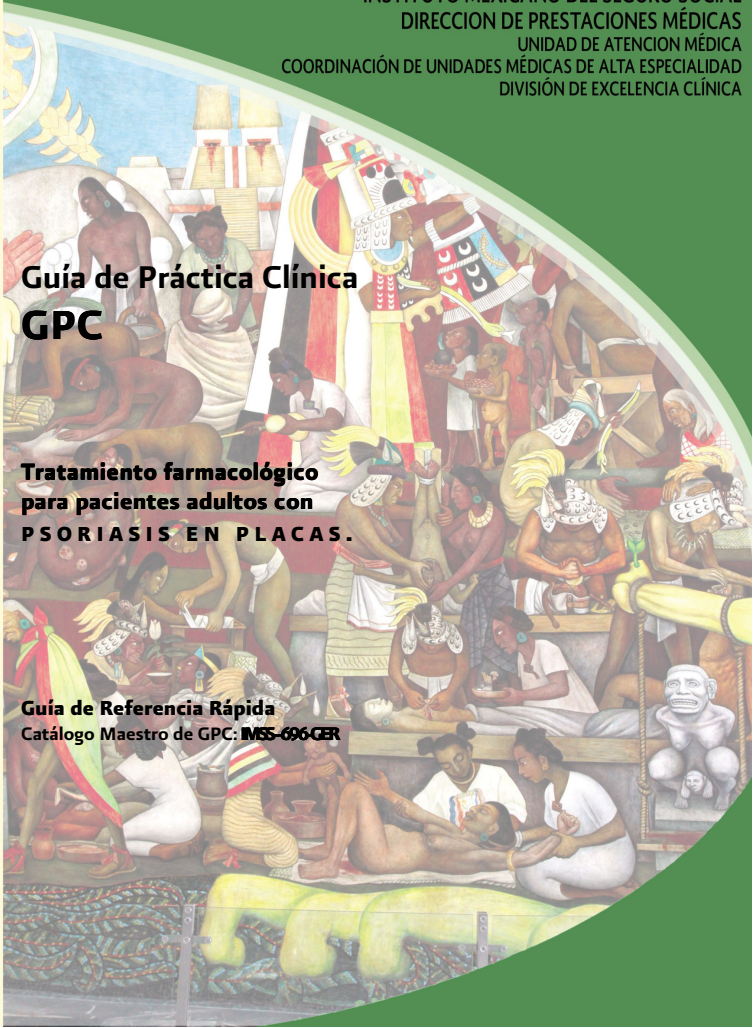


# Guía de Práctica Clínica GPC

## Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con PSORIASIS EN PLACAS.

Guía de Referencia Rápida  
Catálogo Maestro de GPC: **ISS-696-GER**



## ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN.....	3
2. DEFINICIÓN .....	4
4. DIAGRAMAS DE FLUJO.....	14
5. TABLA DE MEDICAMENTOS .....	15
6. CUADROS O ESCALAS CLÍNICAS.....	18

## 1. CLASIFICACIÓN

GPC: TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACAS EN ADULTOS

CIE-<9 o 10>: L 40 PSORIASIS EN PLACAS

## DEFINICIÓN

La psoriasis vulgar es un padecimiento crónico, inflamatorio, sistémico con etiología genética y puede modificarse por factores ambientales. Puede asociarse con otros padecimientos inflamatorios como artritis psoriásica, enfermedad intestinal inflamatoria y enfermedad coronaria.

## CONTEXTO

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria polimorfa de la piel y articulaciones, de curso crónico, recurrente. Los múltiples caminos para combinar genes susceptibles, mecanismos inmunológicos y modificar factores que interactúen hacia el desarrollo de las lesiones contribuyen ampliamente a este polimorfismo. Su prevalencia a nivel mundial se estima en 2%.

Las incidencias más elevadas corresponden a Dinamarca (2.9%) y las Islas Faroe (2.8%); ciertos grupos étnicos como los asiáticos (japoneses) presentan una prevalencia baja (0.4%), inclusive en algunas comunidades aborígenes del continente australiano no se presenta. En México dicha prevalencia representa aproximadamente 2.5 millones de personas afectadas, de las cuales del 25 al 30% pueden cursar con un cuadro clínico de moderado a severo.

