



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

**EL PACIENTE CON PSORIASIS.
TRASTORNOS EN LA CALIDAD DE
VIDA Y ACTUALIZACIÓN DE LOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

Alumno: Daniel Vidales Rodríguez

Tutor: Pedro Martín Villamor

Agradecimientos, en primer lugar, a la Universidad de Valladolid como centro de formación durante la carrera.

A mi tutor, Pedro Martín Villamor, por sus consejos, ayuda, paciencia y disposición en todo momento.

A mi familia, que me ha estado apoyando e influyendo positivamente, tanto durante la realización de este trabajo, como durante los 4 años de carrera.

Por último, dedicar este trabajo a todos los enfermos de Psoriasis que llevan años conviviendo y luchando contra esta enfermedad. Sobre todo, a un enfermo muy especial, mi padre, que ha sido mi fuente de motivación personal para la realización de este trabajo.

RESUMEN

La **psoriasis** es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel de carácter autoinmune. Este trastorno frecuente y recurrente provoca un conjunto de lesiones escamosas, enrojecidas y engrosadas en la piel, cuyas características principales son el picor y el dolor. El trabajo que se presenta se trata de una revisión bibliográfica acerca de la psoriasis, las patologías asociadas y las actuaciones e intervenciones de enfermería respecto a los pacientes que la padecen.

Para los pacientes con psoriasis el término "calidad de vida" adquiere una importancia especial ya que la enfermedad afecta a las esferas psico emotiva, social, física y laboral. Hay una gran variedad de tratamientos que han sido desarrollados con la finalidad de controlar y reducir los síntomas de la enfermedad. Sea cual sea el tratamiento elegido en cada caso, el objetivo y finalidad principal de cada uno de ellos es reducir los síntomas principales de la enfermedad. La práctica enfermera tiene como una de sus metas preservar la calidad de vida a través de la prevención de las enfermedades o sus complicaciones, mediante diversas intervenciones y actividades.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease with an autoimmune nature. This frequent and recurrent disorder causes a group of scaly, reddened and thickened lesions on the skin, whose main features are itching and pain. The work presented consists in a bibliographic review about Psoriasis, associated pathologies and nursing interventions.

For patients with psoriasis, the term "quality of life" acquires a special importance due to the psycho-emotional, social, physical and occupational spheres affectations. There is a wide variety of treatments for the disease. Whatever the treatment chosen is, the main objective of them is to reduce the main symptoms of the disease, as well as increasing the "quality of life". The main goal of the nursing practice is to preserve the quality of life by means of the prevention of diseases or their complications, throughout several interventions and activities.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
OBJETIVOS	2
MATERIAL Y MÉTODOS	3
DESARROLLO DEL TEMA	4
Etiopatogenia de la enfermedad	4
Calidad de vida en pacientes con psoriasis	7
Tipos de psoriasis	9
Tratamiento de la psoriasis.	11
a) Tratamientos tópicos	11
b) Tratamientos sistémicos y tratamiento con terapias biológicas (TTB).	14
c) Tratamientos mediante fototerapia.	15
Cuidados de Enfermería	17
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA	25
BIBLIOGRAFÍA	26
Anexo 1 - Clasificación de la psoriasis en función de los patrones clínicos de presentación.	29
Anexo 2. Índice de la severidad del área de Psoriasis (PASI).	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Mapa de prevalencia en España según grupos de edad y sexo.

Figura 2.- Mapa de prevalencia en relación al clima.

Figura 3.- Distribución de la gravedad de la Psoriasis.

Figura 4.- Proceso de atención de enfermería.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La **psoriasis** es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de carácter autoinmune. Este trastorno frecuente y recurrente provoca un conjunto de lesiones escamosas, enrojecidas y engrosadas en la piel, cuyas características principales son el picor y el dolor.

La piel es un órgano con múltiples funciones, entre las que destaca la función protectora frente a agentes externos, la termorreguladora, así como la absorción de los rayos ultravioleta, la producción de vitamina D y la detección de estímulos sensoriales. Además de estas funciones, la piel juega un papel importante en las relaciones psicosociales, por lo que un estado patológico de la misma puede desencadenar un impacto negativo en la esfera social del paciente.

La enfermedad se **caracteriza** por una hiperplasia de la epidermis, consistente en la proliferación y reproducción excesiva de las células de la piel, los queratinocitos, debido a la estimulación persistente de los linfocitos T, que son los responsables de la inmunidad celular. (Vicente, 2014)

No podemos considerar únicamente a la psoriasis como una enfermedad dermatológica, debemos considerarla como una **enfermedad sistémica**. Esto es debido a que se ha observado una mayor probabilidad de padecer enfermedades asociadas y coexistentes con la psoriasis, entre las que destacan;

- 1.- Artritis psoriásica.
- 2.- Diversas patologías cardiovasculares.
- 3.- Síndrome metabólico.
- 4.- Impacto en las diferentes esferas que afectan a la calidad de vida.

La psoriasis se ha relacionado con elevación de la morbilidad y mortalidad por eventos cardiovasculares. (Ramos, Gioppo, Miret, Guzman, Endara 2008)

En la mayor parte del mundo las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte. Casi la mitad son consecuencia directa de cardiopatía isquémica y otro 20% de accidente cerebrovascular. En los pacientes psoriásicos este porcentaje se eleva al doble.

Se ha planteado dentro de las posibles causas de la relación entre psoriasis y enfermedades cardiovasculares, factores como la inflamación endotelial crónica, el estrés, el estilo de vida predominantemente sedentario, la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de alcohol, una dieta rica en grasas, dislipidemias, o menor “tolerancia” a todos los factores de riesgo cardiovascular en su conjunto. (Ramos, Gioppo, Miret, Guzman, Endara 2008)

Los especialistas en la materia explican que es fundamental tomar conciencia de que la psoriasis no supone peligro de contagio ni impide relacionarse con los afectados con total normalidad. Además, gracias a los tratamientos muchas personas han mejorado el estado de su piel y su vida se caracteriza por una total normalidad.

Aunque depende del grado de psoriasis que se padezca, muchos pacientes ven alterada su vida. Esta enfermedad llega a influir en su entorno laboral y familiar, razón por la cual se considera que padecer psoriasis no sólo es presentar una enfermedad dermatológica, sino también sufrir secuelas psicológicas que afectan en muchos de los casos la calidad de vida del paciente, e incluso pudiendo padecer posteriormente trastornos mentales severos.

OBJETIVOS

Principal

Proponer un **plan de cuidados** (intervenciones de enfermería) para pacientes con psoriasis que contribuya a **mejorar la calidad de vida** de estos pacientes.

Secundarios

1. **Actualizar conocimientos** sobre los aspectos de la psoriasis susceptibles de ser abordados desde Enfermería.
2. Describir las **patologías** más importantes **asociadas** a la psoriasis y cómo influyen en el cuidado de la enfermedad.
3. Concienciar de la **importancia de los cuidados de enfermería** adecuados a estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo que se presenta se trata de una revisión bibliográfica acerca de la psoriasis, las patologías asociadas y las actuaciones e intervenciones de enfermería respecto a los pacientes que la padecen.

Para realizar esta revisión bibliográfica, se ha llevado a cabo una profunda búsqueda de literatura relevante respecto al tema de estudio, obteniendo información de fuentes especializadas, de guías clínicas, así como de diversos trabajos de investigación disponibles en motores de búsqueda de información especializados.

Los motores de búsqueda y bases de datos utilizadas han sido PubMed, Google Académico, Cochrane Plus, Dialnet, entre otros. También se ha obtenido bibliografía de la biblioteca de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid.

