

miento y metas en la práctica clínica. En 2011 el Programa de Consenso Europeo (conocida por sus siglas en inglés, ECP) elaboró y publicó las primeras guías de tratamiento en psoriasis, con el objetivo de mejorar el cuidado y seguimiento de los pacientes.²³ Además, la implementación adecuada de estas guías prevendrán las co-morbilidades asociadas descritas. La utilización exitosa de las guías de tratamiento ya ha demostrado este beneficio, como es el caso de la destrucción articular de la artritis psoriática.

Los puntos cardinales de las guías del ECP son:

1. Establecer un consenso entre los dermatólogos de los países europeos para el manejo de la psoriasis.
2. Proporcionar ayuda cuando los tratamientos resultaban en respuestas parciales o éxito intermedio, pero no el deseado.
3. Introdujo el concepto de calidad de vida (del acrónimo en inglés, QoL), para hacer cambios en las decisiones terapéuticas cuando solo se había obtenido una respuesta parcial.

Este consenso produjo la primera definición sobre severidad de la enfermedad y las primeras metas de tratamiento para psoriasis basadas en una opinión de expertos internacionales, amplia y formal. La psoriasis leve se definió como superficie corporal (siglas en inglés, BSA) ≤ 10 , índice de severidad y área de la psoriasis (siglas en inglés, PASI) ≤ 10 , e índice de calidad de vida dermatológico (siglas en inglés, DLQI) ≤ 10 .²⁴⁻²⁶ El tratamiento recomendado estaba de acuerdo con las líneas de tratamiento reconocidas, comenzando con terapia tópica y avanzando a fototerapia o agentes sistémicos en casos refractarios. La psoriasis moderada a severa se definió como BSA > 10 o PASI > 10 e DLQI > 10 . El tratamiento recomendado es fototerapia y terapia sistémica. Sin embargo, si el BSA y el PASI indican enfermedad leve, es decir ≤ 10 , pero el DLQI es > 10 , se considerará como psoriasis moderada a severa y podrá utilizarse la terapia correspondiente. Lo mismo para pacientes con psoriasis leve, que presentan manifestaciones especiales de la enfermedad que no pueden ser controladas adecuadamente con tratamiento tópico y que perjudican significativamente su calidad de vida, estas manifestaciones pueden incluir lo siguiente:

- compromiso de áreas visibles,
- compromiso de grandes áreas de la piel cabelluda,
- compromiso genital,
- compromiso de palmas de las manos y plantas de los pies,
- onicolisis u onicodistrofia de al menos dos uñas,
- prurito que lleva a rascarse y
- presencia de placas recalcitrantes simples.

Como los medicamentos varían en su inicio de acción y eficacia, era importante detallar las fases de la terapia sistémica. La fase de inducción de la terapia fue definida por la ECP como las primeras 16 semanas de tratamiento si se utilizaban medicamentos que producen una rápida inducción y remisión (ej. infliximab y adalimumab), etapa que puede extenderse hasta 24 semanas si se utilizaban medicamentos de inicio más lento como el metotrexate o etarnecept. La fase de mantenimiento fue descrita como el período de tratamiento después de la inducción. Intervalos de control se recomendaron de acuerdo a

las guías de monitoreo, que en la mayoría de los medicamentos, es de 8 semanas. El esquema recomendado es que si el régimen de tratamiento de la fase de mantenimiento resulta en una reducción del PASI ≥ 75 , o por lo menos se logra un PASI entre ≥ 50 a < 75 combinado con un DLQI ≤ 5 el tratamiento es exitoso y debe continuarse. Cuando la reducción del PASI es < 50 , o se logra un PASI entre $\geq 50\%$ a < 75 combinado con un DLQI > 5 debe modificarse el tratamiento, que incluye aumento de la dosis del medicamento, reducción de los intervalos entre las dosis, combinación de terapias o cambio de medicamento.

La implementación de las metas de tratamiento para psoriasis tiene tres requerimientos fundamentales:

1. Disminuir el puntaje de la severidad de la psoriasis y mejorar la calidad de vida relacionada a la salud (en inglés, HR-QoL).
2. Establecer un seguimiento y monitoreo regular del paciente.
3. La toma de acciones si la meta no se cumple.

El puntaje de la severidad de la psoriasis es crítico, especialmente en psoriasis moderada a severa.^{24,25} El puntaje realizado de manera regular constituye una evidencia del progreso del paciente y de la obtención de las metas del tratamiento. Las guías utilizadas por el consenso ECP se encuentran publicadas y constituyen una contribución valiosa para cambiar la perspectiva en el tratamiento de los pacientes con psoriasis,²³ por lo que se consideró pertinente realizar esta comunicación para la socialización local de las mismas.

INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL ÍNDICE DERMATOLÓGICO DE LA CALIDAD DE VIDA, DLQI.

El Índice Dermatológico de la Calidad de Vida está diseñado para uso en adultos, por ejemplo pacientes mayores de 16 años.- El cuestionario por sí solo se explica y puede ser entregado al paciente, pidiéndole que llene cada casilla, sin necesidad de explicación detallada.-Usualmente es completado en unos 2 minutos.

Puntuación

La puntuación de cada pregunta es de la siguiente manera:

Muchísimo	3 puntos
Mucho	2 puntos
Un poco	1 punto
En absoluto	0 puntos
Pregunta no contestada	0 puntos
Pregunta 7: "si le ha impedido trabajar o estudiar"	3 puntos

El DLQI ha sido calculado para que la suma de los puntos de cada pregunta resulte en un máximo de 30 y un mínimo de 0 puntos. A mayor puntaje, la calidad de vida está más comprometida.

Significado del DLQI

- 0-1= no afecta la calidad de vida del paciente.
- 2-5= afecta poco la calidad de vida del paciente.
- 6-10= afecta moderadamente la calidad de vida del paciente.
- 11-20= afecta mucho la calidad de vida del paciente.
- 21-30= afecta en extremo la calidad de vida del paciente.

Análisis detallado del DLQI