



Abordaje de enfermería en el paciente con psoriasis.

Nursing approach to the patient with psoriasis.

Autora: Laura Monteoliva De La Pedraja.

Director: Santiago Velasco Quirce.

Trabajo de fin de grado.

Grado de enfermería.

Curso académico: 2021/ 2022

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Objetivos:	4
Metodología:	4
Capítulo I: La psoriasis, una enfermedad de origen desconocido.	5
I.I Patogenia:	5
I.I.I Inmunopatogenia:	6
I.II Tipos de clínica psoriásica.	7
Capítulo II: Factores desencadenantes y/o exacerbantes de la psoriasis.	9
II.I: Factores genéticos.	10
II.II: Infecciones bacterianas o víricas.	10
II.III: Fármacos.	10
II.IV: Consumo de alcohol y tabaco.	11
II. V: Factores psicológicos.	12
II.VI: Factores endocrinos.	12
II.VII: Obesidad.	12
II.VIII: Traumatismos físicos (fenómeno Koebner).	13
Capítulo III: Comorbilidades.	13
III.I: Artritis psoriásica.	14
III.II: estudio sobre comorbilidades en nuestra población.	15
Capítulo IV: Abordaje multifactorial de la psoriasis.	16
IV.I: tratamientos.	17
Tratamientos sistémicos	17
Tratamientos tópicos	18
Tratamientos con luz	19
V.II: Actuación de enfermería en el cuidado del paciente con psoriasis.	20
Conclusión	
Bibliografía	22

Aviso de responsabilidad de la UC:

Este documento es el resultado del Trabajo de Fin de Grado de un alumno de la Universidad de Cantabria, por lo que es el autor responsable del contenido del mismo. Puede contener errores detectados por el tribunal posteriormente a la presente edición. Debido a la finalidad académica del documento, no debe hacerse uso profesional del contenido.

Resumen

La psoriasis es una patología crónica autoinmune, que cursa con exacerbaciones, que afecta a un promedio del 1-3% de la población mundial. Sus manifestaciones clínicas cursan con lesiones cutáneas, las cuales son numerosas y de variada gravedad, que van desde formas más leves a las más severas, llegando incluso a determinar de forma negativa la vida de quien la padece. Si bien, es cierto que su etiología es desconocida, existen numerosas vías abiertas de investigación con objetivo final de determinar las causas definitivas que llevan a ciertos individuos a padecer esta enfermedad, y así mejorar el abordaje y su tratamiento.

En el mecanismo de acción de la psoriasis y de sus consiguientes manifestaciones cutáneas juegan un papel determinante y fundamental la hiperproliferación anormal y la diferenciación de los queratinocitos, así como otras células del sistema inmunitario del organismo (NK y presentadoras de antígenos). Se desencadenan así las lesiones características que tienen en común todos los tipos de psoriasis, que consisten en placas delimitadas, con diferentes tamaños y formas, además cursan con eritema, escamas y habitualmente presentan prurito.

La sintomatología, impacto psicológico y las posibles comorbilidades asociadas, lleva a que el abordaje de esta enfermedad vaya más allá de su diagnóstico y tratamiento farmacológico. Aquí el profesional de enfermería de atención primaria juega un papel determinante, ya que ha de establecer el plan de cuidados correspondiente, incluyendo la educación sanitaria pertinente, así como un seguimiento minucioso, con el objetivo final de garantizar una mejoría en la calidad de vida del individuo, así como un mejor manejo de la enfermedad por parte del paciente y allegados.

Palabras clave: psoriasis, lesiones cutáneas, comorbilidades, enfermería.

Abstract

Psoriasis is a chronic autoimmune disease with exacerbations that affects an average of 1-3% of the world population. Its clinical manifestations involve skin lesions, which are numerous and of varying severity, ranging from milder to more severe forms, even negatively determining the life of those who suffer from it. Although it is true that its etiology is unknown, there are numerous open avenues of research with the ultimate goal of determining the definitive causes that lead certain individuals to suffer from this disease, and thus improve the approach and treatment.

In the mechanism of action of psoriasis and its subsequent skin manifestations, abnormal hyperproliferation and differentiation of keratinocytes, as well as other cells of the body's immune system (NK and tumor presenters), play a determining and fundamental role. In this way, the characteristic lesions that all types of psoriasis have in common are triggered, which consist of delimited plaques, with different sizes and shapes, they also present with erythema, scales and usually present itching.

The symptoms, psychological impact and possible associated comorbidities lead to the approach of this disease going beyond its diagnosis and pharmacological treatment. Here the primary care nursing professional plays a determining role, since he has to establish the corresponding care plan, including the relevant health education, as well as a thorough follow-up, with the ultimate goal of guaranteeing an improvement in the quality of life of the patient. individual, as well as better management of the disease by the patient and relatives.

Keywords: psoriasis, skin lesions, comorbidities, nursing.

Introducción

La psoriasis consiste en una enfermedad autoinmune inflamatoria y de evolución crónica. Cursa con exacerbaciones asociadas a factores desencadenantes, que pueden ser de origen diverso, con posterior remisión espontánea. Son cuatro los tipos de clínica psoriásica (vulgar, en gotas, pustulosa e invertida), cuya gravedad es variable y un paciente puede manifestar cuadros diferentes a lo largo de la evolución esta enfermedad.

Su prevalencia a nivel mundial constituye del 1-3%. Aunque puede aparecer a cualquier edad, se conoce que sigue generalmente un patrón bimodal, con un primer pico entre los 16-22 años y otro pico entre los 57-60 años.

Motivo de elección:

El motivo de elección de Abordaje de enfermería en el paciente con psoriasis como Trabajo de Fin de Grado (TFG), ha sido incrementar los conocimientos de esta enfermedad tan prevalente pero al mismo tiempo poco considerada desde un punto de vista multidisciplinar, y en el que se pone de manifiesto una habitual falta de abordaje integral y personalizado en cada caso. A partir de esta revisión bibliográfica he podido conocer el papel tan importante y determinante que el profesional de enfermería puede ejercer en este tipo de pacientes, así como su intervención en la mejoría de la calidad de vida de estos, a través de un adecuado plan de cuidados.

Objetivos:

- Conocer la enfermedad de la psoriasis, sus mecanismos de acción implicados, sintomatología característica, así como sus diferentes clínicas.
- Identificar los posibles factores asociados al desarrollo de la enfermedad así como a sus exacerbaciones.
- Describir las diferentes comorbilidades asociadas a la psoriasis.
- Establecer un plan de cuidados para el abordaje del paciente con psoriasis.

Metodología:

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha buscado la información en bases de datos, tales como: Pudmed, Dialnet, Scopus, Medline y Scielo. A las cuales he tenido fácil acceso a través de Google académico y de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria.

La bibliografía ha sido realizada con la nomenclatura APA.

Los criterios de inclusión en los que me he basado para llevar a cabo este trabajo han sido los siguientes:

- Documentos con acceso al texto completo.
- Artículos de carácter internacional en Idioma español e inglés.
- Antigüedad de hasta 17 años.
- Documentos que incluyesen algunas de las palabras clave.

Se han excluido aquellos documentos que no permitiesen un acceso a la información completa, los que no estuviesen en inglés o en español, y sino incluían ninguna de las palabras clave.

Los Decs utilizados para la realización de la búsqueda en las bases de datos fueron:

- *Psoriasis/psoriasis*: Enfermedad dermatológica, de características inflamatorias, curso crónico. El paciente que la padece presenta lesiones en placa, con eritema y descamación, además de sintomatología habitual como prurito.
- *Lesiones cutáneas/skin lesions*: parte de la piel con crecimiento o apariencia anormal con respecto a la piel sana del resto del cuerpo.

- *Comorbilidades/comorbidities*: término médico que hace referencia a la presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad primaria.
- *Enfermería/Nursing*: disciplina dedicada al cuidado y atención integral de los pacientes, ya sea en caso de enfermedad o en contexto de promoción de la salud.

Capítulo I: La psoriasis, una enfermedad de origen desconocido.

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria de curso crónico, que evoluciona con exacerbaciones espontáneas.

Esta enfermedad tiene una distribución universal. Puede aparecer a cualquier edad y ambos sexos están afectados de igual manera. La etiología de la enfermedad es desconocida aunque la participación genética queda demostrada por la marcada agregación familiar de la enfermedad, junto con los factores ambientales. En la mayoría de los estudios genéticos la psoriasis está asociada con un aumento en la frecuencia de ciertos antígenos leucocitarios humanos (HLA) que forman parte del complejo de histocompatibilidad (CMH).⁶

Factores ambientales que pueden favorecer su aparición o exacerbación:

- Traumatismos directos sobre la piel aparentemente sana.
- Infecciones víricas y bacterianas, las cuales inducen o empeoran las lesiones por psoriasis. La infección que más frecuentemente afecta es la de las vías aéreas superiores, por estreptococos B-hemolíticos que promueve el desarrollo de la psoriasis en gotas.
- Estrés o ansiedad: estos son los factores desencadenantes más frecuentes y más percibidos por el paciente.
- Influencia estacional: habitual empeoramiento en primavera y en otoño.
- Embarazo: mejora durante éste y empeora tras el parto.

