



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN – IETSI

DICTAMEN PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA N.º 034-DETS-IETSI-2025 EFICACIA Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS VULGAR SEVERA CON RESPUESTA INADECUADA O INTOLERANCIA A LA TERAPIA CONVENCIONAL SISTÉMICA E INFECCIÓN LATENTE DE TUBERCULOSIS

Documento elaborado según Resolución N.º 000136-IETSI-ESSALUD-2025

**SUBDIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y
OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS - SDEPFYOTS**

DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS - DETS

**INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E
INVESTIGACIÓN - IETSI**

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Agosto, 2025



EQUIPO REDACTOR

1. Silvana Yanire Sam Zavala – gerente, Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. IETSI – EsSalud.
2. Lida Esther Hildebrandt Pinedo – subgerente (e), Subdirección de Evaluación de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías Sanitarias, IETSI – EsSalud.
3. Fabriccio Jose Visconti López – profesional que presta servicios especializados para el IETSI.
4. Jamee Guerra Valencia – profesional que presta servicios especializados para el IETSI.
5. Lucy Jesús Gendrau Castillo – profesional parte del equipo técnico de la Subdirección de Evaluación de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías Sanitarias. IETSI – EsSalud.

CONSULTOR CLÍNICO

- Dra. María Ysabel Pajuelo Levano, médico especialista en dermatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los miembros del equipo redactor y el consultor clínico manifiestan no tener conflicto de interés de tipo financiero respecto al medicamento evaluado.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Seguro Social de Salud – EsSalud.

CITACIÓN

IETSI - EsSalud. Eficacia y seguridad de secukinumab en pacientes con psoriasis vulgar severa con respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia convencional sistémica e infección latente de tuberculosis. Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N.º 034-DETS-IETSI-2025. Lima, Perú: IETSI – EsSalud; 2025.

RESUMEN EJECUTIVO

I. ANTECEDENTES

En el marco de la metodología *ad hoc* para evaluar solicitudes de tecnologías sanitarias, aprobada mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N.º 111-IETSI-ESSALUD-2021, y ampliada mediante Resolución N.º 000136-IETSI-ESSALUD-2025, se ha elaborado el presente dictamen que expone la evaluación de la eficacia y seguridad de secukinumab en pacientes con psoriasis vulgar severa con respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia convencional sistémica e infección latente de tuberculosis.

Así, siguiendo los procedimientos establecidos en la Directiva N.º 003-IETSI-ESSALUD-2016, la Dra. Maria Ysabel Pajuelo Levano, médico especialista en dermatología del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – HNERM, envió al IETSI la solicitud de autorización de uso del producto farmacéutico secukinumab no incluido en el Petitorio Farmacológico de EsSalud. Luego de la revisión del expediente de solicitud y con el objetivo de hacer precisiones respecto a los componentes de la pregunta PICO (población, intervención, comparador, desenlaces), se llevó a cabo una reunión técnica con la Dra. Maria Ysabel Pajuelo Levano, médico especialista en dermatología y el equipo técnico del IETSI-EsSalud. De este modo, se estableció como pregunta PICO final la siguiente:

Tabla 1: Pregunta PICO validada con el especialista

Población	Paciente adulto con psoriasis vulgar severa ^a con respuesta inadecuada ^b o intolerancia ^c a terapia convencional sistémica (metotrexate, ciclosporina y acitretin), fototerapia e infección latente de tuberculosis
Intervención	Secukinumab inyectable
Comparador	Infliximab Etanercept
Outcome	Respuesta clínica [¶] Calidad de vida [‡] Eventos adversos

^a Se cumplen 2 de 3 criterios, según la regla de los 10: *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) > 10 o *Body Surface Area* (BSA) > 10% o *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) > 10.

^b Según EuroGuiDerm 2023, el fracaso del tratamiento se define como no alcanzar un PASI de 50. Alcanzar una mejoría de más del 50% pero menos del 75% con una puntuación DLQI superior a 5, se considera fracaso del tratamiento.

^c Desarrollo de reacciones adversas graves asociadas a medicamentos.

[¶] Según el PASI

[‡] Según el DLQI

II. ASPECTOS GENERALES

Los aspectos generales de la psoriasis vulgar con respuesta inadecuada a la terapia sistémica fueron descritos previamente en el Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N.º 015-DETS-IETSI-2023 (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2023b) y en el Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N.º 046-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2019 (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2019a).

La psoriasis es considerada como la enfermedad inflamatoria inmunomediada más prevalente que afecta la piel y, en algunos casos, las articulaciones (Langley et al., 2005) (Nestle et al., 2009). Los estudios poblacionales reportan que la prevalencia varía entre el 0,91% y el 8,8% en adultos y entre el 0% y el 2,1% en niños (Parisi et al., 2013). La enfermedad puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque suele ser más frecuente entre los 30-39 años y los 50-69 años, con una edad de inicio más baja en las mujeres (Parisi et al., 2013).

Aunque existen subtipos de psoriasis, como la guttata y las variantes eritrodérmica y pustulosa, la forma más común es la psoriasis vulgar, que representa aproximadamente el 85–90 % de los casos. Esta se caracteriza típicamente por la presencia de grandes placas ovaladas o circulares en el cuero cabelludo, el tronco y las superficies extensoras de las extremidades (Dogra & Mahajan, 2016). Las placas de psoriasis se caracterizan por una intensa descamación secundaria a la hiperproliferación de las células epidérmicas (Dogra & Mahajan, 2016). En cuanto a su curso clínico, la mayoría de los pacientes experimenta brotes agudos y recaídas de psoriasis en placas (Tian & Lai, 2022). Estas lesiones tienden a la recurrencia en las mismas localizaciones anatómicas tras el cese del tratamiento (Puig et al., 2022). Aunque la enfermedad no representa un riesgo vital, las recaídas frecuentes pueden afectar de manera significativa la calidad de vida (Tian & Lai, 2022). Entre los factores pronósticos desfavorables se incluyen el estrés, los antecedentes familiares y la aparición temprana de los síntomas (Learned et al., 2022). Asimismo, los tratamientos pueden asociarse a efectos adversos importantes, como cánceres de piel, daño hepático y susceptibilidad a infecciones (Learned et al., 2022). La principal carga de morbilidad deriva del deterioro estético, que puede conllevar depresión, aislamiento social y retraimiento (Learned et al., 2022).

