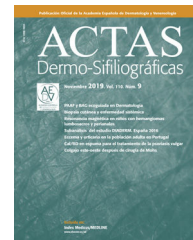




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Implementación de las recomendaciones sobre las actuaciones a seguir durante la edad fértil, el embarazo, el posparto, la lactancia y el cuidado perinatal en pacientes con psoriasis



I. Belinchón^{a,*}, S. Armesto^b, P. de la Cueva^c, L. Ferrándiz^d, R. Rivera Díaz^e
y J.M. Carrascosa^f

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^d Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^e Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

^f Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Recibido el 20 de enero de 2022; aceptado el 27 de febrero de 2022

Disponible en Internet el 12 de marzo de 2022

PALABRAS CLAVE

Psoriasis;
Fertilidad;
Embarazo;
Posparto;
Lactancia;
Recomendaciones;
Implementación

Resumen

Objetivo: Analizar el grado de implementación de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis (GPS) sobre las actuaciones a seguir durante la edad fértil, el embarazo, el posparto, la lactancia y el cuidado perinatal en la psoriasis.

Métodos: Se diseñó y envió una encuesta cerrada, estructurada y anónima, en formato electrónico a miembros del GPS a través del correo electrónico. Se recogieron las variables sociodemográficas y profesionales de los participantes, y otras relacionadas con los objetivos propuestos. Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Se analizaron 53 encuestas. El 96% de los participantes conocen las recomendaciones del GPS, pero su nivel de participación en unidades de atención multidisciplinar o la disposición de protocolos específicos en los servicios es muy baja. El 70% pregunta de forma regular sobre el deseo gestacional, aunque solo el 46% lo pregunta a varones y mujeres. Se ofrece consejo preconcepcional más a mujeres que a varones (54 vs. 19%). Gran variabilidad en cuanto a los consejos ofrecidos. El 90% suspende tratamientos tópicos durante el embarazo, y prácticamente el 100% los tratamientos sistémicos salvo la ciclosporina A. En el tercer trimestre se suspenden la mayoría de las terapias biológicas a excepción de certolizumab pegol. Los tratamientos tópicos, fototerapia y certolizumab pegol son usados casi por el 100% de los encuestados en la lactancia. La falta de tiempo, de apoyo de los gestores y de datos robustos son las principales limitaciones a la implementación de las recomendaciones.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belinchon_isa@gva.es (I. Belinchón).

KEYWORDS

Psoriasis;
Fertility;
Pregnancy;
Postpartum;
Breastfeeding;
Recommendations;
Implementation

Conclusiones: A pesar de que son ampliamente conocidas, las recomendaciones del GPS aún quedan áreas de mejora.

© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Implementation of Recommendations for the Management of Psoriasis During Preconception, Pregnancy, Postpartum, Breastfeeding, and Perinatal Care

Abstract

Objective: To analyze degree of implementation of recommendations on the management of psoriasis during preconception, pregnancy, postpartum, breastfeeding, and perinatal care published by the Psoriasis Working Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV).

Methods: We designed a structured online survey consisting of closed questions. A link was emailed to all the members of the Psoriasis Working Group to collect their anonymous responses. We also collected sociodemographic, professional, and practice-related data related to the goals of the study and then compiled descriptive statistics to analyze the survey findings.

Results: We received 53 responses for analysis. Overall, 96% of respondents were familiar with the recommendations, but very few of them worked in multidisciplinary maternity care units or had access to specific protocols on the management of psoriasis before, during, and after pregnancy in their departments. Seventy percent of dermatologists regularly ask their patients about pregnancy plans, but only 46% ask both men and women. Women also receive more preconception advice than men (54% vs. 19%). Significant variations were observed in the type of advice given. Ninety percent of the dermatologists interrupt topical treatments during pregnancy, and nearly all suspend conventional systemic drugs with the exception of cyclosporin A. Most biologics are also being discontinued in the third trimester, with the exception of certolizumab pegol. Almost all the respondents indicated that they use topical treatments, phototherapy, and certolizumab pegol in breastfeeding mothers. The main barriers to implementing the working group's recommendations are a lack of time, a lack of support, and a lack of robust data.

Conclusions: Although the AEDV psoriasis working group's recommendations are widely known, areas for improvement remain.

