

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE FARMACIA



PSORIASIS: ELABORACIÓN DE UN
MANUAL ORIENTADO AL
PACIENTE



Autor: Gabriel Naranjo Ordóñez



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Facultad de Farmacia

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster en Especialización Profesional en
Farmacia. Especialidad: Gestión y Calidad Asistencial en la Oficina
de Farmacia

Título del trabajo:

**“Psoriasis: Elaboración de un manual orientado al
paciente”**

Autor: Gabriel Naranjo Ordóñez

Lugar y fecha de presentación: Sevilla, julio 2020

Departamento: Farmacología

Tutora: Elena María Talero Barrientos

Tipología del trabajo: Bibliográfico



ELENA MARÍA TALERO BARRIENTOS, Profesora Titular del Departamento de Farmacología de la Universidad de Sevilla,

INFORMA, que el presente trabajo titulado **Psoriasis: Elaboración de un manual orientado al paciente** ha sido realizado, bajo mi tutorización y asesoramiento, dentro del Departamento de Farmacología durante el curso académico 2019/20, constituyendo la memoria que presenta el Ldo. **GABRIEL NARANJO ORDÓÑEZ** como Trabajo Fin de Máster del Máster en Especialización Profesional en Farmacia, especialidad Gestión y Calidad Asistencial en la Oficina de Farmacia , y que cumple los requisitos necesarios para ser presentado como Trabajo Fin de Máster.

Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide el presente informe en Sevilla, a 29 de Junio de 2020

TALERO
BARRIENTOS
ELENA MARIA -
77803902P

Digitally signed by
TALERO BARRIENTOS
ELENA MARIA - 77803902P
Date: 2020.06.30 22:38:03
+02'00'

Fdo.: Elena M^a Talero Barrientos

Vº Bº

Fdo.: [CONCEPCIÓN PÉREZ GUERRERO
Director del Departamento

Código Seguro De Verificación	Wvc5QOfWHa33gmqoDXP1XA==	Fecha	29/06/2020	
Firmado Por	MARIA CONCEPCION PEREZ GUERRERO			
Url De Verificación	https://pfirma.us.es/verifirma/code/Wvc5QOfWHa33gmqoDXP1XA==	Página	1/1	

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad crónica con afectación cutánea, que aparece en individuos con predisposición genética, aunque es necesario la participación de determinados factores externos para su activación. No suele comprometer la vida de la persona, pero si su calidad de vida, al cursar con otras patologías. No se desarrolla de igual forma durante toda la vida, alternando periodos de brotes con etapas libres de la enfermedad. Se diagnostica de forma clínica, observando la aparición de nuevas lesiones cutáneas en regiones características. No existe un tratamiento que la cure definitivamente, pero el mayor conocimiento de su patogenia ha permitido desarrollar nuevas terapias, aumentando así la eficacia terapéutica y el control de la enfermedad. El **objetivo** del trabajo ha sido revisar el estado actual de la psoriasis, así como la elaboración de un manual y de un tríptico que ayude al paciente a entender mejor la patología que padece. **Metodología:** Las bases de datos utilizadas han sido *PubMed* y *MedlinePlus*, así como diversas guías clínicas elaboradas por asociaciones de pacientes. **Resultados:** El paciente frecuentemente se siente desinformado sobre la propia enfermedad o sobre cómo debe actuar en determinadas circunstancias. Por ello, es fundamental la realización de manuales sobre la psoriasis. El desarrollado en este trabajo no se limita a explicar los conceptos claves de la patología, ya que, además, informa al paciente sobre cómo debe proceder en numerosas situaciones cotidianas que pueden surgirle durante su vida y donde puede acudir si necesita ayuda. **Conclusiones:** A pesar de los avances conseguidos sobre nuevas terapias, es necesario continuar investigando para conseguir un tratamiento que permita al paciente tener una mejor calidad de vida. Además, es muy importante que sea tratado de forma sistémica, siga consejos de autocuidado para mejorar el control de la enfermedad y se sienta integrado social y laboralmente.

PALABRAS CLAVES

Psoriasis, patogenia, tratamiento, manual clínico, autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic disease with skin involvement, which occurs in individuals with genetic predisposition, although it is necessary to involve certain external factors for activation. It does not usually compromise the life of the person, but it could compromise his quality of life, when taking with other pathologies. It does not develop in the same way throughout life, alternating periods of outbreaks with disease-free stages. It is diagnosed clinically, observing the appearance of new skin lesions in characteristic regions. There is not treatment that cures it definitively, but the greater knowledge of its pathogenic disease has allowed to develop new therapies, thus increasing the therapeutic efficacy and control of the disease. The **objective** of the work has been to review the current state of psoriasis, as well as the elaboration of a manual and a triptych that helps the patient to better understand the pathology they suffer. **Methodology:** The databases used have been *PubMed* and *MedlinePlus*, as well as various clinical guides developed by patient associations. **Results:** The patient often feels uninformed about the disease itself or how he or she should act in certain circumstances. Therefore, manuals on psoriasis are essential. The one developed in this work does not merely explain the key concepts of pathology, since it also informs the patient about how to proceed in numerous everyday situations that may arise during their life and where they can go if they need help. **Conclusions:** Despite the progress made on new therapies, further research is needed to achieve a treatment that allows the patient to have a better quality of life. In addition, it is very important that you are treated systemically, follow self-care advice to improve disease control, and feel socially and labor-integrated.

KEYWORDS

Psoriasis, pathogenesis, treatment, clinical manual, self-care.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1. Psoriasis.....	1
1.1 Etiopatogenia e histología	1
1.2 Factores desencadenantes de la enfermedad	4
1.3 Comorbilidades	4
2. Manifestaciones clínicas y tipos de psoriasis.....	6
3. Diagnóstico de la psoriasis	7
4. Tratamientos y estrategias terapéuticas de la psoriasis	8
4.1 Tratamiento tópico.....	9
4.2 Fototerapia.....	11
4.3 Tratamientos sistémicos.....	12
4.3.1 Terapia sistémica tradicional	12
4.3.2 Terapia biológica sistémica.....	14
5. Embarazo y lactancia en pacientes psoriásicos	16
6. Psoriasis en la infancia y la adolescencia	17
II. OBJETIVOS.....	19
III. METODOLOGÍA.....	20
IV. RESULTADOS	21
Manual para el paciente con psoriasis: ¿Conozco realmente la enfermedad?	23
V. DISCUSIÓN	51
VI. CONCLUSIONES.....	52
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	53

I. INTRODUCCIÓN

1. Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad crónica con afectación cutánea que se presenta en individuos que tienen una predisposición genética, como consecuencia de la activación continua del sistema inmunológico (Grän et al., 2020). Además, en el desarrollo de la enfermedad pueden estar implicados otros factores externos como son el estrés físico o psicológico, ciertos medicamentos, infecciones o factores medioambientales (Palijan et al., 2017).

Afecta aproximadamente al 1,4 % de la población española, sin diferencias significativas en la proporción de mujeres y hombres implicados. El curso de la enfermedad es impredecible, pero aparece con mayor frecuencia alrededor de los 20-30 años y entre los 50-60 años (Ferrándiz et al., 2011).

Es una enfermedad que no suele comprometer la vida de la persona, pero afecta enormemente a su calidad de vida, ya que suele cursar con otras patologías. Las comorbilidades más frecuentes son la enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, el hígado graso no alcohólico, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), diversas enfermedades renales, ciertas infecciones, la ansiedad, la depresión, el cáncer y la artropatía psoriásica (Gisoni et al., 2020). Por este motivo, la entrada de los agentes biológicos en la terapia de la psoriasis ha tenido un gran impacto, al conseguir aumentar tanto la seguridad como la efectividad del tratamiento actual (Florek et al., 2018).

1.1 Etiopatogenia e histología

La causa primordial de la psoriasis es una desregulación de las respuestas inmunitarias, que se manifiesta en individuos que tienen uno o más genes de susceptibilidad a la enfermedad, específicos de la piel o relacionados con las funciones del sistema inmunitario, tras la exposición a determinados desencadenantes ambientales (Perera et al., 2012).

A pesar de no ser una enfermedad hereditaria, el componente genético tiene un papel clave en la psoriasis, ya que la incidencia en individuos con antecedentes familiares es mayor que en el resto de la población (Mrowietz and Reich, 2009). Se han reconocido 9 locus (posición fija en un cromosoma, que determina la posición de un gen) relacionados con la psoriasis, denominados genes de susceptibilidad (PSORS), siendo el más importante el PSORS1. El gen del antígeno HLA-C, concretamente su alelo HLA-Cw6, está más relacionado al encontrarse en el 60 % de los enfermos de psoriasis en comparación con la población general, además de estar presente en el

90 % de los pacientes que desarrollan manifestaciones clínicas tempranas (Alfonso-Valdés, 2012).

La fuerte asociación del alelo HLA-Cw6 con la psoriasis apoya la teoría de interpretarla como un desorden inmunitario, al intervenir conjuntamente en la respuesta inmune innata y adaptativa, a través de la interacción con las células *Natural Killer* (NK) y en la presentación de antígenos (Mak et al., 2009).

Por lo tanto, la psoriasis es una enfermedad mediada inmunológicamente en la que intervienen diferentes tipos celulares como: linfocitos T, células presentadoras de antígenos (CPA), queratinocitos, células de *Langerhans*, macrófagos, células NK, así como diversas citocinas de tipo Th1 y factores de crecimiento (Frischknecht et al., 2019).

Los linfocitos T tienen un papel importante en la patogénesis, ya que se encargan de reconocer los antígenos peptídicos procesados que están unidos a las proteínas codificadas por los genes del Complejo Mayor de Histocompatibilidad (CMH) de clase II. Se pueden diferenciar linfocitos T cooperadores y citolíticos que requieren el gen denominado *adenomatous polyposis coli* (APC) para procesar y presentar fragmentos de péptidos en la superficie celular (Jagadish et al., 2020). También pueden inhibir respuestas inmunes denominándose linfocitos T supresores, que junto con los citolíticos serán positivos para las moléculas CD8, mientras que los linfocitos T cooperadores lo serán para las CD4 (Pollock et al., 2017).

Las células dendríticas tienen una labor muy interesante al actuar como CPA, las cuales están en mayor proporción en la piel psoriásica que en la piel normal. Un subtipo importante de células dendríticas son las células de Langerhans, presentes tanto en la epidermis normal como en la lesionada. Otro subtipo que interviene en este proceso son las células dendríticas intersticiales, derivadas de monocitos sanguíneos u otros precursores mieloides, que tienen una función inmunoestimuladora. Este tipo celular se activa para transformarse en células dendríticas maduras, encontrándose aumentadas en las lesiones de la psoriasis (Jagadish et al., 2020).

Un proceso característico es la hiperproliferación de queratinocitos como consecuencia de la aceleración del ciclo celular epidérmico. La piel tiene una estructura multicapa y su función es proporcionar protección. Una de estas capas se denomina epidermis y está formada por diferentes estratos: basal, espinoso, granuloso, lucidio y córneo (Gisondi et al., 2020). Los queratinocitos se forman en el estrato basal y posteriormente migran hacia el córneo. Cuando las células se desplazan hacia la superficie, sus orgánulos desaparecen y se llenan de queratina, proporcionando de esta forma la protección. En condiciones normales, el ciclo celular epidérmico finaliza en aproximadamente 4 semanas, mientras que en la piel psoriásica se

encuentra acelerado. En estas condiciones especiales la división celular en la capa basal ocurre cada 1,5 días, y la migración de los queratinocitos al estrato córneo cada cuatro (Jagadish et al., 2020).

La angiogénesis se encuentra favorecida en la psoriasis gracias a la producción de citocinas proangiogénicas por parte de los queratinocitos, aunque el mecanismo no se conoce con certeza. En la piel psoriásica las células endoteliales se hinchan y se activan, seguidamente migran, brotan y establecen una membrana basal con pericitos que actúan como soporte estructural para formar nuevas redes de vasos sanguíneos (Akhtar et al., 2018). Como consecuencia aumentan los espacios intercelulares, los vasos sanguíneos se dilatan y se favorece la llegada de leucocitos a la piel (Moorchung et al., 2015).

En el desarrollo de la psoriasis se encuentran involucradas diversas citocinas. Las que tienen mayor implicación son el factor de crecimiento epitelial (EGF), el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), determinadas interleucinas (IL-6, IL-12, IL-1 y IL-8), el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) y el interferón gamma (IFN- γ). Su producción ocasiona hiperproliferación epidérmica, dilatación vascular e inflamación dérmica, que deriva en proliferación de queratinocitos, migración de neutrófilos, potenciación de respuestas de linfocitos Th1, angiogénesis, regulación positiva de moléculas de adhesión e hiperplasia epidérmica (Jagadish et al., 2020).

La apoptosis se encarga de mantener un grosor constante de la epidermis y regular la proliferación de queratinocitos, pero en la piel psoriásica la muerte celular apoptótica se encuentra reducida. El mecanismo no se conoce con exactitud, pero se sospecha que es por sobreexpresión de la proteína p53 (proteína supresora de tumores), favoreciendo de esta forma la hiperplasia epidérmica (Moorchung et al., 2015).

Las características histológicas más frecuentes de esta patología son un incremento de la anchura de la capa córnea (hiperqueratosis), la existencia de núcleos en los corneocitos del estrato córneo (paraqueratosis), la disminución del grosor del estrato granular (hipogranulosis), el ensanchamiento de la epidermis (acantosis regular), la hiperplasia epidérmica, la dilatación de los vasos en las papilas de la dermis y la infiltración de linfocitos T CD3+ y CD8+. Los microabscesos de Munro (aglomeración de neutrófilos en la epidermis) son característicos de la mayoría de presentaciones de la enfermedad. En cambio, si tienen lugar en el estrato córneo se denominan pústulas espongiformes de Kogoj y se desarrollan particularmente en la psoriasis palmoplantar (Figura 1) (Lowe et al., 2015).

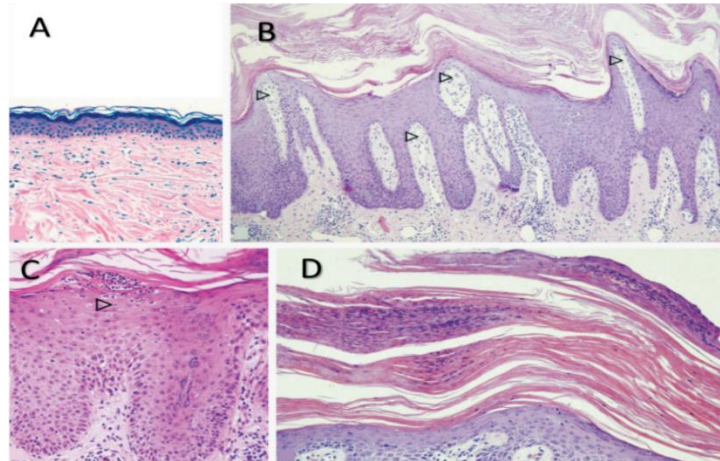


Figura 1. Comparación de piel normal (A) con piel psoriásica, en la que se observan alargamientos de las crestas epidérmicas y angiogénesis (B), microabscesos de Munro (C) y desprendimiento de estos microabscesos tras progresar las lesiones (D) (Modificado de Schön and Boehncke, 2005).

1.2 Factores desencadenantes de la enfermedad

Los individuos que presenten susceptibilidad genética desarrollarán o tendrán brotes de psoriasis como consecuencia de la exposición a determinados factores extrínsecos. No siempre que ocurra aparecerá una placa de psoriasis, ni todas las personas se afectarán de igual forma, pero los pacientes deben evitar la exposición a estos factores (Tabla 1) (Giraldo and Velásquez, 2009).

Tabla 1. Principales factores extrínsecos implicados en el desarrollo de la psoriasis.

Infecciones	Factores psicológicos	Factores físicos	Hábitos insalubres	Medicamentos
Bacterianas (<i>Streptococcus</i>)	Ansiedad	Quemaduras solares	Alcohol	Litio Sales de oro
Víricas (Influenza, VIH)	Estrés	Clima → frío	Tabaco	Betabloqueantes
Infecciones faríngeas → psoriasis en gota	Depresión	Traumas → Fenómeno de Koebner	Dieta inadecuada	Antimaláricos Digoxina AINE

1.3 Comorbilidades

La psoriasis es una enfermedad inmunomediada acompañada de numerosas enfermedades, además de afectar a la piel de forma local. El progreso en el entendimiento de su etiología ha permitido identificar hasta un 73% de pacientes con al menos una comorbilidad (Gisondi et al., 2020).

Existen una gran variedad de patologías que se manifiestan frecuentemente junto con la psoriasis, como las enfermedades cardiovasculares (ECV), la aterosclerosis, el síndrome metabólico, la uveítis, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), el hígado graso no alcohólico, diversos linfomas, la apnea del sueño y la artritis psoriásica. Estas situaciones pueden agravarse con estilos de vida poco saludables como el tabaquismo o el alcoholismo. Además, los fármacos empleados en el tratamiento de la psoriasis pueden causar diversas patologías, como la hipertensión arterial o nefrotoxicidad provocada por la ciclosporina, la dislipemia ocasionada por la acitretina o el cáncer derivado de la fototerapia PUVA (exposición a radiación ultravioleta A, previa administración de un psoraleno) (Rendon and Schäkel, 2019).