## TRATAMIENTO TÓPICO (PRIMERA ELECCIÓN)

### A) INHIBIDORES DE CALCINEURINA

Pimecrolimus crema al 1% 2 veces al día, en áreas como región facial, intertriginosas y región anogenital o el tacrolimus ungüento de 0.03% 2 veces al día e incrementar concentración a 0.1% tras 2 semanas de uso en mismas regiones que el pimecrolimus por un tiempo aproximado total de 8 semanas o el tiempo que sea necesario hasta remisión de las lesiones. Usar como alternativa en psoriasis facial e invertida refractarias a tratamiento de primera línea. Se recomienda la aplicación oclusiva de tacrolimus y pimecrolimus ya que con ello disminuye la descamación y el eritema de la placa de psoriasis

### B) CORTICOSTEROIDES

Furoato de mometasona con ácido salicílico al 5% 2 veces al día.

Los esteroides de baja potencia se recomiendan para sitios como la cara, áreas intertriginosas, con piel delgada o en niños, y por periodos cortos. Otras áreas topográficas en adultos pueden ser tratadas desde un inicio con agentes de mediana o alta potencia. Pacientes con placas gruesas, crónicas pueden requerir tratamiento con esteroides de muy alta potencia, en general, por períodos no mayores a 2-4 semanas.

Se recomienda ampliamente la terapia con corticoesteroide tópico para psoriasis leve a moderada como monoterapia o combinada con otras terapias sistémicas o tópicas.

A) Propionato-17-clobetasol o dipropionato de betametasona 1 vez al día por un período de 3 a 4 semanas y posteriormente con reducción gradual. O bien dipropionato de betametasona 0.05mg/gr en ungüento dos veces al día por periodos no mayores a tres semanas

B) Dipropionato de betametasona 0.05% y calcipotriol 0.005% 2 veces al día por un mes y posteriormente emplear en pulsos (2 veces por semana días alternos o sólo en fines de semana) como fase de mantenimiento.

### C) ALQUITRÁN DE HULLA

Se recomienda para psoriasis leve-moderada a concentraciones del 5-10% en un vehículo como la vaselina, por su efecto oclusivo y con esto favoreciendo una mejor

absorción, aplicado por las noches por un período máximo de 4 semanas y posteriormente reducir los días de aplicación gradualmente durante la fase de mantenimiento. Para piel cabelluda existen preparaciones en champú que se sugiere emplear diario hasta disminución de placas eritemato escamosas y a partir de ese momento se puede espaciar su uso para mantenimiento.

#### **D) DITRANOL (ANTRALINA)**

El ditranol como monoterapia se usa en terapia de inducción en pacientes hospitalizados con psoriasis en placas leve moderada. Y en pacientes externos con psoriasis en placa leve moderada, puede considerarse como monoterapia.

Se recomienda utilizar ditranol en combinación con fototerapia u otras preparaciones tópicas (por ejemplo calcipotriol) para mejorar la respuesta terapéutica. Iniciar con preparaciones al 0.5% para terapias a largo plazo o del 1% para terapias de corta duración y luego incrementar de acuerdo a tolerancia del paciente. Mejoría esperada tras 2-3 semanas de uso.

#### **E) TAZAROTENO**

El uso tópico de tazaroteno puede considerarse en el tratamiento de psoriasis vulgar leve-moderada. Iniciar con aplicación diaria de gel al 0.05% en la tarde por aproximadamente 1-2 semanas, la dosis de mantenimiento si es necesaria es con gel al 0.1% otras 2 semanas. Se recomienda combinar el tazaroteno con esteroides tópicos en las lesiones directamente y evitar contacto con piel sana.

#### **F) ANÁLOGOS DE VITAMINA D**

Los análogos de vitamina D3 están recomendados como terapia de inducción en pacientes con psoriasis leve moderada sin exceder más de 100 gr por semana , hasta por un año en el caso del calcipotriol, con una o dos aplicaciones al día.