© 2022 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica muy frecuente, que puede influir tanto en la fertilidad como el embarazo, el posparto y la lactancia, y a la inversa¹⁻⁴.

Así, diversos estudios han descrito que la psoriasis puede asociarse a problemas en la fertilidad, tanto en varones como en mujeres⁵⁻⁷. En relación con el embarazo, se ha estimado que entre el 40-88% de las pacientes empeoran a las pocas semanas tras el parto⁸, y que niños nacidos de madres que han estado en tratamiento con anticuerpos monoclonales que cruzan la barrera placentaria en el tercer trimestre tienen mayor riesgo de infecciones, y por lo tanto precisan de una vigilancia y actuaciones concretas⁹. Además, hay tratamientos utilizados en esta enfermedad que son potencialmente teratogénicos, y que están contraindicados como tazaroteno o acitretina^{10,11}.

El conocimiento de todos estos aspectos en profundidad, y la forma adecuada de prevenirlos, o en la situación menos favorable de tratarlos de forma precoz y eficiente, ha de formar parte del núcleo de conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud implicados en el manejo de los pacientes con psoriasis¹². Así mismo, estos son aspectos muy relevantes para los propios pacientes¹².

Con base en lo anteriormente expuesto, el Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) publicó un documento de consenso en 2020 cuyo objetivo fue el de generar una serie recomendaciones encaminadas a mejorar el abordaje de los pacientes con psoriasis durante su edad reproductiva incluyendo la fertilidad, el embarazo, el posparto, la lactancia y los cuidados perinatales¹³.

Tras más de un año transcurrido desde su publicación, el GPS lanza una encuesta para analizar el grado de conocimiento implementación de las recomendaciones generadas por el propio grupo, así como barreras y facilitadores a su implementación.

Metodología

Este trabajo promovido por el GPS se realizó mediante una encuesta *online* en formato electrónico dirigida a miembros del GPS en plena conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, referente a la investigación médica en seres humanos, en su última versión; y de acuerdo con la normativa aplicable sobre Buena Práctica Clínica¹⁴.

Diseño de la encuesta y variables recogidas

Se realizó un estudio de corte transversal a través de una encuesta anónima. En primer lugar, se estableció un grupo de trabajo formado por 6 dermatólogos que, con ayuda metodológica, diseñó la encuesta. Esta se basó en las recomendaciones generadas por el GPS de 2020¹³. La encuesta posteriormente se generó a través de Internet (programa SurveyMonkey®), siguiendo un cuestionario cerrado y estructurado.

La encuesta incluía los siguientes apartados y variables: 1) Variables sociodemográficas y profesionales de los participantes que comprenden la edad, el sexo, la comunidad autónoma de residencia, el hospital (nombre y tipo), los años trabajados como dermatólogo, el trabajo en una consulta monográfica de psoriasis; 2) Datos generales relacionados con la atención a los pacientes con psoriasis en edad fértil, embarazo y parto incluyendo la participación en comités/unidades de atención multidisciplinar, disposición de protocolos específicos en el servicio, conocimiento de las recomendaciones nacionales e internacionales publicadas en este campo, nivel de conocimiento en escala de 1 (nivel muy bajo) a 10 (nivel muy alto) sobre los efectos del embarazo y parto en la psoriasis, los efectos de la psoriasis en el embarazo (concepción y desarrollo) y en la lactancia, la capacidad teratogénica de los fármacos habitualmente utilizados en la psoriasis y sus efectos sobre la lactancia; 3) Variables relacionadas con las actuaciones en el periodo preconcepcional como si se pregunta activamente sobre el deseo gestacional y sobre el uso de anticoncepción segura, ofrecimiento de consejo preconcepcional y elementos del mismo, planificación del embarazo, disposición de protocolos, documentos, guías sobre el consejo reproductivo y/o la planificación del embarazo, aspectos a tener en cuenta en relación a un posible embarazo, formatos para informar al paciente sobre todo lo concerniente al periodo preconcepcional; 4) Variables relacionadas con el embarazo y su seguimiento incluyendo la disposición de protocolos, documentos, guía específica sobre el mismo, modificaciones en el seguimiento, formatos para informar al paciente sobre todo lo concerniente al embarazo, las decisiones terapéuticas con los tratamientos tópicos, fototerapia, fármacos sistémicos tradicionales (metotrexato, ciclosporina, acitretina, dimetil fumarato) y terapias biológicas (inhibidores del TNF α , inhibidores de la interleukina [IL] 12/23, inhibidores de la IL-17, inhibidores de la IL-23, etc.), control de la actividad de la psoriasis antes y durante el embarazo, actuaciones en caso de brote durante el embarazo; 5) Variables relacionadas con el parto, lactancia y cuidados perinatales que abarcan los cambios en el seguimiento, uso de fármacos, seguimiento de protocolos o documentos específicos, formatos para informar al paciente, recomendaciones sobre la lactancia materna, cuidados perinatales específicos, y 6) Barreras y facilitadores en la implementación de las recomendaciones del GPS.