La búsqueda bibliográfica comenzó en noviembre de 2017 y finalizó en mayo de 2018, utilizando las bases de datos anteriormente mencionadas, empleando como idioma vehicular el castellano y, en menor medida, el inglés.

Criterios de inclusión

Se han utilizado revistas y artículos de revistas con una antigüedad de hasta 10 años. También se han utilizado datos científicos de años anteriores en los cuales existía información esencial del tema tratado. Todos ellos fueron seleccionados al contener alguna de las palabras clave en su título o en su resumen, y si permitían el acceso al texto completo.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda han sido: “Psoriasis Care”, “Nursing Care”, “Psoriasis comorbidities”, “Tipos de Psoriasis”, “Tratamiento Psoriasis”, “Plan de Cuidados”.

Criterios de exclusión

Se han excluido aquellos artículos que no incorporasen alguna de las palabras claves en su título o resumen. También, aquellos que no permitieran el acceso al texto completo, así como los que estuvieran en un idioma que no fuera español o inglés.

DESARROLLO DEL TEMA

Etiopatogenia de la enfermedad

Los queratinocitos son las células más abundantes de la epidermis. Están en continua renovación y pasan progresivamente de la capa basal, que es la capa más profunda de la epidermis, a las zonas superiores, por diferenciación celular, hasta llegar a la capa córnea, la más superficial, donde forman una capa de células muertas en forma de escamas y rica en queratina. Este proceso dura, en una persona sana, alrededor de un mes y es inapreciable a simple vista. (Batista Romagosa, Pérez Bruzón 2009)

En un individuo con Psoriasis, el proceso puede verse acelerado hasta completarse en unos 4 días y ésta es la causa de la **acumulación de queratinocitos** y la hiperplasia de la piel, lo cual se manifiesta clínicamente en forma de **placas** blanquecinas, gruesas y con abundantes escamas. (Batista Romagosa, Pérez Bruzón 2009)

La Psoriasis posee una amplia variabilidad clínica y evolutiva. Cursa con continuos períodos de remisión – exacerbación. Puede afectar a diversas partes de la piel, predominando las prominencias óseas como los codos, rodillas o manos. Se trata enfermedad que produce un destacable impacto en la **calidad de vida** de los pacientes en el aspecto físico, en el social y en el psicológico o emocional. (Quiroz, Barzallo, Suarez 2003)

La psoriasis puede comenzar en cualquier momento de la vida, desde el nacimiento hasta una edad muy avanzada, aunque en general suelen aparecer sus primeras manifestaciones entre los 15 y los 30 años de vida, sin diferencias en cuanto al sexo. El 75% de los casos comienzan antes de los 40 años de edad.

La **prevalencia** en todo el mundo varía de 0.5 a 4.8%. Además, llega hasta al 30% en pacientes con algún familiar de primer grado con la enfermedad. (Ferrándiz, Puig, Pujol, Smandía 2001)

El promedio de la población europea con esta enfermedad es del 2%. En Estados Unidos, la enfermedad afecta al 2,2% – 2,6% de la población. En este país, se diagnostican 150.000 nuevos casos anuales.

En nuestro país, la prevalencia desciende hasta el 1,4% de la población. En España, la distribución de los pacientes con la enfermedad es heterogénea, predominando la mayor parte de los pacientes en la región central del país.

La prevalencia en Asia es menor. Diferentes estudios la estiman entre el 0,3 y el 1,2%.

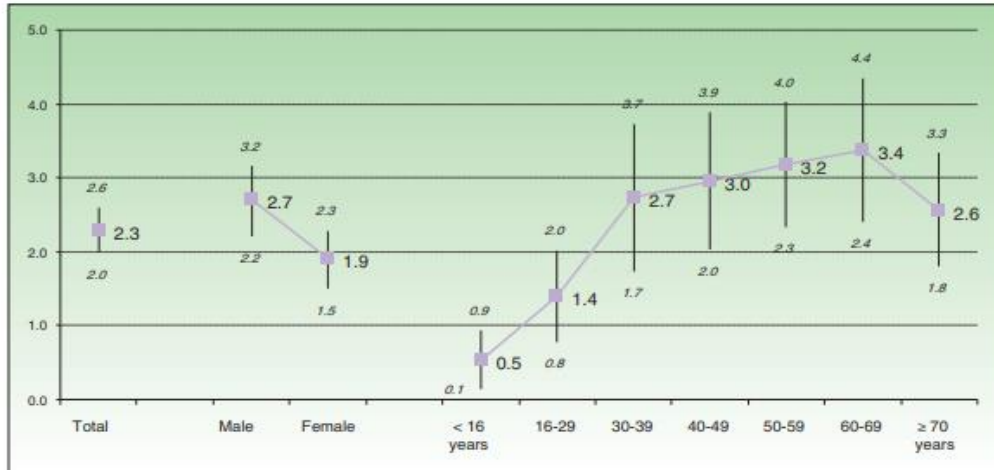


Figura 1. Mapa de prevalencia en España según grupos de edad y sexo.

(Fuente: Ferrándiz, Carrascosa, Toro, 2014).



Figura 2. Mapa de prevalencia en relación al clima.

(Fuente: Ferrándiz, Carrascosa, Toro, 2014).

Causas de la Psoriasis

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad, pero al parecer es una afectación multifactorial en pacientes con cierta predisposición genética. Por tanto, debemos analizar tanto los factores genéticos, como los ambientales.

El factor genético es un factor imprescindible a la hora de analizar la patogenia de cualquier enfermedad, y en la psoriasis, no lo es menos. Las bibliografías y estudios relacionados con este aspecto, afirman la relevancia del factor genético; si el padre está afectado con la enfermedad, la posibilidad de trasmitirla al descendiente es de un 25-30%. En cambio, si ambos progenitores sufren psoriasis, las posibilidades de trasmitirla al descendiente ascienden a un 60-70%. Conviene diferenciar que probablemente lo que se heredan son rasgos o ciertos factores predisponentes, más que la enfermedad en sí. (Batista Romagosa, Pérez Bruzón 2009)

En cuanto a los factores ambientales, encontramos un aspecto psicológico importante; el estrés. Está demostrado que el estrés emocional exacerba la enfermedad. Estudios descriptivos reportan que hasta un 60% de los pacientes con psoriasis tienen experiencia de eventos estresantes el mes antes de la exacerbación o brote de la enfermedad. Por tanto, existe una correlación positiva y significativa entre los pacientes que reportaron la mayor cantidad de estrés diario y la severidad de la enfermedad. (Batista Romagosa, Pérez Bruzón 2009; Castellón-Castillo, Romero-Silva; Ugarte)

Es evidente en la práctica clínica la relación psoriasis y psicología, sin embargo, hay que seguir investigando en el futuro para poder desentrañar mejor la relación entre el estrés emocional y la exacerbación de la psoriasis.

Otros factores de riesgo o desencadenantes de la exacerbación de la psoriasis son ciertos hábitos tóxicos, factores endocrinos, climatológicos y determinados fármacos.

Entre los fármacos más importantes que pueden desencadenar la psoriasis son los AINES, los bloqueantes beta adrenérgicos, el litio o las tetraciclinas.

En referencia a los hábitos tóxicos, el alcohol tiene gran importancia en el progreso rápido de la enfermedad en los hombres. En las mujeres, la asociación entre tabaquismo y psoriasis es mucho más fuerte. (Aguirre et al. 2009)

Como se ha podido apreciar en el análisis bibliográfico efectuado, hasta el momento, el cuadro completo de la patogénesis de la enfermedad aún se desconoce, aunque al parecer todos los estudios coinciden en que se trata de una enfermedad multifactorial, en pacientes con predisposición genética.