La proporción de pacientes psoriásicos que presentan hiperlipidemia, hipertensión, enfermedades cardíacas con afectación coronaria, diabetes mellitus u obesidad es superior en comparación con la población general. Como consecuencia, el síndrome metabólico es hasta dos veces más frecuente en este conjunto de individuos (Gerdes et al., 2016). Existe división en la interpretación de la psoriasis como un factor de riesgo cardiovascular independiente, aunque numerosos estudios respaldan que aumenta la probabilidad de padecer eventos cardíacos de diferente índole, tanto en casos leves como graves (Armstrong et al., 2013).

Una de las comorbilidades más comunes de la psoriasis es la inflamación de las articulaciones que recibe el nombre de artritis psoriásica (PsA), diagnosticándose hasta en un 40% de los pacientes. Generalmente, el desarrollo cutáneo de la enfermedad precede a la inflamación articular, que comparten tanto la inflamación crónica como una posible progresión destructiva (Henes et al., 2014).

La asociación no sólo ocurre con ECV, sino que también se ha observado una mayor prevalencia de enfermedades gastrointestinales y renales en pacientes con psoriasis. En relación a la EII, particularmente la enfermedad de Crohn comparte locus de susceptibilidad con la psoriasis (Ellinghaus et al., 2012). Además, estudios de imágenes correlacionan la presencia de psoriasis con enfermedades hepáticas leves (Yeung et al., 2013).

Por lo tanto, los diferentes factores que favorecen la interpretación de la psoriasis como una enfermedad sistémica pueden tener un efecto drástico tanto en aspectos cotidianos y sociales de los individuos como en la carga de enfermedad. El daño psicológico ocasionado es similar al cáncer, el infarto agudo de miocardio o la depresión (Rendon and Schäkel, 2019).

2. Manifestaciones clínicas y tipos de psoriasis

La psoriasis se caracteriza por ser eritematodescamativa y por presentar periodos libres de lesiones y aparición de brotes de diferente gravedad. Su desarrollo es impredecible, pero las lesiones cutáneas típicas son maculopápulas y placas eritematoescamosas de color rojo, con escamas “blanco-nacaradas” no adherentes y bordes bien definidos. Aparecen frecuentemente en superficies de extensión como las rodillas o los codos, en la región sacra o en el cuero cabelludo. Se han identificado casos en los que la zona afectada correspondía con mucosas como labios y pene, acompañado de lesión interglútea en este último caso (Fisterra, 2018).

La psoriasis se puede presentar de diferentes formas clínicas que se definen como:

- A. Psoriasis vulgar: es la más común y se ha identificado aproximadamente en la totalidad de los casos observados. El individuo desarrolla placas eritematosas, simétricas y escamosas con límites bien definidos, que pueden llegar a formar placas gruesas. Suele presentarse en zonas extensoras, cuero cabelludo y región sacra, aunque en niños es común en la zona facial, genital y anal (Figura 2A) (Mrowietz and Reich, 2009).
- B. Psoriasis ungueal: se manifiesta en un tercio de los pacientes con psoriasis. El deterioro puede ser a nivel de la matriz de la uña, el lecho ungueal o ambos. En el caso de la matriz de la uña la afectación es en forma de picaduras, leuconiquia y onicodistrofia, mientras que en la región del lecho ungueal aparece decoloración por gota de aceite, hemorragias en astillas y onicólisis (Figura 2B) (Pasch, 2016).
- C. Psoriasis gutata: aparece en edades tempranas afectando particularmente a niños y adolescentes, aunque representa sólo el 2% de los casos generales. Las lesiones cutáneas son placas de pequeño tamaño (< 1cm) que se extienden en el tronco y tercio proximal de las extremidades. Se caracteriza por aparecer tras la exposición al estreptococo β -hemolítico del grupo A durante una infección de las vías respiratorias altas. Es autolimitada y suele remitir de forma espontánea (Figura 2C) (Flor et al., 2013).
- D. Psoriasis intertriginosa: afecta específicamente a los pliegues de flexión como la axila, región perianal, parte inferior de los senos e ingles. La característica diferencial de este subtipo es la ausencia o escasa descamación en las placas eritematosas, de color rojo vivo y en ocasiones fisuradas (Figura 2D) (Alfonso-Valdés, 2012).
- E. Psoriasis pustulosa: se puede presentar de **forma generalizada**, considerada forma grave, pero es poco usual. La afectación es sistémica, generalmente con hipoalbuminemia, ictericia y fallo renal, acompañadas de lesiones cutáneas con placas eritematoedematosas sobre las que aparecen pústulas (Figura 2E). También existe la **forma palmo-plantar** que se manifiesta en forma de placas eritematoescamosas con

pústulas estériles en las palmas y plantas. Este tipo de psoriasis está muy relacionada con la genética ya que hasta una quinta parte de los casos observados tienen familiares cercanos con la enfermedad (Figura 2E1) (Flor et al., 2013).

- F. Psoriasis eritrodérmica: es una forma grave en la que el 90% de la superficie corporal se encuentra eritematosa e inflamada. Además, suele cursar con infecciones, hipotermia y deshidratación secundaria (Figura 2F) (Rendon and Schäkel, 2019).
- G. Artritis psoriásica (PsA): es muy común, identificándose hasta en un 25% de los individuos con psoriasis. Suele desarrollarse después de las lesiones cutáneas, aunque en un 10% aparece de forma previa. Las manifestaciones típicas son oligoartritis asimétrica, poliartritis simétrica y espondiloartropatía. Puede llegar a producir discapacidad, por lo que se considera una forma grave (Figura 2G) (Ocampo and Gladman, 2019).

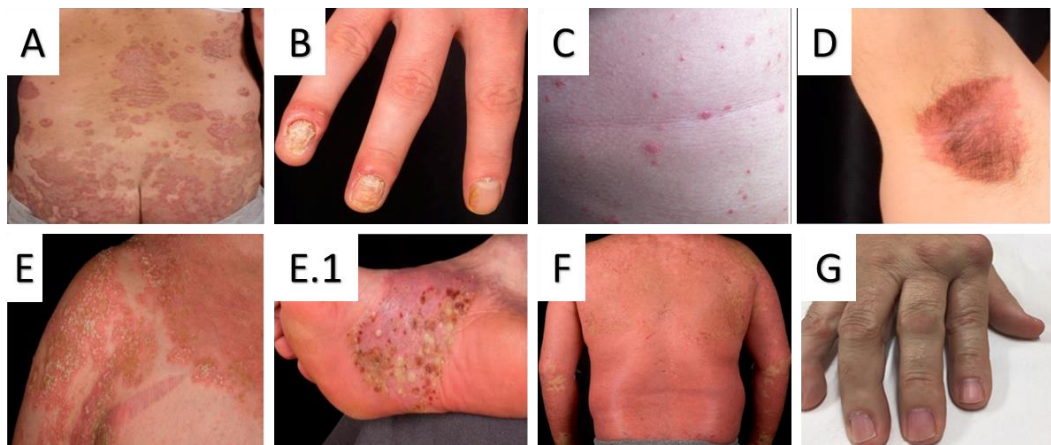


Figura 2. Manifestaciones clínicas de la psoriasis (Modificado de Rendon and Schäkel, 2019; Fistera 2018).

3. Diagnóstico de la psoriasis

Es fundamentalmente clínico y consiste en realizar una visualización exhaustiva de las lesiones con mayor énfasis en las zonas frecuentemente implicadas, como las regiones extensoras, el cuero cabelludo, el ombligo, el área perianal y las uñas (Burden et al., 2010).

Este análisis visual puede complementarse con el raspado metódico de Brocq, que consiste en raspar adecuadamente con una cucharilla con el objetivo de observar 3 signos clínicos:

- Signo de la vela: desprendimiento de numerosas escamas.
- Membrana de Duncan-Dulckley: pérdida de una película cristalina de la epidermis.

- Rocío hemorrágico de Auspitz: se caracteriza por aparecer un sangrado puntiforme de la dermis (vasos de las papilas dérmicas). Está presente en la mayoría de las formas clínicas excepto en la psoriasis invertida y en la pustulosa (Fisterra, 2018).

Es muy importante realizar un diagnóstico diferencial para evitar una clasificación y tratamiento incorrecto de la enfermedad. Las principales patologías dermatológicas que hay que tener en cuenta son la dermatitis seborreica, atópica y de contacto, la dermatofitosis, la micosis fungoide, la pitiriasis rosada de Gibert, el liquen plano y la sífilis psoriasiforme (Conde and López, 2018).

La psoriasis es una enfermedad sistémica, por lo tanto el diagnóstico tiene que ser integral para evaluar la gravedad, el impacto sobre el bienestar físico, psicológico y social de la persona, así como la presencia de comorbilidades, fundamentalmente de la PsA (Flor et al., 2013).

La gravedad se evalúa determinando la proporción cutánea afectada (*Body Surface Area, BSA*). Esta técnica considera como el 1% de superficie corporal la palma de la mano del individuo y establece como psoriasis leve una afectación inferior al 5%, psoriasis moderada si compromete al 5-10% y psoriasis grave si la extensión es superior al 10%. Otros parámetros como una extensión de las lesiones cutáneas inferior al 10%, pero en zonas con mayor implicación funcional o de difícil tratamiento tópico permiten clasificar la psoriasis como grave (Puig et al., 2009). El *Physician's Global Assessment (PGA)* es otro método utilizado para estimar la gravedad. Se basa en una escala simple que comprende los valores de 0 (blanqueada) a 6 (grave) (Sociedad Española de Reumatología, 2009).

Para definir el nivel de induración, eritema y descamación cutánea de cada región por separado y su posterior relación se emplean técnicas como *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)*. Se considera ausencia de psoriasis un valor cercano a 0 y de gravedad valores en torno a 72. En la determinación de la efectividad y seguridad de las nuevas terapias biológicas se aplica el *PASI 75*, es decir, porcentaje de pacientes que mejoran al menos un 75% respecto al *PASI* basal. Otra herramienta utilizada es la denominada *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*. Se encarga de estimar los cambios referentes al bienestar global del paciente ocurridos durante la terapia, respecto a la situación inicial. La calificación puede ser de 0-30, siendo significativos valores superiores a 10 (Burden et al., 2010).

4. Tratamientos y estrategias terapéuticas de la psoriasis

La psoriasis es una enfermedad recurrente crónica, que requiere múltiples periodos terapéuticos para su control. Existen diferentes tratamientos como tópicos, fototerapia y sistémicos cuya elección variará dependiendo de la gravedad y extensión de la enfermedad, de la tolerabilidad y de la eficacia terapéutica (Mrowietz et al., 2011).

Los pacientes con psoriasis se clasifican en dos grupos: psoriasis leve y psoriasis moderada-grave. La psoriasis leve se trata principalmente con terapia tópica o fototerapia, mientras que los casos más graves requieren tratamiento sistémico. La presencia de comorbilidades y lesiones cutáneas en cara, pies o manos precisarán un tratamiento más agresivo (Rendon and Schäkel, 2019).

La respuesta al tratamiento se evalúa con el índice *PASI 75* o *PASI 50*, es decir, una reducción del 75% o 50% respecto al *PASI* basal, respectivamente, y una mejora de 5 puntos o más en la escala *DLQI* (Smith et al., 2009). Existen una serie de conceptos a tener en cuenta durante el seguimiento del tratamiento. El primero de ellos es la pérdida de respuesta que consiste en el incumplimiento mantenido de los objetivos de la terapia tras la eliminación de los factores desencadenantes. Después de suspender un tratamiento puede aparecer una pérdida de la mejoría obtenida, denominándose recaída en caso de alcanzar el 50%. El tiempo que transcurre desde la suspensión terapéutica hasta la recaída recibe el nombre de periodo de remisión. Cuando se produce un empeoramiento igual o superior al 125% de la situación basal o una modificación del tipo de psoriasis se califica como rebote (Flor et al., 2013).

4.1 Tratamiento tópico

El tratamiento tópico es de elección en las formas leves, tanto en monoterapia como combinado con fototerapia. En el caso de psoriasis moderada-grave se pueden utilizar junto con terapias sistémicas tradicionales o biológicas (Menter et al., 2009).

La principal ventaja es su acción local y directa sobre las lesiones cutáneas, además de una eficacia generalmente aceptable y buena tolerabilidad. El mayor inconveniente es la falta de adherencia por parte de los pacientes como consecuencia de requerir un mayor tiempo para su administración, de ser un tratamiento prolongado y de la inquietud por los posibles efectos adversos (Menter et al., 2011).

Existen numerosos vehículos disponibles y su elección dependerá de la región cutánea afectada y de las preferencias del paciente. Tendrán una gran influencia tanto en el uso como en la penetración del agente tópico y como consecuencia en su eficacia. Generalmente se recomienda el uso de soluciones y espumas para el cuero cabelludo, de cremas y emulsiones para lesiones amplias y de pomadas para áreas con mayor sequedad como codos o rodillas (National Clinica Guideline Centre, 2012).

Los grupos terapéuticos tópicos disponibles y autorizados en España son:

- Corticoesteroides: presentan acción antiinflamatoria, antiproliferativa, inmunosupresora y vasoconstrictora. Están disponibles en diferentes formulaciones y se ordenan en relación a su potencia. La utilización de presentaciones con mayor o menor potencia dependerá de la región afectada y del tiempo de utilización. Por este motivo los de menor potencia se usan durante un tiempo limitado en zonas con mayor sensibilidad como la cara o regiones intertriginosas, mientras que los de mayor potencia se pueden aplicar en el cuero cabelludo, sobre lesiones cutáneas gruesas, en las manos y pies (Menter et al., 2009).

Los principales efectos adversos que ocasionan ocurren a nivel local, entre los que destacan atrofia cutánea, telangiectasias, estrías, acné, foliculitis y púrpura. Los corticoesteroides de alta potencia pueden provocar daños sistémicos y suprimir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Por este motivo, se recomienda el uso las presentaciones de alta potencia durante los primeros días, y posteriormente sustituirlas por las de menor potencia o incluso intercalándolas en días alternos (National Clinica Guideline Centre, 2012).

- Análogos de la vitamina D: los principales agentes tópicos de este subgrupo son el calcipotriol, el calcitriol y el tacalcitol. Su mecanismo de acción consiste en asociarse al receptor de vitamina D para favorecer la inhibición de la hiperproliferación epidérmica y la inducción de una diferenciación natural del queratinocito, además de tener cierta acción antiinflamatoria (Valverde et al., 2009). En comparación con los corticoesteroides tópicos tienen un inicio de la acción más lento, pero originan periodos de remisión más extensos. Son más apropiados para tratamientos a largo plazo por su adecuado perfil de seguridad (Menter et al., 2011).

Se pueden combinar con corticoesteroides tópicos y aumentar la eficacia que presenta cada grupo por separado en monoterapia, además de reducir los efectos adversos (Bailey et al., 2012).

La principal reacción adversa que pueden originar es una elevada irritación en la zona lesional y perilesional. De todas las presentaciones disponibles el calcitriol es el que presenta mejor perfil de seguridad. Se recomienda no superar la administración semanal de 100 gramos por riesgo de hipercalcemia, además se debe evitar la exposición solar durante el tratamiento al ser fotosensibilizante (Flor et al., 2013).

- Retinoides tópicos: el tazaroteno es la única formulación autorizada. Inhibe los receptores de los retinoides reduciendo la hiperproliferación epidérmica y evitando la diferenciación anormal de los queratinocitos (Valverde et al., 2009).

Su principal inconveniente es la irritación que origina en la zona de aplicación, que se puede disminuir administrándolo en poca cantidad, evitando las regiones perilesionales o combinándolo con un corticosteroide tópico. Está contraindicado en embarazadas al ser teratógeno (Menter et al., 2009).

Existen otros agentes tópicos disponibles para tratar esta enfermedad, como la brea de hulla, el ditranol o el ácido salicílico, pero por su falta de uso y menor eficacia que el resto han pasado a ser una terapia tópica secundaria (Rendon and Schäkel, 2019).

A continuación se expone una tabla con las características diferenciales de los diferentes tratamientos tópicos utilizados en psoriasis (Tabla 2):

Tabla 2. Características diferenciales de la terapia tópica empleada en la psoriasis (Modificado de Flor et al., 2013).

Agente tópico	Eficacia	Tratamiento de inicio	Tratamiento de mantenimiento	Adherencia
Corticoesteroides	++++	+++	+	++
Análogos vitamina D	+++	+++	+++	++
Tazaroteno	++	++	++	++
Ditranol	++	++	Sin datos	Sin datos
Brea de hulla	+	+	Sin datos	Sin datos

4.2 Fototerapia

La fototerapia está indicada para situaciones moderadas y graves. A diferencia de otras terapias no presenta efectos tóxicos sistémicos ni actividades inmunosupresoras, y es eficaz y bien tolerada en la mayoría de los pacientes (Menter et al., 2010).

Tradicionalmente se ha empleado la radiación ultravioleta B (UVB) de banda ancha (BB), pero cada vez es más usual la utilización de la UVB de banda estrecha (NB), por tener mayor tolerabilidad y rapidez de actuación. Otra de las técnicas actuales es la fotoquimioterapia (PUVA) basada en la exposición a la luz ultravioleta A (UVA). Previamente es necesaria la ingesta por vía oral o aplicación tópica de un psoraleno, que tiene función de fotosensibilizante (Flor et al., 2013).

El riesgo fotocancerígeno es mayor en la técnica PUVA que en la UVB-NB, pero la remisión de la enfermedad es mayor. La pauta recomendada es la aplicación de UVB-NB 2-3 veces a la semana, durante 20-30 sesiones. En caso de falta de eficacia durante este periodo se debe cambiar a otro tratamiento sistémico o a PUVA (Menter et al., 2011).

Es posible la combinación de la fototerapia con otro tratamiento tópico o sistémico (metotrexato) favoreciendo la eficacia y reduciendo la exposición a la luz ultravioleta (Menter et al., 2010).