Selección de participantes y lanzamiento de la encuesta

Dadas las características de la encuesta y sus objetivos, se realizó un muestreo de conveniencia utilizando el listado de

Tabla 1 Datos sociodemográficos y profesionales

Variable	Resultado
<i>Sexo, mujer, n (%)</i>	28 (53)
<i>Edad actual, %</i>	
25-35 años	15
36-45 años	26
46-55 años	30
56-65 años	25
> 65 años	4
<i>Tipo de hospital, n (%)</i>	
Hospital de primer nivel (tipo ambulatorio)	0 (0,00)
Hospital de segundo nivel (tipo comarcales o centros de especialidades)	9 (17,31)
Hospital de tercer nivel (generales, de referencia, mayor complejidad)	42 (80,77)
Consulta privada	1 (1,92)
No lo sé	0 (0,00)
<i>Años trabajados como dermatólogo^a</i>	15 $\pm$ 2,83
<i>Trabajo en consulta monográfica de psoriasis, n (%)</i>	42 (79)

^a Media $\pm$ desviación estándar.

miembros del GPS, para invitarles a responder la encuesta vía correo electrónico. Esta se lanzó el 1 de octubre de 2021 mediante el envío de un correo electrónico y se cerró el 31 de octubre de 2021. Se enviaron 2 recordatorios para incrementar la tasa de respuesta.

Adquisición de los datos y análisis estadístico

Los datos de la encuesta se descargaron de SurveyMonkey® en formato Excel®. El análisis de los mismos se efectuó mediante el programa estadístico, Stata® 12© (Stata Corporation, College Station, TX, EE. UU.). Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviación estándar (DE) y las cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Resultados

Se recibieron un total de 53 respuestas. Los datos sociodemográficos y profesionales de los encuestados se encuentran registrados en la [tabla 1](#). El 53% fueron mujeres de edades medias (46-55 años). La mayoría trabajan en hospitales de tercer nivel (81%) y el 79% tienen una consulta monográfica de psoriasis.

En cuanto a los datos generales sobre el manejo de pacientes con psoriasis durante la edad fértil, el embarazo y el parto, destacamos que el 96% de los participantes conocen las recomendaciones del GPS. Sin embargo, la participación de los dermatólogos en unidades/consultas de atención multidisciplinar del embarazo apenas supera el 5%. Casi tres cuartas partes además refieren que no disponen en su servicio de algún tipo de protocolo específico para el manejo de estos pacientes. Tampoco es habitual el uso de fuentes de información distintas a la verbal (folletos, vídeos, webs, etc). Por otro lado, el nivel de conocimiento medio, escala de 1 (muy bajo) a 10 (muy alto), sobre los efectos de

la psoriasis en el embarazo y en la lactancia, y a la inversa, así como el efecto de los fármacos es muy alto, variando de $7,70 \pm 1,41$ a $8,84 \pm 0,71$.

Periodo preconcepcional (ver material suplementario)

Casi un 71% pregunta en consulta de forma más o menos regular sobre el deseo gestacional, aunque solo el 46% lo pregunta a varones y mujeres. Se ofrece consejo preconcepcional (siempre o bastantes veces) mucho más a mujeres que a varones (54 vs. 19%). En cuanto a los elementos del consejo preconcepcional, los que más se comentan son el impacto de la psoriasis y sus tratamientos en el embarazo y posparto (83% de los encuestados) y la planificación del embarazo (79%). Por otro lado, el embarazo se planifica más en determinados perfiles de pacientes: aquellos con tratamiento sistémico (64,5%), cuando el paciente lo solicita (60,4%) y en pacientes con psoriasis moderada o grave (52%). Muchos de los encuestados refieren que a veces es imposible planificar porque la paciente directamente informa de que se ha quedado embarazada. Finalmente, entre los aspectos considerados importantes en relación a un posible embarazo, los participantes destacan el tratamiento con fármacos sistémicos incluyendo los biológicos (94%), y la gravedad de la psoriasis (83%).