Factores farmacológicos:

- Beta-bloqueantes, litio, interferón, AINEs, antagonistas del calcio, cloroquina, corticoides tópicos o sistémicos en grandes cantidades.

Otros:

- Infecciones por VIH, hipocalcemia, alcohol, tabaco y obesidad.

I.I Patogenia:

La psoriasis consiste en una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica cuya alteración más evidente es la hiperproliferación y anormal diferenciación de los queratinocitos (tipo celular principal de la epidermis).

En condiciones normales los queratinocitos se dividen por mitosis generando así dos nuevas células, las cuales van madurando y ascendiendo a estratos superiores hasta llegar así a estratos superiores y finalmente alcanzan el estrato córneo, donde completarán su queratinización. Después, alrededor de 28 días más tarde de su formación en el estrato basal, mueren y se desprenden de la piel.

Esta sería la vida de los queratinocitos en una piel sana, sin embargo, en una piel psoriática este ciclo se completa en tan sólo 4 días; por lo cual, los queratinocitos se van acumulando construyendo una piel hiperplásica, y que se manifiesta clínicamente con la presencia de placas gruesas y abundantes escamas.

Se conocen qué factores podrían desencadenar esta respuesta epidérmica (de lo cual hablaremos más adelante), sin embargo, conocer exactamente cuáles son los mecanismos que conducen a esta enfermedad sigue siendo un motivo de investigación constante.

La piel es el órgano del cuerpo más afectado por la psoriasis, dónde ésta se manifiesta como: pápulas, placas y pústulas. En muchos casos, sobre todo durante las exacerbaciones, puede ocasionar prurito y dolor.

Las zonas de la dermis que más comúnmente se ven afectadas son: el cuero cabelludo, el tronco, las extremidades superiores e inferiores y las uñas. puede afectar a una de estas zonas de forma aislada en un paciente, o en varias²⁰.

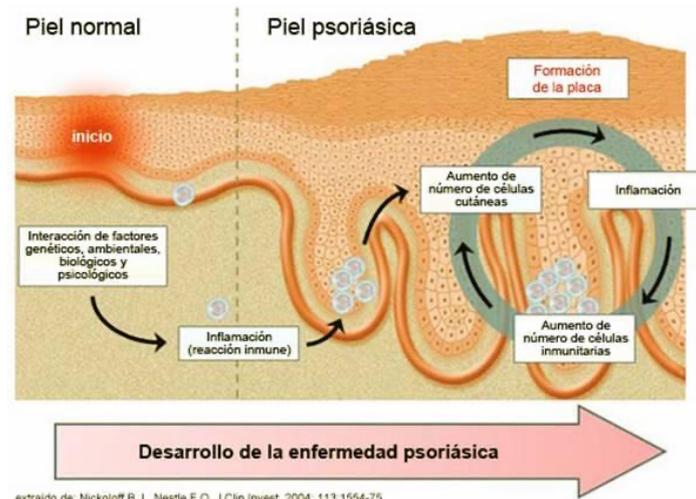


Imagen 1. Esquema desarrollo de la enfermedad de psoriasis³.

I.I.I Inmunopatogenia:

En el cuadro inflamatorio de la psoriasis intervienen elementos de la respuesta inmune innata y la respuesta adaptativa del organismo. Los primeros elementos celulares en intervenir son: las células dendríticas presentadoras de antígenos, los queratinocitos, neutrófilos, macrófagos y células NK (natural killer). Los segundos en intervenir son los linfocitos T CD4+ y CD8+².

- **Las células NK:** pueden activar o inhibir la respuesta inmune a través de sus receptores KIRs (del inglés *Killer immunoglobulin-like*). Es el alelo HLA-Cw6 el ligando natural para el receptor KIR2DL1 y es posible que la interacción entre ambos conduzca a una función aberrante de las células linfoides que contribuye a la inmunopatogenia de la psoriasis².
- **Papel de las células presentadoras de antígenos y sus productos en la psoriasis:** tanto en las etapas iniciales como en las exacerbaciones de la psoriasis se observa la activación de las células dendríticas de la dermis y de la epidermis. Estas producen citocinas, como el factor de necrosis tumoral alfa (FNT) y la IL-23, que promueven el desarrollo de las subpoblaciones de Células T, Th1 y Th17, las cuales a su vez, secretan mediadores que provocan cambios vasculares y epidérmicos presentes en la psoriasis².

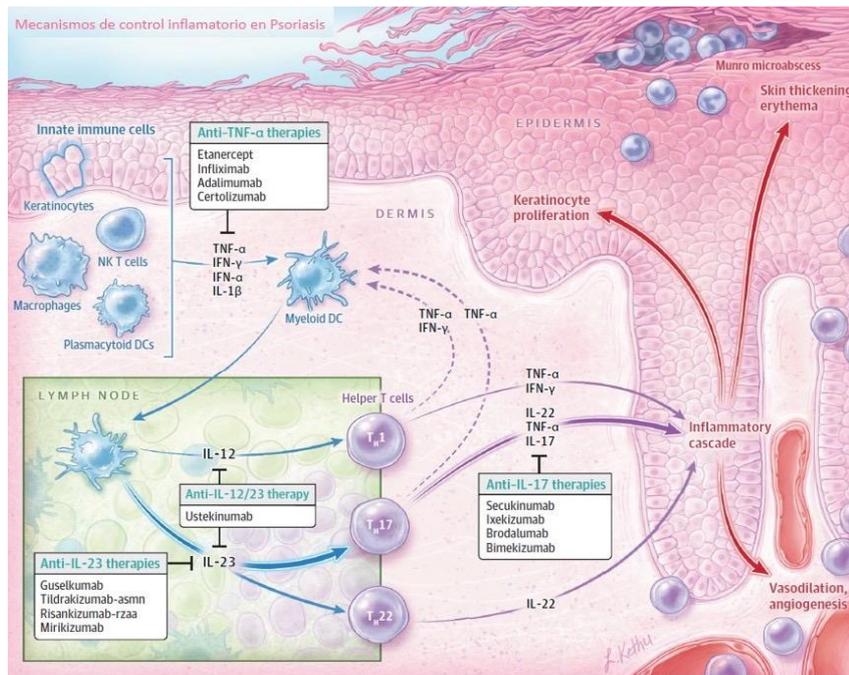


Imagen 2.

La fisiopatología de la psoriasis implica una activación retroalimentada excesiva del sistema inmune.

- Las células dendríticas mieloideas activadas secretan un exceso IL-12 e IL-23. IL-12 que inducen la diferenciación de células T naive a células T colaboradoras tipo Th1. Células TH1 segregan factor de necrosis tumoral α (TNF- α)
- IL-23 es fundamental para la supervivencia y proliferación de las células TH17 y TH22.
 - o Las células TH17 (y una multitud de otras células inflamatorias) secretan IL-17;
 - o las células TH22 secretan IL-22.

Estas citocinas segregadas activan la transducción de señales intracelulares en los queratinocitos para producir la transcripción genética de citocinas y quimiocinas. Esta cascada inflamatoria conduce a la manifestaciones clínicas e histológicas de la psoriasis. (derma Clinindex).

I.II Tipos de clínica psoriásica.

Todos los tipos de psoriasis tienen en común como lesiones elementales placas bien delimitadas, de tamaños, número y formas variables, las cuales son eritematosas, cubiertas a su vez por escamas nacaradas, que pueden resultar en muchos casos pruriginosas. Rodeando algunas de las placas se puede observar comúnmente, un halo pálido (hipocrómico) que suele ir ligado al comienzo de la regresión de la lesión, dicho halo se llama halo de Woronoff. La distribución de las lesiones es más o menos simétrica. Las zonas más típicas que suelen verse afectadas por estas lesiones son: codos, rodillas, cuero cabelludo, región lumbosacra, palmas y plantas de manos.

Como posibles complicaciones pueden producirse fisuras o sobreinfecciones⁴⁹.

Psoriasis vulgar o en placas: Esta es la forma más frecuente, representando un 90% de los casos, de los cuales $\frac{1}{3}$ presenta forma grave. Puede presentarse en forma de pequeñas y grandes placas, en número variable en la superficie de extensión de extremidades (codos y rodillas), región lumbosacra y cuero cabelludo. El tamaño de las placas puede ir de 1 a 30 cm de diámetro (lo consideramos psoriasis en grandes placas si la lesión es mayor de 3 cm). Las lesiones suelen ser persistentes durante meses e incluso años, en sucesivos brotes, pueden extenderse a otras zonas del tegumento⁴⁹.

