

Psoriasis — Cribado y seguridad antes de sistémicos/biológicos

Objetivo: minimizar riesgos antes y durante tratamientos sistémicos/biológicos.

Ámbito: psoriasis moderada-severa, sitios especiales o refractaria.

1) Checklist previo al inicio (marque ✓)

Prueba	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Para qué?	Conducta rápida
BH (biometría hemática)	Todos	Basal	Detectar citopenias	Si anemia/ leucopenia/ plaquetopenia significativa → diferir y estudiar
PFH (función hepática: ALT/AST/FA/ BT/Alb)	Todos	Basal	Hepatopatía previa/activa	Si ALT/AST >2-3×LSN → diferir y estudiar
Función renal (Cr, eGFR)	Todos	Basal	Dosis/elección de fármacos (ciclosporina)	eGFR <60: evitar/ ajustar ciclosporina; usar alternativas
Perfil lipídico	Todos; clave con acitretina	Basal	Dislipidemia/ teratogenicidad	Tratar dislipidemia; evitar acitretina si triglicéridos muy altos
HBV (HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs)	Todos	Basal	Riesgo de reactivación	Véase Algoritmo HBV (sección 2)
HCV (anti-VHC ± ARN si positivo)	Todos	Basal	Infección activa	Valorar con Hepatología si ARN positivo
VIH (Ag/Ac 4 ^a gen)	Todos	Basal	Coinfección e interacciones	Derivar a Infectología si positivo
TB (IGRA o PPD) ± Rx tórax	Todos los candidatos a biológicos o inmunosupresores potentes	Basal	Latente/activa	Tratar TB latente según guías antes de iniciar o en paralelo (según riesgo)

Prueba	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Para qué?	Conducta rápida
β-HCG en personas con potencial gestacional	Según situación	Basal	Evitar fármacos teratógenos	Contraindicados: metotrexato, acitretina; evaluar alternativas
Vacunas (estado y plan)	Todos	Antes de iniciar	Prevenir infecciones	Actualizar inactivadas; evitar vivas durante biológicos

Notas:

- Considere **HBV DNA** si HBsAg o anti-HBc positivos.
- Documente **peso/IMC**, TA, alcohol, fármacos concomitantes.
- Fotografías clínicas base y métricas (SCT/PASI/DLQI).

1b) Vacunas recomendadas (resumen práctico)

- **Inactivadas** (pueden administrarse en inmunosupresión): **Influenza anual, neumococo** (esquema local, p. ej., PCV20 o PCV15→PPSV23), **Td/Tdap** (refuerzo cada 10 años), **Hepatitis B** (si no inmune), **Hepatitis A** (según riesgo), **VPH** (según edad), **COVID-19** (esquema vigente).
- **Recombinante: Herpes zóster (RZV)** ≥50 años o inmunocompromiso.
- **Vivas atenuadas** (evitar durante biológicos/inmunosupresión): **MMR, varicela, fiebre amarilla, zoster vivo**. Si se requieren, aplicar **≥4 semanas antes** de iniciar el tratamiento.

2) Algoritmo de interpretación de serologías de hepatitis B y conducta

Marcadores: HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs (título protector ≥10 mUI/mL); opcional: **HBV DNA** y ALT.

2a) Tabla de interpretación

HBsAg	anti-HBc	anti-HBs	Interpretación	Conducta antes de inmunosupresión
-	-	-	Susceptible (no inmune)	Vacunar esquema completo HBV; puede iniciarse tratamiento si lo amerita, idealmente tras 1. ^a dosis
-	-	+	Inmune por vacuna	Proceder; no requiere medidas adicionales
-	+	+	Infección resuelta (inmune natural)	Realizar HBV DNA/ALT basal. Riesgo bajo-moderado de reactivación: elegir entre profilaxis antiviral o monitorización estricta (ver 2b)

HBsAg	anti-HBc	anti-HBs	Interpretación	Conducta antes de inmunosupresión
-	+	-	anti-HBc aislado (posible infección resuelta/oculta)	Tratar como riesgo moderado : HBV DNA/ALT basal; considerar profilaxis o monitorización estrecha
+	+/-	±	Infección crónica (HBsAg positivo)	Derivar a Hepatología ; solicitar HBV DNA/ALT . Iniciar profilaxis antiviral (tenofovir o entecavir) antes del inmunosupresor y mantener 6-12 meses tras suspenderlo

2b) ¿Profilaxis o monitorización? (elección práctica)

- **Profilaxis antiviral** (preferente si: HBsAg+, carga viral detectable, múltiples inmunosupresores, anti-TNF/ustekinumab/ciclosporina, comorbilidad hepática, adherencia incierta).
- Fármacos: **entecavir** o **tenofovir (TDF/TAF)**.
- Iniciar **1-2 semanas antes** y mantener **6-12 meses** después de finalizar la inmunosupresión (12 meses si fármacos muy potentes o múltiples).
- **Monitorización pre-emptiva** (posible si: HBsAg-/anti-HBc+ con bajo riesgo, p. ej., apremilast, anti-IL-17/23, metotrexato en monoterapia y paciente fiable):
- **Cada 1-3 meses: ALT + HBsAg ± HBV DNA.**
- **Iniciar antivirales** si aparece HBsAg, HBV DNA detectable o ALT se eleva sugerentemente sin otra causa.

Recordatorio: en **HBsAg positivo** no iniciar inmunosupresión sin plan de **profilaxis** y seguimiento conjunto con Hepatología.

3) Controles de seguridad sugeridos por fármaco (resumen)

Fármaco/clase	Controles y periodicidad sugeridos
Metotrexato	BH y PFH cada 2-4 semanas al inicio (2-3 meses), luego cada 1-3 meses ; vigilar función renal; complementar ácido fólico
Ciclosporina	Cr/eGFR, TA, PFH y lípidos cada 2-4 semanas al inicio; luego mensual ; evitar uso prolongado
Acitretina	PFH y lípidos al mes 1, 2 y 3 , luego cada 3-6 meses ; anticoncepción estricta
Apremilast	Peso, GI/estado anímico; lab rutinario solo según clínica
Biológicos anti-TNF / anti-IL-12/23 / anti-IL-17 / anti-IL-23	Tamizaje basal (HBV/HCV/VIH/TB) + BH/PFH/Cr; controles cada 3-6 meses o según fármaco/estado clínico
Deucravacitinib (TYK2)	BH/PFH al inicio y periódicos ; vigilar infecciones, lípidos

4) Red flags / cuándo pausar

- Fiebre alta o **infección grave** → pausar biológico/sistémico y evaluar.
 - Elevación **ALT/AST >3×LSN** o **HBV DNA detectable** en monitorización → iniciar/prolongar antivirales y coordinar con Hepatología.
 - **IGRA/PPD** positivo sin tratamiento: completar manejo de TB latente.
 - **Embarazo** o planificación: **suspender/evitar** metotrexato y acitretina; revisar seguridad del resto caso a caso.
-

Pie de página

Abreviaturas: BH = biometría hemática; PFH = pruebas de función hepática; Cr = creatinina; eGFR = tasa de filtrado estimada; IGRA = ensayo de liberación de IFN-γ; PPD = prueba de tuberculina; LSN = límite superior normal.

Este material no reemplaza las guías locales ni el juicio clínico. Coordinar con Hepatología/Infectología según resultados.