4.3 Tratamientos sistémicos

Los tratamientos sistémicos están indicados en pacientes donde la terapia tópica ha fallado, está contraindicada o han desarrollado reacciones adversas, en pacientes donde ha fracasado la fototerapia o presentan contraindicación, en psoriasis moderada-grave donde la extensión de las lesiones cutáneas sea elevada (*BSA* superior al 10%), en psoriasis inestables, en psoriasis que afecten significativamente a su calidad de vida (*DLQI* superior a 10) o en psoriasis sobre regiones más sensibles y que aporten mayor disfuncionalidad al paciente (eritrodérmica, palmo-plantar) (National Institute for Health and Care Excellence, 2012).

Este grupo terapéutico se puede dividir en dos secciones: a) terapia sistémica tradicional o convencional y b) terapia biológica.

4.3.1 Terapia sistémica tradicional

En este grupo se encuentran disponibles el metotrexato, la ciclosporina, la acitretina y el apremilast.

El metotrexato es el fármaco sistémico de elección por la buena relación coste-efectividad que presenta, la seguridad a largo plazo y su utilidad en artritis psoriásica. La dosis terapéutica recomendada es de 7,5-25 mg/semanales, siendo muy importante tomarlo un único día de la semana. Los efectos adversos más frecuentes que puede producir son hepatotoxicidad, supresión de la médula ósea, neumonitis aguda, fibrosis pulmonar y diversas complicaciones gastrointestinales, que se pueden reducir con la toma conjunta de ácido fólico. Es teratógeno, por lo que está contraindicado en embarazadas, y se debe evitar el embarazo durante 3 meses tras la finalización del tratamiento en mujeres y hombres cuya pareja tenga intención de quedarse embarazada (Menter et al., 2009b).

La ciclosporina es un fármaco que inicia rápidamente su acción, por lo que es muy útil en periodos de brotes y como tratamiento puente para la implantación de otras terapias de mantenimiento. La posología inicial recomendada es de 2,5 mg/kg/día, alcanzando un máximo

de 5 mg/kg/día ante la ausencia de mejoría. Las estrategias terapéuticas pueden ser pautas intermitentes de tratamiento a corto plazo, suspendiéndolas cuando se consiga un blanqueamiento de la lesiones y volviendo a iniciarlas al presentar una recaída o mantener el tratamiento durante un año. Los efectos adversos más comunes son nefrotoxicidad, hipertensión, dislipemia y alteración de los niveles de las enzimas hepáticas. Hay que vigilar las posibles interacciones farmacológicas ya que es metabolizada por el citocromo P450 3A4 (Menter et al., 2009b).

La acitretina pertenece al grupo farmacológico de los retinoides orales. Está indicada para la terapia de la psoriasis pustulosa, tanto la generalizada como palmo-plantar. Su eficacia es mayor en combinación con la fototerapia que en monoterapia. Puede producir aumento de los niveles séricos de transaminasas y triglicéridos. Además, es teratógena, por lo que está contraindicada en embarazadas y se debe realizar una anticoncepción adecuada durante los 3 años siguientes a la finalización de su ingesta (Flor et al., 2013).

El apremilast actúa específicamente inhibiendo la enzima fosfodiesterasa 4. El efecto final que produce es una menor inflamación de la piel y de las articulaciones, mediante el bloqueo de citocinas proinflamatorias y la estimulación de citocinas antiinflamatorias. Está recomendado en casos de psoriasis moderada-grave sin respuesta a terapias anteriores. Los efectos adversos más comunes que puede provocar son: tos, dolor de espalda y abdominal, vómitos e infección de vías respiratorias superiores. Además, es teratógeno, por lo que se tiene que vigilar que la anticoncepción sea adecuada. Está contraindicado en menores de 18 años (Gisoni and Girolomoni, 2016).

Para finalizar este apartado se expone una tabla comparativa de las terapias explicadas (Tabla3):

Tabla 3. Características de la terapia sistémica convencional de la psoriasis (Modificado de Flor et al., 2013; Gisoni and Girolomoni, 2016).

Fármaco	Posología	Vía	Reacciones adversas
Metotrexato	7,5-25 mg/semana 1 toma semanal	Oral Subcutánea Intramuscular	Hepatotoxicidad Toxicidad hematológica Teratogenia
Ciclosporina	2,5-5 mg/kg/día. 2 tomas diarias	Oral	Nefrotoxicidad Hipertensión
Acitretina	25-30 mg/día	Oral	Aumento colesterol y transaminasas Teratogenia
Apremilast	30 mg/2 veces al día Insuficiencia renal grave → dosis máxima: 30mg/día	Oral	Vómito, tos Teratogenia

4.3.2 Terapia biológica sistémica

Las terapias sistémicas biológicas están indicadas en psoriasis moderada-grave de pacientes que no han mostrado mejoría frente a tratamientos sistémicos tradicionales, tienen contraindicado su uso o han desarrollado efectos adversos severos. El avance conseguido con estas terapias se fundamenta en que bloquean etapas claves y específicas de la patogénesis. En España hay siete agentes biológicos actualmente comercializados: etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab y brodalumab (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2019).

En relación a su forma de actuar se pueden diferenciar tres grupos:

- a) Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF α): etanercept (proteína dimérica), adalimumab (anticuerpo monoclonal) e infliximab (anticuerpo monoclonal).
- b) Inhibidores de la respuesta inmune mediada por las interleucinas IL-12 e IL-23: ustekinumab (anticuerpo monoclonal) (Flor et al., 2013).
- c) Inhibidores de la respuesta inmune medida por la interleucina IL-17: secukinumab (anticuerpo monoclonal), ixekizumab (anticuerpo monoclonal humanizado) y brodalumab (anticuerpo monoclonal) (Jeon et al., 2017).

Los efectos adversos que pueden producir son similares en todos los grupos, siendo frecuentes infecciones del tracto respiratorio superior, alteraciones hematológicas y visuales, prurito, erupción cutánea y dolor en el punto de inyección. Se recomienda conservarlos a una temperatura de 2-8º C. En caso de que se produzca una remisión de la enfermedad no existen pautas establecidas que aclaren el momento de suspensión del tratamiento (Bai et al., 2019).

Hay que tener en cuenta ciertas precauciones antes y durante el uso de una terapia biológica:

- Intervenciones quirúrgicas: suspender el tratamiento con anti-TNF α o con inhibidores de la respuesta inmune mediada por la interleucina IL-17 cuatro semanas antes de una intervención de cirugía mayor. En el caso de ustekinumab se recomienda suspenderlo 12 semanas antes (Jeon et al., 2017).
- Infecciones: contraindicado el inicio de terapia biológica en pacientes con infecciones crónicas conocidas, especialmente hepatitis B por riesgo de activación viral (Bai et al., 2019).
- Vacunas: evitar la administración de vacunas vivas o atenuadas en las 2 semanas anteriores al inicio del tratamiento, durante y 6 semanas después de su finalización. En el caso de vacunas inactivadas es segura su aplicación (Asociación Colombiana de Dermatología, 2018).

- **Tuberculosis:** previamente al inicio de la terapia biológica el paciente será sometido a una radiografía de tórax y una prueba de Mantoux. Si el resultado es negativo se le realizará un *booster* a los 7-15 días. Esta prueba es interesante para pacientes que sean mayores de 65 años o tengan prescrito metotrexato, ciclosporina u otros inmunosupresores. Si el resultado de la prueba de Mantoux es positivo se tratará al individuo con isoniazida 300 mg/día durante 9 meses (Bai et al., 2019).
- **Enfermedades desmielinizantes:** en ciertas ocasiones se han producido exacerbaciones de estas enfermedades con la utilización de los anti-TNF α (Asociación Colombiana de Dermatología, 2018).

A continuación, se representan en la Tabla 4 las principales características de las terapias biológicas autorizadas en España:

Tabla 4. Características diferenciales de las terapias biológicas (Modificado Flor et al., 2013; Jeon et al., 2017).

	Anti TNF α	Inhibidores de IL 12/IL-23	Inhibidores de IL 17
Pauta posológica	<p><u>Adalimumab:</u> Semana 0: 80 mg Semana 1: 40 mg > Semana 3: 40 mg/2sem.</p> <p><u>Etanercept:</u> Inducción: 50 mg 2 veces/sem x 12 semanas Mantenimiento: 25 mg 2veces/sem. Ó 50 mg/sem.</p> <p><u>Infliximab:</u> 5 mg/kg semanas 0-6. 5 mg/kg/8 semanas</p>	<p><u>Semana 0 y 4:</u> Peso < 100kg: 45 mg Peso > 100kg: 90 mg <u>Cada 12 semanas:</u> Peso < 100kg: 45 mg Peso >100 kg: 90 mg</p>	<p><u>Brodalumab:</u> Semanas 0-2: 210 mg > Semana 3: 210 mg/2sem.</p> <p><u>Secukinumab:</u> Semana 0-3: 300 mg. >Semana 4: 300 mg/mes.</p> <p><u>Ixekizumab:</u> Semana 0: 160 mg Semanas 2-12: 80 mg >Semanas: 80 mg/4sem.</p>
Vía de administración	<p><u>Adalimumab y etanercept:</u> subcutánea. <u>Infliximab:</u> intravenosa</p>	Subcutánea	<p><u>Secukinumab e ixekizumab:</u> subcutánea <u>Brodalumab:</u> intravenosa</p>
Contraindicaciones	Patologías cardíacas Granulomatosis de Wegener	Infecciones activas	Infecciones de las vías respiratorias

5. Embarazo y lactancia en pacientes psoriásicos

El embarazo es un proceso biológico que está marcado por complejos cambios hormonales y en el sistema inmunitario materno. A lo largo de este periodo el sistema inmune sustituye la regulación de las respuestas llevadas a cabo por células T del tipo Th1 por el grupo Th2. Como consecuencia las enfermedades que sean mediadas por este subgrupo celular empeorarán durante el embarazo, como es el caso del lupus eritematoso (Martina et al., 2017).

La psoriasis es una enfermedad inmunoregulada por numerosos tipos celulares como Th17 y Th1, que presentan niveles inferiores durante el embarazo en comparación con una situación fisiológica normal. Este hecho podría explicar la mejoría que experimentan la mitad de las pacientes con psoriasis durante esta etapa, aunque también son numerosos los casos de empeoramiento (abandono de terapia por miedo a dañar al feto) o mantenimiento estable de la enfermedad. En cambio, la mayoría de mujeres experimentan brotes en el periodo postparto, alcanzando nuevamente el estado basal previo a la mejoría (Martina et al., 2017).

Las comorbilidades que acompañan a la psoriasis como pueden ser la diabetes, el síndrome metabólico o la ECV, sumado a una menor ingesta de vitaminas prenatales o de suplementos de folatos en embarazadas con psoriasis favorecen la aparición de resultados negativos durante el nacimiento (Bandoli et al., 2010).

Existe controversia sobre la relación de la psoriasis con los malos resultados del embarazo, como el parto prematuro, bebés con menor peso al nacer, el aborto espontáneo recurrente o el aumento del parto por cesárea. Algunos estudios apoyaban esta relación, pero otros indicaban que no existían diferencias significativas entre los casos observados en mujeres sanas y en las que presentaban la enfermedad. Tras la realización de numerosos estudios comparativos se concluyó que existe un vínculo entre la gravedad de la psoriasis, el embarazo y el desarrollo de resultados adversos (Bobotsis et al., 2016).

La lactancia materna es una elección que favorece tanto al recién nacido como a la madre. Sin embargo, es común el dolor en los pezones como consecuencia de dermatitis y por la formación de placas de psoriasis ocasionadas por traumatismos continuos (fenómeno de Koebner) (Figura 3). Por estas razones es muy importante el manejo de la psoriasis y de su tratamiento antes, durante y después del embarazo (Porter et al., 2017).



Figura 3. Placas de psoriasis en el pezón durante la lactancia (Gottlieb et al., 2019).

El inicio de la psoriasis coincide en muchas ocasiones con la etapa de mayor fertilidad de la mujer. Por este motivo, los médicos tienen que revisar que la anticoncepción sea adecuada o la prescripción del tratamiento sea compatible con el embarazo y la lactancia, independientemente de las intenciones de planificación familiar (Tabla 5) (Gottlieb et al., 2019).

Tabla 5. Tratamientos disponibles para el manejo de pacientes con psoriasis en el embarazo y la lactancia.

Agentes tópicos	Fototerapia	Agentes sistémicos convencionales	Agentes sistémicos biológicos
Corticoesteroides Análogos de la vitamina D	Luz ultravioleta (UV) de banda estrecha (NB) o banda ancha (BB)	Ciclosporina	<u>1ª elección:</u> Anti TNF α <u>2ª elección:</u> Inhibidores IL-12/IL-23

6. Psoriasis en la infancia y la adolescencia

La psoriasis se puede manifestar a cualquier edad, siendo frecuente su desarrollo en lactantes, niños y adolescentes, suponiendo el 4% de las patologías de piel. Aproximadamente el 30 % de los pacientes presentan la enfermedad antes de los 16 años (Asociación Colombiana de Dermatología, 2018). La prevalencia oscila entre el 0,1 % y el 3,5 %, en función de los factores genéticos y desencadenantes extrínsecos. La posibilidad de presentar psoriasis es mayor si uno o ambos progenitores tienen la enfermedad (Fotiadou et al., 2014).

El bienestar global de este conjunto poblacional se ve afectado como consecuencia de cambios sustanciales en el desarrollo, convirtiéndolos en un grupo vulnerable. La timidez o vergüenza por las lesiones cutáneas interfieren en su vida social, en el colegio y en el deporte (De Jager et al., 2011). Para evaluar el nivel de afectación que producía la psoriasis en su vida diaria se elaboró el índice de calidad de vida de dermatología infantil (*CDLQI*) (Bronckers et al., 2015).

En relación al tratamiento no existen guías estandarizadas con las pautas recomendadas para este grupo poblacional. Por lo tanto, a la hora de prescribir un tratamiento se tiene que tener en cuenta el tipo de psoriasis, la gravedad, la edad del paciente, las comorbilidades, el nivel de

afectación de la calidad de vida, así como los efectos adversos observados en adultos (Klufas et al., 2016).

Afortunadamente, la mayoría de pacientes pediátricos responden de forma adecuada al tratamiento tópico, considerándose de primera línea. Ante la falta de eficacia se sustituiría por terapia sistémica convencional, al tratarse de una psoriasis moderada-grave. La falta de ensayos a largo plazo con agentes biológicos mantiene la incertidumbre sobre la seguridad de esta terapia en niños y adolescentes. Sin embargo, un estudio realizado en 2008 evaluó la efectividad y seguridad de etanercept en niños mayores de 8 años, aprobándose su uso en Europa para este grupo poblacional (Asociación Colombiana de Dermatología, 2018).

II. OBJETIVOS

La psoriasis es una enfermedad cada vez más común en nuestra sociedad, alcanzando una incidencia global del 2% de la población. En la última década se ha logrado un gran avance en el entendimiento de su base etiológica, lo que ha permitido el estudio y elaboración de nuevos agentes que actúen concretamente en etapas específicas y claves del desarrollo de la enfermedad. Además, se está trabajando en conseguir una mayor integración social de este conjunto de individuos a través de la comprensión de su afectación física y sobre todo psicológica.

Por estos motivos los objetivos que se plantean en este proyecto son los siguientes:

- Revisión bibliográfica de la etiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico de la psoriasis.
- Revisión bibliográfica de los diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos existentes en la actualidad.
- Elaboración de un manual de ayuda al paciente que le permita comprender mejor su enfermedad.
- Elaboración de un tríptico para el paciente con psoriasis que acude a la oficina de farmacia.

III. METODOLOGÍA

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha buscado información en diferentes fuentes de conocimiento.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda general en diferentes bases de datos como *PubMed*, *MedLinePlus* y *Scopus*. Para ello utilizamos la palabra “psoriasis”, pero debido a la gran cantidad de artículos que se obtuvieron relacionados con el tema, se filtró la búsqueda seleccionando las revisiones y una antigüedad reciente, concretamente desde el año 2009 hasta el actual. Una vez obtenida una idea global, se realizaron nuevas búsquedas utilizando palabras como “psoriasis etiology”, “psoriasis diagnosis”, “psoriasis clinical manifestations”, “psoriasis treatment”, entre otras, para así obtener información más detallada y específica de diferentes aspectos de la enfermedad.

A continuación, se buscó información en la web de la Asociación Española de Dermatología y Venereología sobre la calidad de vida de los pacientes con psoriasis y cómo valorar la intensidad y gravedad de la enfermedad. También resultó de gran utilidad la guía de práctica clínica elaborada por la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica para obtener información sobre las manifestaciones clínicas, cómo actuar clínicamente en pacientes con esta enfermedad, la relación con las comorbilidades más comunes, así como los tratamientos convencionales y los avances en nuevos tratamientos. Además, se consultó la web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para obtener las fichas técnicas de los medicamentos utilizados en las diferentes terapias de la psoriasis.

Por último, fueron de gran utilidad una serie de artículos, guías y manuales elaborados por la organización Acción Psoriasis para entender la vida diaria de los pacientes con psoriasis, cómo afecta la enfermedad a su día a día, las actividades que pueden o no realizar y numerosos consejos para ayudarlos a sobrellevar de la mejor forma posible la enfermedad.