La combinación de la terapia de análogos de vitamina D3 y esteroides es recomendada como terapia de inducción en las primeras 4 semanas para pacientes con psoriasis leve moderada

Se recomienda para psoriasis leve-moderada calcipotriol como dosis de inicio 2 aplicaciones por día en áreas afectadas hasta un máximo de 30% de la SC, sin exceder los 100 gramos por semana hasta por 1 año. Calcitriol 2 aplicaciones diarias hasta un máximo de 35% de la SC, hasta por períodos de 6 meses, períodos más prolongados aún no existe experiencia de acuerdo a la revisión reportada en la literatura.

La terapia combinada con vitamina D3 y esteroides está recomendada en las

primeras 4 semanas como una terapia de inducción para psoriasis leve-moderada.

### **g) ÁCIDO SALICÍLICO**

Se recomienda el uso del ácido salicílico combinado con furoato de mometasona por 3 semanas para obtener una disminución en el eritema, engrosamiento y escamas. Además no se recomienda aplicar en áreas mayores al 20% de la superficie corporal. Se recomienda en pacientes con psoriasis leve-moderada prescribir fórmula con ácido salicílico del 5% al 10% que tenga como vehículo la vaselina, una o dos aplicaciones por día en lesiones hasta su remisión. Puede combinarse esta terapia con el alquitrán de hulla, descrita dicha modalidad en apartado previo.

### **h) UREA**

Se recomienda en pacientes con psoriasis leve-moderada a concentraciones de 10 al 40% como monoterapia o combinada con otros tratamientos tópicos o en fase de mantenimiento, una vez que han remitido las lesiones. Pueden emplearse concentraciones que van del 10 al 40% una o dos aplicaciones por día

## **TRATAMIENTO SISTÉMICO (SEGUNDA ELECCIÓN)**

### **A) CICLOSPORINA**

Como dosis inicial se recomienda una dosis de 2-5 a 3mg /kg de peso corporal (máximo 5mg por kg) por un período de 8-16 semanas y posteriormente una dosis de reducción de 0.5mg/kg de peso corporal cada 14 días) o una terapia a largo plazo continua con dosis fija de reducción; por ejemplo: disminuir 50mg cada 4 semanas a partir de la semana 12 de tratamiento e incrementar la dosis 50mg si se presenta recaída. Terapia viable hasta por un máximo de 2 años. Vigilar signos de neurotoxicidad e hipertensión secundaria. Además de vigilar niveles de creatinina mensualmente y filtración glomerular una vez al año, en quienes tienen tratamientos prolongados. En adultos mayores si desarrolla hipertensión arterial se reduce la dosis de ciclosporina en un 25-50%. Si no hay mejoría de cifras tensionales, suspender tratamiento.

### **B) METOTREXATE**

Se recomienda como terapia de inducción en pacientes con psoriasis vulgar

moderada-severa. Se recomienda además considerar la evaluación previa al tratamiento incluyendo una biometría hemática, pruebas de función hepática, niveles de creatinina, en el caso de mujeres, prueba de embarazo, ultrasonido hepático, radiografía de tórax y de ser posible el procolágeno tipo III péptido amino terminal. Una vez iniciado el tratamiento se recomienda evaluar cada semana el primer mes con BH, PFH y Cr; el segundo y tercer mes en cada uno BH, PFH y Cr; del cuarto mes en adelante cada 2-3 meses BH, PFH y Cr. No olvidar el uso adicional del ácido fólico para mayor seguridad en el tratamiento con metotrexate. Se recomienda en pacientes con psoriasis moderada a severa, recalcitrante o incapacitante el tratamiento con metotrexate una dosis inicial vía oral de 5mg por semana administrada en uno o dos días, e incrementando 2.5 a 5mg cada dos semanas de acuerdo a respuesta. A partir de la semana 8 de tratamiento considerar una dosis de mantenimiento de máximo 25mg por semana.

### **c) RETINOIDES**

Se recomienda en pacientes con psoriasis moderada-severa una dosis inicial de acitretina vía oral de 0.3-0.5mg/kg peso corporal por día por 4 semanas y posteriormente continuar con dosis de 0.5-0.8mg/kg de peso corporal por período indeterminado de acuerdo a resultados clínicos obtenidos hasta la mejoría clínica.