La psoriasis en placas constituye un trastorno crónico e incurable, caracterizado por un curso clínico impredecible, en el cual resulta difícil determinar qué pacientes presentarán recaídas, la duración de la fase activa de la enfermedad y la frecuencia de recaídas (Tian & Lai, 2022). El abordaje terapéutico debe individualizarse en función de la edad del paciente, su calidad de vida y la puntuación obtenida en el *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) (Schadler et al., 2019). De manera general, las estrategias terapéuticas se clasifican en tratamientos tópicos, , fototerapia, fármacos sistémicos y biológicos (Schadler et al., 2019). La terapia tópica incluye el uso de emolientes y humectantes, corticosteroides, queratolíticos, alquitrán, antralina, análogos de la

vitamina D3 e inhibidores de la calcineurina (Hu et al., 2018). En cuanto a la fototerapia, las modalidades más utilizadas incluyen la radiación ultravioleta B de cuerpo entero o focalizada y la fotoquimioterapia (Hu et al., 2018). Los fármacos sistémicos utilizados incluyen acitretina, metotrexato, ciclosporina, tacrolimus, hidroxiurea, 6-tioguanina, micofenolato, ésteres de ácido fumárico, apremilast y agentes biológicos (Hu et al., 2018). De los agentes biológicos disponibles, etanercept, adalimumab, infliximab, secukinumab, ustekinumab, tildrakizumab e ixekizumab están indicados para la psoriasis en placas (Hu et al., 2018). La selección de la terapia debe considerar los posibles efectos secundarios asociados al uso a largo plazo del tratamiento (Torsekar & Gautam, 2017). Debido a que aún no se conocen los efectos secundarios a largo plazo de los fármacos más nuevos, es prudente utilizarlos solo cuando estén indicados y otras opciones terapéuticas hayan fallado o estén contraindicadas (Torsekar & Gautam, 2017).

En el contexto de EsSalud, se dispone de diversas alternativas terapéuticas para la psoriasis vulgar, que abarcan desde tratamientos sistémicos hasta biológicos. Respecto a los fármacos biológicos, se cuenta con: i) infliximab y etanercept, incluidos en el Petitorio Farmacológico de EsSalud para el manejo de psoriasis severa refractaria a tratamiento sistémico; ii) adalimumab, aprobado para pacientes con psoriasis severa por falla al tratamiento con infliximab y etanercept (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2016); iii) secukinumab, aprobado para pacientes adultos con psoriasis vulgar severa que no responden a terapia sistémica, fototerapia y presentan falla biológica a anti-TNF (infliximab, etanercept y adalimumab) (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2019a) y para pacientes adultos con psoriasis vulgar severa, con antecedente de infecciones serias y falla terapéutica a etanercept (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2019b); iv) risankizumab, aprobado para pacientes adultos con psoriasis vulgar en placas moderada a severa sin respuesta a terapia tópica, con falla terapéutica a terapia sistémica convencional y a terapia biológica (infliximab, etanercept, adalimumab y secukinumab) (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2024); y, v) guselkumab, aprobado para pacientes adultos con psoriasis vulgar en placas moderada a severa que no responden a terapia tópica ni terapia convencional sistémica, y no tributarios de fototerapia ni terapia biológica con inhibidores TNF por antecedente de enfermedad desmielinizante o antecedente de neoplasia maligna (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, 2023a, 2023b).

Los especialistas de EsSalud postulan que secukinumab podría mejorar desenlaces clínicos clave (respuesta clínica, calidad de vida, eventos adversos) en el subgrupo de pacientes adultos con psoriasis vulgar severa con respuesta inadecuada o intolerancia a terapia sistémica. Adicionalmente, sugieren que secukinumab podría beneficiar a este subgrupo específico de pacientes con tuberculosis latente. En este contexto, dada su ausencia en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y el Petitorio Farmacológico de EsSalud, se solicita la evaluación de secukinumab como terapia adicional para pacientes adultos con psoriasis vulgar severa que presentan

respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia convencional sistémica (metotrexato, ciclosporina y acitretina), a la fototerapia y que además tienen infección latente de tuberculosis.

El secukinumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG1 que se une selectivamente a la citocina interleucina-17A e inhibe su interacción con el receptor de IL-17. La IL-17A es una citocina natural implicada en las respuestas inflamatorias e inmunitarias normales (Food and Drug Administration, 2024). El secukinumab inhibe la liberación de citocinas y quimiocinas proinflamatorias (Food and Drug Administration, 2024). En 2015, la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó su uso para la psoriasis en placas de moderada a grave en pacientes de 6 años o más que son candidatos a terapia sistémica o fototerapia (Food and Drug Administration, 2024). La *European Medicines Agency* (EMA), también en 2015, aprobó su uso para psoriasis en placas de moderada a grave en adultos y niños mayores de 6 años que necesitan tratamiento con un medicamento sistémico (European Medicines Agency, 2025). En Perú, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) ha aprobado su comercialización del fármaco hasta el año 2025 para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a tratamientos sistémicos (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, 2023). Los registros sanitarios vigentes se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Registro sanitarios de secukinumab

Nombre	Registro Sanitario	Titular del registro	Presentación	Vigencia
Consentyx®	BE01029	NOVARTIS BIOSCIENCES PERU S.A.	Polvo para solución inyectable 150 mg	11/2025
Consentyx®	BE01030	NOVARTIS BIOSCIENCES PERU S.A.	Solución inyectable 150 mg/mL	11/2025
Consentyx®	BE01365	NOVARTIS BIOSCIENCES PERU S.A.	Solución inyectable 300 mg/2 mL	02/2029

Registro sanitario extraído de la página web de "Consulta de Registro Sanitario de Productos Farmacéuticos": <https://www.digemid.minsa.gob.pe/rsProductosFarmaceuticos/> (fecha de consulta: 01 julio de 2025).

Según el código SAP de la tecnología (010350187), el costo de la solución inyectable de 150 mg/mL en el año 2025 fue de aproximadamente S/ 1470 (fecha de consulta: 1 de julio de 2025). Se muestran los costos estimados del tratamiento con secukinumab por paciente en la Tabla 3.

Tabla 3. Costos estimados del tratamiento con secukinumab

Tratamiento	Precio por Unidad	Dosis recomendada*	Costo anual
Consentyx® (secukinumab) 150 mg/mL	S/ 1470	300 mg	S/ 47 040

* Según ficha técnica de DIGEMID la dosis recomendada es de 300 mg de secukinumab por inyección subcutánea, que se administra inicialmente en las semanas 0, 1, 2, 3 y 4 (S/ 14 700 totales en la fase inicial). Posteriormente, entra a fase de mantenimiento (300 mg cada mes)

Así, el objetivo del presente dictamen preliminar fue identificar la mejor evidencia sobre la eficacia y seguridad del secukinumab para pacientes adultos con psoriasis vulgar severa con respuesta inadecuada o intolerancia a terapia convencional sistémica (metotrexato, ciclosporina y acitretin), fototerapia e infección latente de tuberculosis.

III. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva con el objetivo de identificar la mejor evidencia sobre la eficacia y seguridad del secukinumab para pacientes adultos con psoriasis vulgar severa con respuesta inadecuada o intolerancia a terapia convencional sistémica (metotrexato, ciclosporina y acitretin), fototerapia e infección latente de tuberculosis.

La búsqueda se realizó en las bases de datos bibliográficas de PubMed, Cochrane Library y LILACS. Además, se realizó una búsqueda manual dentro de las páginas web pertinentes a grupos que realizan evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS) y guías de la práctica clínica (GPC) que incluyeron a las siguientes instituciones: *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), *Scottish Medicines Consortium* (SMC), *Institute for Quality and Efficiency in Health Care* (IQWiG), *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologías no Sistema Único de Saúde* (CONITEC) y Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (BRISA), y páginas web de sociedades especializadas en psoriasis: *American Academy of Dermatology* (AAD), *National Psoriasis Foundation* (NPF), *European Guideline* (EuroGuiDerm), *British Association of Dermatologists* (BAD), *Australasian College of Dermatologists* (ACD), *Japanese Dermatological Association* (JDA), y *Dermatological Society of Singapore* (DSS). Finalmente, se realizó una búsqueda en la página web de registros de ensayos clínicos (EC) www.clinicaltrials.gov, para identificar EC en curso o que no hayan sido publicados.

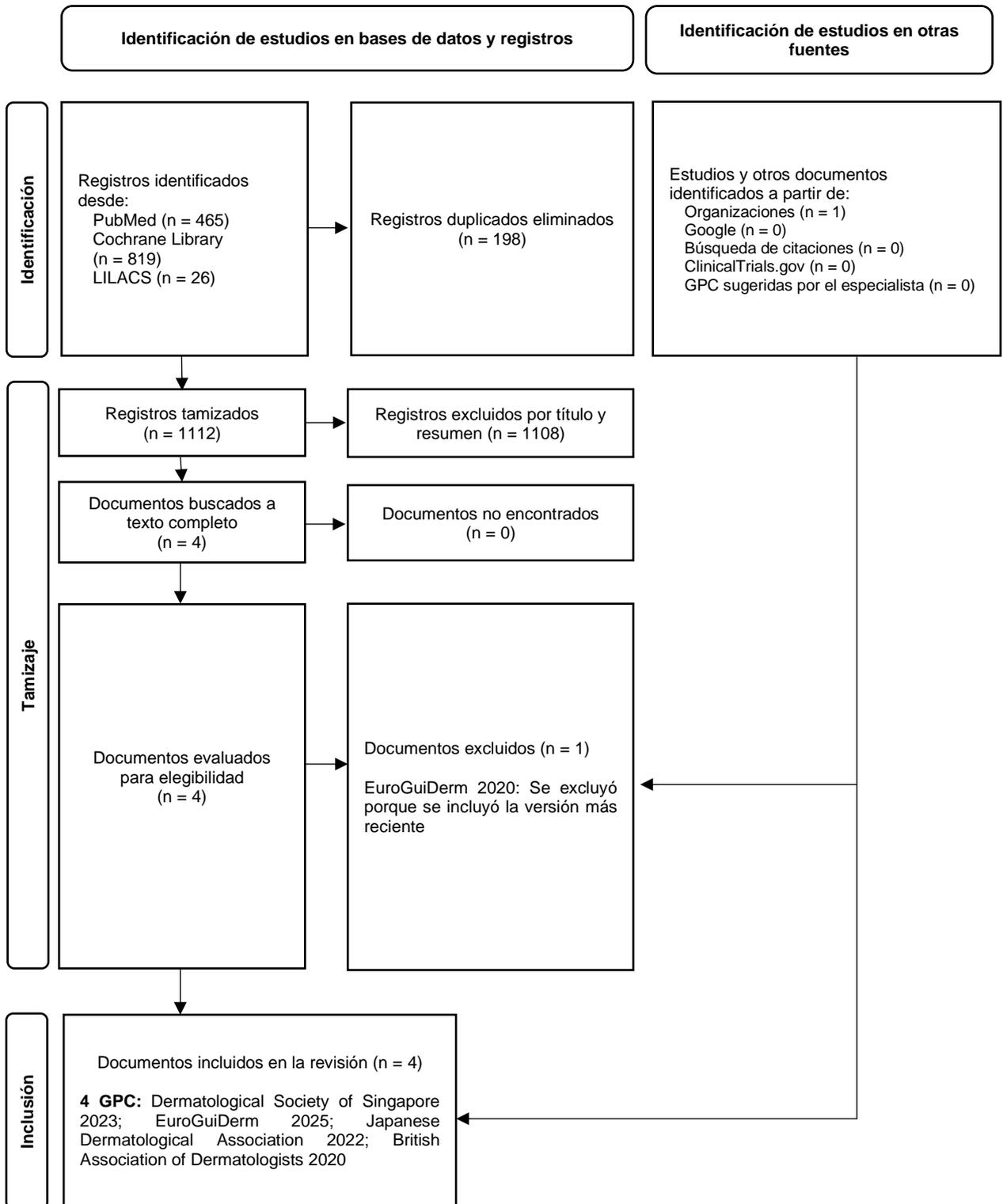
De acuerdo con los criterios de elegibilidad, se priorizaron durante la selección GPC, ETS, revisiones sistemáticas (RS) con o sin metaanálisis (MA) y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de fase III, que compararan el uso de secukinumab versus infliximab o etanercept en la población de interés. Asimismo, en cuanto a las GPC, se priorizaron aquellas que utilizaron sistemas de gradación para el nivel de evidencia y el grado de las recomendaciones brindadas, donde estas estuvieran dirigidas a la población específica de la PICO. Los registros obtenidos de la búsqueda bibliográfica fueron importados al aplicativo web Rayyan (<https://new.rayyan.ai/reviews>) para una revisión manual por título y resumen. La selección de documentos se realizó en dos

fases. En la primera fase, dos evaluadores realizaron la revisión y selección por título y resumen de los registros de manera independiente. Todo conflicto en esta fase fue revisado y finalmente acordado por los evaluadores para determinar la inclusión o exclusión del documento. En la segunda fase, uno de los evaluadores revisó a texto completo los registros incluidos en la primera fase y realizó la selección final de los estudios. La secuencia para la selección final de los documentos incluidos en el presente dictamen se presenta en el flujograma de selección bibliográfica en la sección de resultados (Figura 1). Las estrategias de búsqueda, específicas para cada una de las bases de datos empleadas, se describen a detalle en las Tablas 1, 2 y 3 del material suplementario.