La demostración de múltiples anormalidades en la cinética celular, la histomorfología y la bioquímica, reafirman el hecho de que existen múltiples mecanismos de producción, que deberán ser analizados detenidamente hasta lograr un pleno conocimiento de ello, lo cual facilitará el tratamiento de estos pacientes y los cuidados que requiere su problema de salud. (Batista Romagosa, Pérez Bruzón 2009)

Calidad de vida en pacientes con psoriasis

El concepto de calidad de vida ha comenzado recientemente a utilizarse como la principal medida de evaluación del estado de bienestar del paciente con respecto a la enfermedad que padece. Podemos definir calidad de vida como un concepto amplio y multidimensional que hace referencia al estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. También podemos definirla como la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones personales y subjetivas, en definitiva “sentirse bien”. (Quiroz, Barzallo, Suarez 2003)

Para los pacientes con psoriasis este término adquiere una importancia especial ya que la enfermedad afecta a las esferas psicoemotiva, social y laboral del paciente.

La piel es el órgano más extenso de todo el cuerpo, es el primero en recibir las agresiones del mundo exterior y es uno de los que más frecuentemente manifiestan las emociones internas. Por consiguiente, es el órgano con el que menos podemos ocultar la presencia de la psoriasis; lo que lleva a conductas de aislamiento social. Todo esto incide en la calidad de vida del paciente psoriásico.

La presencia de lesiones en áreas visibles junto a la imposibilidad de curación clínica y, por lo tanto, la cronicidad de la psoriasis, pueden perjudicar el entorno social y laboral del paciente de manera considerable, disminuyendo la autoestima de la persona.

La tensión ocasionada en los pacientes con psoriasis como respuesta anticipada a reacciones negativas de otras personas dan lugar a dificultades en las relaciones interpersonales y en actividades diarias, lo que conlleva al deterioro de la calidad de vida. (Quiroz, Barzallo, Suarez 2003)

Podemos entender una baja calidad de vida en este tipo de pacientes cuando manifiesten limitación y cambios de conducta en la vida cotidiana reflejados por depresión, sentimientos de vergüenza, tensión familiar, ansiedad interpersonal, inhibición sexual, limitación marcada en el área laboral y recreacional y disconformidad social importante.

La **psicoterapia** constituye, por tanto, un campo importante en el tratamiento de soporte de esta enfermedad. La piel desempeña un papel esencial en los procesos sociales. Principalmente, emite una imagen de la persona, condicionando la forma en la que la perciben los demás. Esto influye en la autoestima.

Las personas con autoestima baja son más propensas a sufrir trastornos relacionados con la depresión o la ansiedad, siendo este último un factor intensificador de los brotes de psoriasis. Por tanto, algunos autores consideran indispensable un buen manejo de la terapia psicológica e intervenciones educativas.

Como personal sanitario enfermero, podemos incidir en este tipo de pacientes de diversas formas, como, por ejemplo, favoreciendo el contacto y apoyo de miembros con la misma patología, reduciendo las sensaciones de aislamiento y aumentando sus virtudes, habilidades y autoeficiencia.

También pueden ser útiles la meditación y la relajación. Debemos intentar modificar o desactivar las emociones y conductas que interfieren con el funcionamiento psicosocial y laboral y que son sospechosas de mantener o exacerbar la enfermedad.

Debemos tratar de lograr aceptación de las realidades desagradables de la enfermedad y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias para vencer las limitaciones de la misma. La psicoeducación y apoyo consiste en proporcionar información detallada a los pacientes sobre su enfermedad, etiología, opciones terapéuticas y pronóstico con el fin de mejorar su estado emocional. (Quiroz, Barzallo, Suarez 2003)

Es, sin duda, uno de los grandes retos a los cuales se ve enfrentado el sanitario en su práctica diaria, no sólo por la complejidad de la enfermedad sino por la posibilidad, con un tratamiento adecuado, de inducir cambios significativos en la capacidad funcional y en la calidad de vida de los que la padecen.

La **práctica enfermera** tiene como una de sus metas preservar la calidad de vida a través de la prevención de las enfermedades o sus complicaciones. En este sentido las personas con diferentes tipos de enfermedades crónicas requieren evaluaciones de sus necesidades básicas, de su estado funcional y de su calidad de vida.

Existen múltiples métodos que permiten evaluar la calidad de vida y los problemas de salud en nuestros enfermos, como por ejemplo los cuestionarios o encuestas de salud. Estas mediciones de calidad de vida nos serán útiles para poder elaborar planes de salud individualizados y personalizados para nuestros pacientes.

Tipos de psoriasis

Podemos llevar a cabo varias clasificaciones de la enfermedad, en función de diversos criterios. (Almirall 2018; Casanova et al. 2009)

❖ En función de la edad de comienzo de la enfermedad, distinguimos entre:

Psoriasis de tipo 1

Aparece antes de los 40 años de edad, con una incidencia mayor de herencia familiar.

Psoriasis de tipo 2

Aparece después de los 40 años de edad. Son casos aislados o con menor prevalencia de herencia familiar.

❖ En función de la gravedad de la enfermedad, podemos realizar otra clasificación.

Psoriasis leves

Podemos definir este tipo de psoriasis como aquella que ocupa menos de un 2% de superficie corporal y se localiza en zonas concretas, como en el cuero cabelludo, codos, rodillas o algún tipo de manchas en las manos y en los pies.

Psoriasis moderada

Denominamos psoriasis moderada cuando las lesiones anteriormente mencionadas ocupan hasta un 10% de la superficie corporal.

Psoriasis graves

Son los casos de psoriasis que afectan a un más del 10% de la superficie corporal.

Además, hablamos de psoriasis graves cuando no solo afecta a la calidad de vida del paciente, sino que puede conllevar riesgos serios para su salud.

DISTRIBUCIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA PSORIASIS

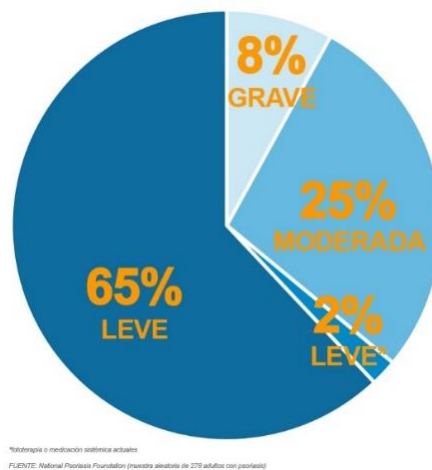


Figura 3. Distribución de la gravedad de la psoriasis. (Fuente: Almirall, 2018)

- ❖ También, podemos clasificarlas en función de los patrones clínicos de presentación. (Ver anexo 1).
 - Psoriasis vulgar o en placas.
 - Psoriasis Guttata o en gotas.
 - Psoriasis eritrodérmica.
 - Psoriasis pustulosa.
 - Psoriasis en los pliegues o invertida.
 - Psoriasis del cuero cabelludo.
 - Psoriasis palmoplantar.
 - Psoriasis en la cara.
 - Psoriasis de pañal.

- Psoriasis ungueal.
- Artritis psoriásica.

Tratamiento de la psoriasis.

Hay una gran variedad de tratamientos que han sido desarrollados con la finalidad de controlar y reducir los síntomas de la enfermedad. Sea cual sea el tratamiento elegido en cada caso, el objetivo y finalidad principal de cada uno de ellos es mejorar la calidad de vida de nuestro paciente, reduciendo los síntomas principales de la enfermedad, como son el picor, el sangrado, el desprendimiento de escamas (xerosis)... Es necesario influir también en el número de brotes que sufre el paciente y la duración de cada uno de ellos.