Caso: Paciente hombre de 32 años, con antecedentes de descamación constante desde hace 8 años, de presentación inicial en cuero cabelludo que luego se extiende a región lumbar, región

olecraniana y femorosural, acompañado de intenso prurito. A la inspección se evidencian placas eritematosas, descamativas con bordes delimitados e irregulares⁴⁹.



Imagen 3. Psoriasis Vulgar.



Imagen 4. Psoriasis Vulgar.

Psoriasis guttata o en gotas: Esta forma de presentación de la psoriasis es característica de la edad infantil, adolescentes y adultos jóvenes. Suele tener un comienzo brusco, generalmente tras una infección de las vías respiratorias altas, más concretamente por infección amigdalar de origen estreptocócico. Aparece como múltiples pápulas eritematosas descamativas de hasta 10 mm de diámetro y de distribución preferente en tronco y raíz de extremidades, aunque también puede afectar a la cara y cuero cabelludo, aunque respeta palmas y plantas. El brote puede durar de 2-3 meses y desaparece espontáneamente, sin tratamiento. Suele tener buen pronóstico aunque pueden aparecer recidivas¹⁷.



Imagen 5. Psoriasis en gotas.



Imagen 6. Psoriasis en gotas.

Psoriasis pustulosa: Dentro de las manifestaciones clínicas de la psoriasis esta es la menos frecuente y su prevalencia se desconoce. Así mismo, la asociación con artritis, es más común en esta variedad. Esta variedad afecta sólo a palmas y plantas (pustulosis palmoplantar de Barber), puede ser diseminada (variedad anular o dermatosis pustular subcórnea de Sneddon-Wilkinson), o ser generalizada (Von Zumbush). La pustuloplantar es la más frecuente de entre las variedades. Se manifiesta a través de múltiples pústulas de 2.5mm de tamaño. En ocasiones, pueden confluir lesiones más grandes (“lagos de pus”). El cultivo de estas pústulas es siempre estéril. Las formas generalizadas suelen cursar con afectación sistémica y observarse en el curso de psoriasis crónicas¹¹.



Imagen 7. Psoriasis pustulosa.



Imagen 8. Psoriasis pustulosa.

Psoriasis invertida o de los pliegues: las lesiones aparecen en forma de placas eritematosas (rojo vivo), bien delimitadas, brillantes y sin descamación. Localizadas en zonas intertriginosas o pliegues de flexión (axilas, ingles, interglúteos y región submamaria), en ocasiones puede existir una fisura muy dolorosa en el fondo del pliegue. Puede aparecer en el paciente como única forma de psoriasis o junto con psoriasis vulgar.

Caso: paciente de 47 años que presenta una dermatosis diseminada a cabeza y tronco. La primera afectaba la región retroauricular, del tronco, pliegues submamaarios, infraabdominal e inguinales, de manera bilateral y con tendencia a la simetría. La dermatosis estaba constituida por eritema, ulceraciones, algunas costras y áreas de descamación. En ocasiones, dolorosas y de evolución crónica²⁵.



Imagen 9. Psoriasis invertida.



Imagen 10. Psoriasis invertida.

Capítulo II: Factores desencadenantes y/o exacerbantes de la psoriasis.

Aunque se desconoce la patogénesis de la enfermedad, se sabe que se trata de una afección de origen multifactorial en pacientes con predisposición genética. La demostración de múltiples anomalías en la cinética celular la histomorfología y la bioquímica, reafirman el hecho de que se desencadenan numerosos mecanismos de producción, entre ellos: genéticos, inmunológicos, infecciosos, metabólicos, medicamentosos, psicógenos, tabaco, nutrición, ambientales¹³.

II.I: Factores genéticos.

Se ha descrito que la predisposición genética es uno de los factores de riesgo que participa en tanto la aparición como el desarrollo de la psoriasis, se trata, en realidad, del principal factor de riesgo. Existe una serie de alteraciones en genes específicos que predisponen a padecer dicha dolencia. El principal de estos genes es el "Psoriasis Susceptibility 1" (PSORS1), cuya alteración supone del 35 al 50% de los pacientes estudiados que padecen la enfermedad. Este gen contiene el alelo HLA-Cw6 que codifica a proteínas de la epidermis como las proteínas "x-helical rod protein" y córneo desmosina que se encuentra dentro de los queratinocitos y que aparecen expresadas en la psoriasis. Igualmente induce a la aparición de placas extensas y mayor presencia del *fenómeno Koebner*.

El hecho de que uno de los progenitores tenga psoriasis aumenta el riesgo de que una persona desarrolle la enfermedad. En el caso de que los dos padres padecen la enfermedad, el riesgo aumenta aún más²⁷.

Cabe mencionar que la relación existente entre la psoriasis y determinados HLA, la invasión de células mononucleares antes que se produzca la hiperplasia epidérmica en una placa en evolución y la eficacia de la ciclosporina A inmunosupresora de células T en el tratamiento, ponen de manifiesto claramente que la psoriasis es una enfermedad de mediación inmunológica.

II.II: Infecciones bacterianas o víricas.

Las infecciones pueden desencadenar o bien producir exacerbaciones de la psoriasis.

Las infecciones bacterianas, más concretamente las estreptocócicas, como la faringitis, pueden provocar brotes de psoriasis en gotas. Su curso generalmente es autolimitado, aunque es posible su reaparición tras posteriores infecciones estreptocócicas, o incluso evolucionar a psoriasis en placas.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede desencadenar la aparición de la enfermedad desde cero o puede dar lugar a exacerbaciones de una psoriasis ya existente. En estos pacientes la psoriasis puede llegar a ser más grave, asociándose a síntomas atípicos e incluso una peor respuesta al tratamiento⁴⁷.

II.III: Fármacos.

Ciertos medicamentos también pueden llevar al paciente a una exacerbación de la enfermedad o desencadenarse desde cero. Entre los fármacos más conocidos que pueden tener dichos efectos encontramos.³⁵

- Fármacos o agentes de bloqueo beta adrenérgicos que modifican el sistema de nucleótidos cíclicos: propranolol, atenolol y tomolol.
- Drogas sintéticas antimaláricas. En nuestro país la más utilizada es la cloroquina que es capaz de desencadenar una forma exfoliativa y generalizada de psoriasis.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Inhibidores de la enzima angiotensina.
- Litio (tratamiento para el trastorno bipolar). El cual sobre todo actúa como desencadenante.
- Tetraciclinas.
- Interferón.
- Un descenso rápido de corticoides sistémicos puede ser la causa de una psoriasis pustulosa o de una reagudización de una psoriasis en gotas. Es por ello un factor importante a considerar en pacientes con antecedentes de psoriasis.²¹

II.IV: Consumo de alcohol y tabaco.

En los últimos años se ha demostrado que existe una relación entre la psoriasis y ciertos hábitos tóxicos, como el alcohol y el tabaco. Estas drogas además de aumentar el riesgo cardiovascular, aumentan el de padecer psoriasis y de la gravedad de la misma. Se ha comprobado que un mayor consumo de tabaco lleva a un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Por otro lado, el riesgo de exfumadores de desarrollar la enfermedad es menor que en fumadores activos. En cuanto al alcohol se refiere, un consumo elevado (más de dos unidades de alcohol al día en hombres y más de una unidad al día en mujeres), se asocia a un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y que sea grave.

Hay pacientes que perciben claramente un empeoramiento de la patología tras el consumo de tabaco y/o alcohol, aunque la mayoría no es consciente por desconocimiento de esta relación.

El mecanismo por el cual se producen exacerbaciones tras el consumo de dichos tóxicos, se debe a que producen un incremento de la respuesta inflamatoria del organismo. Motivo por el cual los dermatólogos aconsejan evitar el consumo de alcohol y tabaco¹⁸.

El hábito tabáquico está relacionado con numerosos efectos nocivos para el organismo, como enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer, pero además fumar puede conducir a desarrollar enfermedades inflamatorias y autoinmunes tales como la psoriasis y una de las complicaciones más frecuentes: la artritis psoriásica, ambas patologías con manifestaciones en piel y articulaciones.

Un estudio publicado en Psoriasis Advance (National Psoriasis Foundation) establece que fumar cigarrillos duplica la probabilidad de desarrollar psoriasis y ésta probabilidad es aún mayor en mujeres. Por otro lado, otros estudios recogen que quienes fuman y padecen psoriasis desarrollan síntomas más agresivos, sobre todo en las extremidades. Además, aquellas personas fumadoras de años tienen riesgo de padecer las formas más graves de psoriasis, esto afecta en mayor medida a las mujeres. Un estudio epidemiológico respalda las conclusiones anteriores. El estudio se realizó en más de 800 fumadores, concluyendo que los de mayor consumo tenían el doble de riesgo de sufrir las formas más severas de la enfermedad, respecto a los de menor consumo, lo que se evidenció con puntuaciones por encima de 9,7 según la escala **PASI (Psoriasis Area and Severity Index)**.²⁷

II. V: Factores psicológicos.

Antecedentes recogidos de las historias clínicas de los pacientes con psoriasis, sumado a numerosos estudios, sugieren que el estrés emocional puede ser un factor desencadenante tanto del comienzo de la enfermedad como de brotes de la misma. Se ha podido comprobar que un alto porcentaje de pacientes presentan trastornos de la personalidad y síntomas psiquiátricos variados.

