

PROTOCOLO PARA PACIENTES CON PSORIASIS

*Inés Sánchez López
Rubén Romero Riera
María Margarita Falcón Ortega
Bárbara García Heredia*

Medicina

 **3ciencias**

PROTOCOLO PARA PACIENTES CON PSORIASIS

AUTORES:

Inés Sánchez López

DUE/TCAE del Hospital Comarcal de Melilla

Rubén Romero Riera

DUE del Hospital Comarcal de Melilla

María Margarita Falcón Ortega

DUE del Hospital Comarcal de Melilla

Bárbara García Heredia

DUE de la residencia de ancianos del Imsero Melilla



Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **los autores**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: **Octubre 2015**

ISBN: **978-84-943990-9-1**

Nº DE DEPÓSITO LEGAL: **A 774 - 2015**

Registro: **2015059148**

< A mis hijos que iluminan mis días, pero en especial a ti, Inés María, ya que esta enfermedad forma parte de tu vida desde que tenias dos añitos.>

Índice

¿Qué es la psoriasis?.....	9
TRATAMIENTOS	11
Fármacos sistémicos:	11
Medicación de uso tópico (cremas y lociones):.....	11
1.- CONTROL ANALÍTICO	17
2.-CONTROL DE PESO.....	19
3.-TENSIÓN ARTERIAL	21
INFARTO DE MIOCARDIO	23
DIABETES	24
ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	25
EDUCACIÓN SANITARIA PARA UN ENFERMO DE PSORIASIS.....	27
CASO CLÍNICO	28

¿Qué es la psoriasis?

Definimos la psoriasis como una enfermedad cutánea crónica, no contagiosa, inflamatoria, autoinmunitaria, que se manifiesta en brotes irregulares de distinta intensidad afectando por igual a niños y adultos. Alrededor de un 2% de la población mundial padece esta enfermedad. Esto quiere decir que ochenta millones de personas la padecen.

La renovación celular tarda un mes, en las personas con psoriasis esta renovación se realiza en pocos días provocando una acumulación de células. Esta acumulación de células se llama placa psoriásica. Este hecho provoca una descamación, inflamación, dolor, hinchazón, coloración y calor en la zona. Puede salir en cualquier parte del cuerpo, desde los codos y rodillas a los genitales, uñas, cuero cabelludo, pabellón auditivo, palma de las manos, planta de los pies, interior de la boca, etc. Tiene un gran impacto en la calidad de vida de los afectados, fundamentalmente por su repercusión estética y porque los tratamientos son complicados e incómodos de cumplir. La extensión y localización de las lesiones van a determinar el bienestar físico y psicológico del afectado. La psoriasis provoca rechazo social a causa del aspecto de las lesiones. La psoriasis puede ser:

- **Psoriasis leve:** afecta el < 2 % de la piel del cuerpo.
- **Psoriasis moderada:** afecta alrededor del 2 y el 10 % de la superficie corporal.
- **Psoriasis grave:** Las placas abarcan más del 10% de la piel del cuerpo.

La psoriasis varía de tipo dependiendo de la forma y de las escamas.

Pueden ser:

Soriasis en placas o psoriasis vulgaris: Es la forma más común. El 80% de las personas que padecen esta enfermedad se le manifiesta de este modo. Los síntomas son: Dolor, picor en la piel, resquebrajamientos y descamación de las células muertas de las placas psoriásicas.

Psoriasis en guttata o gotular: Las placas no son tan gruesas como en la anterior manifestación. Se presenta como pequeñas gotas rojizas en el tronco, las extremidades y en el cuero cabelludo. Típica en niños debido a una infección.

Psoriasis inversa (en pliegues): Surge en zonas de pliegues como pueden ser los mamilares, genitales, ingles, glúteos y axilas. Carece de descamación pero la piel se encuentra inflamada y enrojecida predisponiéndola a la irritación por sudoración o el roce.

Psoriasis eritrodérmica: Poco frecuente. Afecta a la mayor parte del cuerpo donde la piel dañada se encuentra agresivamente enrojecida. Se puede presentar de manera húmeda (peor pronóstico) o seca.

Psoriasis pustular generalizada o pustular de Von Zumbusch: En este caso grandes zonas de la piel se encuentran enrojecidas dando paso a un ciclo de pústulas dolorosas. Estas se secan dando paso a otras que vuelven a surgir.

Psoriasis pustular localizada: Las pústulas sólo se localizan en las manos y en los pies.