Como anteriormente se ha mencionado, existen una gran variedad de tratamientos desarrollados, pero normalmente la terapia tópica es el tratamiento de elección, salvo que la psoriasis sea severa o inestable, que se recurrirá al tratamiento con terapias biológicas (TTB).

La terapia tópica se emplea en el 78% de los casos, mientras que el tratamiento sistémico se emplea en casos de psoriasis severas, graves y con difícil control, es decir, cuando la terapia necesita ser más agresiva. En un tercer escalón encontramos los tratamientos de la psoriasis mediante fototerapia. (Carrascosa et al. 2009)

a) Tratamientos tópicos.

La terapia tópica conforma uno de los pilares fundamentales y actuales del tratamiento del paciente. En concreto los *corticoides tópicos* y los *análogos de la vitamina D*.

Las cremas hidratantes siempre deben incluirse como complemento de cualquier tratamiento, ya que forman una capa grasa que evita la pérdida de agua, reblandecen el estrato córneo, reducen significativamente la hiperqueratosis y mejoran la elasticidad de la piel. Todo esto facilita la movilidad del paciente y evita la fisuración de las placas. Como norma general, cuanto más graso sea el vehículo más hidratante es. (Carrascosa et al. 2009)

En la cara y en los pliegues son más eficaces las cremas. En las zonas de piel gruesa como palmas y manos, codos y rodillas, lo ideal son las pomadas, ya que garantizan una mayor penetrabilidad y absorción del fármaco.

Para el cuero cabelludo, lo ideal son las lociones o geles, aunque hay que tener especial cuidado ya que pueden contener alcohol y afectar a heridas o grietas que se tengan en el cuero cabelludo, además de reseca bastante la piel.

Corticoides tópicos.

Los corticoides tópicos son uno de los tratamientos fundamentales en multitud de patologías dermatológicas. Su estructura base, la hidrocortisona, ha sido modificada con el fin de aumentar su liposolubilidad, efecto antiinflamatorio e inmunosupresor, y reducir los efectos secundarios derivados de su efecto corticoideo. Los corticoides tópicos se pueden asociar junto con antibióticos, urea, derivados de la vitamina D... (Grau 2006)

La potencia de los corticoides y sus efectos secundarios vienen determinados por su solubilidad en el estrato córneo (capa más superficial) de la piel. Su absorción viene determinada por las diversas características de la piel.

El primer factor importante es que la piel enferma no tiene la barrera del estrato córneo, por tanto, la penetración será mayor que en la piel normal. Afortunadamente, a medida que avanza el tratamiento, la función barrera de la piel enferma se va restaurando, por lo que se irá absorbiendo menos corticoide. (Grau 2006)

Un segundo factor importante es la hidratación de la piel. La absorción del mineralocorticoide será mayor en una piel bien hidratada. Los ungüentos generalmente producen en la piel una mayor hidratación que las cremas, por tanto, la preparación en forma de ungüento será más potente y eficaz. (Grau 2006; Lozano 2002)

Como tercer y último factor, podemos destacar el grosor de la piel y del estrato córneo. La absorción es mayor en las zonas con piel fina, si bien es cierto que la susceptibilidad de desarrollar efectos secundarios será también mayor en las zonas de piel fina que en las zonas de piel más gruesa.

Los corticoides funcionan gracias a diferentes mecanismos. Su eficacia debido a sus propiedades vasoconstrictoras, antiinflamatorias, inmunomoduladoras y anti proliferativas afectan tanto a la dermis como a la epidermis. En resumen, los corticoides juegan un papel fundamental en las enfermedades dermatológicas.

A la hora de seleccionar el corticoide adecuado, se han de tener en cuenta diversos factores. (Grau 2006)

- Se debe seleccionar un corticoide lo suficientemente potente para eliminar la dermatosis, pero no más potente de lo necesario porque produciría efectos adversos.
- Se ha de tener en cuenta la localización de la dermatosis. En zonas como las palmas de las manos o las plantas de los pies se requiere un corticoide más potente, debido al grosor mayor del estrato córneo en estas zonas.
- Se ha de tener en cuenta la profundidad de la lesión. Las lesiones localizadas en la dermis tienden a ser más resistentes.

La psoriasis en pliegues y en áreas intertriginosas, que es un término médico que se utiliza para definir dos áreas de la piel que pueden tocar o frotar juntos, es bastante sensible al tratamiento con corticoides tópicos, al contrario que la psoriasis en placas, que es totalmente resistente al tratamiento con corticoides. (Grau 2006)

Vitamina D tópica.

La vitamina D es la encargada de regular el paso del calcio hacia los huesos en nuestro cuerpo. Diversos estudios acerca afirman su papel beneficioso en los principales síntomas de la Psoriasis, como son las inflamaciones y las placas descamativas.

La vitamina D inhibe la actividad de los genes responsables de la proliferación de queratinocitos e induce la actividad de los genes responsables de la diferenciación de queratinocitos. (El Mundo 2011; Gilaberte et al. 2011)

La proliferación y diferenciación de la epidermis es necesaria para el crecimiento celular normal, cicatrización de heridas y mantenimiento de la función de barrera cutánea. La vitamina D ayuda a reducir la tasa de reproducción anormal de las células de la piel, ya que causan su diferenciación. Como resultado de este proceso anormalmente activo de cambio de la epidermis que es característico de esta enfermedad, la vitamina D lo ralentiza significativamente. Por tanto, con una exposición controlada a esta vitamina, podríamos ayudar a reducir la inflamación, lo que tendría un efecto beneficioso en los eczemas y en la piel seca.

En la actualidad disponemos de una variedad de medicamentos de uso tópico derivados de la vitamina D. El más conocido es el Calcipotriol. Este tipo de tratamiento lleva años utilizándose, con una atenuación comprobada de la reacción inflamatoria. (Gilaberte et al. 2011)

Por tanto, es recomendable una exposición a la luz solar de forma regular, pero controlada, para evitar complicaciones asociadas al sol que son no deseadas.

Las cremas que contienen vitamina D y la radiación ultravioleta son dos vías muy recomendables en el tratamiento exitoso de la psoriasis, además de la fototerapia, que también aumenta la síntesis de vitamina D en el organismo, además de modular la respuesta inmune.

El déficit de vitamina D, además de ser relacionado con la osteoporosis, ha sido relacionado con un aumento del riesgo de padecer enfermedades autoinmunes, como la psoriasis. (El Mundo 2011; Gilaberte et al. 2011)

b) Tratamientos sistémicos y tratamiento con terapias biológicas (TTB).

Los tratamientos sistémicos clásicos permiten a los dermatólogos disponer de un abanico terapéutico más amplio y por tanto una mayor posibilidad de controlar el desarrollo de la enfermedad en pacientes con psoriasis moderada, grave o extensa. La terapia biológica también representa una alternativa bien establecida como tratamiento de las psoriasis moderadas a graves. (Carretero et al. 2010)

Los TTB son, en general más caros, relativamente nuevos y de eficacia similar o superior a otros tratamientos sistémicos. Lo que se desconoce sobre ellos es su relación entre el coste y la eficacia (capacidad para producir el efecto deseado). La experiencia de los TTB en el empleo clínico es limitada, si bien es cierto que hay abundantes publicaciones existentes acerca de estos nuevos tratamientos. (Blasco, Lázaro, Ferrándiz, García-Díez, Liso 2009)

El objetivo principal de los tratamientos de la psoriasis es conseguir o intentar conseguir y mantener un blanqueamiento de la piel a largo plazo. O en su defecto, con una mínima afectación localizada y controlable con tratamientos tópicos.