IV. RESULTADOS

En las siguientes páginas se expone una guía orientada al paciente con psoriasis, compuesta por numerosas preguntas y respuestas con el fin de facilitar su comprensión y hacerla lo más dinámica y atractiva posible para el paciente. En la primera parte, se recogen preguntas relacionadas con aspectos generales de la enfermedad, los síntomas característicos que pueden aparecer y el motivo por el cual lo hacen, así como la forma de diagnosticarla y las alternativas terapéuticas actuales. La parte central de la guía está dedicada a los hábitos particulares que deben seguir los pacientes con psoriasis, abarcando aspectos como la higiene, el tipo de alimentación o el tipo de ejercicio físico. Además, se incluyen situaciones cotidianas que le pueden surgir a cualquier persona en las diferentes etapas de su vida y la mejor forma de afrontarlas. Finalmente, se incluye información relacionada con las investigaciones que se están llevando a cabo sobre la terapéutica de la enfermedad, además de diferentes asociaciones que ofrecen sus servicios para intentar resolver cualquier problema vinculado con la psoriasis.

Esta guía se ha considerado un apartado independiente dentro del propio proyecto. Por este motivo, se han numerado las figuras y tablas de forma autónoma al resto de secciones. Sin embargo, las referencias bibliográficas utilizadas tanto para el texto como para las figuras y las tablas de la presente guía, aparecerán en el apartado de la bibliografía del proyecto general, como consecuencia de la falta de espacio.

INFORMACIÓN Y CONSEJOS PARA PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA PSORIASIS



Con la colaboración de:



Manual para el paciente con psoriasis: ¿Conozco realmente la enfermedad?

La elaboración de esta guía tiene como **objetivo contestar las posibles preguntas** que puedan plantearse los pacientes con psoriasis sobre los diferentes aspectos de su enfermedad. Se hará especial hincapié en las cuestiones **relacionadas con la terapéutica**, ya que es una de las enfermedades dermatológicas que presenta una mayor inversión financiera, facilitando este hecho la aparición de nuevos agentes destinados a combatirla (Ribera, 2009).

Otra de las causas que han impulsado su confección ha sido **ayudar al paciente** a mantenerse informado para que pueda dialogar con su dermatólogo sobre la elección de los posibles tratamientos. Los pacientes con mayores conocimientos serán más adherentes, porque entenderán mejor la terapéutica que se les ha prescrito y se cumplirán sus expectativas relacionadas con la eficacia y seguridad de la misma (Ribera, 2009b).

1. Psoriasis: ¿Sabemos realmente lo que es?

Se puede definir como una **enfermedad inflamatoria** que se manifiesta en múltiples zonas de la **piel**, afectando también a las **articulaciones**. El origen no se sabe con exactitud, sin embargo se produce como consecuencia de una desregulación del sistema inmunológico. Su **curso es crónico**, por lo que no existe actualmente un tratamiento que cure totalmente la enfermedad (al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas como la diabetes), pero es posible alcanzar un control bastante efectivo de la misma. **No es infecciosa**, por lo que no se contagiarán familiares ni amigos (Ribera, 2018).

2. ¿Será la psoriasis igual durante toda mi vida?

Al igual que ocurre en otras enfermedades, la psoriasis se manifestará de manera **diferente en cada paciente**. Un mismo individuo puede desarrollar diferentes formas clínicas de la enfermedad a lo largo de su vida, alternándose periodos de brotes con etapas de ausencia de lesiones cutáneas. Por estos motivos, es imprescindible que el **tratamiento** sea **individual y personalizado** (Mounsey and Kulakov, 2018).

3. ¿Cómo puede manifestarse la psoriasis en mi cuerpo?

La enfermedad se puede desarrollar de diversas formas que se definen como:

- **En placas:** aparecerá prácticamente en la totalidad de las personas a lo largo de la vida. Se caracteriza por presentar **placas rojas, gruesas y cubiertas de escamas** de color blanco, cuya longitud se encontrará bien delimitada a lo largo de la piel. Pueden desarrollarse en **cualquier parte del cuerpo**, pero lo harán con mayor

frecuencia en las rodillas, los codos, el cuero cabelludo y en el límite inferior de la espalda (Figura 1A) (Bilal et al., 2018).

- **En gotas:** surgirá como consecuencia de una **infección respiratoria** en las vías altas. Las **lesiones cutáneas** son muy **pequeñas** y se encuentran **dispersas** a lo largo de todo el individuo, especialmente en **el tronco** y **las extremidades**. Suelen desaparecer espontáneamente transcurridos 3-4 meses. Es la forma más común en la infancia y la adolescencia (Figura 1B) (Bens et al., 2012).
- **Intertriginosa:** es una de las formas más particulares de la psoriasis, ya que presenta **lesiones** de color **rojo vivo, sin la presencia de escamas** e incluso pueden aparecer fisuras. Se puede manifestar en **pliegues** como las axilas, la región interglútea, las ingles o la zona inferior de los pechos (Ribera, 2018).
- **Pustulosa:** se diferencian dos tipos, la **forma generalizada** que se desarrolla por toda la **superficie cutánea** y la **forma palmo-plantar** que aparece específicamente en las **palmas y plantas**. En ambos casos las **placas cutáneas** tendrán **granos de pus** sobre las mismas, además de presentar mayor sequedad y agrietamiento de las heridas. La forma generalizada es grave y requiere intervención médica de urgencia, aunque es poco común (Flor et al., 2013).
- **Eritodérmica:** las **lesiones cutáneas** se encuentran extendidas prácticamente por **todo el individuo**, con una **inflamación generalizada**. Será necesario el ingreso hospitalario del paciente al considerarse una forma grave de la psoriasis, pero por fortuna poco frecuente. Normalmente aparece como consecuencia del abandono terapéutico de forma no gradual o por el control inadecuado de la enfermedad (Grozdev et al., 2014).
- **Ungueal:** el daño en la uña se puede manifestar de **diferentes formas según el individuo**. Pueden presentar pequeñas picaduras similares a las señales de un dedal, así como aumento del grosor y deformación de la uña, aunque también se pueden observar manchas amarillentas derivadas de despegarse la uña de su lecho. Estas lesiones normalmente **acompañan a otras formas de la enfermedad** y no suelen aparecer de forma aislada. Suele preocupar al paciente por la visibilidad de las lesiones (Pasch, 2016).
- **Artritis psoriásica:** es muy común en la **mayoría de los pacientes con psoriasis**. Frecuentemente se desarrollan antes las lesiones cutáneas, aunque en ciertos casos surgirá con anterioridad el daño articular. Se caracteriza por afectar a las

articulaciones en forma de **dolor, inflamación y rigidez** (Figura 1C) (Mounsey and Kulakov, 2018).

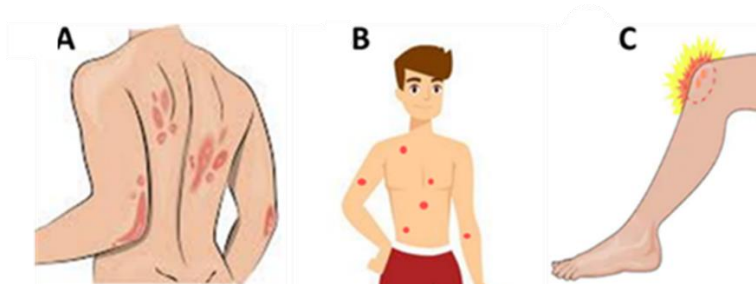


Figura 1. Representación de las principales manifestaciones de la psoriasis.

4. ¿Cuáles son los síntomas característicos de las lesiones cutáneas en la psoriasis?

Al inicio de la enfermedad es característico que el paciente pueda presentar **picor**, como consecuencia de una mayor inflamación, rojez y sequedad de la piel (Botti et al., 2012).

En situaciones leves se puede conseguir una **mejora** de esta dolencia con las siguientes indicaciones:

- ❖ **Administración de crema hidratante enfriada.** Se debe evitar la aplicación de hielo para prevenir la formación de quemaduras y favorecer de esta forma la aparición de psoriasis (Elewski et al., 2019).
- ❖ **Aplicación de apósitos de manzanilla o gel de aloe vera,** por su marcada acción antiinflamatoria y sedante (Ribera, 2018).
- ❖ **Es preferible baños en lugar de duchas.** La temperatura no debe ser elevada y es aconsejable añadir sustancias como avena por su efecto relajante e hidratante (Ribera, 2009b).

Además de los consejos para reducir el picor una vez instaurado, se puede **prevenir** con ciertas medidas en nuestra vida diaria:

- a) Usar **geles** para el baño con **pH neutro** o ligeramente **ácido 4-4,5**.
- b) Utilizar **ropa de algodón** en vez de sintética y preferiblemente que sea ancha.
- c) Tener las **uñas debidamente recortadas** y procurar rascarse con las yemas de los dedos.
- d) **Uso de guantes** cuando se trabaje con detergentes o productos de limpieza (Elewski et al., 2019).

Otro de los síntomas que pueden aparecer es una marcada **descamación** de la piel. Esta manifestación se produce como consecuencia de una baja hidratación cutánea. Por ello se

recomienda el [uso de cremas emolientes con queratolíticos](#) (ácido salicílico o urea), para reestablecer la hidratación y reducir o eliminar la descamación (Jagdish et al., 2020).

Por último, es probable que los pacientes desarrollen **dolor** cuando las lesiones cutáneas se agrieten, debido a una [mayor sequedad](#). Se produce principalmente en las heridas de las palmas, de las plantas, del cuero cabelludo y de las uñas (Ribera, 2018).

5. ¿Por qué se originan las lesiones cutáneas en la psoriasis?

La piel es un órgano que tiene una función protectora frente a agentes externos. Está formada por numerosas capas, aunque es la epidermis (capa más superficial) la que intervendrá en el compromiso cutáneo. La epidermis está formada por unas células denominadas **queratinocitos**, que se renuevan periódicamente cada mes, pero en la psoriasis este [proceso de renovación](#) se encuentra [acelerado](#) y ocurre aproximadamente cada 4 días (Boehncke, 2015).

La explicación a este fenómeno se encuentra en unas células presentes en la sangre llamadas **linfocitos T**. Estas células se encuentran de forma natural en todas las personas y se activan para proporcionar protección frente a infecciones. En el caso de la psoriasis se encuentran activadas de forma indebida, favoreciendo la [dilatación de los vasos sanguíneos](#) de la piel (originan el color rojo en la lesión cutánea) y una mayor [acumulación de los queratinocitos](#) en la epidermis. La mayor preocupación del paciente es el picor que le ocasiona, pero sobre todo la aparente suciedad en la piel (Figura 2) (Grän et al., 2020).

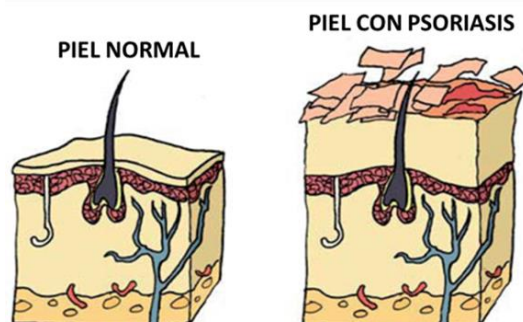


Figura 2. Comparación de piel normal frente a piel con psoriasis (Modificado de Ribera, 2009b).

6. ¿Qué personas tienen mayor riesgo de desarrollar la psoriasis?

Los individuos que tengan familiares cercanos con psoriasis presentarán una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad, alcanzando valores del 50% en casos donde ambos progenitores tengan la patología. El **factor hereditario** es muy importante en la psoriasis, pero no es el único desencadenante, ya que es necesario que se produzcan **acontecimientos externos** que activen la enfermedad. Los sucesos más frecuentes que favorecen su desarrollo son [infecciones](#) (particularmente respiratorias), [heridas o traumatismos](#) en la piel, ciertos [medicamentos](#) como

los mostrados en la Tabla 1 y **eventos psicológicos** como la ansiedad o la depresión (Liang et al., 2017).

Tabla 1. Medicamentos que favorecen la aparición de la psoriasis (Asociación Colombiana de Dermatología, 2018)

Acetazolamida	Cloroquina	Hidroxicloroquina	Propranolol
Amiodarona	Corticoesteroides	Indometacina	Terbinafina
Amoxicilina	Ciclosporina	Litio	
Ampicilina	Diclofenaco	Penicilina	
Ácido acetilsalicílico	Diltiazem	Yoduro de potasio	

La psoriasis puede **aparecer a cualquier edad**, aunque es más frecuente que lo haga entre la **segunda y la tercera década de la vida**, implicando de **igual forma a mujeres y a hombres**. En numerosas ocasiones los pacientes se aíslan porque piensan que tienen una enfermedad rara, pero no es así, ya que afecta aproximadamente al 2% de la población mundial y se han diagnosticado más de un millón de casos en España (Ferrándiz et al., 2011).

7. Diagnóstico de la psoriasis: ¿Es clave para controlar la evolución de la enfermedad?

Las personas que hayan observado la aparición de lesiones en la piel de origen desconocido deben acudir a su dermatólogo, para que éste las inspeccione y les confirme la presencia o ausencia de psoriasis. Es fundamental acudir al médico con la mayor brevedad posible, porque un **diagnóstico temprano** facilita el control de la enfermedad (Arnone et al., 2019).

El dermatólogo realizará un **diagnóstico fundamentalmente clínico**, observando con detenimiento las lesiones cutáneas, sobre todo en las zonas donde aparecen con mayor frecuencia: **codos, rodillas, cuero cabelludo y uñas**. Hay casos que resultan difíciles de diagnosticar, debido a una manifestación menos frecuente de la enfermedad o en zonas poco comunes. En estas situaciones se recurre a visualizar al microscopio una pequeña muestra de la piel (**biopsia**). El médico también realizará preguntas al paciente sobre si ha desarrollado **molestias en las articulaciones**, derivándolo al reumatólogo en caso afirmativo (Figura 3) (Kim et al., 2017).

Una vez determinado si el paciente padece psoriasis u otro tipo de patología dermatológica, el médico clasificará la enfermedad como **leve, moderada o grave**. Para ello, valorará la extensión de las heridas, el grosor, la inflamación, la menor o mayor presencia de escamas en la superficie corporal, las zonas donde se encuentran y el impacto que han tenido en su bienestar físico, social y psicológico (Flor et al., 2013).



Figura 3. Diagnóstico clínico de la psoriasis (Dudzinska, 2019).

8. ¿Existe tratamiento para la psoriasis?

En la última década ha habido un gran avance en la terapia indicada para la psoriasis, aunque actualmente **no existe ningún tratamiento que la cure de forma definitiva**. Los últimos descubrimientos han permitido alcanzar un gran control de la misma, marcándose como objetivos la disminución o desaparición de las lesiones cutáneas (“**blanqueamiento**”), mejorando de esta forma la calidad de vida de los pacientes (Schleicher, 2016).

8.1 Tratamientos tópicos

Están indicados para situaciones de **psoriasis leve** y tienen un **efecto local** sobre la piel, por lo que disminuye la posibilidad de efectos adversos como consecuencia de absorción sistémica. Incluyen diversas formas de aplicación como **champús, lociones, pomadas, geles o ungüentos**, cuya elección dependerá de la sensibilidad que tenga la región afectada y de la extensión de las lesiones cutáneas. Estas presentaciones contendrán el principio activo prescrito, que pueden ser **corticosteroides, análogos de la vitamina D, ditranol o brea de hulla** (Figura 4) (Rendon and Schäkel, 2019).

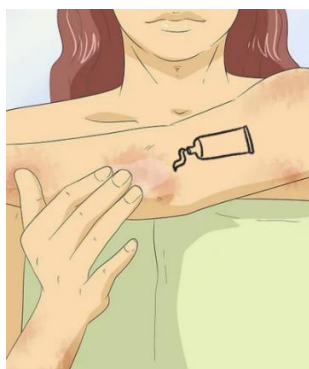


Figura 4. Aplicación del tratamiento tópico para la psoriasis.

8.2 Fototerapia

Esta técnica consiste en la exposición de las lesiones de la piel a **radiación ultravioleta**, que puede ser de dos tipos: a) Luz ultravioleta B de banda estrecha (**UVB-BE**) y b) Luz ultravioleta A, previa administración de un fármaco llamado psoraleno (**PUVA**). También se recomienda tomar

el sol de forma adecuada, evitando las horas centrales del día para así prevenir quemaduras que favorezcan la aparición de la psoriasis. Está indicada en **casos leves** o en combinación con otros agentes terapéuticos en **situaciones moderadas o graves**. En el caso de **PUVA** está **contraindicada en embarazadas**, porque puede provocar daños en el feto (Figura 5) (Flor et al., 2013).



Figura 5. Fototerapia (Acción Psoriasis, 2015).

8.3 Tratamientos sistémicos

La terapia sistémica abarca diversas formas de administración, desde la forma oral (cápsulas, comprimidos), a inyecciones en el músculo (intramuscular), en el tejido graso (subcutáneas) o en las venas (en este caso requiere hospitalización para su administración). Estos grupos terapéuticos están indicados para la **psoriasis moderada-grave**. Se pueden dividir en dos secciones:

- a) **Tratamiento sistémico convencional** (metotrexato, ciclosporina, acitretina y apremilast)

En este grupo es necesaria la realización de **exámenes periódicos del paciente**, ya que se pueden producir efectos adversos, por ello es recomendable efectuar análisis de sangre y mediciones de la presión sanguínea de forma rutinaria, así como evitar la ingesta de alcohol durante el tratamiento. El **metotrexato**, la **acitretina** y el **apremilast** están **contraindicados en embarazadas** por el daño que pueden originar en el feto (Kim et al., 2017).

- b) **Tratamiento sistémico biológico** (etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab y brodalumab) (Osmancevic and Stähle, 2017).