Embarazo (ver material suplementario)

El 74% de los participantes considera que sería necesario que la psoriasis esté en remisión o con la menor actividad posible para que una mujer se quede embarazada, y casi el 85% que lo esté durante el embarazo.

Según los encuestados casi el 80% de las pacientes con psoriasis tienen algún tipo de modificación de su seguimiento. Comentar activamente con la paciente el efecto del embarazo en la psoriasis y viceversa (81%) y la evaluación del tratamiento de la paciente (79%), son los aspectos que con más frecuencia se abordan durante el embarazo.

En cuanto al manejo de los fármacos durante el embarazo (tabla 2), cerca del 90% suspende tratamientos tópicos durante el embarazo, aunque el porcentaje varía mucho dependiendo del tratamiento, desde el 6,4% con los corticoides tópicos al 81% con el ácido salicílico. A excepción de la ciclosporina A, se suspenden prácticamente el 100% de tratamientos sistémicos, mientras que no se suspende la fototerapia UVBBE. En relación con las terapias biológicas (tabla 3) tan solo el 12% suspende certolizumab pegol y el resto de terapias biológicas se van suspendiendo, cuando la paciente expresa su deseo de embarazo (37%), al confirmarse el embarazo (18 al 33%) y al comenzar el tercer trimestre (29 al 44%).

En cuanto al peso de distintas variables en las decisiones terapéuticas durante el embarazo en las pacientes con psoriasis (escala de 1 a 5), las características de la psoriasis (media $4,28 \pm 0,85$) y las especificaciones de la ficha técnica del fármaco ($4,21 \pm 0,74$) son las más importantes (tabla 4).

Finalmente, en caso de brote de psoriasis durante el embarazo, los encuestados recurren a distintos tratamientos, cuya frecuencia de uso de mayor a menor es: fototerapia

UVB, tratamientos tópicos, terapias biológicas (certolizumab pegol) y ciclosporina A.

Posparto y lactancia (ver material suplementario)

El 53% de los encuestados evalúan sistemáticamente la posibilidad de recaída tras el parto, y el 94% de las pacientes vuelven a su seguimiento habitual. Por otro lado, el 81% de los encuestados recomienda la lactancia materna y casi el 50% sigue alguna actitud concreta en recién nacidos de madres expuestas a terapias biológicas (que cruzan la barrera placentaria durante todo el embarazo o al menos durante el último trimestre).

En relación con los tratamientos de la psoriasis durante la lactancia, con la excepción de los tratamientos tópicos (98%), la fototerapia UVBBE (100%) y el certolizumab pegol (98%), la mayoría de fármacos se usan poco (tabla 5).

Barreras y facilitadores a la implementación de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología

La tabla 6 muestra las barreras y facilitadores más importantes. La falta de tiempo en la consulta, de datos robustos de estudios clínicos especialmente sobre el uso de fármacos y de apoyo de los gestores/directores médicos, son las dificultades más habituales/importantes para la implementación de las recomendaciones. En cuanto a los facilitadores los principales son una mayor comunicación entre especialidades, el apoyo de enfermería y la generación de materiales específicos. Los encuestados consideraron que los facilitadores más fácilmente implementables serían el apoyo de enfermería (36%) y la generación de materiales específicos (23%).

Discusión

En esta encuesta hemos analizado el grado de implementación de las recomendaciones del GPS publicadas en 2020 para mejorar el abordaje de los pacientes con psoriasis cutánea durante su edad reproductiva incluyendo la fertilidad, el embarazo, el posparto, la lactancia y los cuidados perinatales¹³. Se han encontrado resultados dispares. A pesar de ser conocidas y del alto nivel de conocimiento de estos temas entre los encuestados hay algunas recomendaciones que son poco seguidas.