Como anteriormente se ha mencionado, las limitaciones en la extrapolación de los ensayos clínicos a la clínica diaria del paciente hacen que tanto la elección del fármaco como la forma y dosis de administración se tengan que realizar de forma individualizada y, en muchas ocasiones, con la necesidad de suprimir un tratamiento e iniciar otro. (Puig et al. 2013)

En este contexto se hace necesaria la necesidad de elaborar una serie de directrices para el tratamiento de las psoriasis moderadas a graves, que incluyan práctica clínica acerca de las características farmacológicas, pautas de administración, eficacia, contraindicaciones y posibles efectos adversos. (Blasco, Lázaro, Ferrándiz, García-Díez, Liso 2009)

Tratamientos sistémicos: Metotrexato. (MTX)

Se trata del fármaco sistémico más utilizado en el tratamiento de la Psoriasis. Se ha descrito su eficacia en procesos inflamatorios y autoinmunes.

Se emplea en casos de psoriasis rebelde. Actúa frenando la diferenciación celular.

Los pacientes en tratamiento con MTX requieren un estricto control médico. Como principales efectos adversos, posee un potencial hepatotóxico a largo plazo y una afectación de médula ósea, reduciendo la producción de hematíes y plaquetas. (Grau, Galy 2006; Carrascosa et al. 2016)

Tratamientos sistémicos: Ciclosporina.

Se trata de un fármaco autoinmune de rápida actuación. Contribuye a inhibir la respuesta inflamatoria del organismo, reduciendo o disminuyendo así las placas de psoriasis.

Únicamente se emplea en el caso de psoriasis severas, es efectivo, pero presenta efectos secundarios importantes, como la nefrotoxicidad o la hipertensión arterial que pueden ser irreversibles. (Mandel, Weiss, Rondón 2014; Valdés et al. 2006)

c) Tratamientos mediante fototerapia.

Tratamientos con luz solar.

La luz solar es muy beneficiosa para todas las afecciones cutáneas en general. La vitamina D, presente en la luz solar, ayuda a reducir la tasa de reproducción anormal de las células de la piel, influyendo positivamente los eccemas, inflamaciones y piel seca. Es fundamentalmente utilizada en psoriasis leves-moderadas.

Además, resulta beneficioso asociar agentes hidratantes con la exposición solar, potenciando así los efectos de los tratamientos tópicos. (Lozano 2002)

Fototerapia.

Se trata de aquellos tratamientos que se basan en los beneficios de la luz solar para tratar la enfermedad de la Psoriasis.

La fototerapia es empleada en aquellos pacientes que no respondan al tratamiento tópico exclusivo. Se utiliza en psoriasis moderadas a graves. Normalmente constituye el tratamiento de elección de la psoriasis en placas extensas.

Su beneficio se basa en su acción inmunosupresora y antiproliferativa. En la actualidad, se administra en forma de ciclos al año con varias sesiones, aumentando gradualmente la intensidad de la radiación hasta conseguir los efectos deseados y reduciéndola posteriormente.

El inconveniente de esta forma de tratamiento es que el tiempo necesario por cada exposición es excesivo. Se ha de realizar un mínimo de 25-30 sesiones para conseguir efectos razonablemente beneficiosos.

El problema de este tratamiento es que puede producir quemaduras o pigmentación irregular. Aumentando el tiempo de cada sesión y reduciendo el número total de sesiones disminuiría el riesgo de reacciones adversas.

Tradicionalmente se han utilizado los rayos ultravioletas de banda amplia. Actualmente está en desarrollo el tratamiento con rayos UVB de banda estrecha, con mejor tolerabilidad y una reducción de las reacciones adversas eritematosas.

Por último, hay que tener en cuenta que el tratamiento con fototerapia está contraindicado en pacientes con antecedentes de cáncer de piel, en niños, embarazadas o en pacientes con la piel muy clara. En estos últimos aumenta el riesgo de reacciones eritematosas. (Lozano 2002)

Fotoquimioterapia.

Este tipo de tratamiento consiste en la administración de un medicamento llamado psoraleno en torno a 1-3 horas antes de recibir una exposición de radiación ultravioleta A. El psoraleno (*Metoxaleno*) se activa al ser expuesto a la luz.

Presenta una mayor eficacia que la fototerapia, así como un efecto más prolongado con un número menor de sesiones. Además, es bien tolerado por la mayor parte de los pacientes. Sin embargo, su administración es más complicada, costosa y con mayores efectos adversos debido al psoraleno.

Este tipo de tratamiento, por ser más agresivo, debe reservarse para los pacientes en los que la radiación UVB (fototerapia) no sea efectiva. (Lozano 2002)

Cuidados de Enfermería



Figura 4. Proceso de atención de enfermería. (Fuente: *Proceso de Atención de Enfermería en Salud Mental, 2015*)

Siguiendo ordenadamente las fases del proceso de atención de enfermería, el primer paso será la valoración del paciente. En esta primera fase, como enfermeros tendremos la función de observar y recoger datos acerca de lo que rodea al paciente, tanto en la esfera física como en la social de la enfermedad.

Posteriormente ordenaremos los datos recogidos y contrastados. La recogida de datos será individualizada para cada paciente. Es importante conocer la forma de presentación de la enfermedad, los factores potencialmente precipitadores de cada brote de psoriasis, la existencia de antecedentes familiares que sean de interés, la edad de inicio, la evolución de la enfermedad, las características del brote actual y los tratamientos previos recibidos y su eficacia.

Una vez tenemos recogida la información que creemos necesaria, procederemos a la formulación de los diagnósticos enfermeros, los objetivos individualizados para cada paciente y las actividades e intervenciones que realizaremos con ellos para cumplir los objetivos preestablecidos.

Uno de los objetivos secundarios de este trabajo es elaborar un plan o protocolo que nos permita unificar ciertos criterios y coordinar las diferentes actuaciones de la enfermería en este tipo de pacientes, así como realizar una actualización de los cuidados enfermeros del paciente con psoriasis.

Una vez detectados diversos problemas gracias a la valoración, y, teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros, elaboramos un PLAN DE CUIDADOS. (Vizcaya-Moreno, Solano-Ruiz, Domínguez Santamaría, Espejo Luna 2004; de Aguilera, Orta, Urrez, Lozano 2007)

Diagnósticos de Enfermería según la taxonomía NANDA.

1º DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA relacionada con la psoriasis.

Alteración de la epidermis o de la dermis.

NOC relacionados.

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)
- Autocuidados: higiene. (0305)
- Equilibrio hídrico. (0601)

NIC relacionadas.

- Vigilancia de la piel. (3590)
- Administración de medicación: tópica. (2316)
- Cuidado de las heridas: ausencia de cicatrización. (3664)
- Manejo de la medicación. (2380)
- Protección contra las infecciones. (6550)
- Manejo de la nutrición. (1100)

2° RIESGO DE INFECCIÓN relacionado con las autolesiones por rascado.

Vulnerabilidad a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud del paciente.

NOC relacionados.

- Control del riesgo. (1902)
- Autocontrol: enfermedad crónica. (3102)

NIC relacionadas.

- Educación para la salud. (5510)
- Identificación de riesgos. (6610)
- Mejora de la autoconfianza. (5395)
- Modificación de la conducta. (4360)

3° CONOCIMIENTOS DEFICIENTES relacionado con la enfermedad y la automedicación.

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

NOC relacionados.

- Conocimiento: dieta saludable. (1854)
- Conocimiento: manejo del estrés. (1862)
- Conocimiento: medicación. (1808)

NIC relacionadas.

- Enseñanza: proceso de la enfermedad. (5602)
- Enseñanza: medicamentos prescritos. (5616)
- Manejo de la medicación. (2380)

4° ANSIEDAD relacionada con el desconocimiento y los síntomas de la enfermedad.