Para poder explicar el por qué de esta relación, existen hipótesis que plantean que alteraciones emocionales pueden provocar que la piel libere un neuropéptido sensitivo (sustancia P), la cual actúa sobre mastocitos, neutrófilos, linfocitos y macrófagos. Al fijarse esta sustancia a los mastocitos induce su degranulación, provocando así la liberación de mediadores inflamatorios, lo que desembocará en el fenómeno inflamatorio-proliferativo que conocemos como psoriasis¹³.

II.VI: Factores endocrinos.

La psoriasis pustular generalizada es una dermatosis inflamatoria severa, con una clínica dermatológica caracterizada por placas eritematosas cubiertas de pústulas. Durante el embarazo se le denomina psoriasis pustular generalizada del embarazo. Aparece en la segunda mitad de la gestación, en el tercer trimestre. Aunque es menos habitual, también se han reportado casos de inicio más temprano (primer trimestre) o incluso después del parto. Este tipo de psoriasis gestacional recurre en los siguientes embarazos con manifestaciones más tempranas y agresivas. En algunos casos aparece durante la menstruación o por el uso de anticonceptivos orales.

La etiología de la psoriasis pustulosa generalizada del embarazo no está del todo clara, aunque numerosos estudios sugieren que los estrógenos podrían actuar como desencadenantes de una respuesta inmunológica similar a la de la psoriasis generalizada normal, pues en ambos casos existe un déficit de SKALP (antileucoproteinasa derivada de la piel) la cual desencadena la migración de neutrófilos a la epidermis. En la gestación existe un aumento de citoquinas las cuales estimulan la producción de IL-36, produciendo la quimiotaxis de neutrófilos, sin embargo, cuando existe una mutación del gen IL-36 RN no contrarresta la quimiotaxis, por lo cual tiene lugar un proceso inflamatorio que explicaría el desarrollo de la psoriasis en este caso. Otros factores desencadenantes son: el aumento de progesterona, hipocalcemia o hipoparatiroidismo postiroidectomía⁵⁰.

II.VII: Obesidad.

Por otro lado, la obesidad es considerada como un factor de riesgo de psoriasis, en relación con su incidencia, gravedad y prevalencia.²¹

Más concretamente la obesidad abdominal, es considerada como un proceso inflamatorio crónico de bajo grado, que además participa en el desarrollo de procesos fisiopatológicos responsables del síndrome metabólico y la morbilidad cardiovascular a través de la secreción de adipocinas y citoquinas proinflamatorias. Tras años de investigación se ha llegado a la conclusión de que existe un firme vínculo entre la psoriasis y la obesidad que abarca aspectos genéticos, patológicos y epidemiológicos, que derivan en graves repercusiones en la salud del paciente. Se ha descrito una relación bidireccional en la que la obesidad predispone al desarrollo de la psoriasis, pero también la psoriasis favorece la obesidad.²³

Líneas de investigación plantean que los adipocitos y las moléculas inflamatorias que contiene (adipoquinas) desempeñan un papel fundamental en el hipotálamo (principal centro regulador del hambre) y en los procesos de inflamación de la piel. La obesidad libera abundantes mediadores a la

sangre que a su vez producen una situación inflamatoria en el cuerpo. La leptina (papel fundamental en la regulación de la ingesta) está elevada en pacientes con psoriasis en comparación con individuos sanos.

II.VIII: Traumatismos físicos (fenómeno Koebner).

El médico dermatólogo Heinrich Koebner (1838-1904), el 3 de mayo de 1871 durante la Reunión Anual de Cultura Silesiana, expone un caso de un hombre que desarrolló psoriasis en placas en exactamente el mismo lugar de su cuerpo donde había sufrido varios traumas físicos, entre ellos una mordedura de caballo hacía cinco años. En este mismo caso se observó que luego de sufrir linfangitis, forúnculos y excoriaciones, en repetidas ocasiones las lesiones de psoriasis se extendían más allá de la localización inicial del trauma. Koebner citó “en mi opinión, existe en la piel del paciente con psoriasis una peculiar predisposición mayormente hereditaria, en ocasiones adquirida, que puede permanecer latente durante años y reaccionar frente a variados estímulos con este patrón inflamatorio de la piel”. De este modo el dermatólogo concluye que tras un traumatismo físico puede aparecer con el tiempo psoriasis en la zona o incluso más allá de donde aquella lesión se produjo, explicando de este modo la topografía lesional.³⁹

En definitiva, este fenómeno, al que se le conoce como fenómeno Koebner (FK) consiste en la aparición de lesiones psoriáticas idénticas tras sufrir una injuria externa o interna (infecciones); si bien no es exclusiva de la psoriasis es estereotípica de ella. Y aunque en general se limita al área donde el trauma tuvo lugar, puede llegar a extenderse.³⁹

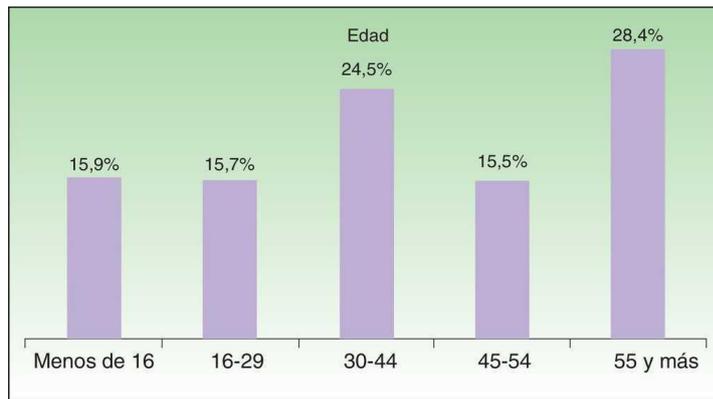
Se llevó a cabo un estudio sobre la evolución natural de la psoriasis en 5600 individuos. Se encontró que en un 12% de los pacientes el FK fue el episodio inicial en zonas donde se habían producido raspaduras, lápices apretados en exceso, papel higiénico en la psoriasis perianal, además cortes y cirugías, entre otros traumatismos. También se pudo observar que un 5% siempre sufría de nuevas lesiones en áreas que una vez fueron injuriadas, mientras que un 38% solo en ocasiones. Al estudiarse casos en fase aguda o exacerbada se encontró un 90% de FK. Se considera que este fenómeno posee una incidencia del 25-50% en grupos no seleccionados y de 40-50% si existe una historia previa de FK. Sin embargo, algunos autores describen que el 100% de pacientes con psoriasis tendrán FK en algún momento de su enfermedad.³⁹

Capítulo III: Comorbilidades.

La psoriasis es una enfermedad que hoy en día se conoce que es una afectación inflamatoria de origen multisistémico, la cual se manifiesta a través de la piel y/o las articulaciones (artritis psoriásica). Afecta a ambos sexos, con una incidencia a nivel mundial de un 2 a un 3%. Se manifiesta con un patrón bimodal, con un primer pico entre los 16-22 años (psoriasis tipo I) y otro pico entre los 57-60 años (psoriasis tipo 2). Siendo la edad media de aparición a los 33 años.³⁴

Se ha demostrado que existe una mayor incidencia en aquellos pacientes que tienen familiares de primer y segundo grado que también tienen la enfermedad, y es que alrededor del 30% de los pacientes refieren que al menos tener un familiar que padece esta patología. Se han podido reconocer nueve loci cromosómicos asociados a la psoriasis (PSORS 1 a 9). También, queda reflejada una mayor incidencia (90%) de psoriasis vulgar.³⁴

Cabe destacar que la enfermedad presenta una mayor prevalencia en los países más distantes del ecuador, como los países nórdicos donde llega a ser del 11.4%.²⁰



Actas Dermosifiliogr. 2014;105:504-9

Imagen 11. Prevalencia de la psoriasis según la edad de la población afectada.⁴

En los últimos años se ha destacado que aquellas personas con diagnóstico de alguna clínica de psoriasis presentan a su vez un importante riesgo de desarrollar patologías de tipo crónico degenerativas, dicho riesgo es destacablemente mayor que el de la población general. Algunas de las comorbilidades que se asocian son: artritis psoriásica, variados tipos de cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, hígado graso no alcohólico, e incluso enfermedades de origen psiquiátrico como ansiedad y depresión. Dichas enfermedades asociadas incrementan la morbilidad y mortalidad de los individuos con psoriasis. A su vez, se produce de manera significativa una disminución de la calidad de vida de los pacientes afectados.⁹

Existe un elevado riesgo en los pacientes diagnosticados de psoriasis de desarrollar carcinoma epidermoide, hepatocarcinoma o linfoma. Aunque se asocia a casos muy extremos.