Entre los aspectos generales destaca la poca participación de los dermatólogos (al menos los encuestados) en unidades específicas o consultas multidisciplinarias de embarazo (esta recomendación alcanzó un nivel de acuerdo del 98% en el documento publicado¹³), a diferencia de otras especialidades como reumatología donde su participación es mayor¹⁵. De igual manera, en los servicios de dermatología apenas hay protocolos específicos adaptados a las características de su asistencia y recursos. Tampoco es habitual el uso de fuentes de información distintas a la verbal (folletos, vídeos, webs, etc.), por lo que posiblemente sea un ámbito que debería desarrollarse más.

En relación con el periodo preconcepcional, encontramos que casi un tercio de los encuestados no pregunta

Tabla 2 Manejo de fármacos en las pacientes con psoriasis embarazadas

Variable	Resultado n (%)
<i>Tratamientos tópicos suspendidos al confirmarse un embarazo</i>	
Calcipotriol	28 (59,57)
Ácido salicílico	38 (80,85)
PUVA tópico	35 (74,47)
Corticoides tópicos	3 (6,38)
Inhibidores de la calcineurina tópicos	24 (51,06)
No suspendo los tratamientos tópicos	4 (8,51)
Lo dejo en manos de los ginecólogos-obstetras	0 (0,00)
<i>Tratamientos sistémicos convencionales/fototerapia suspendidos al confirmarse un embarazo (o incluso antes)</i>	
Acitrecino y otros retinoides sistémicos	47 (100,00)
PUVA	44 (93,62)
UVBBE	0 (0,00)
Apremilast	44 (93,62)
Dimetilfumato	42 (89,36)
Metotrexato	47 (100,00)
Ciclosporina A	20 (42,55)
No suspendo los tratamientos sistémicos	0 (0,00)
Lo dejo en manos de los ginecólogos-obstetras	0 (0,00)

PUVA: psoraleno y radiación ultravioleta de longitud de onda A; UVBBE: rayos ultravioleta B de banda estrecha.

Tabla 3 Suspensión de terapias biológicas en mujeres embarazadas

Fármaco	Cuando la paciente expresa su deseo de embarazo n (%)	Cuando se confirma el embarazo n (%)	Tercer trimestre n (%)	No se suspende durante el embarazo n (%)
Infliximab	16 (37,21)	11 (25,58)	15 (34,88)	1 (2,33)
Adalimumab	15 (33,33)	8 (17,78)	20 (44,44)	2 (4,44)
Etanercept	16 (36,36)	9 (20,45)	18 (40,91)	1 (2,27)
Certolizumab pegol	2 (4,35)	1 (2,17)	3 (6,52)	40 (86,96)
Ustekinumab	16 (37,21)	13 (28,89)	15 (33,33)	1 (2,22)
Secukinumab	16 (37,21)	15 (32,61)	14 (30,43)	1 (2,17)
Brodalumab	16 (37,21)	15 (32,61)	13 (28,89)	1 (2,22)
Ixekizumab	16 (37,21)	15 (32,61)	14 (30,43)	1 (2,17)
Guselkumab	16 (37,21)	15 (32,61)	13 (28,89)	1 (2,22)
Risankizumab	16 (37,21)	15 (32,61)	13 (28,89)	1 (2,22)
Tidrakizumab	16 (37,21)	15 (32,61)	13 (28,89)	1 (2,22)

de una forma más o menos regular sobre el deseo gestacional a los pacientes con psoriasis, y menos de la mitad lo hace a varones y mujeres. Estos datos están lejos de lo recomendado por el GPS¹³. Igualmente, el tipo de consejo preconcepcional que se ofrece es muy variable. Por ejemplo, a penas se ofrece consejo genético o consejo sobre el posible impacto de la psoriasis y sus tratamientos en la fertilidad y, aunque el GPS recomienda planificar el embarazo en todas las pacientes con psoriasis¹³, los encuestados refieren centrarla en perfiles específicos como en mujeres que están en tratamiento sistémico o en mujeres que presentan formas de psoriasis más graves. Señalar que los encuestados refieren que en muchas ocasiones no se puede planificar el embarazo porque la paciente acude a consulta e informa que está embarazada. Por todo esto consideramos que las actuaciones a realizar en el periodo preconcepcional pueden mejorar. Una mayor implementación de las actuaciones

recomendadas por el GPS en los pacientes con psoriasis en edad fértil, mejoraría distintos aspectos incluido uno fundamental que es la planificación del embarazo.