Para el análisis crítico de los documentos incluidos se utilizaron los dominios 3 y 6 del *Appraisal of Guidelines Research & Evaluation II* (AGREE-II) para las GPC y la herramienta *Risk of Bias* (RoB) de Cochrane para los ECA. Además, se evaluó las principales limitaciones metodológicas de cada uno de los documentos, así como de su aplicabilidad para el contexto de EsSalud.

IV. RESULTADOS

Figura 1: Flujograma de selección de bibliografía encontrada



GPC: guía de práctica clínica; ECA: Ensayo clínico aleatorizado controlado; LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud; BRISA: Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas; ETS: Evaluación de tecnología sanitaria. Flujograma adaptado de: Page MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71

Luego del proceso de selección, se incluyeron las GPC de la *Dermatological Society of Singapore 2023*, *EuroGuiDerm 2025*, *Japanese Dermatological Association 2022*, y *British Association of Dermatologists 2020* (European guideline (EuroGuiDerm), 2025; Oon et al., 2024; Saeki et al., 2020; Smith et al., 2020). No se identificaron ECA fase III, ni RS con o sin MA que respondan a la pregunta PICO del presente dictamen.

V. ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA

La GPC de la Sociedad Dermatológica de Singapur para el tratamiento de la psoriasis, publicada en 2023, aborda de manera específica la situación de los pacientes con tuberculosis latente (Oon et al., 2024). En ella se señala que los pacientes con psoriasis en tratamiento con fármacos inmunosupresores presentan un alto riesgo de reactivar la infección tuberculosa latente, y que el intervalo entre el inicio de la terapia biológica para la psoriasis y la aparición de signos clínicos de tuberculosis o la confirmación del diagnóstico puede oscilar entre 3 y 12 meses. Asimismo, se recomienda que, en casos en los que el resultado del cribado o el estado de tuberculosis no está claro, o se sospecha una infección de tuberculosis latente, no se debe iniciar la terapia con biológicos sin consultar con un médico especialista pertinente (por ejemplo, médicos especializados en enfermedades infecciosas o respiratorias). Finalmente, la guía establece que el inicio de un biológico puede considerarse seguro, por lo general, un mes después de comenzada la profilaxis antituberculosa. Si surge una sospecha justificada de reactivación de la tuberculosis o una nueva infección durante la terapia biológica, se deben repetir las pruebas de liberación de interferón-gamma y la radiografía de tórax.

Respecto al tratamiento con inhibidores del TNF- α , señalan que estos pueden considerarse en personas con tuberculosis latente después de una profilaxis adecuada. El riesgo de reactivación de la tuberculosis en pacientes con psoriasis y tuberculosis latente es menor con el uso de inhibidores de IL-17 o IL-23, por lo que, en los casos en que surjan preocupaciones sobre la reactivación de la tuberculosis, señalan que se recomienda priorizar los inhibidores de IL-17 o IL-23 sobre los inhibidores del TNF- α .

No obstante, es pertinente de dicha afirmación no estuvo acompañada de una gradación explícita del nivel de evidencia ni de la fuerza de la recomendación, por lo que, en el presente dictamen, se considera únicamente como una sugerencia clínica no formalizada. Esta recomendación se sustentó en el estudio observacional retrospectivo de Torres et al. (Torres et al., 2024), que evaluó la tolerabilidad y seguridad de la quimioprofilaxis, así como de los inhibidores de IL-17 e IL-23, en pacientes con psoriasis en placa moderada a severa y tuberculosis latente recién diagnosticada. El estudio excluyó a aquellos pacientes con antecedente de tuberculosis latente previa, independientemente de si habían recibido tratamiento. Si bien se reportó una baja proporción de casos de reactivación de tuberculosis, no se incluyó un grupo expuesto a inhibidores del TNF- α .

En relación a la calidad metodológica de la guía, el grupo de trabajo de la GPC realizó búsquedas sistemáticas en PubMed para el periodo 2013-2023 y evaluó los estudios seleccionados empleando el sistema de gradación SIGN. Las recomendaciones se basaron en guías internacionales (AAD-NPF, NICE, entre otras) y en adaptaciones al contexto local, considerando los beneficios, daños, efectos secundarios y riesgos terapéuticos. Se utilizó el método Delphi modificado para alcanzar consenso ($\geq 90\%$ de acuerdo en temas sin evidencia sólida), validado por dos líderes de opinión externos y revisado por todo el panel. Asimismo, se estableció un proceso de actualización quinquenal y se documentaron las limitaciones (exclusión de terapias aprobadas después de 2019). No obstante, las recomendaciones específicas relacionadas con tuberculosis latente no fueron acompañadas de gradación del nivel de evidencia ni de la fuerza de la recomendación, y carecen de respaldo empírico sólido. En particular, la sugerencia de preferir inhibidores de IL-17 e IL-23 sobre inhibidores de TNF- α se apoya en un único estudio observacional retrospectivo, el cual no incluyó un grupo de pacientes tratados con inhibidores de TNF- α , lo que imposibilita establecer comparaciones directas entre clases de biológicos en relación con el riesgo de reactivación tuberculosa.

La GPC europea EuroGuiDerm que aborda el tratamiento sistémico en psoriasis vulgar, fue publicada el 2023 y actualizada parcialmente el 2025 (European guideline (EuroGuiDerm), 2025). Las recomendaciones respecto al uso de agentes biológicos en pacientes con tuberculosis latente estuvieron basadas en un consenso de expertos.