Así mismo el riesgo en comparación al resto de la población general de presentar enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y enfermedad inflamatoria intestinal también se ve ligeramente incrementado en estos pacientes. Esta relación se debe a que estas enfermedades comparten con la psoriasis variadas anomalías de inflamación sistémica y disfunción inmunológica.

Padecer enfermedad cardiovascular en pacientes con psoriasis también está asociado, pues la inflamación que se desarrolla en el proceso patológico de esta enfermedad genera cierta resistencia a la insulina, lo que desemboca en la disminución de factores vasodilatadores y daño a las células endoteliales, esto puede suponer la formación de placas ateroscleróticas, que finalmente podrían desencadenar eventos cardiovasculares.⁹

III.I: Artritis psoriásica.

La artritis psoriásica consiste en una artropatía inflamatoria que aparece en el 30% pacientes que presentan psoriasis. En ella hay ausencia de factor reumatoide.¹²

Esta enfermedad afecta generalmente a cuatro articulaciones o menos, actuando de forma asimétrica. No solo se relaciona directamente con las articulaciones, sino además con otras afectaciones extraarticulares como la uveítis crónica o dactilitis. La aparición de esta enfermedad psoriásica suele manifestarse a los diez años de la primera aparición de las lesiones cutáneas de la psoriasis. En algunas ocasiones el desarrollo de esta comorbilidad puede producirse incluso mas precozmente, aunque es menos habitual.

En un 25% de los pacientes que padecen esta enfermedad tienen incapacidad laboral y un 10% llega a tener incapacidad absoluta. Esto lleva a poner de manifiesto la importancia de hacer una evaluación de las articulaciones de estos pacientes con riesgo, pues el impacto en la calidad de vida en el que puede desembocar esta enfermedad es realmente importante, y si es diagnosticado y tratado con tiempo permite la posibilidad de aportar el tratamiento concreto y adecuado para así mejorar la función articular, la calidad de vida y enlentecer la progresión de la patología.¹²



Imagen 12. Artritis psoriásica.

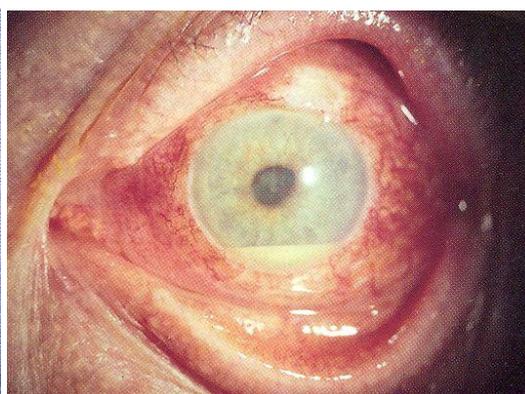


Imagen 13. Uveítis.

III.II: estudio sobre comorbilidades en nuestra población.

A continuación, se describe un estudio descriptivo sobre la psoriasis y sus comorbilidades, llevado a cabo a través de la revisión de la historia clínica de 114 pacientes del Hospital General de Pemex de Veracruz en Buenos Aires, Argentina. Realizado por el dermatólogo y micólogo: Dr Manuel Gea González.⁷

En los últimos años se ha descrito una importante relación entre la psoriasis y otras enfermedades como síndrome metabólico, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad. Esta relación existente podría explicarse por la presencia de mediadores inflamatorios sistémicos que presentan los individuos con psoriasis, a factores de riesgos comunes o secundarios a tratamientos para la enfermedad, ya sea de la psoriasis o de otra enfermedad tratada.

Objetivo

La investigación llevada a cabo en el Hospital General de Pemex de Veracruz, consistió en un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuyo objetivo final consistía en conocer las comorbilidades asociadas a la enfermedad de la psoriasis así como la clínica y características de los pacientes estudiados.⁷

Material y métodos:

En el estudio se incluyeron 114 paciente diagnosticados con psoriasis, incluyendo los siguientes datos:

- Edad.
- Sexo.
- Peso, IMC y perímetro abdominal.
- Tipo de psoriasis.
- Tiempo de evolución de la enfermedad.
- Índice de severidad y área afectada (PASI) 0-72 (leve: ≤ 20 ; moderado: 20-50; grave: > 50).
- Enfermedades asociadas. El síndrome metabólico fue diagnosticado en aquellos pacientes que cumplían al menos 3 criterios de los 5 reflejados en la clasificación ATP III modificada por la Asociación Estadounidense del Corazón:
 - ◆ Triglicéridos en sangre > 150 mg/dl.
 - ◆ HDL < 40 en hombres o < 50 en mujeres.
 - ◆ Medicación habitual específica.
 - ◆ TA $> 130/85$ mmHg.
 - ◆ Perímetro abdominal >88 cm en mujeres, >102 cm en hombres.
 - ◆ Glucemia basal >100 mg/dl. ⁷

Resultados

En el tiempo que supuso la investigación, pasaron por la consulta de dermatología 6722 pacientes, de los cuales fueron diagnosticados de psoriasis 114 individuos, lo que supuso un 1.71% del total de la consulta. De los cuales 63 eran hombres (56.1%) y 51 eran mujeres (44.71%).

Con lo que respecta a las manifestaciones clínicas, se halló una predominancia del 85%, la segunda más común fue la psoriasis del cuero cabelludo, constituyendo el 7.8% de los 114 pacientes, seguida de la psoriasis en gota (4.38%) y la psoriasis invertida supuso el 2.63%.

De los 114 pacientes, 110 presentaban un cuadro psoriásico leve (PASI 0-20), y 4 padecían psoriasis moderada (PASI 20-50). En 27 de los individuos la afectación abarcó más de un 10% de la superficie corporal.

Con lo que respecta a las comorbilidades, se halló que 11 pacientes presentaban afectación articular, otros 46 padecían sobrepeso, 36 presentaban obesidad y 5 obesidad mórbida, lo que supuso un total de 87 pacientes con sobrepeso u obesidad.

El síndrome metabólico aparecía en 29 de los pacientes (25.43%). Por otro lado, un 33.91% del grupo estudiado presentaba hipertensión arterial sistémica; 31 personas (26.9%) estaban diagnosticadas de diabetes mellitus, y 13 (11.4%) padecían dislipemia.

En menor medida, se hallaron pacientes con otras patologías asociadas como: con cardiopatía isquémica 2 pacientes, 1 paciente con colón irritable y 1 paciente con hepatopatía alcohólica.⁷

Discusión

Se concluyó en este estudio, que el 76.31 % de la población estudiada, tenía obesidad o sobrepeso. En diversos estudios se ha podido demostrar la existencia de una relación entre la obesidad/sobrepeso y la presencia de psoriasis. La obesidad es un estado inflamatorio crónico del tejido adiposo, donde el mecanismo de acción consiste en que los macrófagos estimulan la secreción de mediadores inflamatorios (adipocitocinas) como la interleucina 6 (IL 6), factor de necrosis tumoral alfa (FNT- α) y la leptina, que desempeñan además un papel fundamental en la patogénesis de la psoriasis.

Un meta análisis de 12 estudios observacionales, donde se incluyen éste realizado en el Hospital de Pemex, establecen una prevalencia del 14-40% del síndrome metabólico en pacientes que también tienen psoriasis. La incidencia del síndrome metabólico a nivel mundial supone entre un 15-24%, por lo que se puede afirmar que los pacientes que padecen psoriasis tienen a su vez una elevada incidencia de síndrome metabólico.

En este estudio quedó reflejado que un 33.91% de la población estudiada, padecía hipertensión arterial sistémica, constituyendo una cifra similar a la de otros estudios paralelos, que recogen cifras de 19.23% a 39.1%. Esta predisposición a padecer hipertensión sistémica en pacientes con psoriasis, se debe a que estos tienen una mayor actividad de la renina plasmática así como de la enzima convertidora de angiotensina, lo que lleva a una facilidad para desarrollar hipertensión arterial sistémica.