### **d) AZATIOPRINA**

Existe evidencia limitada que sugiere que la azatioprina puede ser efectiva como monoterapia en el tratamiento de psoriasis moderada-severa, pero raramente se emplea en la práctica clínica. Sin embargo, evidencia reciente sugiere que puede ser empleada en combinación con biológicos como infliximab como una alternativa al metotrexate para mantenimiento a largo plazo.

Se recomienda considerar los niveles de la tiopurina metiltransferasa como un parámetro para determinar la dosis de inicio de la azatioprina. Teniendo así el siguiente esquema:

TPMT < 5 U no usar azatioprina

TPMT 5-13.7 U 0.5mg/kg dosis máxima

TPMT 13.7-19 U 1.5mg/kg dosis máxima

TPMT > 19 U 2.5mg/kg dosis máxima

Se recomienda para minimizar los efectos secundarios como náuseas iniciar con dosis mínima e incrementar gradualmente hasta la dosis ideal en las primeras semanas



**e) HIDROXIUREA, LEFLUNOMIDA, MICOFENOLATO DE MOFETILO, SULFASALAZINA, TACROLIMUS**

Solo para casos que no responden a otros tratamientos y su uso debe ser bajo protocolo de estudio, indicaciones de posología en versión extensa de la GPC

**TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS****a) ALEFACEPT**

Pacientes candidatos a terapia sistémica o fototerapia con psoriasis en placas moderada a severa quienes son candidatos a terapia biológica. Se recomienda una dosis de 15mg intramuscular cada semana por un período de 12 semanas con un seguimiento posterior de 12 semanas sin tratamiento.

En 10% de pacientes puede provocar reducción de linfocitos CD4. Por lo anterior, debe de realizarse un conteo de linfocitos CD4 antes de iniciar el tratamiento y posteriormente cada semana. Cuando dicho conteo disminuya de 250 células por mililitro debe de mantenerse el alefacept, pero si persiste por debajo de 250células/ml entonces se suspenderá. Además considerar que, no está indicado en pacientes con conteo de linfocitos CD4 debajo del normal o en infectados con VIH, además de aquellos que tengan riesgo o historia de procesos neoplásicos o infecciones significativas. En embarazo es categoría B.

Uso bajo protocolo de estudio.

**b) EFALIZUMAB**

Se ha suspendido la comercialización de efalizumab, al considerar que su beneficio terapéutico ya no compensa el riesgo de su administración.

**c) ADALIMUMAB**

Se recomienda para psoriasis moderada-severa durante la etapa de inducción, especialmente con falla. Además de ser adecuado para terapias de largo plazo. Dosis única de 80mg subcutánea la primer semana, seguida de 40mg subcutáneos la segunda semana y posteriormente aplicación cada dos semanas a la misma dosis hasta completar 16 semanas. Está contraindicado en mujeres embarazadas y se recomienda que después de suspender el tratamiento las mujeres en edad fértil dejen pasar 5 meses antes de embarazarse. Además de considerar que está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca (NYHA III-IV).

**d) ETANERCEPT**

Se recomienda 50mg subcutáneos dos veces por semana las primeras 12 semanas seguido por 50mg cada semana. Se recomienda el etanercept para pacientes con

psoriasis en placas moderada-severa, especialmente en aquellos pacientes donde otros tratamientos no han sido satisfactorios, que no fueron tolerados o están contraindicados. Un esquema de 50mg SC dos veces por semana como terapia de inducción con lo cual se espera observar respuesta clínica después de 6-12 semanas de tratamiento y el efecto máximo después de 24 semanas de tratamiento.

#### **E) INFLIXIMAB**

Se recomienda una dosis de 5mg/kg con esquema de infusión a las semanas 0, 2 y 6 y luego cada 6-8 semanas; las dosis e intervalos de infusiones pueden ajustarse de acuerdo a necesidades y evolución. Reconstituir cada frasco ampula con 10 ml de agua estéril para inyección diluir el volumen total de la dosis de solución reconstituida en 250 ml de solución de cloruro de sodio al 0.9%. Aunque con la información disponible se ha mostrado una disminución de la eficacia tras 24 semanas de tratamiento. Puede ser el infliximab una muy buena elección en pacientes con artritis psoriásica

#### **F) USTEKINUMAB**

La dosis recomendada para psoriasis vulgar moderada-severa como terapia de inducción son 45mg SC y 90mg SC en la semana 0 y 4, luego cada 12 semanas para pacientes con peso menor a 100kg y mayor a 100mg respectivamente. En algunos pacientes la efectividad máxima del fármaco no se alcanza, sino hasta después de 6 meses de tratamiento. Es un buen medicamento para manejo a largo plazo. Especialmente si otras terapias han sido poco exitosas o no toleradas o están contraindicadas.