La GPC recomienda no utilizar los inhibidores del TNF como tratamiento para pacientes con tuberculosis latente, a menos que no existan otras opciones terapéuticas adecuadas (recomendación fuerte). Al respecto, señalan que hay un mayor riesgo de reactivación de la tuberculosis latente durante el tratamiento con infliximab o adalimumab, mientras que el riesgo es menor con etanercept. Refieren que el riesgo de reactivación de tuberculosis latente parece ser más bajo durante el tratamiento con terapias dirigidas contra la IL-17. Esta afirmación se basa en una revisión sistemática realizada por Snast et al. (Snast et al., 2019), donde se analizaron 51 estudios en los que se identificó a un total de 78 pacientes con psoriasis que desarrollaron tuberculosis activa durante el tratamiento con fármacos biológicos. Del total de pacientes que desarrollaron tuberculosis activa, el 75% provenían de estudios observacionales retrospectivos y reportes o series de caso. La mayoría de los pacientes con psoriasis presentaron tuberculosis activa durante el tratamiento con adalimumab (41%) e infliximab (38%), seguidos por etanercept (12%), entre otros fármacos. La GPC señala que en la RS de Snast et al., no se identificó ningún caso de tuberculosis activa con los agentes anti-IL-17, sin embargo, la RS en cuestión no evaluó dichos medicamentos. Además, es relevante señalar que la RS hace referencia a los pacientes con diagnóstico de psoriasis sin diferenciar los subtipos, por lo que no presenta información específica de aquellos con psoriasis en placas. Finalmente, el grupo elaborador de la GPC señala que los inhibidores de TNF conllevan riesgo de reactivación de tuberculosis; no obstante, las referencias que aportan provienen de estudios realizados en pacientes con artritis

reumatoide, espondilitis anquilosante u otras enfermedades, sin incluir población con psoriasis en placas (Baddley et al., 2018; Cantini et al., 2014).

Respecto al uso de otros agentes biológicos, la GPC recomienda, con base en consenso de expertos, considerar acitretina, aprelimast o fumaratos, así como terapias del grupo anti IL-17 y anti IL-23, en pacientes con tuberculosis latente que requieren tratamiento sistémico para la psoriasis (recomendación débil). Asimismo, advierte que la evaluación del riesgo de reactivación durante el uso de terapias anti psoriasis podría estar sujeta a sesgos, debido a la heterogeneidad en los periodos de observación de los eventos reportados. De manera particular, señala que el uso de secukinumab no ha reportado un incremento del riesgo de reactivación en ensayos clínicos. Esta afirmación estuvo basada en un estudio que compiló datos de 28 ECA (Elewski et al., 2021), y en una revisión narrativa (Winthrop et al., 2018), la cual a su vez se basó en la compilación de resultados individuales de 10 ECA en psoriasis vulgar (Van De Kerkhof et al., 2016). No obstante, cabe precisar que tanto el estudio que agrupó los 28 ECA como la revisión narrativa proporcionan únicamente evidencia de carácter descriptivo, dado que las compilaciones realizadas no preservaron la aleatorización ni incluyeron análisis comparativos formales entre brazos de tratamiento.

En el análisis crítico se identificó que, si bien las recomendaciones en contra del uso de anti-TNF y en favor de anti IL-17 fueron calificadas con gradación fuerte y débil, respectivamente, estas no se alinearon con la evidencia presentada en la propia GPC. La GPC declara haber realizado una búsqueda sistemática para identificar revisiones sistemáticas sobre el riesgo de tuberculosis en pacientes con psoriasis tratados con agentes distintos a los anti-TNF, sin encontrar estudios que cumplieran los criterios de selección. Asimismo, reconoce la necesidad de contar con mayor investigación que permita determinar si existen diferencias en el riesgo de infección o reactivación de tuberculosis entre los distintos inmunosupresores en comparación con los anti-TNF. En relación con secukinumab, las referencias utilizadas por la GPC incluyeron el estudio de Elewski et al., que compiló datos de 28 ECA, y la revisión narrativa de Winthrop et al., la cual se basa a su vez en el estudio de van de Kerkhof et al., la cual se basó en el estudio de Kerkhof et al., que integro la información individual de 10 ECA en pacientes con psoriasis en placas. No obstante, para efectos del presente dictamen, ambas compilaciones fueron consideradas únicamente como evidencia de carácter descriptivo. Cabe destacar, sin embargo, que en el estudio de van de Kerkhof et al. se reportó un número de casos de reactivación de tuberculosis latente igual a cero, tanto en los pacientes tratados con secukinumab como en aquellos que recibieron el anti-TNF etanercept. Este hallazgo pone de manifiesto que la evidencia citada por la GPC no respalda de manera sólida la existencia de diferencias en el riesgo de reactivación entre ambos agentes.

Por otro lado, esta GPC anexó un documento metodológico en el que se describe el proceso de elaboración de la guía (European guideline (EuroGuiDerm), 2020). Si bien

dicho manual plantea un procedimiento sistemático para la búsqueda y evaluación de evidencia, incluyendo el uso de herramientas como GRADE y la realización de revisiones sistemáticas, no se explicita de manera suficiente cómo se garantiza la actualización continua de la evidencia ni el abordaje de posibles discrepancias en la interpretación de los datos. De igual forma, aunque se reconoce la importancia de la participación de múltiples actores, incluidos los pacientes, no se detalla suficientemente cómo se asegura su participación significativa a lo largo del proceso de desarrollo. Finalmente, la GPC presenta limitaciones en la transparencia sobre los criterios para la selección de los miembros del grupo de desarrollo de la guía y la gestión de los conflictos de interés, lo cual es fundamental para la validez de sus recomendaciones.

La GPC de la asociación dermatológica de Japón publicada en el 2022 emitió algunas recomendaciones respecto a la PICO de interés (Saeki et al., 2023). Señalan que los fármacos biológicos, en particular los inhibidores del TNF, pueden reactivar la tuberculosis latente y recomiendan tratar a los pacientes con alto riesgo de manera profiláctica antes del inicio del tratamiento. Por ello, sugieren que todos los pacientes que tengan infección tuberculosa latente existente (incluidos casos sospechosos) deben ser evaluados y tratados previamente por un médico especialista si se considera el uso de cualquier medicamento biológico. Asimismo, indican que la tuberculosis activa puede presentarse tras el inicio del tratamiento con biológicos, incluso en pacientes con resultados negativos en la prueba de la tuberculina o en el ensayo de liberación de interferón. Por lo tanto, se debe prestar la debida atención a la aparición de tuberculosis mientras los pacientes continúen recibiendo terapias biológicas. No obstante, ninguna de estas recomendaciones emitidas por esta guía está sustentada por referencias bibliográficas.

Esta guía presenta deficiencias de carácter metodológico. En primer lugar, no se explicita la estrategia sistemática empleada para la búsqueda de evidencia, ni se detallan las bases de datos consultadas, los términos de búsqueda ni los criterios de inclusión y exclusión, lo que limita la transparencia y reproducibilidad del proceso. Asimismo, no se precisa el método utilizado para evaluar la calidad de la evidencia, ni se indica si se aplicó un sistema estandarizado como GRADE u otro equivalente; en consecuencia, para efectos del presente dictamen, sus recomendaciones se consideran únicamente como sugerencias clínicas no formalizadas. Si bien se señala la participación de expertos en dermatología, no se documenta si se realizaron procesos formales para alcanzar consenso ni si se consideraron los beneficios y riesgos de las distintas intervenciones de forma sistemática. Finalmente, la guía no discute de manera adecuada la relación entre la evidencia y las sugerencias formuladas, ni se menciona si la guía fue revisada externamente por pares independientes antes de su publicación. Estas debilidades metodológicas comprometen la validez y la aplicabilidad general de las recomendaciones emitidas.