En los pacientes estudiados, un 26.9% tenían diabetes mellitus tipo 2, lo cual se explica porque las citoquinas Th1 que se producen en los pacientes con psoriasis promueven a su vez resistencia a la insulina.⁷

Conclusión

Tanto el estudio previamente descrito, como estudios paralelos, demuestran que la psoriasis consiste en una enfermedad inflamatoria asociada a un amplio abanico de comorbilidades que hacen de la investigación asociada a estas comorbilidades un factor imprescindible para poder proporcionar a los pacientes un tratamiento integral.⁷

La psoriasis es una enfermedad que afecta a un porcentaje considerable de la población mundial, suponiendo, en numerosos casos, una disminución de la calidad de vida en diferentes grados. Puede ir desde una simple incomodidad que empeora en sus exacerbaciones sin llegar a suponer una limitación cotidiana del paciente, hasta manifestaciones clínicas de elevada gravedad que suponen en muchos una interrupción en su vida y disminución de la calidad de la misma. Por esto, es de suma importancia el diagnóstico de la enfermedad con posterior implementación del tratamiento adecuado, para así disminuir la gravedad y progresión de la misma. La intervención precoz puede suponer una importante mejoría en la calidad de vida, así como un factor de prevención de las comorbilidades asociadas.

Ya que esta enfermedad tiene un origen multifactorial, su abordaje también debe de serlo. Si bien, para determinar cuál es el procedimiento adecuado hay que tener siempre en cuenta las características personales de cada paciente, es decir, se trata de un tratamiento individualizado. Han de tenerse en cuenta datos como: edad, sexo, peso, años de evolución de la enfermedad, manifestación clínica de la misma, extensión, posibles comorbilidades asociadas, factores genéticos y ambientales que rodean al paciente, hábitos de vida, hábitos tóxicos... Todo ello ha de ser profundamente estudiado de manera conjunta por el personal sanitario de atención primaria en primera instancia.

IV.I: tratamientos.

A lo largo de los años se han conseguido desarrollar numerosos tratamientos con la finalidad de reducir o paliar los síntomas de la psoriasis, tales como: tirantez, picor y xerosis, disminuyendo también la duración de las exacerbaciones. Así se logra también, una mejoría de la calidad de vida del paciente. Los tipos de tratamiento se clasifican en sistémicos, tópicos y tratamientos con luz.³³

Tratamientos sistémicos

Tratamiento	Indicación	características	Efectos secundarios
<i>Retinoides orales</i>	Indicado para tratamiento de formas de psoriasis resistentes a otros tratamientos.	Derivados de la vitamina A. El más utilizado es la acitretina. Suele asociarse con tratamiento con luz ultravioleta.	Hepatotoxicidad. Teratogénico. Hipertrigliceridemia.
<i>Ciclosporina</i>	Psoriasis severas de complicado tratamiento y control.	Fármaco autoinmune. Inhibe la respuesta inflamatoria del organismo, contribuyendo a eliminar las placas psoriásicas.	Nefrotoxicidad. Hipertensión arterial.
<i>Metotrexato</i>	Casos de psoriasis rebelde.	Frena la replicación celular de forma eficaz y rápida. Indicado de 2-3 veces	Hepatotoxicidad. Afectación de la médula ósea ya que reduce la producción

Tratamiento	Indicación	características	Efectos secundarios
<i>Retinoides orales</i>	Indicado para tratamiento de formas de psoriasis resistentes a otros tratamientos.	Derivados de la vitamina A. El más utilizado es la acitretina. Suele asociarse con tratamiento con luz ultravioleta.	Hepatotoxicidad. Teratogénico. Hipertrigliceridemia.
		por semana. Exige un riguroso control médico.	de hematíes, plaquetas y leucocitos.

Tratamientos tópicos

Tratamiento	indicación	Características	Efectos secundarios
<i>Emolientes o hidratantes</i>	Formas leves de psoriasis.	Reducen la sequedad e irritación de la piel. Las más utilizadas son: Vaselina, lociones de urea al 5 y 10% y lociones de lactato de amonio.	Pocos efectos secundarios. En escasas ocasiones algunos ingredientes pueden ocasionar reacciones eccematosas.
<i>Calcipotriol</i>	Psoriasis en placas.	Derivado de la vitamina D. Disminuye la inflamación y el crecimiento de las células epidérmicas. Mejores resultados al combinarse con rayos UVA.	Una dosis superior a 100 g semanales puede alterar el metabolismo del calcio.
<i>Antralina</i>	Psoriasis en placas de gran grosor.	Principio activo ditranol. Aplicado en forma de loción o vaselina.	Cuando entra en contacto con zonas que no son las placas de psoriasis puede producir irritación de la piel.
<i>Esteroides tópicos</i>	Lesiones de psoriasis localizadas.	Rápido efecto antiinflamatorio. No está recomendado utilizar más de siete	Atrofia cutánea. Telangiectasia. Taquifilaxia.

		días.	
<i>Alquitranes</i>	Psoriasis del cuero cabelludo.	Reducen la proliferación de las células de la epidermis, disminuyendo a su vez el prurito.	Pueden irritar la piel en algunos casos.
<i>Retinoides tópicos</i>	Psoriasis en placas	Derivados de la vitamina A.	Muy irritativos.

Tratamientos con luz

Tratamiento	Indicación	Características	Efectos secundarios
<i>Luz solar</i>	La mayoría de los tipos de psoriasis..	Recomendado realizar baños de sol diariamente. Aconsejado en combinación con otros tratamientos tópicos ya que potencia su efecto.	A largo plazo una exposición solar excesiva puede desencadenar en cáncer de piel.
<i>Fototerapia</i>	En pacientes que no responden al tratamiento tópico, sino que requieren de combinación con fototerapia.	Reduce los brotes de psoriasis. Emite radiación ultravioleta A y B. Administrado siempre en hospitales o centros especializados.	Riesgo de quemaduras y de cáncer de piel.
<i>Fotoquimioterapia (PUVA)</i>	Psoriasis resistentes a otros tratamientos.	Se combinan: sustancias fotosensibles, radiación ultravioleta A y psoraleno.	El psoraleno oral se absorbe pasadas 8 horas, durante las cuales el paciente ha de protegerse del sol, ya que pueden producirse cataratas y quemaduras en la piel. Contraindicado en embarazadas, pacientes con antecedentes de cáncer de piel, con

			cataratas, problemas renales y varices importantes. Incrementa el riesgo de cáncer de las células escamosas.
--	--	--	---

V.II: Actuación de enfermería en el cuidado del paciente con psoriasis.

Una vez diagnosticada la enfermedad de psoriasis en el paciente, el papel de enfermería de atención primaria cobra un papel fundamental, tanto en su seguimiento y control, como en el cuidado de las lesiones del paciente según el tipo de psoriasis y de lesiones.

Siguiendo el esquema habitual de actuación de la enfermera, realizará una minuciosa valoración, centrándose primero, en la anamnesis. Dicha entrevista se llevará a cabo cara a cara con el paciente, y ha de incluir datos tales como: antecedentes personales o familiares de interés, edad de inicio de los primeros síntomas de la enfermedad, evolución de las lesiones, factores que relaciona como desencadenantes de exacerbaciones, síntomas asociados, tratamientos previos y efectividad o no de los mismos. En caso de que la paciente sea mujer preguntaremos la edad de aparición de la menopausia si es el caso, o embarazo.

Tras una minuciosa entrevista se procederá a la exploración física del paciente, para lo cual supone una herramienta muy útil y ampliamente utilizada, el Índice de Gravedad del Área de psoriasis (PASI). A través de este instrumento se consigue evaluar la gravedad de las lesiones de la psoriasis en el paciente, como pueden ser: eritema, descamación e induración. Así como, el porcentaje de superficie corporal que se ve afectado por las lesiones. La puntuación que recoge este índice comprende de 0-72, así se logra establecer la severidad del cuadro psoriásico del individuo en concreto.

Imagen 14. Índice de Gravedad del Área de psoriasis (PASI).¹⁰

Por favor, hacer un círculo en el número que corresponda
0 = nada 1 = leve 2 = moderado 3 = severo 4 = muy severo

Severidad de las lesiones Psoriásicas		Cabeza	Tronco	Brazos	Piernas
1	Eritema	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Induración	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Escamas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Suma de 1+2+3	_____	_____	_____	_____
Extensión de la Psoriasis		0 = nada 1 = menos 10% 2 = 10-30% 3 = 30-50% 4 = 50-70% 5 = 70-90% 6 = 90-100%			
5	Afectación				
6	Anotación	_____	_____	_____	_____
7	Fila 4 x fila 6	_____	_____	_____	_____
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Fila 7 x fila 8	_____	_____	_____	_____
PASI-SCORE		_____	(Suma de todas las filas 9)		

Leve	PASI 0-5
Moderada	PASI 5-10

Grave	PASI 5 > 10
-------	-------------

Una vez realizada la anamnesis y exploración física, el profesional de enfermería procederá a la formulación de diagnósticos de enfermería, objetivos y actividades.

A continuación, se plantean algunos de los diagnósticos, objetivos y actividades más habituales para el cuidado del paciente con psoriasis:

- **Conocimientos deficientes sobre la enfermedad, así como sobre su tratamiento y evolución.**³³

Objetivos: El paciente será instruido con toda la información necesaria para conocer su enfermedad y facilitar su mejoría o recuperación.