### **TRATAMIENTO EN SITUACIONES ESPECIALES PARA PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA A SEVERA**

#### **a. PACIENTES CON ALTO RIESGO DE INFECCIONES**

No se recomiendan por el escaso reporte de casos y experiencia previa el empleo de quimioterapia citotóxica, de corticoesteroides sistémicos, ni terapias inmunosupresoras en pacientes portadores de VHB

No se recomienda el uso de inhibidores de FNT en pacientes con infección por VHB y, aunque no hay reportes de efectos adversos con acitretina en pacientes con infección por VHB, el riesgo potencial de producir alteraciones hepáticas con éste fármaco lo hace no apropiado

A pesar de que no hay evidencia de reactivación del virus de hepatitis B cuando se emplea pretratamiento con antivirales, al no existir información suficiente, no se recomienda el empleo de anti-TNF en estos casos

**b. PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA NO RELACIONADA CON HEPATITIS VIRAL NI CON CONSUMO DE ALCOHOL**

No se recomienda el empleo de MTX en pacientes con psoriasis y enfermedad hepática grasa crónica no alcohólica.

**c. PACIENTES CON FALLA PRIMARIA O SECUNDARIA CON MONOTERAPIA CON UN AGENTE ANTI FNT**

En caso de requerir terapia combinada sistémica para etanercept considerar el MTX a dosis de 12.5mg por semana como un agente benéfico, previa evaluación del paciente

**d. PACIENTES CON OBESIDAD**

En pacientes obesos se recomienda considerar el empleo de Infliximab ya que es un agente que al administrarse se calcula la dosis de acuerdo al peso y su empleo de esta forma provee eficacia consistente.

En pacientes obesos se recomienda el empleo cauteloso de MTX aunque parece que el riesgo de hepatotoxicidad en pacientes obesos no está relacionado con el uso de éste fármaco. La proteína C reactiva es un marcador de riesgo cardiovascular y se eleva en varios estados inflamatorios, incluyendo la psoriasis. Específicamente, es prevalente en pacientes con psoriasis y además que son obesos. El etanercept disminuye los niveles de la PCR en los pacientes con psoriasis y especialmente aquellos que son obesos. Adalimumab, infliximab y MTX disminuyen los niveles de PCR en pacientes con AR. Por consenso los anti TNF deben de ser considerados primero cuando se trata pacientes obesos por los efectos potenciales cardioprotectores. Sin embargo, recomiendan no olvidar la ganancia de peso asociada con esta terapia, que es un fenómeno descrito y poco entendido.

**e. PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO**

En caso de requerir terapia sistémica combinada en pacientes con síndrome metabólico se recomienda considerar etanercept con MTX (dosis bajas de este último) y no olvidar el manejo concomitante con ácido fólico los días que no se toma el MTX.

**f. PACIENTES FEMENINAS (CONCEPCIÓN, EMBARAZO Y LACTANCIA)**

Se recomienda evitar la aplicación tópica de esteroides en región de pezones durante la lactancia. Se recomienda evitar la exposición a corticoesteroides (categoría C) en el primer trimestre del embarazo, ya que conlleva el riesgo de paladar hendido, así como riesgo de retraso de crecimiento intrauterino. Calcipotrieno tópico (categoría C) carece de reportes en el humano, sin embargo, en modelos animales es controversial en relación a defectos congénitos. Tacrolimus cruza la placenta y aparece en leche materna. No hay suficientes estudios, pero el uso del tacrolimus durante el embarazo ha sido asociado con hiperkalemia y trastornos renales neonatales. No se recomienda el empleo de tacrolimus tópico durante la lactancia. La ciclosporina (categoría C) no está relacionado con alteración en la fertilidad ni riesgos teratogénicos, aunque algunos estudios relacionan esta terapia con bajo peso al nacer y nacimiento prematuro. Los inhibidores de FNT (etanercept, adalimumab e infliximab) todos categoría B en embarazo. Pero aún continúa su revisión en este grupo de pacientes. Estudios de toxicidad en animales no muestran daño al feto. Se considera que la eliminación de los biológicos por leche materna es muy baja.