Este grupo terapéutico es el más novedoso y ha supuesto un **gran avance en el control de la psoriasis**. Se denomina terapia biológica porque son agentes farmacológicos compuestos de proteínas muy similares a las humanas, elaborados mediante biología molecular. Actúan sobre **etapas claves y específicas** de la activación de la enfermedad, corrigiendo la desregulación del sistema inmune (Figura 6) (Rendon and Schäkel, 2019).







Figura 6. Administración subcutánea del tratamiento biológico de la psoriasis.

Antes de comenzar la terapia biológica es necesario tomar una serie de **precauciones**:

- 1) Evitar su administración cuando el paciente tenga **infecciones activas**. También se encuentra contraindicada en individuos con tuberculosis (Flor et al., 2013).
- 2) No se deben administrar **vacunas vivas** antes, durante y 6 meses después de finalizar el tratamiento con agentes biológicos. En el caso de **vacunas inactivadas** es segura su aplicación (Kim et al., 2017).
- 3) Está contraindicada en casos de pacientes que tengan antecedentes de **cáncer, enfermedades neurológicas degenerativas e inmunodeficiencias** (Ribera, 2018).
- 4) Suspender el tratamiento en caso de **intervención quirúrgica mayor**. Dependiendo del fármaco el tiempo de suspensión variará, por lo que debe ser indicado por el médico (Flor et al., 2013).

A continuación, se expone a modo de resumen y de aclaración la Tabla 2, en la que se agrupan las diferentes terapias desarrolladas a lo largo de este apartado:

Tabla 2. Resumen de los diferentes tratamientos autorizados para tratar la psoriasis.

Tratamientos tópicos	Fototerapia	Tratamiento sistémico convencional	Tratamiento sistémico biológico
Corticoesteroides Análogos de la vitamina D Ditranol Brea de hulla 	Luz ultravioleta de banda estrecha (UVB-BE) Luz ultravioleta A + psoraleno (PUVA) 	Metotrexato Ciclosporina Acitretina Apremilast 	Etanercept Adalimumab Infliximab Ustekinumab Secukinumab Ixekizumab Brodalumab 

9. ¿Qué opción terapéutica es la más idónea para cada paciente con psoriasis?

La elección del tratamiento es **individual y personalizada**, es decir, no existe una guía clínica universal para todos los pacientes con psoriasis, ya que el comportamiento de la enfermedad es diferente en cada individuo (Jagadish et al., 2020).

El **dermatólogo** evaluará las lesiones de la piel, determinando la extensión de las mismas, las zonas donde se han producido, la gravedad de los brotes, la inflamación y la descamación que presentan las heridas. También analizará la edad del paciente, el tratamiento que tengan prescrito para otras enfermedades, el estilo de vida, la presencia o ausencia de dolor articular, la ineficacia de tratamientos anteriores y el impacto de la psoriasis en la calidad de vida de la persona. Teniendo en cuenta todas estas variables elegirá la opción terapéutica más adecuada (Florek et al., 2018).

Cada vez es más importante que en el momento de la elección del tratamiento el **paciente** se muestre **activo** con el dermatólogo, le pregunte todas las cuestiones que puedan surgirle y no se limite a aceptar la terapia elegida por el médico. De este modo, el paciente entenderá de mejor forma qué clase de terapia va a iniciar, cuál es su duración y qué expectativas podrá tener de la misma. Como consecuencia **cumplirá mejor la pauta prescrita** y el **tratamiento** tendrá una **mayor eficacia** (Ribera, 2009).

10. ¿Influye el tratamiento de la psoriasis en el resto de mi medicación habitual?

A los pacientes con psoriasis les puede surgir la duda de si su tratamiento antipsoriásico es compatible con otros fármacos que toman de forma diaria. **Dependiendo de la terapia** que tengan prescrita deberán seguir unas recomendaciones u otras. En cualquier caso, deben consultar con su dermatólogo la inclusión de cualquier medicamento para otra patología, ya que es su especialista quién puede aconsejarle de la mejor forma posible (Rendon and Schäkel, 2019).

En el caso de la terapia tópica o de la fototerapia, es muy poco probable que exista algún tipo de interacción con otros medicamentos. Esto es debido a la actuación local y restringida tanto de los agentes tópicos como de la radiación ultravioleta. Sin embargo, los diferentes **tratamientos sistémicos** pueden **aumentar o disminuir la eficacia** de otras terapias, así como provocar **efectos adversos** derivados de la interacción medicamentosa. Concretamente, es la **terapia sistémica convencional** la que puede ocasionar esta variedad de efectos indeseables, ya

que la terapia biológica actúa de forma específica en dianas claves de la patogénesis de la enfermedad (Asociación Colombiana de Dermatología, 2018).

A continuación, se exponen en la Tabla 3 los principales fármacos que pueden interactuar con la terapia sistémica convencional de la psoriasis:

Tabla 3. Principales interacciones de medicamentos habituales con la terapia sistémica convencional de la psoriasis (Modificado de Asociación Colombiana de Dermatología, 2018).

AINE	Ranitidina
Antibióticos: sulfamidas, tetraciclinas, dapsona, aminoglucósidos, anfotericina B y vancomicina	Anticoagulantes: warfarina
Neurolépticos: fenotiacinas	Antifúngicos: ketoconazol
Antiepilépticos: fenitoína	Antihipertensivos: verapamilo y diltiazem

11. Tengo psoriasis, ¿Cómo influye en mi calendario de vacunación?

Los pacientes con psoriasis tienen que seguir unas **recomendaciones especiales** respecto a las vacunas, ya que determinadas terapias pueden reducir la efectividad de las mismas o es posible el aumento de efectos adversos en individuos en los que recientemente se les ha administrado una vacuna. Sin embargo, esto no ocurre con la totalidad de los tratamientos indicados para la psoriasis. Los pacientes que tengan prescritos **agentes tópicos, sistémicos convencionales o fototerapia** no tendrán que seguir ningún tipo de advertencia especial respecto a la población general, simplemente deben **seguir el calendario de vacunación** implantado por su comunidad autónoma (Carrascosa, 2014).

El problema surge con la **terapia biológica**, ya que los pacientes pueden tener su sistema inmune un poco alterado como consecuencia del tratamiento (Asociación Colombiana de Dermatología, 2018). Por ello, existen una serie de **recomendaciones** que deben seguir:

- A.** Está **contraindicada la aplicación de vacunas vivas o atenuadas** durante el tratamiento biológico. Este tipo de vacunas incluyen: **varicela, triple vírica, polio, fiebre amarilla, fiebre tifoidea y tuberculosis**. Además, hay que espaciar 4 semanas la administración de la vacuna con el inicio del tratamiento y esperar 3 meses desde la finalización de la terapia hasta la aplicación de una nueva vacuna (Carrascosa, 2014).
- B.** Las **vacunas inactivadas no presentan ninguna interacción** con la terapia biológica, por lo que se administrarán atendiendo al calendario vacunal de cada comunidad autónoma. En este grupo se encuentran las vacunas de la **rabia, gripe, hepatitis A**, entre otras (Carrascosa, 2014).

12. ¿Favorece la psoriasis la aparición o agravamiento de otras patologías?

La psoriasis es una **enfermedad sistémica**, aunque la manifestación principal sea en la piel y en las articulaciones. Cuando no se encuentra bajo control produce inflamación a nivel de todo el organismo, favoreciendo de esta forma la aparición de patologías como la **obesidad**, la acumulación de grasa en las arterias (**aterosclerosis**), la **hipertensión**, la **dislipemia** o la **diabetes**. En su conjunto, estas enfermedades reciben el nombre de **síndrome metabólico**, que aumentan la probabilidad de padecer un evento cardiovascular (Figura 7). Por estos motivos, es muy importante revisar periódicamente al paciente para comprobar que el tratamiento continúa siendo eficaz, además tener un **estilo de vida saludable** y adecuado para la psoriasis (Gisoni et al., 2018).

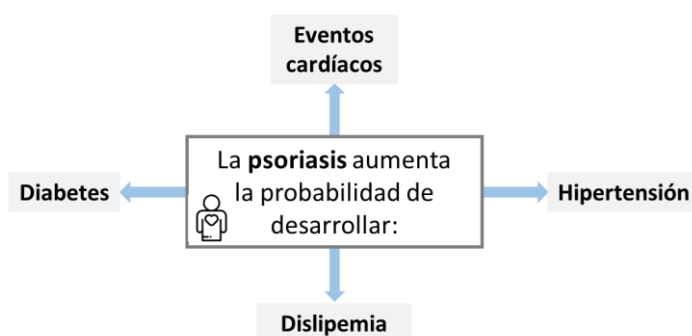


Figura 7. Enfermedades que pueden acompañar a la psoriasis.

13. ¿Cómo se puede reducir el estrés en pacientes con psoriasis?

El estilo de vida actual está provocando un aumento de los casos diagnosticados de estrés, no sólo en personas con psoriasis, sino en toda la población. El **estrés** afecta al sistema nervioso, pero en la psoriasis también supone un agravamiento de las lesiones cutáneas. En muchas ocasiones resulta difícil controlarlo, debido a los numerosos problemas personales, laborales o sociales que pueden presentar los pacientes, pero existen técnicas de relajación que pueden ayudar a reducirlo. Algunas de las más recomendadas son el **taichí**, el **yoga**, el **pilates** o los **ejercicios de meditación** (Figura 8) (Acción Psoriasis, 2014).



Figura 8. Actividades de relajación para reducir el estrés en personas con psoriasis (Acción Psoriasis, 2020).

14. ¿Cómo se puede disminuir el dolor asociado a la psoriasis y a la artritis psoriásica?

En el caso de la psoriasis uno de los principales motivos por los que se puede producir dolor es como consecuencia de las **fisuras** que se originan en las heridas cutáneas. La causa principal es una deficiente hidratación, por lo que para prevenirlo se recomienda el uso de **cremas hidratantes**.

En la **psoriasis intertriginosa** es posible que se formen **grietas** en el interior de los pliegues (axila, ingles, zona inferior de los senos). La actuación adecuada sería secar la zona afectada y aplicar **pomadas** a base de esteroides, que son similares a las utilizadas en la dermatitis como consecuencia del pañal. En situaciones de **dolor general** en la piel o en las uñas, está pautado el uso de **analgésicos comunes**, pero siempre prescrito por el médico (Gálvez, 2016).

En la **artritis psoriásica** el dolor puede tener su origen en la inflamación de alguna articulación. Una de las posibles recomendaciones es la **inmovilización de la articulación** afectada a través de una férula. De forma general, y particularmente en esta enfermedad, es fundamental realizar **ejercicio físico** para mantener la movilidad de las articulaciones, siendo en numerosos casos más importante que el propio tratamiento farmacológico. Se recomiendan actividades como la natación o caminar, evitando el deporte de contacto, ya que aumenta el riesgo de producir traumatismos y favorecer el agravamiento de la psoriasis. La terapia farmacológica de elección dependerá de la intensidad que tenga el dolor, de si se trata de una forma aguda o crónica y de la zona afectada. Teniendo en cuenta todas estas variables, el reumatólogo seleccionará el analgésico y antiinflamatorio más adecuado (Gálvez, 2016).

15. Además de afectarme a nivel físico, ¿Perjudicará la psoriasis a mi estado psicológico?

Los pacientes con psoriasis sienten una gran preocupación por la visibilidad de las lesiones cutáneas al realizar sus tareas diarias, por lo tanto el impacto sobre el estado psicológico variará **en función del individuo**. En algunos casos pueden sentirse aislados y pensar que tienen una enfermedad rara, disminuyendo su **actividad familiar, laboral y social**. Estos hechos pueden influir en su calidad de vida y llegar a desarrollar depresión y ansiedad, favoreciendo el consumo de alcohol y tabaco y, consecuentemente, el agravamiento de la psoriasis (Palijan et al., 2017).

Es muy importante que en situaciones de aislamiento social acudan a un **psicólogo**, para que les ayude a **integrarse en la sociedad** y dejen de pensar que se tratan de personas raras. Además,

mejorará las situaciones de depresión y de ansiedad, ayudando de esta forma a controlar la enfermedad (Figura 9) (Ribera, 2009).



Figura 9. Atención psicológica en pacientes con psoriasis.

16. ¿Es la psoriasis la causante de mi insomnio?

Es probable que el paciente experimente alteraciones del sueño desde que se le diagnosticó la psoriasis y no sepa por qué le ocurren. Un estudio realizado sobre este tema por la organización “Acción Psoriasis” identificó hasta un **40% de casos de insomnio** en individuos que padecen la enfermedad. No existe una explicación fisiológica que relacione ambos hechos, pero probablemente sea consecuencia de una mayor preocupación por **problemas sociales o laborales** relacionados con la enfermedad, por la **falta de eficacia del tratamiento actual** o por una mayor dificultad para desempeñar **actividades rutinarias** (Cantalejo, 2016).

Para evitar estos problemas relacionados con el sueño, es recomendable tomar ciertas medidas y hábitos en la vida diaria del paciente. Estos simples consejos le ayudarán a relajarse y conciliar el sueño más rápidamente (Figura 10) (Cantalejo, 2016).

Consejos para ayudar a conciliar el sueño

1. Hacer ejercicio de forma rutinaria según las posibilidades de cada paciente.
2. Dieta equilibrada y saludable, como la Dieta Mediterránea.
3. Evitar siestas de larga duración.
4. No tomar bebidas estimulantes, ni comida en abundancia en horas nocturnas
5. Programar una rutina previa a la hora de acostarse, que ayudará psicológicamente al organismo a prepararse para dormir.
6. Tener una hora fija para acostarse, evitando que sea excesivamente tarde.
7. Relajarse antes de dormir, por ejemplo con la lectura.
8. Desconectar aparatos electrónicos (Tv, móvil) un poco antes de acostarse.
9. Procurar usar ropa agradable para dormir y que sea holgada.
10. Tener un ambiente relajante y tranquilo en la habitación.

An illustration of a woman in a purple top and black pants standing next to a circular diagram. The diagram contains four icons: an apple, a clock, a dumbbell, and a heart with a pulse line.

Figura 10. Consejos para evitar el insomnio en pacientes con psoriasis (Modificado de Cantalejo, 2016).

17. ¿Qué tipo de higiene es adecuada para personas con psoriasis?

La psoriasis no se produce como consecuencia de una mala higiene, pero es fundamental que el paciente (al igual que el resto de la población) cuide de forma adecuada su piel. Una **mala higiene** aumenta el riesgo de **infecciones**, que podrían favorecer el desarrollo de la psoriasis, además de beneficiar la **acumulación de escamas** en las lesiones cutáneas, impidiendo así la penetración de los agentes tópicos y, como consecuencia, disminuyendo su efectividad (Ribera, 2018).

Otra duda habitual es sobre la **frecuencia de lavado** que tienen que seguir estas personas. Debe ser **igual al resto de la población**, ya que una aplicación excesiva de jabón sobre la zona afectada puede incrementar la deshidratación y sequedad de la misma (Ribera, 2009b).

A continuación, se muestran una serie de consejos para intentar resolver las posibles dudas que puedan surgir sobre diferentes aspectos de la higiene de estos pacientes (Figura 11):

Consejos para mantener una buena higiene en personas con psoriasis

1. Se recomienda usar geles de baño no agresivos, con pH de 4-4,5.
2. Evitar aplicar colonias o perfumes sobre la piel afectada, ya que pueden incrementar la sequedad.
3. Tomar baños de agua templada con extractos de avena, que favorecen la relajación de la persona.
4. Conservar la piel bien hidratada, usando productos como leches hidratantes, evitando de esta forma la sequedad cutánea.
5. Utilizar champús suaves para el cuero cabelludo.
6. Mantener cuidadas las uñas, evitando la manicura.
7. Se aconseja administrar los agentes tópicos tras el baño para favorecer su penetración.




Figura 11. Consejos higiénicos para pacientes con psoriasis (Modificado de Ribera, 2018).

18. ¿Qué técnicas de depilación o afeitado son adecuadas para pacientes con psoriasis?

Al igual que el resto de la población, las personas que padecen psoriasis requieren afeitarse (particularmente los hombres) y pueden acudir a métodos de depilación, sobre todo en épocas cercanas a la primavera y verano (Del Río, 2014).

En el caso concreto del **afeitado**, se recomienda utilizar **métodos no agresivos** y aplicar una **crema calmante** y que minimice la descamación facial, previamente y tras finalizar el afeitado. También se aconseja evitar el uso de colonias con alcohol que puedan irritar la piel (Del Río, 2014).

En referencia a la **depilación**, existen diversas técnicas o métodos para su ejecución. La crema depilatoria, la cera (tanto fría como caliente), la cuchilla y la depilación eléctrica están contraindicadas en pacientes con psoriasis, debido al posible traumatismo que pueden producir en la piel y consecuentemente agravar las lesiones cutáneas. En cambio, la **depilación láser** sí se recomienda para este sector de la población. Se deben tomar una serie de **precauciones**, como evitar realizar la depilación en zonas de la piel con lesiones activas o esperar a conseguir el blanqueamiento de las heridas con el tratamiento farmacológico antes de iniciar la depilación. Además, se debe informar al paciente que acuda a centros autorizados por las autoridades competentes para realizar esta labor y que durante el periodo de tiempo que dure el proyecto de depilación no se podrá broncear ni recibir fototerapia para tratar la psoriasis (Figura 12) (Del Río, 2014).



Figura 12. Depilación láser (Del Río, 2014).