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

NOC relacionados.

- Autocontrol de la ansiedad. (1402)
- Autoestima. (1205)
- Bienestar personal. (2002)
- Habilidades de interacción social. (1502)
- Nivel de estrés. (1212)

NIC relacionadas.

- Disminución de la ansiedad. (5820)
- Terapia de relajación. (6040)
- Asesoramiento. (5240)
- Escucha activa. (4920)
- Fomento del ejercicio. (200)

5° RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA relacionado con las lesiones físicas de la enfermedad y la imagen corporal.

Vulnerabilidad a sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades, que puede comprometer la salud.

NOC relacionados.

- Conciencia de uno mismo. (1215)
- Autoestima. (1205)

NIC relacionadas.

- Aumentar los sistemas de apoyo. (5440)
- Potenciación de la autoestima. (5400)
- Apoyo emocional. (5270)
- Potenciación de la imagen corporal. (5220)

6º TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO relacionado con la ansiedad y el estrés.

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

NOC relacionados.

- Sueño. (0004)

NIC relacionadas.

- Mejorar el sueño. (1850)
- Terapia de relajación. (6040)
- Disminución de la ansiedad. (5820)
- Fomento del ejercicio. (0200)

Teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros y una vez elaborado el plan de cuidados, el siguiente paso es la ejecución de las actividades e intervenciones.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

En relación al **DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA:**

- Enseñar al paciente a identificar los factores que contribuyen a la aparición del malestar producido por el prurito:
 - Evitar un ambiente excesivamente seco.
 - Evitar las duchas o los baños con agua excesivamente caliente.
 - Tras la ducha secar la piel sin frotar, usando después cremas o lociones. Hay cremas específicas para pieles psoriásicas disminuyen la picazón, la descamación y el dolor de la piel seca.
 - Intentar utilizar siempre que sea posible jabones de PH neutro.
 - Hidratar la piel diariamente o las veces que se considere necesario.
 - Evitar las autolesiones por rascado, ya que puede dar lugar a nuevas lesiones.
 - Fomentar los hábitos higiénicos y el ejercicio físico regular.

- Informar al paciente acerca de los tratamientos prescritos por su dermatólogo que contribuyen a disminuir el prurito. Explicar su forma de administración y los posibles efectos secundarios más importantes.
 - o Explicar que ciertos fármacos pueden desencadenar efectos secundarios y mantener informado de ellos al personal sanitario para valorar el cambio de tratamiento o la continuación con el mismo.
- Enseñar a la valoración de su piel por parte del propio paciente para examinar la piel en busca de excoriaciones producidas por el rascado u otras lesiones.
- Llevar a cabo una dieta equilibrada. A ser posible evitar carnes rojas, alcohol, así como evitar el tabaco.
- Tomar baños de luz solar. Los rayos ultravioletas mejoran la psoriasis mediante la regulación de los queratinocitos.
- Realizar regularmente, en la medida de lo posible, baños de agua de mar. Con el estos baños mejoran las lesiones ya que el agua del mar tiene un efecto antiinflamatorio.
 - o Mediante la luz solar y los baños en el agua del mar se fomenta la relajación y, por tanto, una esencial disminución del estrés.
- Utilizar ropa cómoda, holgada y de algodón. Los tejidos sintéticos pueden empeorar la psoriasis al producir un calentamiento de la piel.
- En invierno, inevitablemente las horas de sol son más escasas. Hay que incidir en la necesidad de dejar destapadas las lesiones el tiempo que sea posible, fomentando la humidificación indirecta (del ambiente) o directa (de la herida), evitando la sequedad excesiva de la piel.

En relación al ***RIESGO DE INFECCIÓN***:

- Contribuir a disminuir las lesiones producidas en la piel por el propio paciente derivadas de rascados o que puedan producir infecciones mediante el conocimiento de la enfermedad y el fomento de otro tipo de actividades.

En relación a los ***CONOCIMIENTOS DEFICIENTES*** acerca de la enfermedad:

- Determinar qué información tiene el paciente acerca de su enfermedad.
- Aclarar sus dudas o aquellos conocimientos que sean erróneos, proporcionando guías informativas al paciente, familia y entorno.

- Informar sobre el tratamiento que ha sido prescrito, de la duración del mismo hasta lograr ver los efectos beneficiosos, así como de aquellos factores que contribuyen a potenciar el tratamiento; baños, hidratación, cuidado de la piel no afectada, exposición solar y peculiaridades de cada medicamento prescrito.
- Enseñar al paciente a controlar los factores que pueden agravar la evolución de la enfermedad; estrés, ansiedad, deshidratación, traumatismos...
- Explicar los tratamientos con fototerapia y fotoquimioterapia, explicándole el propósito del tratamiento, precauciones y métodos de seguridad que ha de tomar, así como la necesidad de comunicar rápidamente las reacciones de hipersensibilidad producidas por el tratamiento.
- Motivar al paciente y hacerle participe del cuidado de su proceso de enfermedad, todo influirá en el cumplimiento terapéutico y en una pronta mejoría.

En relación a la **ANSIEDAD** y al **RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA**:

- Favorecer en todo momento la expresión de sentimientos de nuestro paciente.
- Dar apoyo emocional. La distorsión de la imagen corporal trastorna gravemente la autoestima, pudiendo incapacitar al paciente en la esfera social, personal y laboral.
- Ayudar a identificar los atributos positivos del paciente.
- Intentar favorecer o crear una relación con otros pacientes con la misma enfermedad, bien sean pacientes individuales o algún tipo de asociación o agrupación social de pacientes con la enfermedad.
- Reforzar la aceptación del problema del paciente:
 - Gestos sencillos como tocar al paciente sin guantes, supone un refuerzo positivo en él.
 - Animar a que exprese sentimientos sobre la enfermedad y reforzar la idea de que la piel, con el tiempo, puede mejorar su estado.

DISCUSIÓN

Principales resultados

La psoriasis, como se ha explicado y expuesto a lo largo de esta revisión bibliográfica, es una enfermedad sin una causa única y exclusiva, si bien es provocada por una serie de factores en pacientes con predisposición genética.

La enfermedad presenta una prevalencia relativamente elevada en nuestro país, presentando una afectación de la mayor parte de las esferas de los pacientes, en mayor o menor medida, en función del tipo de enfermedad y de la continuidad de los cuidados aplicados por cada paciente y su entorno sanitario.

En la actualidad el objetivo y finalidad principal de los tratamientos de la enfermedad es mejorar la calidad de vida de nuestro paciente, reduciendo los síntomas principales de la enfermedad. No hay curación posible.

Futuras líneas de investigación.

Sería una gran ventaja y avance el poder disponer de una escala específica que relacione de alguna forma el grado de afectación de la psoriasis con el impacto en la calidad de vida, ya que en muchas ocasiones es difícil de relacionar, y, al generalizar, estamos cometiendo un error.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

Ha quedado descrito un plan de cuidados de enfermería para pacientes con psoriasis, que nos permite unificar criterios en las intervenciones de estos pacientes y abordar la enfermedad desde otra perspectiva, tanto en la esfera farmacológica, como física y social.

Este trabajo agrupa los diferentes conocimientos desde la perspectiva enfermera necesarios para lograr una visión holística del enfermo con relación a su enfermedad.

Como hemos podido observar a lo largo de este trabajo, a la psoriasis se le ha asociado una mayor probabilidad de padecer patologías coexistentes.

- La artritis psoriásica.
- Las enfermedades cardiovasculares, con un aumento del riesgo de padecerlas de casi el doble en este tipo de pacientes.
- El síndrome metabólico, debido al sedentarismo ocasionado por la enfermedad y a las dietas ricas en grasas.