#### **G. PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CLASE III-IV DE LA NEW YORK HEART ASSOCIATION**

Se recomienda en pacientes con insuficiencia cardíaca clase funcional III-IV considerar como una buena opción terapéutica el MTX.

Con evidencia controversial en cuanto al empleo de anti FNT en pacientes con Insuficiencia cardíaca, no se apoya su empleo en dichos pacientes. Por lo anterior, se recomienda esperar para contar con más evidencia antes de tomarlos como primera línea.

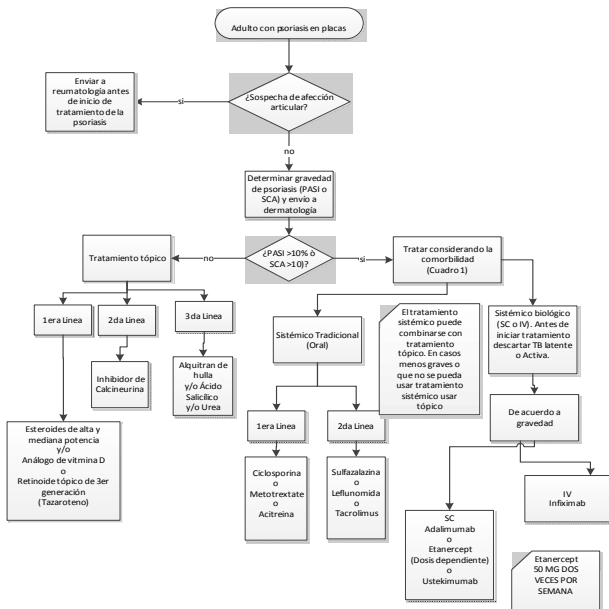
#### **H. PACIENTES CON PROCESOS INFECCIOSOS ACTIVOS (TUBERCULOSIS, HISTOPLASMOSIS, COCCIDIOIDIOMICOSIS)**

Se recomienda no emplear biológicos anti-FNT en pacientes con procesos infecciosos activos o aquellos con susceptibilidad incrementada de desarrollar un proceso tuberculoso nuevo.

El tiempo medio para el inicio de un proceso infeccioso de tuberculosis después del inicio de tratamiento con anti- FNT difiere siendo de 6 semanas con infliximab, 3 a 8 meses con adalimumab y 11.2 meses con etanercept. Literatura reumatológica sugiere que existe un bajo riesgo de presentación de infecciones granulomatosas no tuberculosis (listeriosis, coccidiodomicosis, histoplasmosis) en la población que recibe terapia con anti FNT

Las guías de la sociedad torácica británica sugieren una terapia antifúngica supervisada en pacientes con enfermedad latente o activa por lo menos 2 meses antes de iniciar manejo con terapia biológica anti FNT. En pacientes con terapéutica anti FNT quienes desarrollan enfermedad activa se sugiere por parte de la CDC suspender e tratamiento con el biológica e iniciar la terapia antifúngica. El empleo de quimioprofilaxis con isoniazida en pacientes tratados con MTX de acuerdo a nivel de evidencia C, se determinó que fue bien tolerado sin riesgo de hepatotoxicidad incrementada. Se recomienda revisar y buscar en todo paciente en quien se va a indicar anti FNT los criterios para iniciar quimioprofilaxis para tuberculosis e iniciarlos cuando estén indicados.