Sin embargo, las recomendaciones explícitas de embarazo son las que claramente mejor están implantadas, especialmente las relacionadas con la actividad de la enfermedad (que esté en remisión o con la menor actividad posible) y con los tratamientos, tanto tópicos como sistémicos y biológicos. Tal y como recomienda el GPS, los encuestados realizan una monitorización de la psoriasis estrecha y adaptada a cada paciente embarazada, al igual que si la paciente tiene un brote de psoriasis.

En el posparto y en la lactancia, las recomendaciones emitidas por el GPS sobre los tratamientos también parecen bastante implantadas según los resultados de la encuesta. Pero, en base a lo comentado por los encuestados, aunque se restablece rápidamente el seguimiento normal de la

Tabla 4 Decisiones terapéuticas durante el embarazo en pacientes con psoriasis y su peso de 1 (peso en la decisión es pequeño) a 5 (factor muy importante en la decisión terapéutica)

Variable	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Media
Características de la paciente	0 (0,00)	4 (8,70)	4 (8,70)	23 (50,00)	15 (32,61)	4,08 ± 0,86
Características de la psoriasis	0 (0,00)	1 (2,17)	6 (13,04)	21 (45,65)	18 (39,13)	4,21 ± 0,74
Ficha técnica del fármaco	0 (0,00)	2 (4,44)	6 (13,33)	14 (31,11)	23 (51,11)	4,28 ± 0,85
Recomendaciones internacionales	1 (2,17)	0 (0,00)	10 (21,74)	20 (43,48)	15 (32,61)	4,04 ± 0,85
Recomendaciones a nivel de nuestro país y de las CC. AA.	0 (0,00)	3 (6,67)	11 (24,44)	13 (28,89)	18 (40,00)	4,02 ± 0,95
Guía farmacoterapéutica del hospital	7 (15,91)	10 (22,73)	13 (29,55)	6 (13,64)	8 (18,18)	2,95 ± 1,31
Práctica clínica habitual de mi servicio	3 (6,82)	6 (13,64)	13 (29,55)	13 (29,55)	9 (20,45)	3,43 ± 1,15
Opinión de la paciente	2 (4,35)	5 (10,87)	6 (13,04)	23 (50,00)	10 (21,74)	3,73 ± 1,05

CC. AA.: comunidades autónomas.

Media ± desviación estándar.

Tabla 5 Uso de fármacos en las pacientes con psoriasis durante la lactancia

Variable	Resultados	
	Sí n (%)	No n (%)
Tratamientos tópicos	45 (97,83)	1 (2,17)
Fototerapia UVB	45 (100,00)	0 (0,00)
Acitretino y otros retinoides sistémicos	2 (4,88)	39 (95,12)
PUVA	2 (4,88)	39 (95,12)
Apremilast	3 (7,32)	38 (92,68)
Dimetilfumarato	1 (2,44)	40 (97,56)
Metotrexato	0 (0,00)	41 (100,00)
Ciclosporina A	10 (25,00)	30 (75,00)
Infliximab	12 (28,57)	30 (71,43)
Adalimumab	23 (52,27)	21 (47,73)
Etanercept	16 (38,10)	26 (61,90)
Certolizumab pegol	40 (97,56)	4 (9,09)
Ustekinumab	16 (37,21)	27 (62,79)
Secukinumab	15 (34,88)	28 (65,12)
Brodalumab	15 (34,88)	28 (65,12)
Guselkumab	15 (34,88)	28 (65,12)
Ixekizumab	15 (34,88)	28 (65,12)
Risankizumab	15 (34,88)	28 (65,12)
Tildrakizumab	15 (34,88)	28 (65,12)
Lo que considere el pediatra	15 (45,15)	18 (54,55)

PUVA: psoraleno y radiación ultravioleta de longitud de onda A; UVB: radiación ultravioleta.

paciente, se podría monitorizar de una manera más regular dado el riesgo de brote en este periodo.

Finalmente, en cuanto a las barreras y facilitadores a la implementación de las recomendaciones del GPS¹³, queremos destacar los facilitadores más fácilmente implantables según los encuestados que son el apoyo de enfermería y la generación de materiales educativos específicos de ayuda (folletos, vídeos, webs, etc.). Si bien la disposición de más

recursos como el tiempo o la enfermería puede ser actualmente complicada, no lo es la generación de materiales relacionados.