La Asociación Británica de Dermatólogos publicó en 2020 una guía para el uso de biológicos en pacientes con psoriasis en placa (Smith et al., 2020). En relación con la tuberculosis, la guía recomienda que los pacientes con infección activa deben consultar con un especialista (recomendación fuerte) (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Asimismo, señala que, de ser necesario, los pacientes deben recibir tratamiento para la tuberculosis antes de recibir tratamiento con un biológico (recomendación sin gradación, basado en un consenso de expertos).

Esta guía de práctica clínica no establece preferencias entre fármacos biológicos en relación con la aparición de eventos adversos. Dicha posición es coherente con la información de su material suplementario, donde se reporta que la incidencia de eventos adversos graves durante los primeros 3-4 meses de tratamiento con etanercept o secukinumab es inferior al 1% (eventos por cada mil pacientes: etanercept -1 [-3 a +3] vs. secukinumab -1 [-3 a 10]). Asimismo, el suplemento 2 incluye un metaanálisis de infecciones graves y tuberculosis a 3-4 meses, el cual no evidencia un incremento del riesgo para algunos inhibidores de TNF (adalimumab [RR = 1.06; IC95%: 0.42 a 2.69] y etanercept [RR = 0.51; IC95%: 0.16 a 1.66]) en comparación con placebo. No obstante, se señala que no existen datos disponibles para infliximab o secukinumab.

En cuanto a la metodología, la guía documenta la realización de una búsqueda sistemática estructurada, detallada en los archivos suplementarios, incluyendo estrategias, bases de datos utilizadas y criterios de inclusión/exclusión. Además, se empleó el enfoque GRADE para evaluar la calidad de la evidencia y formular recomendaciones, aunque no se presenta el nivel de evidencia. Finalmente, tampoco se especifican en el cuerpo principal de la guía los mecanismos de resolución de discrepancias ni si hubo procedimientos formales de consenso, como la técnica Delphi.

Se consideraron los siguientes aspectos: 1) La psoriasis en placas es una enfermedad crónica e incurable, y cuyo curso clínico es difícil de predecir. No es posible determinar con certeza qué pacientes presentarán recaídas, la duración de las fases activas ni la frecuencia de estas. Si bien no se trata de una condición que ponga en riesgo la vida, las recaídas constantes impactan de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes; 2) existe un consenso general entre las GPC de Singapur, Europea, Japón y Reino Unido sobre la necesidad de descartar y tratar la tuberculosis latente o activa antes de iniciar una terapia biológica en pacientes con psoriasis en placa; 3) a pesar de este consenso inicial, surgen contradicciones y debilidades significativas en la evidencia al comparar la seguridad entre clases de biológicos. Las guías de Singapur y la europea (EuroGuiDerm) recomiendan priorizar los inhibidores de IL-17 o IL-23 sobre los inhibidores del TNF- α en pacientes con riesgo de tuberculosis. Sin embargo, estas sugerencias se sustentan en evidencia de baja calidad: la guía de Singapur se apoya en un estudio observacional sin grupo comparador con TNF- α , mientras que la guía europea basa su recomendación en una revisión sistemática que no evaluó directamente los fármacos anti-IL-17 y utilizó datos de poblaciones distintas a la

psoriasis en placas para valorar el riesgo de los anti-TNF. En consecuencia, la guía europea incurre en una contradicción al emitir recomendaciones no respaldadas por la propia evidencia que cita. En contraste, la guía británica no establece una preferencia entre biológicos y su evidencia suplementaria, a través de un metaanálisis con estudios a corto plazo, no encontró un aumento del riesgo de tuberculosis para ciertos inhibidores de TNF (adalimumab, etanercept) en comparación con el placebo, aunque admite la falta de datos para otros agentes como infliximab o secukinumab; 4) la validez de las recomendaciones en las guías de Singapur, Japón y EuroguiDerm se ve comprometida por importantes deficiencias metodológicas en las propias guías, como la falta de referencias que sustenten las indicaciones en la GPC de Japón, la ausencia de gradación de la evidencia en las recomendaciones sobre tuberculosis en la guía de Singapur, y la falta de transparencia en aspectos cruciales como la gestión de conflictos de interés en la guía EuroGuiDerm y la alineación con la evidencia; 6) No existe evidencia que demuestre la superioridad de secukinumab frente a infliximab o etanercept en desenlaces clínicamente relevantes como respuesta clínica, calidad de vida y los eventos adversos. Esta limitación cuestiona la aplicabilidad de las recomendaciones que favorecen su uso; 7) En este contexto, infliximab y etanercept son opciones disponibles en el Petitorio de Farmacológico de EsSalud, constituyen opciones razonables para pacientes con psoriasis en placas y tuberculosis latente, dado que no existe evidencia que indique un mayor riesgo de reactivación de tuberculosis en comparación con otras alternativas biológicas.

VI. CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI no aprueba el uso de secukinumab en pacientes con psoriasis vulgar severa con respuesta inadecuada o intolerancia a la terapia convencional sistémica e infección latente de tuberculosis.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baddley, J. W., Cantini, F., Goletti, D., Gómez-Reino, J. J., Mylonakis, E., San-Juan, R., Fernández-Ruiz, M., & Torre-Cisneros, J. (2018). ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: An infectious diseases perspective (Soluble immune effector molecules [I]: anti-tumor necrosis factor- α agents). *Clinical Microbiology and Infection*, 24, S10-S20. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2017.12.025>

Cantini, F., Niccoli, L., & Goletti, D. (2014). Adalimumab, Etanercept, Infliximab, and the Risk of Tuberculosis: Data from Clinical Trials, National Registries, and Postmarketing Surveillance. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 91(0), 47-55. <https://doi.org/10.3899/jrheum.140102>

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. (2023). *COSENTYX*.

https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/FichasTecnicas/Biologicos/FT_PB_BE01030_V02.pdf