4. DIAGRAMAS DE FLUJO



Calculo de Área de superficie corporal afectada (SCA)  
 Vía subcutánea SC

5. TABLA DE MEDICAMENTOS

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contra indicaciones
010.000.4510.00  010.000.4511.00	Etamecept	50 mg SC 2 veces por semana, 50 mg 1 vez por semana, 50 mg 2 veces por semana no más de 12 semanas	Frasco ampula 25 mg/0.5ml  Frasco ampula 50 mg/1ml	Intermitente: -12 semanas Continuo: -24 Sem (3 meses) -48 sem (6 meses) -> 48 sem (Hasta 2 años)	Frecuentes: Reacción en el sitio de inyección.  Infrecuentes: Infecciones, Eventos neurológicos, Pancitopenía,	Evitar el uso de vacunación con agentes vivos, Anakinra (Antagonista de receptor de interleucina 1) Abatacept (Inhibidor de coestimulación)	Enfermedades desmilenizantes, Infecciones crónicas, Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
010.000.4508.00	Infiximab	5MG X KG Peso IV Fase de inducción: Sem 0, 2, y 6 y luego fase de mantenimiento 3 A 5 mg x kg cada 8 semanas	Frasco ampula de 100 mg para reconstitución	Continuo	Aguda leve: Palpitaciones, Nausea, Eritema facial, Sudoración Aguda Grave-Disnea, Estridor, Hiper o hipotensión, Tardías: Exantema Prurito	Anakinra	Enfermedades desmilenizantes, Infecciones crónicas, Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
010.000.4512.00	Adalimumab	80 mg SC inicial y después 40 mg cada 2 semanas	Frasco ampula o jeringa pre llenada de 0.8 ml contiene 40 mg.	Continuo	Infección o reacción en sitio de inyección,	Abatecept, Anakinra	Terapia inmunosupresora concomitante, Hepatitis B crónica activa, Tuberculosis activa, Insuficiencia Cardíaca Congestiva
010.000.1759.00  010.000.1760.00	Metotrexate	Se recomienda en pacientes con psoriasis moderada a severa, recalcitrante o incapacitante el tratamiento con metotrexate una dosis inicial vía oral de 5mg	Tab 2.5mg  Suspension inyectable 50mg/2ml	Continuo sin pasar de dosis acumulada total de	Muy frecuente: Nausea, vómito, alopecia anagena  Frecuente: Transaminasemia, mielo supresión, Ulcera	Aines, Trimetropin, Retinoides, Probenecid, barbitúricos, sulfas, penicilinas.	Absolutas: -Embarazo o lactancia. Cirrosis, Pancitopenia, Alcoholismo Relativas: -Obesidad, , Fotosensibilidad,

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA PACIENTES ADULTOS CON PSORIASIS EN PLACAS.

		por semana administrada en uno o dos días, e incrementando 2.5 a 5mg cada dos semanas de acuerdo a respuesta. A partir de la semana 8 de tratamiento considerar una dosis de mantenimiento de máximo 25mg por semana.			gastrointestinal. Ocasional: Fiebre, infecciones, Depresión, Raro: Neumonía intersticial, Alveolitis		Diabetes, infección, alteración renal.
<b>010.000.4298.00</b> <b>010.000.4306.00</b>	Ciclosporina	Cap 100 mg y Cap 25 mg	Como dosis inicial se recomienda una dosis de 2.5 a 3mg /kg de peso corporal (máximo 5mg por kg) por un período de 8-16 semanas y posteriormente una dosis de reducción de 0.5mg/kg de peso corporal cada 14 días) o una terapia a largo plazo continua con dosis fija de reducción; por ejemplo: disminuir 50mg cada 4 semanas a partir de la semana 12 de tratamiento e incrementar la dosis 50mg si se presenta recaída.	Intermitente o continuo O hasta por 2 años	<b>Frecuentes:</b> Falla renal: Dosis dependiente. Hipertensión, Hiperplasia gingival, temblor, cefalea, hipertricosis, elevación de lípidos, <b>Ocasional:</b> Hipomagnesemia, hiperkalemia, hiperuricemia, acné, anemia, ganancia de peso. <b>Rara:</b> -Pancreatitis, miopatia, leucopenia, Neuropatia, resequead. <b>Muy raras:</b> Anemia hemolítica, Colitis.	Aumentan los niveles: -Antimicóticos, Diuréticos, Antagonistas de los canales de calcio, esteroides, antibióticos Disminuyen los niveles. -	<b>Absolutas:</b> Disfunción renal relativa, Hipertensión arterial descontrolada, infección activa, Malignidad presente o pasada. <b>Relativas:</b> -Uso con otros inmunosupresores, disfunción hepática relativa, Terapias con PUVA.
<b>010.000.3461.00</b>	Azatriopina	Tab 50 mg	0.5- 3 mg kg día según nivel de TPMT < 5 -No usar TPMT 5-13.7 -0.5 mg kg TPMT 13.7-19.0		Mielo supresión,	Alopurinol, Captopril, Cotrimazol, Rinfampicina, Clozapina .	<b>Absolutas:</b> -Alergia, Embarazo, Infección activa.  <b>Relativas:</b> -Uso de



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA PACIENTES ADULTOS CON PSORIASIS EN PLACAS.