Por otro lado, debemos señalar una serie de limitaciones de este trabajo. En primer lugar, el diseño del mismo. En las encuestas puede haber un sesgo de selección, especialmente al ser enviada a dermatólogos del GPS que pueden tener más interés experiencia en el tema analizado, el

Tabla 6 Barreras a la implementación de las recomendaciones del GPS sobre embarazo, posparto, lactancia y cuidado perinatal graduadas de 1 (es una dificultad poco habitual/importante) a 5 (es una dificultad muy habitual/importante) y facilitadores graduados de 1 (es una necesidad poco importante) a 5 (es una necesidad muy importante)^a

Barreras	Respuesta
Falta de difusión del documento de consenso del GPS	2,67 ± 1,16
Falta de conocimiento de muchos aspectos relacionados con la edad fértil, embarazo y lactancia	2,71 ± 1,17
Falta de datos robustos de estudios clínicos especialmente sobre el uso de fármacos	3,38 ± 1,17
Falta de experiencia con el manejo de los pacientes en estas situaciones	3,06 ± 1,09
Falta de tiempo en la consulta	3,41 ± 1,26
Poca colaboración entre especialidades	3,32 ± 1,19
Falta de apoyo de los gestores/directores médicos	3,35 ± 1,04
Pérdida del seguimiento de las pacientes embarazadas (van a ginecología-obstetricia y vuelven un tiempo después de dar a luz)	2,93 ± 1,04
Muchos de estos aspectos no son responsabilidad del dermatólogo	2,61 ± 1,32
Falta de recursos en general	3,06 ± 1,21
Facilitadores	Respuesta
Apoyo de enfermería	4,12 ± 0,92
Mayor comunicación entre especialidades	4,24 ± 0,69
Mayor formación específica entre dermatólogos	4,04 ± 0,84
Generación de materiales específicos	4,08 ± 0,95
Opinión de pacientes/asociaciones de pacientes	3,26 ± 1,10
Proyectos de investigación específicos, registros de investigación específicos	3,95 ± 0,95
Generación de protocolos consensuados locales	3,91 ± 0,98
Mayor apoyo de las nuevas tecnologías (videollamadas, historia médica electrónica, etc.)	3,34 ± 1,18

^a Los resultados se expresan como media ± desviación estándar.

embarazo en la psoriasis. Esto puede hacer que su nivel de conocimiento y seguimiento de las recomendaciones sea más alto. Pero por ese motivo, también en aquellas recomendaciones que se siguen con poca frecuencia por este grupo de dermatólogos sería esperable que su seguimiento pueda ser incluso más bajo en aquellos dermatólogos sin tanto interés o experiencia en psoriasis. Por otro lado, tan solo ha transcurrido un año desde la publicación *online* de las recomendaciones, lo que puede haber contribuido a una difusión e implementación todavía escasa de las mismas. Sin embargo, si se analizan con profundidad desde un punto de vista práctico, cualquiera de las recomendaciones del GPS *a priori* se puede implementar de forma rápida en la práctica clínica sin necesidad de recursos u otras limitaciones, con lo que todas podrían estar implementadas.

En resumen, la implementación de las recomendaciones del GPS sobre la fertilidad, el embarazo, el posparto, la lactancia y los cuidados perinatales ha resultado variable. Las relacionadas con los tratamientos en general parecen bastante implementadas, no así otras como las referentes al periodo preconcepcional. Igualmente, el grado de participación de los dermatólogos en unidades específicas o consultas multidisciplinarias de embarazo, así como el desarrollo de protocolos específicos locales o de materiales educativos es baja. Se precisa seguir trabajando sobretodo en algunos aspectos concretos para conseguir una mayor implementación de las recomendaciones del GPS.

Financiación

El proyecto ha sido impulsado y financiado por la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) con una beca sin restricciones de la UCB.

Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener conflicto de intereses con relación a este artículo.