19. Aceites vegetales, ¿En que pueden ayudar a pacientes con psoriasis?

La **deshidratación de la piel** es frecuente en pacientes con psoriasis. Para solucionarlo se ha hablado anteriormente del uso de las cremas hidratantes. Pero también es posible nutrir la piel con **aceites vegetales puros** (para asegurar que aportan sus propiedades terapéuticas) y obtenidos mediante extracción en frío (Gálvez, 2015b). En la Figura 13 se exponen los principales aceites vegetales adecuados para tratar la psoriasis y sus propiedades terapéuticas:

Aceites vegetales adecuados para la psoriasis

- **Aceite de almendra dulce:** tiene actividad antiinflamatoria. Está indicado para piel seca e irritada.
- **Aceite de Argán:** resalta por su textura suave, por lo que se recomienda para aplicaciones en el cuero cabelludo. Es rico en antioxidantes.
- **Aceite de Rosa Mosqueta:** tiene una elevada acción cicatrizante y regeneradora de la piel. Adecuado para lesiones cutáneas agrietadas.
- **Aceite de Caléndula:** presenta numerosas actividades beneficiosas para la psoriasis, como antiinflamatoria, relajante y moduladora del sistema inmune. Recomendado para pieles irritadas.
- **Manteca de Karité:** actúa hidratando la piel lesionada y favoreciendo su cicatrización. Se aconseja para pieles con una gran sensibilidad.
- **Aceite de Jojoba:** su principal propiedad es la rehidratación de la piel.


A small glass bottle with a cork stopper, containing a golden-brown liquid. It is surrounded by several small, delicate flowers in shades of pink and orange. The background is white.

Figura 13. Aceites vegetales adecuados para la psoriasis (Modificado de Gálvez, 2015).

20. Centros termales, ¿Favorecen el control de las lesiones cutáneas de la psoriasis?

Se recomienda la visita a **balnearios** a pacientes que tengan patologías dermatológicas, entre ellas la psoriasis. No sólo aportan **beneficios** en la piel y en las articulaciones, sino que también favorecen que se alcance una **mayor relajación** y **desconexión** de la rutina diaria (Pérez, 2018).

Para poder disfrutar de todos los beneficios que proporcionan estos tratamientos hidrotermales, hay que tomar una serie de **precauciones** sobre los servicios adecuados para este tipo de pacientes, los cuáles se resumen en la Figura 14:

Beneficios y precauciones de la terapia hidrotermal

1. Reduce el picor y la sensación de suciedad (hiperproliferación epidérmica), al aumentar la hidratación cutánea
2. En la artritis psoriásica reduce el dolor muscular, porque el calor contribuye a la relajación del músculo, y la inflamación.
3. Existen una amplia variedad de aguas termales, pero las que mayores beneficios aportan en este caso son las que tienen un elevado contenido en azufre, por su actividad antiinflamatoria y cicatrizante.
4. Hay que evitar el uso de las saunas, ya que los ambientes cálidos y húmedos favorecen la rojez e inflamación de las heridas.
5. La combinación de terapias de barro junto con aguas minero-medicinales pueden mejorar el estado general de la piel.




Figura 14. Beneficios y precauciones de la terapia hidrotermal en pacientes con psoriasis (Modificado de Pérez, 2018).

21. ¿Qué beneficios aporta la playa a pacientes con psoriasis?

Con la llegada del verano son muchas las personas con psoriasis que experimentan mejorías tanto en sus lesiones cutáneas como en sus estados de ánimo. En muchas ocasiones es debido a los beneficios que les proporciona la playa. La **composición mineral del agua del mar** es una de las principales responsables de la recuperación parcial o completa que se observa en las lesiones de la piel, debido a que actúa terapéuticamente. El **contenido mineral de la arena** de la playa también ayuda a la **mejora cutánea** de la enfermedad (Acción Psoriasis, 2015).

La **exposición adecuada al sol** también concede beneficios a la piel, ya que se estimula la **síntesis de vitamina D**, ejerciendo acción antiinflamatoria sobre las lesiones cutáneas y articulaciones. Además, las **actividades deportivas** realizadas en este espacio favorecen la recuperación tanto

fisiológica como emocional del paciente, al sentirse más integrado con el resto de compañeros (Figura 15) (Acción Psoriasis, 2015).



Figura 15. Exposición solar recomendada para pacientes con psoriasis.

22. ¿Cómo deben exponerse a la radiación solar las personas con psoriasis?

Al igual que el resto de la población, los pacientes con psoriasis deben seguir una serie de **precauciones**, para así **evitar posibles quemaduras** que puedan agravar las lesiones cutáneas (Pérez, 2014). En la Figura 16 se resumen las principales recomendaciones para exponerse al sol de forma adecuada:

Recomendaciones a seguir por las personas con psoriasis que vayan a exponerse a la radiación solar

1. Las lesiones cutáneas inestables no deben exhibirse directamente al sol.
2. La exposición solar de la zona afectada se debe hacer de forma progresiva, aumentando diariamente el tiempo expuesto al sol. Se recomienda aplicar protector solar en la parte del cuerpo no afectada por la psoriasis y no realizarlo en la región lesionada hasta los 15 minutos posteriores a la radiación solar.
3. En caso de tratamiento tópico se aconseja ducharse antes de exponerse al sol. Sin embargo, el metotrexato, la ciclosporina y la acitretina están contraindicados para esta actividad.
4. Al finalizar la exposición solar se recomienda aplicar una crema "aftersun", para así evitar la sequedad y la formación de grietas en la piel.
5. No exponerse a la radiación solar en las horas centrales del día.
6. Mantenerse hidratado con la toma abundante de agua o de zumos de frutas.





Figura 16. Recomendaciones a seguir por las personas con psoriasis que vayan a exponerse a la radiación solar (Modificado de Pérez, 2014).

23. ¿Actúa igual la psoriasis en todas las estaciones del año?

Como se ha dicho en ocasiones anteriores, la psoriasis es una patología que se caracteriza por ser **cambiante** a lo largo de la vida del paciente, alternando periodos libres de lesiones y épocas con numerosos brotes. De igual forma ocurre con las estaciones, observándose una **mejoría** significativa en **primavera y verano**, debido a una mayor exposición solar y ambiente húmedo. Por el contrario, en **otoño e invierno** se detecta un **empeoramiento** de la enfermedad, que

ocurre fundamentalmente por el clima frío y seco característico de esta época, aumentando de esta forma la sequedad y deshidratación de la piel (Figura 17) (Alonso, 2016).



Figura 17. Evolución de la psoriasis según las estaciones del año.

24. La importancia de una dieta adecuada en la psoriasis

El **requerimiento nutricional** de las personas con psoriasis es **mayor** que en el resto de la población, debido fundamentalmente al estado de inflamación crónica y a la renovación cutánea continua. Esta enfermedad está muy influenciada por determinados factores externos, como la **dieta**, que si se realiza de forma adecuada puede favorecer el **control** de las diferentes patologías que acompañan a la psoriasis, como por ejemplo la **obesidad** o la **diabetes** (Ribera, 2018).

Uno de los principales ingredientes de la dieta tienen que ser los **vegetales**, por su contenido en determinados nutrientes como la provitamina A, los antioxidantes y ciertos minerales (magnesio, zinc, selenio). Se ha demostrado que actúan favorablemente sobre la piel en general y particularmente sobre la piel con psoriasis (Ribera, 2009b).

La **provitamina A** interviene en el ciclo de renovación epidérmica, proporcionando **protección** y **regulación** de las células de la piel. Además, favorece la hidratación, así como el mantenimiento de la elasticidad y de una adecuada cicatrización cutánea. Este nutriente se puede encontrar en **numerosos vegetales y frutas**, como la calabaza, la zanahoria, el pimiento, el tomate, el níspero, el albaricoque o el melón (Gálvez, 2015).

Los **antioxidantes** tienen función de **protección** frente a unas moléculas liberadas durante el ciclo inflamatorio, denominadas radicales libres. Nuestro organismo es capaz de combatirlos por sí sólo, pero con el aporte de estos nutrientes en la dieta se asegura su neutralización. Se pueden encontrar en una **gran variedad de alimentos**, como los cereales integrales, las verduras, las frutas, los frutos secos y el aceite de oliva (Gálvez, 2015).

Una de las principales características de la psoriasis es su marcada inflamación. Para combatirla se puede introducir en la dieta una **mayor cantidad de ácidos grasos omega 3** (acción antiinflamatoria). Se trata de ácidos grasos esenciales cuya fuente principal es el **pescado azul** (salmón, anchoas, sardinas), aunque también se encuentran en frutos secos, en semillas, en los

aceites derivados de éstas y en las algas (Ribera, 2018). Por el contrario, se debe **disminuir** el consumo de **ácidos grasos esenciales omega 6**. La razón es que su consumo abundante puede provocar una mayor producción de sustancias que favorecen la inflamación. Estos ácidos grasos están presentes en todo tipo de **carnes**. Por lo tanto, hay que disminuir la ingesta de carnes y aumentar la de pescado (Ribera, 2009b).

El aporte de nutrientes no sólo depende de los alimentos que se tomen, sino también de la cantidad absorbida por el organismo. Para ayudar a la flora intestinal a realizar esta función se puede **aumentar la ingesta** de productos integrales con alta cantidad de fibra y de probióticos. Entre los alimentos ricos en **fibra** se encuentran cereales como el **arroz** o el **trigo**, mientras que podemos encontrar **probióticos** en productos fermentados como el **yogur** (Gálvez, 2015).

En los pacientes con psoriasis se ha observado una disminución de los niveles de **vitamina D**. Este nutriente aporta beneficios para controlar la psoriasis, principalmente favorece la **regulación del sistema inmune** y también presenta cierta **actividad antiinflamatoria**. Está presente en alimentos como el **pescado azul**, los **huevos** o en las **semillas de girasol**. Además, la exposición solar estimula su síntesis por parte de las células de la piel (Gálvez, 2015).

A continuación, en la Figura 18 se exponen una serie de recomendaciones dietéticas para las personas con psoriasis:

Recomendaciones dietéticas para las personas con psoriasis

1. Dieta rica en verduras y frutas:
2 piezas de verdura/día.
3-4 piezas de fruta/día.
2. Menor consumo de carne y productos lácteos
3. Aumentar el consumo de pescado:
4 veces/semana → 2 de pescado azul
4. Tomar 2 puñados de frutos secos/día.
5. Usar aceite de oliva virgen extra tanto para cocinar como para hacer ensaladas.
6. Aumentar el consumo de cereales integrales.
7. Ingerir un volumen de agua de 2 litros.



Figura 18. Recomendaciones dietéticas para las personas que padecen psoriasis (Modificado de Gálvez, 2015).

25. El deporte, ¿Es recomendable en personas con psoriasis?

El **ejercicio físico** puede llegar a ser tan importante como la terapia farmacológica, proporcionando al paciente beneficios no sólo a nivel físico, sino también en su salud mental. Puede **disminuir el riesgo** de padecer alguna patología comúnmente asociada a la psoriasis

como la **diabetes**, las **enfermedades cardiovasculares** o la **obesidad**, favoreciendo de esta forma la efectividad de los fármacos utilizados para combatir esta enfermedad. El control de la artritis psoriásica también puede verse beneficiado, porque con una rutina física diaria se puede reducir la rigidez articular (Zarco et al., 2015).

El **estado psicológico** también se ve favorecido cuando se realiza deporte, debido a la secreción de unas hormonas llamadas endorfinas, comúnmente conocidas como “**hormonas de la felicidad**”. De esta forma, se reduce el estrés de los pacientes y favorece su relajación. Además, pueden realizar ejercicio físico con otras personas, ayudando así a la integración social (Ribera, 2018).

A pesar de todos estos beneficios, no todas las personas con psoriasis pueden realizar el mismo tipo de deporte o a la misma intensidad. Por eso, es muy importante acudir a un especialista para que le realice un plan de **entrenamiento diario según sus posibilidades** (Zarco et al., 2015). En la Figura 19 se resumen las principales precauciones que deben tomar estas personas.

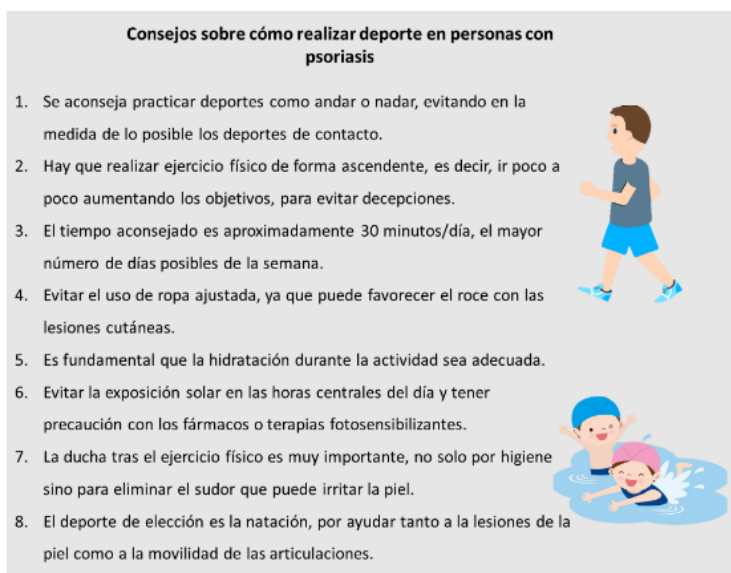


Figura 19. Consejos sobre cómo realizar deporte en personas con psoriasis (Modificado de Zarco et al., 2015).

26. ¿Cómo afecta el consumo de alcohol y tabaco a la psoriasis?

La ingesta abusiva de **alcohol** o fumar **cigarrillos** no está recomendado para ningún sector de la población. En pacientes con psoriasis puede suponer un **empeoramiento** de las lesiones cutáneas o una mayor inflamación de las articulaciones. Incluso puede reducir la efectividad del tratamiento prescrito o favorecer la aparición de efectos adversos relacionados con la medicación. Los **componentes tóxicos del tabaco** favorecen la liberación de unas sustancias que aumentan la **inflamación** tanto de la **piel** como de las **articulaciones**. El consumo de **alcohol**

obliga a eliminar mayor cantidad de unas sustancias del hígado denominadas **toxinas**, por lo que se obliga a trabajar más a este órgano (Figura 20) (Acción psoriasis, 2015).



Figura 20. Recomendación acerca del consumo de alcohol y tabaco en personas con psoriasis.

27. ¿Es aconsejable la realización de un tatuaje o un piercing en personas con psoriasis?

Actualmente una gran parte de la población tiene un tatuaje o un piercing, y puede ser que un paciente con psoriasis se plantee la posibilidad de hacérselo. En el caso concreto del **tatuaje** se pueden producir reacciones a la tinta, ocasionando **alergias**, **infecciones** como consecuencia de una mala elaboración o cura del mismo e **inflamación** de la región tatuada. Si el tatuaje es de grandes dimensiones podría ocultar patologías dermatológicas (como la psoriasis) y la tinta provoca que la piel se caliente más cuando se encuentra expuesta al sol, aumentando de esta forma la probabilidad de que se produzcan quemaduras. Además de todos estos riesgos, es probable que la ejecución del tatuaje provoque un traumatismo en la piel de la persona (**fenómeno de Koebner**), favoreciendo el surgimiento o agravamiento de la psoriasis ya existente (Conejo-Mir, 2017).

El mismo problema ocurre con los **piercings**, pero en esta situación el **traumatismo** en la piel ocurre de forma **constante en el tiempo**, por lo que podría ser incluso peor que en el caso de los tatuajes, ya que las lesiones cutáneas aparecerían de forma mantenida. También es probable que se produzcan **infecciones**, debido a una cura deficiente del piercing. Ocurren sobre todo en la **oreja**, en el **obligo**, en la **nariz** y en la **zona íntima** (Conejo-Mir, 2017).

Sin embargo, hay casos de personas con psoriasis que desean hacerse un tatuaje o piercing, a pesar de todos los riesgos que suponen para su salud. A continuación se exponen una serie de consejos para intentar ayudar a estos pacientes (Figura 21):

Consejos para pacientes con psoriasis y pensamiento de hacerse un tatuaje o un piercing

1. Consultar a tu dermatólogo antes y después de realizarlo, para que vigile las posibles infecciones que puedan aparecer.
2. Asistir a un centro especializado en la materia y autorizado por las autoridades sanitarias.
3. Intentar ejecutarlos en zonas con menor probabilidad de infección, evitando en la medida de lo posible la región genital, las axilas y las orejas.
4. Tener una buena higiene en la región afectada.
5. Evitar tatuajes de grandes dimensiones.
6. Usar tinta de color negro, ya que es menos alérgica que la de color.
7. Proteger la región tatuada frente a la exposición solar.






Figura 21. Consejos para pacientes con psoriasis con pensamiento de hacerse un tatuaje o un piercing (Modificado de Conejo-Mir, 2017).

28. Psoriasis genital, ¿Cómo afecta a mis relaciones íntimas?

Resulta habitual que los pacientes con psoriasis tengan **dificultades en su vida sexual**. No sólo ocurre en los casos dónde la patología se manifiesta en la región genital, ya que afecta aproximadamente a la mitad de los individuos que desarrollan la enfermedad, **independientemente de donde se encuentren las lesiones**. En el primer caso, es evidente que los problemas en las relaciones ocurren como consecuencia de un aumento del dolor o del picor durante la práctica sexual. Sin embargo, en la segunda situación es debido a la timidez, a la vergüenza o a la pérdida de autoestima que supone para algunos individuos presentar una patología dermatológica tan visible, disminuyendo de esta forma el apetito sexual (García et al., 2015).