Actividades de enfermería:

- Determinar el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad.
- Aclarar dudas y proporcionar información adicional mediante explicaciones o a través de folletos informativos, que recomendamos leerla para en una consulta posterior comentar.
- Determinar con el paciente cuáles pueden ser los posibles factores que lleven a una exacerbación de la psoriasis, como puede ser el estrés, la ansiedad, hábitos tóxicos, mala alimentación, etc.
- Proporcionar información sobre el tratamiento que el médico le ha prescrito, sobre los efectos deseados y el modo de empleo.
- Recomendaremos actividades complementarias al tratamiento prescrito para potenciar una mejoría de la enfermedad, como:
 - Baños terapéuticos.
 - Hidratar la piel de forma regular.
 - Evitar el contacto de los fármacos tópicos con la piel que no tiene lesiones de psoriasis.
 - Realizar baños de sol regulares, utilizando a su vez precauciones contra la radiación excesiva, como crema solar y gafas de sol.
 - Explicar precauciones concretas según el tratamiento prescrito, así como los posibles efectos secundarios, para conocer signos y síntomas si aparecen.

- **Alteraciones del bienestar: síntomas derivados de las lesiones de la piel.**³³

objetivo: el paciente referirá mejoría de la sintomatología que las lesiones de psoriasis le producen

Actividades de enfermería:

- Identificar junto al paciente factores que empeoran la sintomatología, además de establecer algunas actividades a evitar y otras recomendadas como:
 - Evitar ambiente muy seco.
 - Evitar baños con agua muy caliente.
 - Utilizar jabones neutros preferiblemente.
 - Hidratar la piel diariamente.
- Explicar al paciente los fármacos prescritos por su médico y su efecto sobre la disminución de los síntomas de las lesiones psoriáticas, como prurito. Insistir de que debe de informar si tras el tiempo estimado el prurito no ha disminuido.
- Valorar junto con el paciente las complicaciones derivadas del prurito:
 - Examinar las lesiones que producen prurito para determinar si hay excoriaciones producidas por un rascado excesivo.
 - Insistimos sobre la importancia de evitar el rascado, y sobre los medios que puede utilizar para evitar el prurito que le produce tal malestar como antihistamínicos, hidratantes y el tratamiento prescrito por su dermatólogo.

- **Trastornos de la imagen corporal derivadas de las lesiones producidas por la psoriasis.**³³

Objetivos: el paciente manifestará una mejoría de su autoconcepto y autoestima.

Actividades de enfermería:

- Ayudar a identificar sus atributos positivos.

- Animar a relacionarse con otros pacientes que padecen la misma enfermedad, e informar sobre grupos de apoyo.
- Proporcionar siempre un ambiente tranquilo y comprensivo que facilite que el paciente se pueda abrir emocionalmente y expresar sus emociones, sus preocupaciones e inseguridades.
- Garantizar una escucha activa que aliente al paciente a abrirse emocionalmente.
- Ayudar a aceptar su enfermedad.
- Animar sobre que sus lesiones mejorarán si sigue el tratamiento prescrito y las actividades recomendadas.

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad crónica de evolución y manifestaciones clínicas muy variables, a su vez condicionada por factores genéticos y ambientales. A pesar del considerable impacto negativo que esta patología puede suponer en numerosas personas, tanto a nivel laboral, social como familiar, se asocia muy frecuentemente a un problema estético, antes que como un problema dermatológico de relevancia y con importantes secuelas físicas y psicológicas. Y es que, a pesar de afectar a 1.43% de la población de España, tiende a reducirse su abordaje al médico de familia, que realiza el diagnóstico y prescripción del tratamiento correspondiente. Sin embargo, debido a las comorbilidades asociadas y a la tendencia a desarrollar síntomas psicológicos como depresión y trastorno de la imagen, resulta esencial un abordaje integral con el consiguiente seguimiento del paciente diagnosticado, sobre todo en casos de psoriasis severas. En dicha responsabilidad juega un considerable papel el profesional de enfermería de atención primaria fundamentalmente.

En enfermería de atención primaria se debe de centrar en establecer un plan de cuidados, que incluya los diagnósticos de enfermería que mejor abordan la situación personal de cada paciente, y además, ha de establecer los objetivos e intervenciones que han de lograrse y llevarse a cabo en cada caso específico. Entre las actividades destacables y de importante peso de la enfermería están la educación sanitaria, que incluya hábitos de vida saludable, enfocados en una alimentación adecuada y equilibrada, especificando alimentos recomendados y cuáles no; Incidir en el impacto negativo de hábitos tóxicos sobre las exacerbaciones. Para lograr los objetivos planteados es considerable importancia un paciente y familia motivados, dispuestos a cambiar muchos hábitos de vida, de manera que el objetivo final sea que tras la intervención de enfermería, ellos mismos puedan ser capaces de manejar la enfermedad, de conocer los determinantes de la misma. Es decir, la enfermera ha de guiar al paciente hacia la adaptación y mayor independencia posible, además de aportar apoyo psicológico.

El manejo de la psoriasis por parte del profesional de enfermería en atención primaria lleva a la obtención de mejores resultados para el sistema Sanitario así como una mayor satisfacción del paciente.

Debido al impacto multifactorial de esta enfermedad, es preciso un abordaje multidisciplinar, en el que además del médico y enfermera, intervengan otros profesionales como psicólogos y terapeutas ocupacionales, si es preciso. Al ser la enfermera la persona que más contacto personal tiene con el paciente, es quien ha de determinar si es preciso la intervención de otros profesionales, y comentarlo con el médico.

Gracias a las nuevas líneas de investigación abiertas, hay un importante avance en cuanto a la formación y conocimientos sobre esta enfermedad, por lo que cada vez son más los profesionales sanitarios formados para un abordaje de calidad del paciente.³³

Bibliografía

- (1) Adriana Rendon, K. S. (Marzo de 2019). *Psoriasis Pathogenesis and Treatment*. [Sitio web] Obtenido de Pub Med el 1 de marzo de 2022: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30909615/>
- (2) Alfonso-Valdés, D. M. (15 de agosto de 2012). *Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad*. [Sitio web] Obtenido de Scielo el 28 de marzo de 2022: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v28n4/hih05412>
- (3) Borrego, A. G. (24 de Noviembre de 2016). *Protocolos de Actuación de Psoriasis*. [Sitio Web] Obtenido de Cacof el 22 de marzo de 2022: <https://www.cacof.es/wp-content/uploads/2018/03/Ponencia-AUGUSTO-GONZÁLEZ>
- (4) C. Ferrándiz, J. C. (Junio de 2014). *Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos*. [Sitio Web] Obtenido de Actas dermo el 25 de abril de 2022: <https://www.actasdermo.org/es-prevalencia-psoriasis-espana-era-agentes-articulo-S0001731014000180>
- (5) C. Pouplard, E. B.-A.-P. (11 de Julio de 2013). *Risk of cancer in psoriasis: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies*. [Sitio web] Obtenido de Wiley Online Library el 25 de abril de 2022: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jdv.12165>
- (6) Cantabria, U. d. (2019-2020). *Apuntes clínica*. Santander.
- (7) Caroline Chanussot, R. A. (Diciembre de 2014). *Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes. Psoriasis. A Descriptive Study of Comorbidities in 114 Patients*. [Sitio Web] Obtenido de Medigraphic el 30 de abril de 2022: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2015/dcm151d>
- (8) Cebey, A. B. (2015). *Estudio de las variaciones de los genes de la familia de la Interleucina 17 en pacientes con psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet 5 de marzo de 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=74063>
- (9) Christopher Em Griffiths, J. N. (21 de Julio de 2007). *Pathogenesis and clinical features of psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Pub Med el 11 de marzo de 2022: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17658397/>
- (10) Cruz Vela, M. C. (2022). *Lesiones eritematodescamativas: psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Manual Clínico de Urgencias el 3 de mayo de 2022: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/dermatologia/lesiones-eritematodescamativas-psoriasis/>
- (11) Dr. Fermín Jurado, D. S. (Mayo-agosto de 2005). *Psoriasis Pustulosa*. Obtenido de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2005/cd052g.pdf>
- (12) Dra. Sonia Torres-González, D. A. (Mayo-agosto de 2005). *Artritis psoriásica: cómo identificarla*. [Sitio web] Obtenido de Medigraphic el 5 de mayo de 2022: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2005/cd052b>
- (13) Duany, D. j. (2009). *Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Scielo el 5 de mayo de 2022: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n3/san09308>
- (14) E. Daudén, S. C.-C.-C. (Enero de 2012). *Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de ScienceDirect 10 de mayo de 2022: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731012700017>
- (15) Eder Luna Cerón, A. A. (2021). *Abordaje diagnóstico y manejo de psoriasis en atención primaria*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 5 de marzo de 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8368120>
- (16) Eduardo López Ortiz, G. L. (1 de Enero-marzo de 2021). *Atención familiar*. [Sitio Web] Obtenido de Fmposgrado el 11 de mayo de 2022: <https://www.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/AF-28-1.pdf#page=58>
- (17) Eva María Fagundo Becerra, V. R. (4 de Enero de 2007). *Psoriasis en gotas*. [Sitio web] Obtenido de Redalyc el 11 de mayo de 2022: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169617626010>