Acropustulosis: Se caracteriza por una deformidad dolorosa en las puntas de los dedos y en las uñas. En algunas ocasiones puede brotar en los pies. En los casos más graves puede existir deformidad ósea de la cara. Llega a incapacitar al afectado.

TRATAMIENTOS

La psoriasis no tiene curación pero se pueden controlar los síntomas. Existe una alta variedad de tratamientos para esta enfermedad pero depende de cada paciente como tolere los tratamientos. Un ochenta por ciento de los afectados no tienen constancia a la hora de llevar el tratamiento.

Las cremas y pomadas aplicadas sobre la placa psoriásica es el primer tratamiento de elección al ser diagnosticada la enfermedad.

Algunos pacientes mejoran con luz ultravioleta artificial (rayos UVB) o una combinación de luz ultravioleta y medicaciones, denominada PUVA junto con la exposición a luz ultravioleta UVA. Este tratamiento se denomina fototerapia.

Fármacos sistémicos:

Fármacos sistémicos orales donde su acción medicamentosa se realiza en el interior del organismo al contrario de los tratamientos tópicos. Normalmente de tipo oral, aunque también pueden ser inyectables.

Medicación de uso tópico (cremas y lociones):

Como medicación de uso tópico se opta por los esteroides, alquitranes, calcipotriol, retinoides, antralina o ácido salicílico (tratamiento complementario).

Cuando la psoriasis es moderada a grave y los tratamientos anteriores no han dado los resultados esperados se opta por el tratamiento sistemático, como son el metotrexato, retinoides orales (hay que combinarlos con otros fármacos), ciclosporina (se prescribe cuando el resto de tratamientos no han funcionado).











Los últimos estudios revelan la vinculación entre la obesidad y la psoriasis. Lo que predispone a la persona que la padece a sufrir diabetes, infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

Los estudios realizados por Amy S. Paller, doctora de la Northwestern University avisan de la importancia de controlar tanto a adultos como a niños afectados por psoriasis ya que tienen predisposición a padecer obesidad abriendo el paso a posibles enfermedades como la diabetes, el infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Avisa también de que el sobrepeso empeora la psoriasis y hace que se responda peor a los tratamientos.

El seguimiento por parte de Atención primaria (médico de cabecera, pediatra, enfermera de atención primaria y unidad de dermatología.) es de vital importancia a la hora de controlar al paciente. Es necesario un seguimiento continuo donde se realicen los siguientes controles:

1. Analítica de control.
2. Pesar y medir al paciente.
3. Toma de tensión arterial.
4. Realizar educación sanitaria para informar y orientar al paciente.

1.- CONTROL ANALÍTICO



Valores a controlar:

- **Glucemia:** Es la presencia de glucosa en sangre.
- **Hemoglobina (Hb):** La hemoglobina es una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno.
- **Urea:** Es un residuo de la descomposición de las proteínas y por lo tanto está directamente relacionada con la cantidad de proteínas que comemos.
- **Colesterol total:** Es la medida aproximada tanto del colesterol como de los triglicéridos en el suero.
- **LDL:** Lipoproteína de baja densidad.
- **HDL:** Lipoproteína de alta densidad.
- **Triglicéridos:** Es energía almacenada por el organismo en forma de grasa.
- Anticuerpos antitiroideos y antimicrosomales negativos
- Valores analíticos hormonales.
- Perfiles hepáticos y renales.

2.-CONTROL DE PESO.



Hay que controlar el peso del paciente y el índice de masa corporal (IMC) con la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{PESO (KG)}{ALTURA^2 (M)}$$

<i>Composición corporal</i>	<i>Índice de masa corporal (IMC)</i>
Peso inferior al normal	Menos de 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Peso superior al normal	25.0 – 29.9
Obesidad	Más de 30.0

Dependiendo del resultado se debe de actuar de una forma o de otra.

En el caso de que el resultado fuese superior a lo normal se debe aconsejar una dieta alimenticia tipo mediterránea, acompañada de ejercicio físico.