- Dogra, S., & Mahajan, R. (2016). Psoriasis: Epidemiology, clinical features, comorbidities, and clinical scoring. *Indian Dermatology Online Journal*, 7(6), 471-480. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.193906>
- Elewski, B. E., Baddley, J. W., Deodhar, A. A., Magrey, M., Rich, P. A., Soriano, E. R., Soung, J., Bao, W., Keininger, D., Marfo, K., Patekar, M., Sharma, A., Shete, A., & Lebwohl, M. G. (2021). Association of Secukinumab Treatment With Tuberculosis Reactivation in Patients With Psoriasis, Psoriatic Arthritis, or Ankylosing Spondylitis. *JAMA Dermatology*, 157(1), 43. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.3257>
- European guideline (EuroGuiDerm). (2020). *EuroGuiDerm Guideline and Consensus Statement Development Manual*. <https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl27xp0q300d0l2jn87ub40jo-euroguide-manual-v1-3-20-03-03-for-website.pdf>
- European guideline (EuroGuiDerm). (2025). *EuroGuiDerm Guideline for the Systemic Treatment of Psoriasis Vulgaris*. <https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cm9h6g6wp9exorwjr9msyrbqbc-0-euroguiderm-pso-gl-feb-2025.pdf>
- European Medicines Agency. (2025). *Cosentyx*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cosentyx-epar-product-information_en.pdf
- Food and Drug Administration. (2024). *COSENTYX*. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2025/125504Orig1s084lbl.pdf
- Hu, Y., Chen, Z., Gong, Y., & Shi, Y. (2018). A Review of Switching Biologic Agents in the Treatment of Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis. *Clinical Drug Investigation*, 38(3), 191-199. <https://doi.org/10.1007/s40261-017-0603-3>
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (2016). *Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N° 055-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2016. Eficacia y seguridad de adalimumab en el tratamiento de pacientes adultos con psoriasis severa, sin respuesta óptima a infliximab y etanercept*. https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/DICT_055_SDEPFYOTS_DETS.pdf
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (2019a). *Dictamen preliminar de evaluación de tecnología sanitaria n.º 046-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2019: Eficacia y seguridad de ustekinumab y secukinumab en pacientes adultos con psoriasis vulgar severa, con falla terapéutica a terapia sistémica convencional, fototerapia y terapia biológica con antagonistas del factor de necrosis tumoral disponibles en Essalud*. https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/06/DICT_046_SDEPFYOTS_DETS_IETSI_2019-1.pdf
- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (2019b). *Dictamen preliminar de evaluación de tecnología sanitaria n.º 052-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2019: Eficacia y seguridad de ustekinumab y secukinumab en pacientes adultos con psoriasis vulgar severa, con antecedente de infecciones serias y falla terapéutica a*

etanercept.

https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/06/DICT_052_SDEPFYOTS_DETS_IETSI_2019.pdf

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (2023a). *Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N° 010-DETS-IETSI-2023. Eficacia y seguridad de guselkumab, secukinumab y ustekinumab en pacientes adultos con psoriasis vulgar en placas moderada a severa, no respondedor a terapia tópica ni terapia convencional sistémica, y no tributario a fototerapia ni terapia biológica con anti-TNF por antecedente de enfermedad desmielinizante.* <https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/03/DICT.-010-DETS-2023.pdf>

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (2023b). *Dictamen preliminar de evaluación de tecnología sanitaria n.º 015-DETS-IETSI-2023: Eficacia y seguridad de guselkumab y secukinumab en pacientes adultos con psoriasis vulgar severa, no respondedores a terapia tópica ni a terapia sistémica convencional, y no candidatos a terapia biológica antagonista del factor de necrosis tumoral por antecedente de neoplasia maligna.* https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/04/DICT.-015-DETS-2023_1_compressed.pdf

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. (2024). *Dictamen preliminar de evaluación de tecnología sanitaria n.º 007-DETS-IETSI-2024: Eficacia y seguridad del uso de guselkumab o risankizumab en pacientes adultos con psoriasis vulgar en placas moderada a severa sin respuesta a terapia tópica, con falla terapéutica a terapia sistémica convencional y a terapia biológica.* <https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2024/06/Dict-007-DETS-24.pdf>

Langley, R. G. B., Krueger, G. G., & Griffiths, C. E. M. (2005). Psoriasis: Epidemiology, clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64, ii18-ii23. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.033217>

Learned, C., Alsukait, S., Deverapalli, S., Elliott, E., Moody, K., Sobell, J., Konnikov, N., Ortega, M., & Rosmarin, D. (2022). Psoriasis adverse events and associated medications as reported in the US Food and Drug Administration's Adverse Event Reporting System from 2016 to 2021. *JAAD International*, 7, 144-145. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2022.03.010>

National Institute for Health and Care Excellence. (2016, enero 13). *Tuberculosis*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng33>

Nestle, F. O., Kaplan, D. H., & Barker, J. (2009). Psoriasis. *New England Journal of Medicine*, 361(5), 496-509. <https://doi.org/10.1056/nejmra0804595>

Oon, H. H., Tan, C., Aw, D. C. W., Chong, W.-S., Koh, H. Y., Leung, Y.-Y., Lim, K. S., Pan, J. Y., Tan, E. S.-T., Tan, K. W., Tham, S. N., Theng, C., & Wong, S.-N. (2024). 2023 guidelines on the management of psoriasis by the Dermatological Society of Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 53(9), 562-577. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2023367>

Parisi, R., Symmons, D. P. M., Griffiths, C. E. M., & Ashcroft, D. M. (2013). Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 133(2), 377-385. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.339>