Agradecimientos

Los autores queremos agradecer a los siguientes dermatólogos por su participación en la encuesta: Mateu Puchades, Noemi Eiris Salvado, Jose Carlos Ruiz Carrascosa, Manel Sánchez Regaña, Alberto Conde Taboada, Rosario Fátima Lafuente Urrez, Manel Velasco, Silvia Pérez Barrio, Rosa Taberner, Ofelia Baniandrés Rodríguez, Conrad Pujol Marco, Alexandre Docampo Simón, Sabela Rodríguez Blanco, Javier Mataix Díaz, Eva Vilarrasa, Francisco Gómez, Laura Salgado-Boquete, Almudena Mateu Puchades, Anna Isabel Lázaro Simó, Mar Llamas, Susana Armesto, José Manuel Fernández Armenteros, Ana Morales Callaghan, Laura García Fernández, Álvaro González Cantero, Rubén del Río Gil, Anna López Ferrer, Josep Manel Casanova Ceuma, Patricio López,

José Suárez Hernández, Montse Salleras Redonnet, Mercedes Hospital Gil, Diana Ruiz Genao, Beatriz Pérez Suárez, Elena Martínez, Asunción Vicente, Daniel Jesús Godoy Díaz, María Luisa Alonso Pacheco, Gregorio Carretero, Almudena Fernández Orland, Ricardo Ruiz-Villaverde y Sergio Santos Alarcón.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2022.02.028](https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.02.028)

Bibliografía

- Bandoli G, Chambers CD. Autoimmune conditions and comorbid depression in pregnancy: Examining the risk of preterm birth and preeclampsia. *J Perinatol*. 2017;37:1082–7.
- Polachek A, Li S, Polachek IS, Chandran V, Gladman D. Psoriatic arthritis disease activity during pregnancy and the first-year postpartum. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;46:740–5.
- Broms G, Haerskjold A, Granath F, Kieler H, Pedersen L, Berglund IA. Effect of Maternal Psoriasis on Pregnancy and Birth Outcomes: A Population-based Cohort Study from Denmark and Sweden. *Acta Derm Venereol*. 2018;98:728–34.
- Danesh M, Murase JE. The immunologic effects of estrogen on psoriasis: A comprehensive review. *Int J Womens Dermatol*. 2015;1:104–7.
- Brown SM, Aljefri K, Waas R, Hampton P. Systemic medications used in treatment of common dermatological conditions: Safety profile with respect to pregnancy, breast feeding and content in seminal fluid. *J Dermatolog Treat*. 2019;30:2–18.
- Gutierrez JC, Hwang K. The toxicity of methotrexate in male fertility and paternal teratogenicity. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2017;13:51–8.
- Tugrul Ayanoglu B, Ozdemir ED, Turkoglu O, Alhan A. Diminished ovarian reserve in patients with psoriasis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2018;57:227–30.
- Murase JE, Chan KK, Garite TJ, Cooper DM, Weinstein GD. Hormonal effect on psoriasis in pregnancy and post partum. *Arch Dermatol*. 2005;141:601–6.
- Rademaker M, Agnew K, Andrews M, Armour K, Baker C, Foley P, et al. Psoriasis in those planning a family, pregnant or breast-feeding. The Australasian Psoriasis Collaboration. *Australas J Dermatol*. 2018;59:86–100.
- Rollman O, Pihl-Lundin I. Acitretin excretion into human breast milk. *Acta Derm Venereol*. 1990;70:487–90.
- Briggs GGFR, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Maccari F, Fougereuse AC, Esteve E, Frumholtz L, Parier J, Hurabielle C, et al. Crossed looks on the dermatologist's position and the patient's preoccupations as to psoriasis and pregnancy: Preliminary results of the PREGNAN-PSO study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:880–5.
- Belinchón I, Velasco M, Ara-Martín M, Armesto Alonso S, Baniandrés Rodríguez O, Ferrándiz Pulido L, et al. Management of Psoriasis During Preconception, Pregnancy Postpartum, and Breastfeeding: A Consensus Statement. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2021;112:225–41.
- Asociación Médica Mundial 2013; Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/on> December 2021.
- Martínez López JA, García Vivar ML, Cáliz R, Freire M, Galindo M, Hernández MV, et al. Recommendations for the evaluation and management of patients with rheumatic autoimmune and inflammatory diseases during the reproductive age, pregnancy, postpartum and breastfeeding. *Reumatol Clin*. 2017;13:264–81.