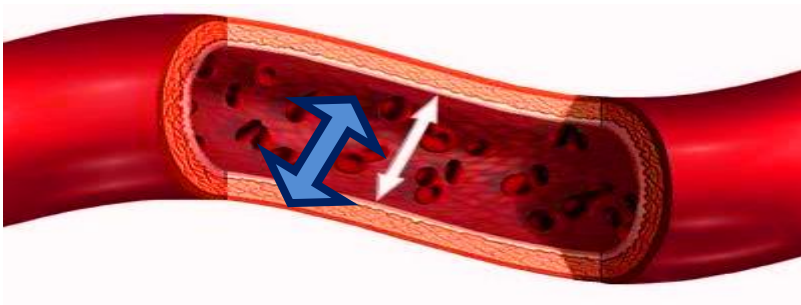
3.-TENSIÓN ARTERIAL



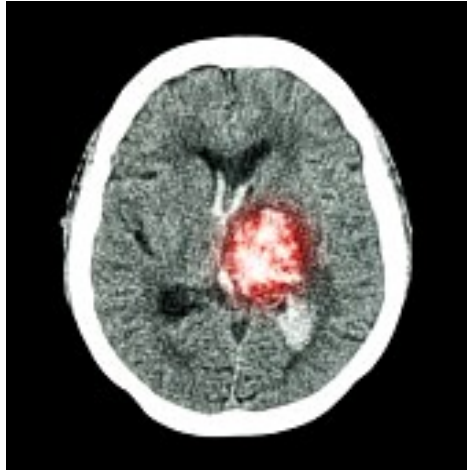
La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias, a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo.

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial. No tiene síntomas claros por lo que puede pasar desapercibida.

Lo primero que ocurre cuando existe una hipertensión crónica se produce una arterioesclerosis. Esto es provocado por sufrir constantemente una presión arterial alta lo que hace que las arterias se endurezcan perdiendo elasticidad y dificultando el torrente sanguíneo.



Con el control médico y enfermero lo que se quiere lograr es un control de paciente para minimizar los factores de riesgo de padecer obesidad, infarto de miocardio, diabetes o accidentes cerebrovasculares.



INFARTO DE MIOCARDIO



El infarto agudo de miocardio se desencadena por un insuficiente riego sanguíneo producido por la obstrucción de una arteria. Produciendo una necrosis del músculo cardíaco.

Uno de los factores desencadenantes de un infarto agudo de miocardio puede ser la **obesidad** y cifras elevadas de colesterol.

¿Cómo prevenir un infarto agudo de miocardio?

Previene los factores de riesgo que son los siguientes:

- Hipertensión
- **Obesidad**
- Colesterol elevado
- Diabetes
- HTA
- Sedentarismo
- Tabaco

DIABETES



La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia.

Entre las enfermedades que se derivan de la obesidad está la diabetes tipo 2, caracterizada por la elevación de los niveles de glucosa en la sangre. La diabetes puede provocar daños en diferentes órganos.

La obesidad puede desencadenar una diabetes tipo 2, de ahí la importancia de una buena educación sanitaria para disipar cualquier duda y ayudar reforzando al paciente con psoriasis que acude pidiendo ayuda sanitaria.

Debemos conseguir que el paciente pierda peso reduciendo así el perímetro de cintura (PC) y normalizar los niveles de glucosa en sangre. Debe llevar una dieta estricta para diabéticos y andar o hacer deporte todos los días. En el caso de que sea necesario el tratamiento con antidiabéticos orales o insulina inyectable, llevar el tratamiento impecablemente sin saltarse ninguna toma.

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES



Un accidente cerebrovascular ocurre cuando el flujo sanguíneo se detiene en una parte del cerebro provocando que las células cerebrales no se oxigenen ni se nutran provocando un daño permanente en el caso de que estas mueran.

Nombres alternativos:

- Enfermedad cerebrovascular
- Derrame cerebral
- Hemorragia cerebral
- Accidente cerebrovascular isquémico
- Accidente cerebrovascular de tipo isquémico
- Accidente cerebrovascular hemorrágico
- ICTUS
- Infarto cerebral
- ACV

Los factores de riesgo que pueden provocar un accidente cerebrovascular son:

Fibrilación auricular, diabetes, antecedentes familiares de haber padecido un accidente cerebrovascular, dislipemia, hipertensión, **obesidad o sobrepeso**, tener más de 55 años, etnia (raza negra tienen más predisposición), cardiopatías, problemas circulatorios, padecer de aneurisma, malformaciones arteriovenosas,

sedentarismo, stress, la toma de anticonceptivos orales, tratamiento hormonal, tabaco, dieta rica en grasas o embarazo.

Hay factores que no se pueden prevenir como puede ser la raza, las malformaciones arteriovenosas, los antecedentes familiares, etc.; pero el resto si se pueden modificar cambiando el hábito de vida. Lo más importante es la dieta y el ejercicio físico. Con una dieta tipo mediterránea y una caminata diaria de una hora nuestra salud se verá mejorada. Si la actividad física es moderada con una dieta de 1500 calorías sería más que suficiente para perder peso.