			-1.5 mg kg TPMT >19.5 -2.5 mg kg Si no se cuenta con TPMT iniciar con 0.5mg kg día monitorear citopenia a las 4 y 8 semanas si no hay citopenia incrementar 0.5 mgkg día cada 4 semanas con dosis de hasta 150 mg al día.				medicamentos con interacción.
<b>010.000.5316.00</b> <b>010.000.5306.00</b>	Micofanolato de mofetilo	Tab 250 mg  Tab 500 mg	1-1.5 grs 2 veces al día		Leucopenia, Hipercolesterolemia, trastornos electrolíticos, fiebre, mialgias,	Antiácidos con aluminio y magnesio, colestiramina , fenitoina, aciclovir, ganciclovir, valganciclovir, salicilatos.	Hipersensibilidad al principio activo
<b>010.000.4504.00</b>	Sulfazalazina	Tab 500 mg	Dosis inicial 500 mg 2 veces al día incrementando hasta 4 grs o tolerancia.	Lo necesario con vigilancia para clínica ya que no hay toxicidad acumulativa	Anorexia, Cefalea, síntomas gastrointestinales, oligospermia.	Ácido fólico y digoxina	Obstrucción intestinal o urinaria, Porfiria.
<b>010.000.4515.00</b> <b>010.000.4514.00</b>	Leflunomida	Caps 100 mg y caps de 20 mg	Dosis inicial de 100mg al día por 3 días y después 20 mg al día	No reportado	Nausea, diarrea, Anorexia, pérdida de peso , cefalea, mareos, Hepatotoxicidad	Rinfampicina y metrotexate	Hepatopatía,
010.000.5084.00  010.000.5082.82	Tacrolimus	Capsulas 1 Y 5 mg	0.05 -0.15 mg kg día preferencia 0.10 mg por mínimo de 9 semanas	Desconocido	<b>Más Comunes:</b> Cefalea, nausea, vómito, diarrea, hipertensión y alteraciones renales. <b>Menos comunes:</b> Hiperglucemia, Hiperkalemia, artral gias, insomnio, disnea, edema	Ciclosporina y todos los medicamentos metabolizados por citocromo P450	Hipersensibilidad al medicamento o a los componentes de la fórmula

## 6. CUADROS O ESCALAS CLÍNICAS

Cuadro 1. Indicaciones y contraindicaciones de los diferentes tratamientos según las enfermedades asociadas del paciente

	<u>Acitretino</u>	<u>Metotrexato</u>	<u>Ciclosporina</u>	<u>Antagonistas de TNF alfa</u>	<u>Ustekinumab</u>
<u>DISLIPIDEMIA</u>	X		( )		
HIPERTENSIÓN			X		
NEFROPATÍA		( )*	X		
HEPATOPATÍA	D	X	D	D	D
ARTRITIS	X		**		D
INSUFICIENCIA CARDIACA MODERADA SEVERA			( )	X	
<u>ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE</u>				X	
EMBARAZO	X	X	( )	X	X
ANTECEDENTE DE NEOPLASIA O LINFOMA ( <u>EXC. CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA</u> )		X	X	X	X
: RECOMENDABLE; ( ): POSIBLE CON ESTRECHA MONITORIZACIÓN; X: NO RECOMENDABLE O CONTRAINDICADO; D: DEPENDE. *AJUSTANDO LA DOSIS SEGÚN LA FUNCIÓN RENAL **LA CICLOSPORINA EN MONOTERAPIA SUELE SER INSUFICIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS <u>PSORIÁSICA</u>					

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por IMSS  
© Copyright IMSS

Editor General  
División de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
2013

ISBN: **En Trámite**