El impacto en la calidad de vida de la psoriasis, así como de sus patologías asociadas, es altamente negativo. La enfermedad tiene una influencia en su entorno laboral, familiar y social. Por esa razón, se considera que padecer psoriasis no solo es padecer una enfermedad dermatológica, sino también las secuelas psicológicas negativas que conlleva, causadas fundamentalmente por los sentimientos de vergüenza, rechazo, ansiedad y pérdida de confianza en uno mismo y en su potencial.

Desde el ámbito de la enfermería, podemos incidir en estos pacientes de forma que cambiemos sus hábitos, su dieta, su adherencia al tratamiento, y, en definitiva, el modo de ver su enfermedad. No obstante, son necesarios más trabajos de investigación que empiecen por determinar y valorar la calidad de vida de estos pacientes y la eficacia de un plan de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Acción Psoriasis (2013). *Asociación de Pacientes de Psoriasis, Artritis Psoriásica y Familiares*.
Obtenido de: <https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/tipos-de-psoriasis.html>
- Aguirre, J., Alveo, F., Córdoba, Y., Cedeño, M., Mendoza, S., Valdés, M., ... & Wedderburn, S. (2009). Factores de riesgo asociados al desarrollo del primer episodio de psoriasis en pacientes de la consulta externa de dermatología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panamá. Mayo-Junio 2009. *Rev méd cient*, 22, 56-64.
- Almirall (2018). *¿Qué es la Psoriasis?* Obtenido de: https://www.almirall.es/es/pacientes/informacion-sobre-enfermedades/afecciones-dermatologicas/psoriasis?gclid=CjwKCAiAnabTBRA6EiwAemvBd-yHfnGyifUSJs-n0pE-ma73L1MAsvQFvU1Ci7lscHGvjXmP4WQ2uxoC2-IQAvD_BwE
- Batista Romagosa, Maritza, & Pérez Bruzón, Marlenys. (2009). Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis. *MEDISAN*, 13(3) Recuperado en 01 de junio de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300009&lng=es&tlng=es.
- Blasco, A. J., Lázaro, P., Ferrándiz, C., García-Díez, A., & Liso, J. (2009). Eficiencia de los agentes biológicos en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 100(9), 792-803.
- Carrascosa, J. M., Vanaclocha, F., Borrego, L., Fernández-López, E., Fuertes, A., Rodríguez-Fernández-Freire, L., ... & Bordas, X. (2009). Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 100(3), 190-200.
- Carrascosa, J. M., De la Cueva, P., Ara, M., Puig, L., Bordas, X., Carretero, G., ... & Vidal, D. (2016). Metotrexato en psoriasis moderada-grave: revisión de la literatura y recomendaciones de experto. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(3), 194-206.
- Carretero, G., Puig, L., Dehesa, L., Carrascosa, J. M., Ribera, M., Sánchez-Regaña, M., ... & López-Estebanz, J. L. (2010). Metotrexato: guía de uso en psoriasis. *Actas dermo-sifiliograficas*, 101(7), 600-613.
- Casanova, J. M., Sanmartín, V., Martí, R. M., Ferran, M., Pujol, R. M., & Ribera, M. (2009). Tratamiento de la psoriasis en placas moderada y grave con etanercept. *Piel*, 24(2), 105-113.
- Castellón-Castillo, S. M., & Romero-Silva, L. Funcionamiento familiar, vivencias y estrés psicológico en la Psoriasis infantil.

- de Aguilera, M. D. C. M., Orta, M. H., Urrez, R. L. F., & Lozano, R. M. (2007). Tratamientos biológicos en la consulta de enfermería: control e información. *Enfermería Dermatológica*, 1(2), 12-18.
- El Mundo (2011). *La vitamina D, buena amiga de la psoriasis*. Obtenido de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/05/11/pielsana/1305139342.html>
- Ferrándiz, C., Puig, S., Pujol, R., & Smandía, A. (2001). Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 15(1), 20-23.
- Ferrándiz, C., Carrascosa, J. M., & Toro, M. (2014). Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas dermo-sifiliográficas*, 105(5), 504-509.
- González, C., Castro, L., De La Cruz, G., Arenas, C. M., Beltrán, A., & Santos, A. M. (2009). Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Col Dermatol*, 17(1), 11-17.
- Gilaberte, Y., Aguilera, J., Carrascosa, J. M., Figueroa, F. L., de Gabriel, J. R., & Nagore, E. (2011). La vitamina D: evidencias y controversias. *Actas dermo-sifiliográficas*, 102(8), 572-588.
- Grau, P. S. (2006). Corticoides tópicos. Actualización. *Med Cutan Iber Lat Am*, 34(1), 33-38.
- Grau, P. S., & Galy, J. M. M. (2006). Metotrexato: actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Piel*, 21(7), 358-363.
- Lozano, J. A. (2002). Tratamiento de la psoriasis. Nuevas perspectivas. *Offarm*, 21(10).
- Mandel, S., Weiss, E., & Rondón, A. J. (2014). Ciclosporina en psoriasis. *Dermatología Venezolana*, 30(1).
- Personas que conviven con la Psoriasis (2018). *¿Qué tipo de Psoriasis existen y qué tratamientos utilizan?* Obtenido de: <https://www.personasque.es/psoriasis/salud/diagnostico/tipos-psoriasis-tratamientos-3439>
- Proceso de Atención de Enfermería en Salud Mental (2015). *Enfermería Salud Mental 2.0*. Obtenido de: <https://enfermeriamentalizate.wordpress.com/2015/06/06/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-salud-mental/>
- Puig, L., Carrascosa, J. M., Carretero, G., De la Cueva, P., Lafuente-Urrez, R. F., Belinchón, I., ... & Ferrándiz, C. (2013). Directrices españolas basadas en la evidencia para el

tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, 2013. I. Consideraciones de eficacia y selección del tratamiento. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 104(8), 694-709.

Quiroz, M. D., Barzallo, M. Q., & Suarez, M. M. (2003). Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatología Peruana*, 13(3), 173.

Ramos, E., Gioppo, J., Miret, M., Guzman, Y., & Endara, M. (2008). Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con psoriasis. *Dermatología Venezolana*, 46(2).

Ugarte, F. P. Psoriasis: Algunas claves para el manejo en atención primaria.

Universidad de Valladolid – SSO. Obtenido de www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/

Valdés A, María del Pilar, Schroeder H, Francisca, Roizen G, Vicky, Honeyman M, Juan, & Sánchez M, Leonardo. (2006). Eficacia y seguimiento en el largo plazo de pacientes con psoriasis vulgar moderada a severa en tratamiento con infliximab (Remicade®). *Revista médica de Chile*, 134(3), 326-331. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000300009>

Vicente, A. (2014). Psoriasis en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6), 348-354.

Vizcaya-Moreno, M. F., Solano-Ruiz, M., Domínguez Santamaría, J. M., & Espejo Luna, E. (2004). Psoriasis. Tipología, tratamiento y cuidados de enfermería.

ANEXOS

Anexo 1 - Clasificación de la psoriasis en función de los patrones clínicos de presentación. (Almirall 2018; Casanova et al. 2009)

Psoriasis vulgar o en placas:

Se trata de la forma más frecuente de presentación de la enfermedad, afectando prácticamente al 90% de los casos de la enfermedad.

Se caracterizan por placas rojas bien delimitadas, variables de tamaño, cubiertas por una acumulación de células muertas que le dan ese color blanco – plateado que pueden desprenderse. Estas placas, además, pueden agrietarse y sangrar.

Aunque pueden aparecer en muchas partes del cuerpo, los lugares más comunes de aparición son las rodillas, los codos, el cuero cabelludo y la zona sacra. En la mayor parte de los casos produce dolor e hinchazón, y, sobre todo, picor.