A pesar de no ser una región de desarrollo habitual de la psoriasis, son numerosas las consultas que se producen por la aparición de lesiones en esta zona. En el caso de las **mujeres** afecta frecuentemente al área con mayor vello de los **labios superiores**, mientras que en los **hombres** es común su aparición tanto en el **tronco del pene** como en el **escroto**. También suele exhibirse en el pubis, de igual forma en ambos géneros. Aunque no es muy usual, las lesiones pueden desarrollarse en el glande o en la vagina, dificultando su diagnóstico por la similitud con infecciones de hongos o incluso enfermedades de transmisión sexual (García, 2016).

La psoriasis es habitual que esté acompañada de otras patologías como el dolor articular. La **artritis psoriásica** podría agravar aún más las **molestias sexuales**, debido a una mayor rigidez y dolor crónico en las articulaciones, que sumado al aumento de intensidad de los síntomas de la

psoriasis durante la actividad sexual provoca un mayor efecto negativo en el paciente (García et al., 2015).

Por lo tanto, es fundamental que el paciente hable sobre este tema con su dermatólogo y creen un clima de confianza para poder consultar cualquier duda y mejorar la situación. En la Figura 22 se exponen una serie de recomendaciones y advertencias para mejorar la satisfacción de la vida sexual del paciente con psoriasis y de su pareja (García, 2016):

Consejos y advertencias para mejorar a actividad sexual de pacientes con psoriasis

1. Establecer una conversación con la pareja para que cada uno exponga sus sentimientos relacionados con el tema y fomentar de esta forma la comprensión y confianza.
2. Se recomienda disminuir las caricias o roces en la zona afectada o al menos de forma continua. Se pueden usar lubricantes adquiridos en la farmacia para reducir la fricción y sequedad de la piel.
3. El tratamiento con corticosteroides tópicos suele ser efectivo en esta zona (siempre bajo prescripción médica).
4. Es aconsejable evitar el uso de prendas elaboradas con tejidos que dificulten la transpiración y fomentar la utilización de ropa de algodón.
5. Es posible que aparezcan efectos secundarios de fármacos prescritos para la psoriasis (metotrexato, acitretina), que favorezcan problemas de disfunción eréctil.
6. En el caso particular de la artritis psoriásica, es adecuado que el ambiente sea cálido, por ejemplo a través de duchas previas, y evitar posturas que favorezcan el dolor articular.

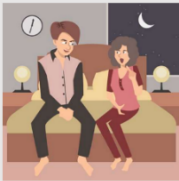


Figura 22. Consejos y advertencias para mejorar la actividad sexual de pacientes con psoriasis (Modificado de García et al., 2015).

29. Embarazo y lactancia, ¿Cómo programarlo si tengo psoriasis?

Las pacientes que tengan pensado quedarse **embarazadas** o les surjan dudas sobre este tema, lo primero que deben hacer es acudir a su médico, que le indicará el mejor momento para el embarazo, intentando que coincida con un periodo de baja actividad de la enfermedad, y cuáles son los **fármacos adecuados para esta etapa**, es decir, que no afecten a la esterilidad de la pareja ni provoquen daños en el feto. En la Tabla 4 se exponen los principales agentes terapéuticos recomendados y contraindicados durante el embarazo (González et al., 2015):

Tabla 4. Comparación de las terapias adecuadas y contraindicadas en pacientes con psoriasis durante el embarazo.

Tratamientos recomendados	Tratamientos contraindicados
Corticosteroides tópicos de media y baja potencia Análogos de la vitamina D Radiación ultravioleta B de banda estrecha (UVB-NB) Ciclosporina ¿Terapia biológica? → No existen datos de seguridad a largo plazo	Radiación ultravioleta A + psoraleno (PUVA) Metotrexato Acitretina Apremilast Ditranol Brea de hulla

Uno de los mayores **miedos** que tienen las mujeres con psoriasis que se quedan embarazadas es saber si **transmitirán la enfermedad a su hijo/a**. Existe la posibilidad de que así sea, siendo el riesgo mayor en el caso de que ambos progenitores la padezcan. A pesar del importante papel que tiene la genética en la psoriasis, no todas las personas con antecedentes familiares de la misma van a desarrollarla (Mrowietz and Reich, 2009).

También hay que tener en cuenta las **enfermedades** que acompañan a la psoriasis, ya que pueden aumentar la probabilidad de presentar **complicaciones durante el embarazo**. Por este motivo, es muy importante controlar el peso de la mujer embarazada para evitar el desarrollo de patologías como la diabetes gestacional (González et al., 2015).

Otro de los motivos que suponen un mayor número de consultas es la evidente **mejoría** que experimentan numerosas pacientes **durante el embarazo**. Esto es debido a un menor nivel de determinadas células responsables de la regulación de la enfermedad. **Al finalizar esta etapa** suele ocurrir un **brote de psoriasis**, volviendo la paciente al estado basal previo a la mejora (Martina et al., 2017). Por lo tanto, es fundamental que la planificación de este periodo tan importante en la vida de la mujer se realice de forma conjunta entre el médico y la paciente.

La elección de la **lactancia materna** supone numerosas ventajas tanto para la madre como para el recién nacido. Pero en el caso de mujeres con psoriasis es muy importante que **vigilen el tratamiento** que tienen prescrito, ya que podría transferirse el fármaco a la leche y por lo tanto al bebé. Por este motivo es fundamental que el médico revise o modifique la terapia actual si fuese necesario. También pueden experimentar **dolor en los pezones** como consecuencia de la formación de **placas de psoriasis**, producidas por el traumatismo continuo que ocasiona amamantar (Gottlieb et al., 2019).

30. Mi hijo/a tiene psoriasis, ¿Cómo debemos actuar para ayudarlo?

La primera cuestión que deben resolver los padres es detectar si la patología afecta al **entorno del niño** (colegio, amigos, deporte). Es muy importante explicarle la enfermedad como algo normal, ya que otras personas también pueden tener ésta u otra patología. Además, es recomendable aclarar tanto a los **profesores** del colegio como a sus **familiares y amigos** qué tipo de enfermedad tiene su hijo, que **no se trata de una enfermedad rara** y que **no es contagiosa**, por lo que pueden jugar con él/ella sin ningún tipo de miedo. Esto ayudará al paciente a sentirse más cómodo e integrado, evitando de esta forma problemas de aislamiento o psicológicos. En el caso de tener hermanos, es fundamental que los padres hablen con ellos para explicar por qué atienden más a su otro hermano y prevenir así sentimientos de celos o malestar (García, 2013).

Si los progenitores no han desarrollado la enfermedad, a veces les cuesta entenderla o no saben cuál es la mejor forma de proceder con su hijo. Sin embargo, pueden llegar a sentirse culpables de que su descendiente la haya desarrollado si alguno de ellos o ambos la presentan. Por lo tanto, hay que **evitar tanto la sobreprotección excesiva del individuo como el ocultamiento o falta de reconocimiento de la enfermedad**. Lo ideal es ayudar al niño, pero sin sobreprotegerlo en exceso, evitando que la psoriasis sea el foco de todo en su vida o por el contrario un tema tabú (Vicente, 2016).

En muchas ocasiones no es fácil para los padres asimilar la enfermedad que tiene su hijo o ayudarlo a comprender que no se trata de algo extraño. Por ello, a continuación se muestran una serie de consejos para intentar facilitar esas situaciones (Figura 23):

Consejos para padres que tienen un hijo/a con psoriasis

1. Intentar jugar con las cremas o pomadas del tratamiento, para que las asocien a diversión y no como algo malo.
2. Conocimiento de la enfermedad adecuado y de fuentes contrastadas, evitando obsesión por parte de los padres.
3. Es aconsejable encontrar una figura famosa que admire el paciente y que se haya recuperado de una enfermedad igual o similar.
4. Evitar que el niño escuche a sus padres hablando de la psoriasis como algo malo o raro, ya que puede afectarle emocional o psicológicamente.
5. Tener contacto directo con el hijo, para evitar que piense que las lesiones que presentan en la piel se pueden contagiar.




Figura 23. Consejos para ayudar a padres con un hijo/a con psoriasis (Modificado de García, 2013).

31. ¿Qué estudios se están desarrollando actualmente sobre la psoriasis?

La psoriasis es de las patologías dermatológicas que más inversión financiera reciben. Las **corrientes de investigación** se centran tanto en la **base genética** de la enfermedad (para optimizar el tratamiento individual a cada paciente) como en el **origen molecular**, para así poder actuar específicamente sobre los pasos claves de la activación de la enfermedad (Ribera, 2009b).

32. Tengo psoriasis, ¿Dónde puedo acudir si necesito ayuda?

Existen numerosas **asociaciones de pacientes** sin ánimo de lucro, cuyo objetivo principal es apoyar e informar a las personas que padecen la enfermedad. Están constituidas por **pacientes con psoriasis**, así como por **médicos y psicólogos** de diferentes ámbitos, con el fin de tratarla

desde el punto de vista **multidisciplinar**. También se encargan de negociar con las autoridades sanitarias para que cualquier paciente tenga el tratamiento más adecuado y para recibir fondos económicos que permitan continuar con las investigaciones. Otra de las actividades destacadas que realizan es la **reunión de personas con psoriasis**, para que cada una exponga sus experiencias y fomentar de esta forma la **ayuda psicológica** e **integración social** (Ribera, 2009).

En **España** son varias las organizaciones que existen en este ámbito. Entre las más destacables se encuentran **Acción Psoriasis** (<https://www.accionpsoriasis.org/>), **Psoriasis en Red** (<http://psoriasisenred.org/>), **Somos Pacientes** (<https://www.somospacientes.com/>) y **Psoriasis 360** (<https://www.psoriasis360.es/>), las cuales estarán disponibles siempre que el paciente lo necesite.

33. Día Mundial de la Psoriasis

La psoriasis, como otras enfermedades, tiene asignado un día del año para fomentar un mayor conocimiento de la misma e integración en la sociedad. En este caso, es el **día 29 de octubre**. Desde diferentes organizaciones y colectivos de pacientes se promueven campañas y actividades para este día. Cada año se elige un lema, que se desarrolla y se trata en las diferentes reuniones y charlas que se realizan. Acción Psoriasis seleccionó en 2019 el tema: **“Conectamos para avanzar en psoriasis”**, que pretendía fomentar el tratamiento de la enfermedad de forma sistémica e integral por los diferentes colectivos implicados (Figura 24) (Acción Psoriasis, 2019).

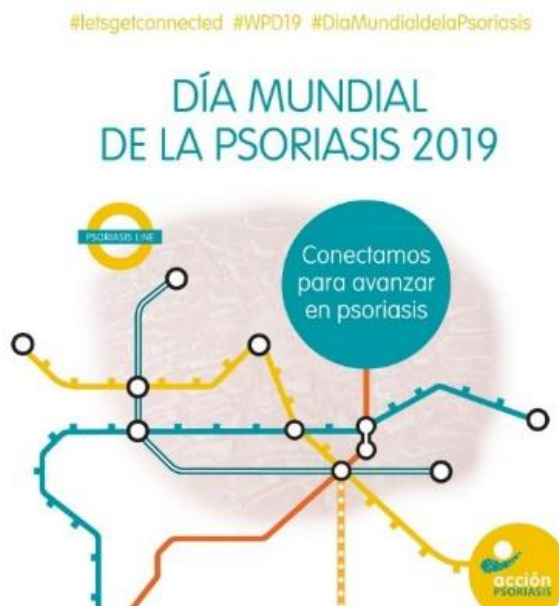


Figura 24. Día Mundial de la psoriasis (Acción Psoriasis, 2019).

World Psoriasis Day

29th October

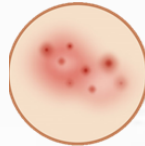
Psoriasis

Es una **enfermedad inflamatoria no contagiosa**, que se manifiesta en múltiples zonas de la piel, afectando también a las articulaciones. El origen no se sabe con exactitud, sin embargo se produce como consecuencia de una **desregulación del sistema inmune**. Su **curso es crónico**, por lo que no existe actualmente un tratamiento que cure totalmente la enfermedad.



Síntomas

Inflamación



Descamación



Dolor



Picor



Causas

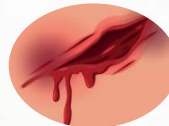
Genética



Fármacos



Heridas



Estrés



Infecciones

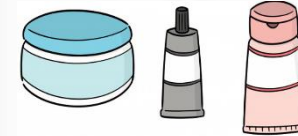


Alcohol



Terapias

Tópica



Sistémica




Biológica



¿Qué puedo hacer yo?

Higiene Alimentación Deporte



¿Dónde me pueden
ayudar? 

AEDV



Acción Psoriasis



Somos Pacientes

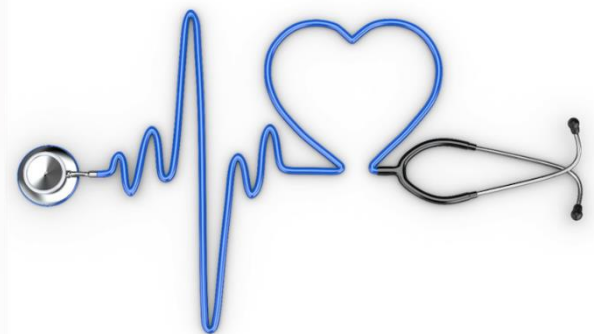


somos pacientes

Psoriasis 360



Psoriasis en Red



Luchar-Crecer-Ganar

**Psoriasis: Una
enfermedad emergente**



V. DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad cada vez más frecuente en la sociedad, alcanzando valores cercanos al 2% de prevalencia en España. Se trata de una patología cuyo origen no se conoce de forma exacta y para la que no existe un tratamiento que la cure completamente. Estos hechos pueden provocar una sensación de preocupación en el paciente, pudiendo agravarse por la falta de información o por el infradiagnóstico que sufren en repetidas ocasiones. Por estos motivos, es muy importante que exista un clima y una confianza adecuada entre el dermatólogo y el paciente (Rendon and Schäkel, 2019).

El diagnóstico de la psoriasis está basado fundamentalmente en la observación clínica de las lesiones cutáneas. En los casos leves, es frecuente que no se detecte la enfermedad y que no se prescriba el tratamiento adecuado hasta la aparición de un brote agudo de la misma. Estas circunstancias no sólo ocasionan inquietud o intranquilidad en el individuo por la falta de mejoría en sus lesiones, sino una mayor dificultad para asistir a la consulta de forma repetida, debido fundamentalmente a una imposibilidad laboral. Por lo tanto, es interesante que se unifiquen y se amplíen los criterios de diagnóstico (Kim et al., 2017).

En una consulta, el médico no se puede limitar a prescribir el tratamiento que considere más oportuno, al igual que el paciente no debe aceptar todo lo que su especialista le recomiende sin realizar las preguntas que le puedan surgir. Lo ideal es que el médico explique qué tipo de tratamiento le está prescribiendo, los efectos adversos que pueden aparecer y el tiempo estimado que transcurrirá hasta que se detecte mejoría. De esta forma, el paciente no se creará falsas expectativas de la terapia y cumplirá adecuadamente la pauta prescrita. Sin embargo, esta situación no siempre es posible, y el paciente queda desinformado.

Por ello, es necesario la elaboración de guías orientadas al paciente. En España, existen diversos manuales confeccionados por asociaciones de pacientes, como Acción Psoriasis, y por instituciones, como la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). A nivel internacional se han publicado guías similares, como las realizadas por la Agrupación Europea de Asociaciones de pacientes con Psoriasis (AEDV, 2015). Estos manuales atienden particularmente a las cuestiones relacionadas con la terapéutica de la psoriasis. En cambio, en la guía presentada en este trabajo se han intentado abarcar la mayor cantidad de situaciones cotidianas que puedan surgirle al paciente. Además, se ha elaborado un tríptico cuya finalidad es que el individuo conozca de forma clara y visual los conceptos claves de la psoriasis. Por lo tanto, se pretende que esta guía y el tríptico elaborado ayuden al paciente a entender y a combatir de mejor forma la enfermedad, con el objetivo final de mejorar su calidad de vida.