EDUCACIÓN SANITARIA PARA UN ENFERMO DE PSORIASIS

Por parte de enfermería la educación sanitaria irá encaminada a enseñar a vivir con la enfermedad siguiendo unas pautas sin olvidarnos de los controles de seguimiento mensuales por parte de atención primaria sin olvidarnos de un refuerzo por parte de la unidad de psicología de salud mental.

Las pautas a seguir sería:

- Evitar sobrepeso.
- Alimentación adecuada, aconsejando la dieta mediterránea.
- Las placas de psoriasis mejoran con baños de sol y agua del mar. Así que hay que recomendar que el paciente vaya a la playa.
- Llevar siempre ropa de fibras naturales.
- Usar geles, champús y cremas o lociones hidratantes corporales adecuadas para pieles con psoriasis.
- Ejercicio físico.
- Evitar situaciones de stress.
- En el caso de que se tuviese la oportunidad de hablar con la familia del paciente sugerirles que potencien los abrazos, las caricias y los besos hacia él. Se sentirá reforzado anímicamente.
- En el caso necesario de que el paciente esté triste o depresivo comentárselo al médico decabecera o pediatra para realizar una interconsulta a la unidad de salud mental para que lo valore un psicólogo.
- Evitar heridas en la medida que se pueda ya que si se produce se puede formar una placa psoriásica.

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales

Niña de 15 años

AP: Es la mayor de tres hermanos

Percentiles de peso y altura por encima de los valores normales.

Embarazo-parto-periodos neonatales normales. Vacunaciones completas.

En los tres primeros años de vida sufre de forma repetitiva episodios de amigdalitis.

Tío abuelo y prima maternos con psoriasis dérmica.

En el 2013 de le diagnostica una depresión severa reactiva se le prescribe tratamiento.

En todas las analíticas realizadas desde el año 2001 siempre las cifras, tanto de colesterol como de PCR han salido elevadas.

- 11/10/2000 (Pediatria) se le aprecia en la zona abdominal una placa psoriásica de dos centímetros aproximadamente. Acude a su pediatra de referencia y le prescribe Vaspit pomada. Se realiza interconsulta a dermatología.
- 11/01/2001 (Dermatología) acude a la cita de la interconsulta a la unidad de dermatología siendo el brote en gotas psoriásica extendiéndose por el abdomen, espalda, cuero cabelludo, axilas y extremidades.

Juicio diagnostico del servicio de dermatología: Psoriasis.

Tratamiento: Batmen pomada aplicación dos veces al día no más de 10 días de duración. Hidratación corporal diaria. Explicación de la enfermedad y evolución de la misma y como actuar ante la aparición de nuevos brotes.

El informe médico de dermatología es entregado al pediatra de cabecera.

- 22/09/2003 (Pediatria) acude al centro de salud tras sufrir inflamación y dolor en el tobillo izquierdo junto a dolor nocturno poliarticular.

Tras la prescripción de AINEs refiere mejoría

- 07/05/2004 (Pediatria) acude al centro de salud tras coincidir un brote de psoriasis e inflamación y dolor en el tobillo izquierdo. Tratamiento con AINEs y pomada tópica Vaspit. Se le solicita interconsulta a reumatología.

- 03/08/09 Acude al servicio de reumatología donde se le diagnóstica tras varias pruebas complementarias (RMN, RX y analítica) y exploración física, de Espondiloartropatía psoriásica articular y vertebral. Psoriasis cutánea.

Se solicita desde el servicio de reumatología una interconsulta al servicio de dermatología.

- 14/11/09 Acude al servicio de dermatología tras interconsulta por parte de reumatología. Se reafirma el tratamiento de psoriasis cutánea y se le recomienda hidratación de la piel con una crema corporal.
- 16/01/2013 La paciente refiere dolor tras traumatismo en rodilla izquierda coincidiendo con brote psoriásico cutáneo hace cinco días. Presenta dolor e inflamación en dicha rodilla. La paciente refiere dolor en tobillos, muñecas, raquis dorsal, lumbar y región glútea. El dolor es de características mixtas con dificultar para dormir y dificultad matutina.

Exploración física: Rodillas D+L+/-(>D). Lesiones cutáneas soriásicas.