- (18) Felipe Julio Ramirez García, P. A. (22 de Febrero de 2019). *Vivir con psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Clinic Barcelona el 11 de mayo de 2022: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/psoriasis/vivir-con-la-enfermedad>
- (19) Fernández, L. G. (2017). *Prurito y dolor en pacientes con psoriasis moderada-grave prevalencia, relación con la gravedad y su implicación en la calidad de vida relacionada con la salud*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 3 de junio 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123123>
- (20) Franky Üsuga, L. A. (Mayo de 2018). *Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa*. [Sitio web] Obtenido de ResearchGate el 15 de mayo de 2022: https://www.researchgate.net/profile/Franky-Usuga-Usuga/publication/325245576_Caracteristicas_epidemiologicas_clinicas_e_histopatologicas_de_pacientes_con_psoriasis_y_factores_asociados_con_las_formas_vulgar_y_pustulosa/links/5aff7c0caca2720ba095ed5a/Cara
- (21) Gimeno, E. J. (28 de Abril de 2022). *Consideraciones al planificar el tratamiento de un paciente de edad evanzada con síndrome de vejiga hiperactiva*. [Sitio web] Obtenido de Livemed Iberia el 15 de mayo de 2022: https://www.livemed.in/blog?p_p_auth=2YTKiKcO&p_p_id=33&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&_33_struts_action=%2Fblogs%2Fview&_33_delta=5&_33_keywords=&_33_advancedSearch=false&_33_andOperator=true&p_r_p_5642
- (22) Hermosa, J. M. (2007). *Avances en el tratamiento de la psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 2 de junio de 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2310171>
- (23) J.M. Carrascosa, V. R.-T.-P.-P. (30 de Diciembre de 2013). *Obesity and Psoriasis: Inflammatory Nature of Obesity, Relationship Between Psoriasis and Obesity, and Therapeutic Implications*. [Sitio web] Obtenido de Elsevier el 15 de mayo de 2022: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1578219013002679?token=E5958080A39E8521BEAEA6CA2191F4D5D00AC028D45410E04FC67F0CB4B3DF639BDD3ED08C60B08EDFFED45582C26278&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220629152341>
- (24) J.M.Fernández-Armenteros, G.-A. M.-B.-N.-B.-A.-S. (Junio de 2019). *Características epidemiológicas de la psoriasis. Un estudio poblacional*. [Sitio web] Obtenido de Science Direct el 13 de abril de 2022: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731018305350>
- (25) Josefina Peña Ortiz, C. A.-L. (Enero-Abril de 2019). *Psoriasis invertida: reto diagnóstico y terapéutico*. [Sitio web] Obtenido de Medigraphic el 23 de abril de 2022: <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/derma/2019/cd191.pdf#page=17>
- (26) José Manuel Hernanz Hermosa, M. S. (2012). *Evaluación clínica y terapéutica de los pacientes con psoriasis moderada o grave en España. Estudio Secuence*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet 3 de marzo de 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4076365>
- (27) Journal of American Health. (2016-2020). *Factores de Riesgo y desencadenantes de la Psoriasis: estudio de revisión*. [Sitio web] Obtenido de Jah-Journal el 3 de junio de 2022: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/87/184>
- (28) K. M. Hoegler, A. M. (11 de Abril de 2018). *Generalized pustular psoriasis: a review and update on treatment*. [Sitio web] Obtenido de Pub Med: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573491/>
- (29) Koji Kamiya, M. K. (Septiembre de 2019). *Risk Factors for the Development of Psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Pub Med el 9 de mayo de 2022: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31491865/>
- (30) Korman, N. J. (15 de Octubre de 2019). *Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence?* [Sitio web] Obtenido de Pub Med: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31225638/>
- (31) Llatas, F. P. (Enero-Abril de 2009). *Psoriasis y sus cuidados*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet 11 de junio 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4331389>

- (32) Maddalena Napolitano, F. C. (7 de mayo de 2016). *Psoriatic arthritis and psoriasis: differential diagnosis*. [Sitio web] Obtenido de Pub med 7 de abril 2022: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27156076/>
- (33) 33María Flores Vizcaya Moreno. M^a Carmen Solano Ruiz, J. M. (Julio-Agosto de 2004). *Psoriasis: tipología, tratamiento y cuidados de enfermería*. [Sitio web] Obtenido de Rúa el 3 de mayo de 2022: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46230/1/PsoriasisTipologiaTratamientoYCuidados>
- (34) 34María Marcela Lustia, P. C. (4 de Agosto de 2009). *Psoriasis: comorbilidades en nuestra población*. [Sitio web] Obtenido de Dermatolarg el 4 de junio de 2022: <https://dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/459/210>
- (35) 35Maritza Batista Romagosa, M. P. (Mayo-Junio de 2009). *Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Scielo 4 de junio 2022: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300009
- (36) Marta Romero Herraiz, J. J. (2016). *La genética de la psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet 27 de marzo del 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5865060>
- (37) Menéndez, P. T. (2017). *Estudio comparativo del perfil de los factores de riesgo cardiovascular clásicos entre pacientes con artritis psoriásica y pacientes con psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 2 de marzo de 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=207704>
- (38) Pérez, N. M., Berdejo, S. D., Arroyo, E. M., Navarro, E. Á., Monforte, V. M., & Martínez, M. M. (Octubre de 2021). *Psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet 5 de febrero de 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163799>
- (39) Pirovano, D. I. (Julio-Septiembre de 2011). *Fenómeno Koebner*. [Sitio web] Obtenido de Scielo 3 de abril de 2022: <http://www.scielo.org.ar/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1851-300X2011000300005&lang=es>
- (40) S. Ros, L. P. (2014). *Discapacidad acumulada en el transcurso vital: la cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 4 de enero 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4640362>
- (41) Salvador Arias Santiago, J. C. (2009). *Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con psoriasis grave*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 5 de febrero 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4974269>
- (42) Santás, D., Guimaraens, D., Valle, S., & Gómez, J. (2022). *Protocolo de tratamiento en la psoriasis. Individualización*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 3 de marzo 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8304167>
- (43) Sanz, L. P. (2012). *Riesgo cardiovascular y psoriasis: papel de la terapia biológica*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 20 de junio del 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4076048>
- (44) Stalin, T. A. (2018). *Aplicación del proceso enfermero en paciente con psoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Repositorio 23 de junio de 2022: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4882/1/UPSE-TEN-2019-0023>
- (45) S. González-Parra, D. (21 de Diciembre de 2018). *Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation*. [Sitio web] Obtenido de Pub Med el 7 de abril de 2022: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30509759/>
- (46) Torres, R. M. (2012). *Características epidemiológicas, comorbilidades y calidad de vida de los pacientes con psoriasis en placas en el área sanitaria de A Coruña (España)*. [Sitio web] Obtenido de Dialnet el 7 de abril de 2022: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=38037>
- (47) Unidad Médica Angloamericana. (4 de Noviembre de 2019). *Psoriasis: Síntomas, causas, tratamiento*. [Sitio web] Obtenido de Unidad Médica 13 de junio 2022: <https://www.unidadmedica.com/blog/psoriasis-sintomas-causas-tratamiento/>

- (48) Urgeles, R. M. (2012). *Intervención enfermera en un paciente con psoriasis en Atención Primaria*. [Sitio web] Obtenido de Zarguan 12 de junio 2022: <https://zaguan.unizar.es/record/7356/files/TAZ-TFG-2012-185>
- (49) Vargas Mamami Jesús Humberto, D. V. (23 de Junio de 2015). *Psoriasis Vulgar*. [Sitio web] Obtenido de Scielo 12 de junio 2022: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v19n1/v19n1_a12
- (50) Verónica Olvera-Cortés, N. P.-D.-R. (Abril-junio de 2021). *Dermatosis pustular en embarazada*. [Sitio web] Obtenido de Medigraphic 18 de junio 2022: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2021/dcm212t>
- (51) Villamor, P. M. (2017). *El paciente con psoriasis. Trastornos en la calidad de vida y actualización de los cuidados de enfermería*. [Sitio web] Obtenido de Uvadoc 18 de junio 2022: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30438/TFG-H1216.pdf?sequence=1>
- (52) Wolf-Henning Boehncke, M. P. (27 de Mayo de 2015). *PSoriasis*. [Sitio web] Obtenido de Pubmed el 8 de abril de 2022: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26025581/>