Al parecer, las placas de psoriasis se originan y se mantienen por citocinas y quimiocinas producidas por las células inmunitarias. En dichas placas se ha detectado una sobreproducción de mediadores de la inflamación como TNF α e interferón gamma (IFN γ), que provocan una cascada inflamatoria automantenida. Esta inflamación, a su vez, origina la expresión de moléculas de adhesión por las células endoteliales, que favorecen la captura y la extravasación de linfocitos T activados hacia el foco inflamatorio, la neoangiogénesis y, finalmente, la proliferación y diferenciación anormal de los queratinocitos.



Psoriasis Guttata o en gotas:

Se trata del segundo tipo de psoriasis más común. Caracterizada por la aparición de la enfermedad en forma de numerosos y pequeños puntos con forma de gota, rosáceos o rojos, que pueden estar recubiertos por placas blanquecinas. Están distribuidos de forma irregular por todo el cuerpo. Dura dos o tres meses y desaparece espontáneamente, salvo en algunos individuos que sufren brotes recurrentes. Suele reaparecer en la edad adulta como otro de los tipos de psoriasis. Por tanto, con el tiempo, este tipo de psoriasis puede convertirse en una psoriasis en placas.

Es un tipo de psoriasis muy frecuente en niños y jóvenes, posiblemente desencadenada a causa de algún tipo de infección por estreptococos (generalmente faringe-amigdalitis), por estrés, o bien debido a los fármacos betabloqueantes.

En algunos pacientes provoca picor y dolor, mientras que otros no perciben este tipo de síntomas.

Responde con gran éxito al tratamiento tópico y a la fototerapia.



Psoriasis eritrodérmica:

Se trata de una de las formas más graves de psoriasis. En esta variedad, las lesiones cubren prácticamente la totalidad de la piel. La piel se encuentra muy roja, caliente y pudiéndose descamar y desprender en grandes cantidades.

Afecta de forma crónica a los pacientes. En la mayor parte de los casos, va acompañada de un aumento de la frecuencia cardíaca.

Es un tipo de psoriasis muy poco frecuente, aunque potencialmente mortal. Suele conllevar la necesidad de un ingreso hospitalario urgente.

Los desencadenantes de este tipo de psoriasis pueden incluir otro tipo de psoriasis, la retirada repentina de medicación, una alergia medicamentosa, el estrés severo o una quemadura solar, entre otros.



Psoriasis pustulosa:

Es una complicación grave y poco habitual en la que aparecen granos de pus que no son infecciosos sobre las placas de psoriasis. Estas ampollas normalmente están rodeadas por piel roja, irritada y de abundante descamación. Al secarse, se desprenden de la piel. Se secan rápidamente. Evoluciona en continuos brotes.

Suele presentarse en la edad adulta. En cuanto a su lugar de presentación, podemos dividirla en:

- Localizada: aparece repentinamente, en forma de placas rojas muy dolorosas. Generalmente acompañada de fiebre. Se suele presentar en pies y manos.
- Generalizada: es menos frecuente que la localizada. Se trata de una complicación grave que suele requerir ingreso hospitalario.



Psoriasis en los pliegues o invertida:

Produce lesiones muy rojas, lisas, bien delimitadas y sin descamación. Puede afectar a cualquier pliegue cutáneo, destacando normalmente la zona posterior de las rodillas, las axilas, muslos, bajo los senos, en los genitales o en las nalgas.

Es incomoda, dolorosa y puede llegar a ser invalidante si se producen fisuras en los pliegues. La sudoración y el continuo roce pueden favorecer la aparición de este tipo de psoriasis. Responde mal al tratamiento tópico.



Este tipo de enfermedad es común en personas con sobrepeso o pliegues profundos.

Psoriasis del cuero cabelludo:

La afectación del cuero cabelludo es muy frecuente, puede coexistir con cualquier tipo de psoriasis anteriormente mencionadas, pudiendo ser incluso la forma de inicio de muchas de ellas.

En ocasiones puede haber una pequeña descamación. Otras veces, escamas más grandes y muy adheridas al cuero cabelludo. Pueden extenderse a otras zonas; frente, nuca, detrás de las orejas...



Psoriasis palmoplantar:

Afecta principalmente a las palmas de las manos y a las plantas de los pies. Es una forma de psoriasis caracterizada por placas hiperqueratósicas y muy secas. Frecuentemente se secan, se agrietan y sangran.

Puede interferir gravemente en la vida personal del enfermo y en su trabajo. En ocasiones, la movilidad también se puede ver afectada.



Psoriasis en la cara:

La afectación facial es muy poco común, pero cuando alguien se ve afectado, interfiere profundamente en su vida personal y profesional.

Por lo general, la piel de la cara es mucho más delicada que en otras partes del cuerpo, por lo que hay que tener especial cuidado a la hora de aplicar tratamientos tópicos, debidos a los efectos secundarios no deseados.



Psoriasis de pañal:

La psoriasis puede declararse a una edad temprana, pero pocas veces se presenta al nacer el bebe. No obstante, los lactantes son propensos a una modalidad especial de psoriasis conocida como psoriasis de pañal. Se trata de una dermatosis con lesiones que se presentan principalmente en la zona glútea debido a la irritación de la piel por la orina y las heces. Estas lesiones no son manifiestamente psoriásicas, y este tipo de psoriasis plantea problemas de diagnóstico. Es difícil determinar si el niño padece psoriasis o se trata de una dermatosis que se parece a la psoriasis.



Psoriasis ungueal:

Las lesiones en las uñas pueden asociarse a cualquier tipo de psoriasis, aunque es muy variable entre los pacientes. Algunos, simplemente presentan pequeños puntos en las uñas, otros sufren un engrosamiento, otros ni siquiera la padecen.

Es una afectación que también tiene efectos negativos en la esfera personal y profesional del paciente, por la visibilidad inevitable de las uñas.



Artritis psoriásica:

Más que un tipo de psoriasis, podemos considerar la artritis psoriásica como una enfermedad coexistente con la psoriasis.

Anexo 2. Índice de la severidad del área de Psoriasis (PASI).

Es la herramienta más ampliamente utilizada para la medida de la severidad de psoriasis.

El PASI combina la valoración de la severidad de lesiones y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 (ninguna enfermedad) a 72 (enfermedad máxima).

El cuerpo se divide en cuatro secciones (miembros inferiores, 40%; tronco, 30%; miembros superiores, 20%; y cabeza, 10%). Para cada sección, se estima el porcentaje de área (A) de la piel implicada y después se transforma en una graduación de 0 a 6:

- el 0% de área implicada, grado: 0
- < el 10% de área implicada, grado: 1
- 10-29% del área implicada, grado: 2
- 30-49% del área implicada, grado: 3
- 50-69% del área implicada, grado: 4
- 70-89% del área implicada, grado: 5
- 90-100% del área implicada, grado: 6

La severidad es estimada por cuatro parámetros: Picor (P), Eritema (E), Descamación (D) e Induración (I). Los parámetros de la severidad se miden en una escala de 0 a 4, de ninguno al máximo.

La suma de los cuatro parámetros de la severidad está calculada para cada sección de la piel, multiplicada por la estimación del área para esa sección y multiplicado en peso de la sección respectiva (0.1 para la cabeza, 0.2 para los brazos, 0.3 para el cuerpo y 0.4 para las piernas).

Ejemplo: (P cabeza +E cabeza +D cabeza +I cabeza) x A cabeza x 0.1 = total cabeza 1 / 2.

PASI total se calcula como suma de PASI's para las cuatro secciones de la piel.