Tratamiento: Metrotexato (MTX) una inyección subcutánea semanal.

- 19/02/2013 La paciente ha presentado efectos secundarios al MTX (caída de cabello, alteraciones menstruales, erupción cutánea, edemas, mareos, vómitos y pérdida de conciencia). La paciente refiere dolor en raquis de predominio lumbar, diario, continuo, nocturno. Dolor en codos y muñecas de similares características, ambas rodillas y ambos tobillos. Se solicita RNM con la aparición de derrame en ambas rodillas.
- 26/07/13 La paciente refiere dolor mecánico a nivel costal junto a dolor continuo en rodillas y muñecas. Soriasis cutánea.
- 30/01/14 La paciente presenta actualmente brote de soriasis dérmica y poliarticular con inflamación de rodillas y mano derecha, junto a dolor lumbar inflamatorio que necesita reposo domiciliario hasta su recuperación.
- 05/03/14 La paciente refiere dolor en rodilla derecha de horario mixto con inflamación de dolor diario. Aparición de ojo rojo izquierdo.

Exploración física Psoriasis cutánea. Inflamación en ambas rodillas.

Interconsulta a psicología de la unidad de salud mental ya que la madre de la paciente refiere baja autoestima, insomnio, atracones de comida, aumento importante de peso, malhumor y aislamiento social.

Tratamiento base en brote de Espondiloartropatía psoriásica y vertebral:

Naproxeno 550 mg 1 comprimido Desayuno-Comida-Cena

IBUPROFENO 600 mg Desayuno-Comida-Cena

ZALDIAR DE 2 a 3 comprimido al día según dolor

CELESTONE CRONODOSE 1 AMPOLLA intramuscular. Una dosis al día durante tres días alternos.

- 09/02/2015 Tras permanecer en reposo domiciliario de quince días en tratamiento para el dolor y no habiendo lugar a mejoría, acude al servicio de reumatología y se valora el ingreso hospitalario para estudio. Se le diagnostica lumbalgia mecánica/inflamatoria crónica reagudizada en paciente con diagnóstico de espondiloartropatía psoriásica (enfermedad inflamatoria articular periférica en tobillo izquierdo/rodilla izquierda y vertebral), lumbalgia inflamatoria, psoriasis cutánea, PCR elevada.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: tto intravenoso AINEs, analgésico, corticoides, con mejora parcial. Al alta la paciente refiere dolor lumbar inflamatorio que aparece en reposo y dolor lumbar mecánico tras la deambulación prolongada obligándola a sentarse. La paciente ha permanecido afebril.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Debe permanecer en reposo domiciliario tras nueva valoración por reumatología en consultas externas.
 - Enantyum 25 mg comprimido en desayuno-comida-cena.
 - Omeprazol 20 mg en desayuno.
 - Paracetamol 1 gr en desayuno-comida-cena.
 - Tramadol 50 mg dos capsulas en desayuno-comida-cena.
 - Urbasón comprimidos en desayuno.
- 18/9/2015 La paciente en la actualidad refiere mejoría articular tras cambiar sus hábitos de vida. Realiza un régimen alimenticio y ha bajado 11 kilogramos de su peso corporal. Realiza caminatas diarias y ha acudido a diario a la playa. La psoriasis dérmica ha mejorado en todo el cuerpo. Se mantienen pequeñas placas y una de gran tamaño en el cuero cabelludo.

Esta paciente, al margen del servicio de reumatología que ha llevado un riguroso control e interés por la paciente, ha carecido de seguimiento médico, ni por parte de su pediatra del centro de salud ni del servicio de dermatología.

El 27/01/2015 realizamos una sesión clínica en el centro de salud correspondiente a la paciente, informando de los nuevos estudios y de la necesidad de crear un protocolo individualizado de seguimiento para los afectados por psoriasis. Dicho protocolo tiene que constar de una entrevista para la recogida de datos, reconocimiento y toma de constantes mensual, control analítico, control de índice

de masa muscular y, por parte de la enfermería, impartir educación sanitaria para orientar y disipar cualquier duda. Informando también durante la sesión clínica de la importancia de una valoración psicológica del paciente.

Deseamos que en atención primaria se tomen las medidas necesarias al igual que se hace con la diabetes y la hipertensión. Hay que crear un protocolo y sensibilizar tanto al paciente con psoriasis como a las familias de la importancia de la educación sanitaria para poder convivir con esta enfermedad lo mejor posible.

ISBN: 978-84-943990-9-1

Medicina