- Puig, L., Costanzo, A., Muñoz-Elías, E. J., Jazra, M., Wegner, S., Paul, C. F., & Conrad, C. (2022). The biological basis of disease recurrence in psoriasis: A historical perspective and current models. *British Journal of Dermatology*, 186(5), 773-781. <https://doi.org/10.1111/bjd.20963>
- Saeki, H., Mabuchi, T., Asahina, A., Abe, M., Igarashi, A., Imafuku, S., Okubo, Y., Komine, M., Sano, S., Torii, H., Morita, A., Yotsuyanagi, H., Watanabe, A., Ohtsuki, M., & Committee for reviewing the safety of molecularly targeted drugs for psoriasis, Japanese Dermatological Association. (2023). English version of Japanese guidance for use of biologics for psoriasis (the 2022 version). *The Journal of Dermatology*, 50(2). <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16691>
- Saeki, H., Terui, T., Morita, A., Sano, S., Imafuku, S., Asahina, A., Komine, M., Etoh, T., Igarashi, A., Torii, H., Abe, M., Nakagawa, H., Watanabe, A., Yotsuyanagi, H., Ohtsuki, M., & The Biologics Review Committee of the Japanese Dermatological Association for Psoriasis: Chair: Mamitaro Ohtsuki. (2020). Japanese guidance for use of biologics for psoriasis (the 2019 version). *The Journal of Dermatology*, 47(3), 201-222. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15196>
- Schadler, E. D., Ortel, B., & Mehlis, S. L. (2019). Biologics for the primary care physician: Review and treatment of psoriasis. *Disease-a-Month*, 65(3), 51-90. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.06.001>
- Smith, C. H., Yiu, Z. Z. N., Bale, T., Burden, A. D., Coates, L. C., Edwards, W., MacMahon, E., Mahil, S. K., McGuire, A., Murphy, R., Nelson-Piercy, C., Owen, C. M., Parslew, R., Uthman, O. A., Woolf, R. T., Manounah, L., Ezejimofor, M. C., Exton, L. S., Mohd Mustapa, M. F., & the British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit. (2020). British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020: A rapid update. *British Journal of Dermatology*, 183(4), 628-637. <https://doi.org/10.1111/bjd.19039>
- Snast, I., Bercovici, E., Solomon-Cohen, E., Avni, T., Shitenberg, D., Hodak, E., & Pavlovsky, L. (2019). Active Tuberculosis in Patients with Psoriasis Receiving Biologic Therapy: A Systematic Review. *American Journal of Clinical Dermatology*, 20(4), 483-491. <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00432-y>
- Tian, D., & Lai, Y. (2022). The Relapse of Psoriasis: Mechanisms and Mysteries. *JID Innovations*, 2(3), 100116. <https://doi.org/10.1016/j.xjidi.2022.100116>
- Torres, T., Chiricozzi, A., Puig, L., Lé, A. M., Marzano, A. V., Dapavo, P., Dauden, E., Carrascosa, J.-M., Lazaridou, E., Duarte, G., Carvalho, A. V. E., Romiti, R., Rompoti, N., Teixeira, L., Abreu, M., Ippoliti, E., Maronese, C. A., Llamas-Velasco, M., Vilarrasa, E., ... Gisondi, P. (2024). Treatment of Psoriasis Patients with Latent Tuberculosis Using IL-17 and IL-23 Inhibitors: A Retrospective, Multinational, Multicentre Study. *American Journal of Clinical Dermatology*, 25(2), 333-342. <https://doi.org/10.1007/s40257-024-00845-4>
- Torsekar, R., & Gautam, M. (2017). Topical therapies in psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, 8(4), 235. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.209622>
- Van De Kerkhof, P. C. M., Griffiths, C. E. M., Reich, K., Leonardi, C. L., Blauvelt, A., Tsai, T.-F., Gong, Y., Huang, J., Papavassilis, C., & Fox, T. (2016). Secukinumab long-term safety experience: A pooled analysis of 10 phase II and III clinical studies in patients with moderate to severe plaque psoriasis. *Journal of the American*

Academy of Dermatology, 75(1), 83-98.e4.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.03.024>

Winthrop, K. L., Mariette, X., Silva, J. T., Benamu, E., Calabrese, L. H., Dumusc, A., Smolen, J. S., Aguado, J. M., & Fernández-Ruiz, M. (2018). ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: An infectious diseases perspective (Soluble immune effector molecules [II]: agents targeting interleukins, immunoglobulins and complement factors). *Clinical Microbiology and Infection*, 24, S21-S40. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.02.002>

VIII. MATERIAL SUPLEMENTARIO

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Tabla suplementaria 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica en PubMed

Base de datos	PubMed Fecha de búsqueda: 19 de junio de 2025		Resultado
Estrategia	#1	(Psoriasis[Mesh] OR Psoriasis[tiab] OR Pustulosis[tiab] OR Psoriatic*[tiab]) AND (Secukinumab[nm] OR Secukinumab[tiab] OR Cosentyx[tiab]) AND (Systematic Review[sb] OR Systematic Review[tiab] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analys*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev"[ta] OR Metaanalysis[tiab] OR Metanalysis[tiab] OR (MEDLINE[tiab] AND Cochrane[tiab]) OR Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Guideline*[ti] OR Guide Line*[tiab] OR Consensus[tiab] OR Recommendation*[ti] OR Randomized Controlled Trial[pt] OR Random*[ti] OR Control* Trial*[tiab] OR "Randomized Trial"[tiab:~3] OR Technology Assessment, Biomedical[Mesh] OR Technology Assessment[tiab] OR Technology Appraisal[tiab] OR HTA[tiab] OR Overview[ti] OR (Review[ti] AND Literature[ti]))	465

Tabla suplementaria 2: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library

Base de datos	Cochrane Library Fecha de búsqueda: 19 de junio de 2025		Resultado
Estrategia	#1	MH Psoriasis	102
	#2	Psoriasis:ti,ab,kw	10390
	#3	Pustulosis:ti,ab,kw	218
	#4	Psoriatic*:ti,ab,kw	4258
	#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	12080
	#6	MH Secukinumab	14
	#7	Secukinumab:ti,ab,kw	1175
	#8	Cosentyx:ti,ab,kw	67
	#9	#6 OR #7 OR #8	1186
	#10	#5 AND #9	819

Tabla suplementaria 3: Estrategia de búsqueda en LILACS

Base de datos	LILACS Fecha de búsqueda: 19 de junio de 2025		Resultado
Estrategia	#1	((mh:(psoriasis) OR (psoriasis) OR (psoriase) OR (pustulosis) OR (psoriatic*)) AND ((secukinumab) OR (cosentyx))) AND ((pt:(systematic review) OR (systematic review) OR (revisión sistemática) OR (revisão sistemática) pt:(meta-analysis) OR (meta-analys*) OR (meta-analis*) OR (metaanalysis) OR (metaanális*) OR (metanalysis) OR (metanális*) OR ((medline) AND (cochrane)) OR	26

	pt:(guideline) OR pt:(practice guideline) OR ti:(guideline*) OR ti:(guia) OR ti:(guide line*) OR (consens*) OR ti:(recommendation*) OR ti:(recomendacion*) OR ti:(recomendaç*) OR pt:(clinical trial) OR ti:(random*) OR ti:(aleatori*) OR (controlled trial*) OR (ensayo controlado) OR (ensaio controlado) OR (control trial*) OR mh:(technology assessment, biomedical) OR (technology assessment) OR (evaluación de tecnología) OR (technology appraisal) OR (avaliação de tecnologia) OR (hta) OR (ets) OR (ats) OR ti:(overview))) AND db:("BRISA" OR "LILACS" OR "MINSALCHILE") AND instance:"lilacsplus"	
--	--	--