VI. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones extraídas en el presente trabajo tras la elaboración de la revisión y de la guía terapéutica son las siguientes:

- La psoriasis es una enfermedad inflamatoria no contagiosa, que se desarrolla de forma crónica en las personas a lo largo de toda su vida. Puede manifestarse a cualquier edad, aunque el mayor número de casos diagnosticados se producen entre los 25-35 años, involucrando de igual forma a mujeres y hombres.
- Actualmente, el origen de la psoriasis se encuentra parcialmente desconocido. Un factor muy importante en su activación es la predisposición genética del individuo. Sin embargo, es necesario que se produzca algún estímulo, como traumatismos en la piel, infecciones, la toma de medicamentos o ciertos eventos psicológicos, que favorezcan su aparición. Por ello, este ámbito alberga numerosos estudios, con el objetivo de poder conocer y combatir la enfermedad de forma más efectiva.
- Las lesiones de la psoriasis afectan globalmente a todo el organismo, aunque particularmente a la piel y a las articulaciones. Las lesiones cutáneas se producen como consecuencia de una inflamación y una mayor acumulación de queratinocitos en las regiones afectadas de la piel. No se trata de una enfermedad independiente, ya que puede agravar diversas patologías, como la obesidad, la aterosclerosis, la diabetes o la dislipemia, en situaciones de falta de control de la misma.
- El tratamiento debe realizarse de forma integral, teniendo en cuenta no sólo los aspectos físicos, sino también los psicológicos y las situaciones sociales del paciente. No existe una guía clínica universal que se pueda aplicar a todas las personas con psoriasis, debido a que se desarrolla de manera particular en cada individuo. Por lo tanto, el programa terapéutico se debe diseñar de forma personalizada, en función de las peculiaridades de cada paciente.
- Es fundamental que el paciente conozca adecuadamente su enfermedad y siga las indicaciones referidas a su cuidado personal, a la alimentación y al ejercicio físico, que en muchas ocasiones tienen más importancia que la propia terapia. Por este motivo, es muy importante la elaboración de material informativo, como guías clínicas o trípticos, para ayudar al paciente a tener unos hábitos adecuados y adaptados a la enfermedad que padece. También es esencial la integración social y laboral del individuo. Para ello, pueden acudir a diversas asociaciones de pacientes que realizan actividades y eventos grupales para conseguir esta integración y aceptación social.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Acción Psoriasis. Día Mundial de la Psoriasis. 2019 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/actualidad/769-dia-mundial-de-la-psoriasis-2019.html>
- Acción Psoriasis. Estrés, ¿qué puedo hacer yo? 2014 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/611-estres-que-puedo-hacer-yo.html>
- Acción Psoriasis. Fototerapia: todo lo que debes tener en cuenta. 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/487-fototerapia-todo-lo-que-debes-tener-en-cuenta.html>
- Acción Psoriasis. Hábitos tóxicos. 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/612-habitos-toxicos.html>
- Acción Psoriasis. La playa, ¿por qué nos va bien? 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/479-la-playa2.html>
- Acción Psoriasis. Yoga, una actividad útil para reducir la inflamación. 2020 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/783-yoga-una-actividad-util-para-reducir-la-inflamacion.html>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios CIMA: Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS. [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>.
- Akhtar T, Wani WY, Kamal MA, Kaur R. Papel de los factores de crecimiento angiogénico en la psoriasis: una revisión. *Curr Drug Metab*. 2018; 19: 910-6.
- Alfonso-Valdés ME. Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter*. 2012; 28: 357-73.
- Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis y los principales eventos cardiovasculares adversos: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales. *J Am Heart Assoc*. 2013; 2.

- Arnone M, Fonseca MD, Vicente A, Marques W, Lopes A, Machado A et al. Pautas diagnósticas y terapéuticas para la psoriasis en placas. *Un Dermatol Bras.* 2019; 94: 76-107.
- Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia. 2018 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
https://www.psoriasisCouncil.org/docs/gui%C2%B4as_basadas_en_la_evidencia_para_el_man_ejo_de_la_psoriasis_en_colombia_-_es.pdf
- Asociación Española de Dermatología y Venereología. Guías y consensos. 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://aedv.es/wp-content/uploads/2016/07/Gui%CC%81as-y-consensos.pdf>
- Asunción Vicente. Psoriasis infantil: comprender la enfermedad mejora la calidad de vida. 2016 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/572-psoriasis-infantil-comprender-la-enfermedad-mejora-la-calidad-de-vida.html>
- Bai F, Li GG, Liu Q, Niu X, Li R, Ma H. Eficacia y seguridad a corto plazo de los inhibidores de IL-17, IL-12/23 e IL-23 Brodalumab, Secukinumab, Ixekizumab, Ustekinumab, Guselkumab, Tildrakizumab y Risankizumab para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a severa: una revisión sistemática y Metaanálisis de red de ensayos controlados aleatorios. *J Immunol Res.* 2019; 2546161.
- Bailey EE, Ference EH, Alikhan A, Hession MT, Armstrong AW. Tratamientos combinados para la psoriasis: una revisión sistemática y metaanálisis. *Arch Dermatol.* 2012; 148: 511-22.
- Bandoli G, Johnson DL, Jones KL, López J, Salas E, Mirrasoul N, et al. Factores de riesgo potencialmente modificables para resultados adversos del embarazo en mujeres con psoriasis. *Br J Dermatol.* 2010; 163: 334-9.
- Bens G, Maccari F, Estève E. La psoriasis: una enfermedad sistémica. *Presse Med.* 2012; 41: 338-48.
- Bilal J, Malik SU, Riaz IB, Kurtzman DJB. Psoriasis y enfermedad del espectro psoriásico: un manual para el médico de atención primaria. *Am J Med.* 2018; 131 (10): 1146-54.
- Bobotsis R, Gulliver WP, Monaghan K, Lynde C, Fleming P. Psoriasis y resultados adversos del embarazo: una revisión sistemática de estudios observacionales. *Br J Dermatol.* 2016, 175: 464–72.
- Boehncke WH. Etiología y patogenia de la psoriasis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015; 41: 665-75.

- Botti E, Spallone G, Caruso R, Monteleone G, Chimenti S, Costanzo A. Psoriasis, de la patogénesis a las estrategias terapéuticas: IL-21 como un nuevo objetivo terapéutico potencial. *Curr Pharm Biotechnol*. 2012; 13: 1861-7.
- Bronckers J, Paller AS, Van Geel MJ, Van de Kerkhof P, Seyger M. Psoriasis en niños y adolescentes: diagnóstico, manejo y comorbilidades. *Paediatr Drugs*. 2015; 17: 373–84.
- Burden AD, Hilton M, Leman J, Wilson H, Richmond R, Ormerod AD. Diagnóstico y tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica en adultos: resumen de la guía SIGN. *BMJ*. 2010; 341: 5623.
- Conde A, López E. Enfermedades eritematoescamosas: psoriasis. *Medicine*. 2018; 12: 2831-7.
- De Jager ME, De Jong EM, Evers AW, Van De Kerkhof PC, Seyger MM. La carga de la psoriasis infantil. *Pediatr Dermatol*. 2011; 28: 736–737.
- Elewski B, Alexis AF, Lebwohl M, Stein-Gold L, Pariser D, Del Rosso J et al. Picazón: un problema poco reconocido en la psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33: 1465-76.
- Ellinghaus D, Ellinghaus E, Nair RP, Stuart PE, Esko T, Metspalu A et al. El análisis combinado de los estudios de asociación de todo el genoma para la enfermedad de Crohn y la psoriasis identifica siete loci de susceptibilidad compartidos. *Hum J Hum Genet*. 2012; 90: 636-47.
- Ferrandiz C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalencia de la psoriasis en España. *J Eur Acad Dermatol*. 2011; 15: 20-23.
- Fistera. Psoriasis. 2018 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en: <https://www--fistera--com.us.debiblio.com/guias-clinicas/psoriasis/#29028>
- Florek AG, Wang CJ, Armstrong AW. Preferencias de tratamiento y satisfacción del tratamiento entre pacientes con psoriasis: una revisión sistemática. *Arch Dermatol Res*. 2018; 310: 271-319.
- Fotiadou C, Lazaridou E, Ioannides D. Manejo de la psoriasis en adolescentes. *Adolesc Health Med Ther*. 2014; 5: 25-34.
- Frischknecht L, Vecellio M, Selmi C. El papel de la epigenética y el desequilibrio inmunológico en la etiopatogenia de la psoriasis y la artritis psoriásica. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2019; 11.
- Gerdes S, Mrowietz U, Boehncke WH. Comorbilidad en psoriasis. *Hautarzt*. 2016; 67: 438–44.

- Giraldo C, Velásquez MM. Psoriasis: revisión del tema con énfasis en la inmunopatogénesis. *Iatreia*. 2009; 22: 272-83.
- Gisondi P, Bellinato F, Girolomoni G, Albanesi C. Patogenia de la psoriasis en placas crónica y su intersección con comorbilidades cardio-metabólicas. *Frente Pharmacol*. 2020; 11: 117.
- Gisondi P, Fostini AC, Fossà I, Girolomoni G, Targher G. La psoriasis y el síndrome metabólico. *Clin Dermatol*. 2018; 36: 21-8.
- Gisondi P, Girolomoni G. Apremilast en la terapia de psoriasis en placas crónica moderada a severa. *Drug Des Devel Ther*. 2016; 10: 1763-70.
- Gottlieb A, Cairtona R, Murase J. Consideraciones clínicas para el tratamiento de la psoriasis en mujeres. *Int J Womens Dermatol*. 2019; 5: 141-50.
- Grän F, Kerstan A, Serfling E, Goebeler M, Muhammad K. Desarrollos actuales en la inmunología de la psoriasis. *Yale J Biol Med*. 2020; 93: 97-110.
- Grozdev I, Korman N, Tsankov N. La psoriasis como enfermedad sistémica. *Clin Dermatol*. 2014; 32: 343-50.
- Henes JC, Ziupa E, Eisfelder M, Adamczyk A, Knaudt B, Jacobs F et al. Alta prevalencia de artritis psoriásica en pacientes dermatológicos con psoriasis: un estudio transversal. *Rheumatol Int*. 2014; 34: 227-34.
- Jagadish R, Deepthi M, Dinesh K, Prerna S, Shweta B, Nishitkumar P. Actualización sobre la psoriasis: una revisión. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9: 20–4.
- Jeon C, Sekhon S, Yan D, Afifi L, Nakamura M, Bhutani T. Anticuerpos monoclonales que inhiben IL-12, -23 y -17 para el tratamiento de la psoriasis. *Hum Vaccin Immunother* 2017; 13: 2247–59.
- Jesús García Dorado. Psoriasis infantil: decálogo de consejos para padres. 2013 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en: <https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/314-como-afrontar-la-psoriasis-infantil.html>
- José Manuel Carrascosa. Vacunas en pacientes con psoriasis. 2014 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en: <https://www.accionpsoriasis.org/images/2014/PDF/Desembre/Vacunasenpacientesconpsoriasis-Dr.JoseMCarrascosaRev78.pdf>
- Julián Conejo-Mir. Tatuarse o hacerse un piercing: un riesgo que hay que valorar. 2017 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en: <https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/630-tatuarse-o-hacerse-un-piercing-un-riesgo-que-hay-que-valorar.html>

- Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnóstico y manejo de la psoriasis. Can Fam Médico. 2017; 63: 278-85.
- Klufas DM, Wald JM, Strober BE. Tratamiento de moderado a la psoriasis pediátrica severa. Pediatr Dermatol. 2016; 33:142-9.
- Liang Y, Mrinal K, Lam C, Johann E. Psoriasis: una enfermedad mixta autoinmune y autoinflamatoria. Curr Opin Immunol. 2017; 49: 1–8.
- Lowes M, Suárez-Fariñas M, Krueger J. Inmunología de la psoriasis. Annu Rev Immunol. 2015; 32: 227–55.
- Mak RKH, Hundhausen C, Nestle FO. Progreso en la comprensión de inmunopatogenia de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2009; 100: 2-13.
- María José Alonso. Por fin... ¡Primavera! 2016 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/558-por-fin-primavera.html>
- Marta García Bustínduy, Montserrat Romera, Susana Cantalejo. ¿Cómo influye la psoriasis en las relaciones sexuales? 2015. [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/466-como-influye-la-psoriasis-en-las-relaciones-sexuales.html>
- Marta García Bustínduy. Psoriasis genital: consejos para un tratamiento eficaz. 2016 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/573-psoriasis-genital-consejos-para-un-tratamiento-eficaz.html>
- Martina L, Stephen J, Alexa B. Actualización sobre seguridad biológica para pacientes con psoriasis durante el embarazo. Int J Womens Dermatol. 2017; 3: 21-5.
- Menter A, Korman N, Elmets C, Feldman SR, Gelfand J, Gordon K et al. Pautas de atención para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica. Sección 5. J Am Acad Dermatol. 2010; 62: 114-35.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et al. Pautas de atención para el manejo de la psoriasis y la artritis psoriásica. Sección 3. J Am Acad Dermatol. 2009; 60: 643-59.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et al. Pautas de atención para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica: sección 6. J Am Acad Dermatol. 2011; 65: 137-74.

- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et al. Pautas de atención para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica: sección 4. J Am Acad Dermatol. 2009; 61: 451-85.
- Miquel Ribera Pibernat. Manual para el paciente. Psoriasis. Conozca su enfermedad. 2009 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
https://issuu.com/accionpsoriasis/docs/manual_para_el_paciente_de_psorasi
- Miquel Ribera Pibernat. Psoriasis. Guía de tratamientos. 2009 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.tratamientospsoriasis.org/>
- Miquel Ribera Pibernat. Vivir con psoriasis y artritis psoriásica. Información y consejos. 2018 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
https://tecnosa.es/info_downloads/Psoriasis_Guia_del_paciente.pdf
- Montserrat Gálvez. Aceites Vegetales, nutrición para nuestra piel. 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/528-aceites-vegetales-nutricion-para-nuestra-piel.html>
- Montserrat Gálvez. Dolor: consejos para hacer más fácil la vida diaria. 2016 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/605-dolor-consejos-para-hacer-mas-facil-la-vida-diaria.html>
- Montserrat Gálvez. Una dieta equilibrada, beneficiosa para la psoriasis. 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/480-una-dieta-equilibrada-beneficiosa-para-la-psoriasis.html>
- Montserrat Pérez. Balnearios: ¿Nos pueden ayudar a estar mejor? 2018 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/706-balnearios-nos-pueden-ayudar-a-estar-mejor.html>
- Montserrat Pérez. Decálogo para disfrutar el verano. Broncearse saludablemente 2014 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/447-decalogo-para-el-verano-broncearse-saludablemente-2.html>
- Moorchung N, Vasudevan B, Dinesh S, Muralidhar A. Expresión de apoptosis que regula las proteínas p53 y bcl-2 en la psoriasis. Indio J Pathol Microbiol. 2015; 58: 423-6.
- Mounsey SJ, Kulakov E. Psoriasis. Br J Hosp Med (Londres). 2018; 79: 114-7.

- Mrowietz T, Reich K. Psoriasis: nuevos conocimientos sobre la patogénesis y el tratamiento. Dtsch Arztebl Int. 2009; 106: 11-8.
- Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CE, Nast A et al. Definición de objetivos de tratamiento para la psoriasis moderada a severa: un consenso europeo. Arco. Dermatol Res. 2011; 303: 1–10.
- Natalia Dudzinska Camarero. Psoriasis. Diagnóstico de la psoriasis. 2019 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.webconsultas.com/psoriasis/diagnostico-de-la-psoriasis-689>
- National Clinical Guideline Centre. Psoriasis. Evaluación y manejo de la psoriasis. 2012 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<http://publications.nice.org.uk/psoriasis-cg153>.
- National Institute for Health and Care Excellence. Psoriasis: evaluación y manejo. 2012 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg153/resources/psoriasis-assessment-and-management-35109629621701>.
- Ocampo V, Gladman D. Artritis psoriásica. F1000Res. 2019; 8.
- Osmančević A, Ståhle M. Tratamiento de la psoriasis: antes y ahora. Lakartidningen. 2017; 114.
- Palijan TŽ, Kovačević D, Vlastelica M, Dadić-heroe E, Sarilar M. Calidad de vida de las personas que sufren esquizofrenia, psoriasis y discapacidades físicas. Psychiatr Danub. 2017; 29: 60-5.
- Pasch MC. Psoriasis ungueal: una revisión de las opciones de tratamiento. Drugs. 2016; 76: 675–705.
- Pedro Zarco, Mariano Tomás Flórez, Raquel Almodóvar. El deporte, un aliado con beneficios físicos y emocionales. 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/503-el-deporte-un-aliado-con-beneficios-fisicos-y-emocionales.html>
- Perera GK, Di Meglio P, Nestlé FO. Psoriasis. Annu Rev Pathol. 2012; 7: 385-422.
- Pollock RA, Abji F, Gladman DD. Epigenética de la enfermedad psoriásica: una revisión sistemática y evaluación crítica. J Autoimmun. 2017; 78: 29-38.
- Porter ML, Lockwood SJ, Kimball AB. Actualización sobre seguridad biológica para pacientes con psoriasis durante el embarazo. Int J Dermatol Womens. 2017; 3: 21-5.

- Puig L, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, Ferrándiz C, Sánchez-Regaña M, García-Bustinduy M et al. Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave con agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100: 386-413.
- Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Patogenia y Tratamiento. *Int J Mol Sci.* 2019; 20: 1475.
- Rocío González, M^a José Alonso Corral, Susana Cantalejo. Planificando el embarazo. 2015 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/502-planificando-el-embarazo.html>
- Rubén del Río Gil. Consejos para una depilación efectiva y segura. 2014 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/370-consejos-para-una-depilacion-efectiva-y-segura.html>
- Schleicher SM. Psoriasis: patogénesis, evaluación y actualización terapéutica. *Clin Podiatr Med Surg.* 2016; 33: 355-66.
- Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2005; 352: 1899-912.
- Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. 2013 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/psoriasis.pdf>
- Smith CH, Anstey AV, Barker JN, Burden AD, Chalmers RJ, Chandler DA et al. Guía de la Asociación Británica de Dermatólogos para intervenciones biológicas para la psoriasis 2009. *Fr. J. Dermatol.* 2009; 161: 987-1019.
- Sociedad Española de Reumatología. Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con espondiloartritis. [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/manifestaciones_extraarticulares_5/psoriasis.php#consideraciones_generales_epidemiologia.
- Susana Cantalejo. ¿No puedes dormir? La psoriasis o la artritis psoriásica pueden ser la causa. 2016 [en línea]. [Consultado en Abril 2020]. Disponible en:
<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/606-no-puedes-dormir-la-psoriasis-o-la-artritis-psoriasica-pueden-ser-la-causa.html>
- Valverde R, Rubio C, López-Barrantes O, Díaz R. Actualización del tratamiento de la psoriasis. *JANO.* 2009; 17: 21-26.
- Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, Kimmel SE, Ogdie A, Margolis DJ et al. Gravedad de la psoriasis y prevalencia de comorbilidad médica mayor: un estudio de base poblacional. *JAMA Dermatol.* 2013; 149: 1173-9.