

Guía para pacientes con psoriasis

ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



Prólogo

La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) tiene, entre sus muchos objetivos, y de los más importantes, la información al público en general de las patologías más frecuentes de esta especialidad, reivindicando que el dermatólogo es el especialista de referencia para la misma. Dentro de este objetivo, destaca especialmente la relación y vinculación con las asociaciones de pacientes, que representan la vía más adecuada para contactar con pacientes con distintas patologías cutáneas.

Desde hace un año la AEDV mantiene, a través de su Fundación Piel Sana, reuniones periódicas con las asociaciones de pacientes con el objetivo de conocer

sus objetivos, necesidades... y poder colaborar, en la medida de nuestras posibilidades, con ellas.

Una de las peticiones comunes, manifestadas por estas asociaciones en diferentes reuniones que han mantenido con la Fundación, fue la de crear "Guías para Pacientes" por dermatólogos expertos --de referencia-- en las distintas patologías. Hoy podemos decir con satisfacción que este primer objetivo está logrado.

Esto no hubiera sido posible sin la colaboración de nuestros compañeros que, desde el primer momento, han aceptado de forma altruista esta colaboración. A ellos, nuestro más sincero agradecimiento. Es así mismo necesario agradecer

a la Fundación Piel Sana de la AEDV su apoyo y ánimo, desde su presidente hasta sus profesionales, y como no a las asociaciones de pacientes que nos han ayudado a corregir y mejorar estas publicaciones.

Nuestro único interés es que este trabajo, una vez vista la luz, sea de utilidad. Seguiremos trabajando en el beneficio de la Dermatología, de los dermatólogos y, sobre todo, de los pacientes con enfermedades cutáneas.

Dr. J. Soto de Delás
Director de la Fundación Piel Sana
Dr. J.C. Moreno Giménez
Presidente de honor de la AEDV
y Responsable de las relaciones con Asociaciones de Pacientes

Concepto

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, de causa desconocida, con gran variabilidad clínica y evolutiva, ocasionada por una multiplicación demasiado rápida de las células de la piel.

Las señales defectuosas que se originan en el sistema inmunológico, provocan que la formación de nuevas células epidérmicas se lleve a cabo en días, en lugar de en semanas.

Este crecimiento excesivo da lugar a las lesiones propias de la psoriasis, apareciendo placas eritematosas (rojas), bien definidas y cubiertas por escamas blancas

y nacaradas, siendo las localizaciones más frecuentes los codos, rodillas, zona lumbar y cuero cabelludo.

Cualquier persona puede desarrollar psoriasis.

La padecen por igual hombres y mujeres. Puede aparecer a cualquier edad, desde los primeros meses de vida hasta después de los 80 años, siendo el 75% de los pacientes mayores de 40 años. La experiencia de cada persona respecto a la psoriasis es distinta. Algunas experimentan sólo síntomas leves, con placas y picores ocasionales, mientras que otras sufren síntomas más intensos.

Psoriasis

Ricardo Ruiz-Villaverde.

Jefe de Servicio de Dermatología.
Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada.
Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs)

Manuel Galán Gutiérrez.

FEA Dermatología .
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

Lourdes Rodriguez-Fernandez-Freire.

FEA Dermatología.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Causas

La psoriasis es una enfermedad debida a varias causas, que pueden ser de carácter genético, inmunológico, medioambiental y psicológico. Estos factores alteran el funcionamiento de las células epidérmicas, en especial de los queratinocitos y los fibroblastos.

Factores genéticos

Los conocimientos actuales sobre los genes asociados a la psoriasis todavía son insuficientes. No obstante, los estudios realizados con familias de personas psoriásicas, demuestran que existen regiones cromosómicas asociadas a esta enfermedad. Estos grupos de genes varían de una familia a otra y de un paciente a otro.

Varios estudios demuestran que en un 40% los casos de psoriasis, existe una historia familiar de la enfermedad.

Sin embargo, los estudios realizados con gemelos monozigóticos (o idénticos) han demostrado que sólo en el 70% de los casos, padecían de psoriasis ambos gemelos. Si la herencia hubiese sido la única causa, el porcentaje debería haber sido del 100%. **Estos estudios demuestran por tanto que la psoriasis depende, además, de otros factores.**

“

La psoriasis es una enfermedad debida a varias causas, que pueden ser de carácter genético, inmunológico, medioambiental y psicológico.

40%

de los casos de psoriasis existe una historia familiar de la enfermedad

Factores inmunológicos

La piel afectada por la psoriasis se caracteriza por:

- Hiperproliferación

epidérmica: Las células de la epidermis se renuevan con demasiada rapidez en la piel psoriásica, a un ritmo que es de cuatro a seis veces mayor que el de la piel normal. Esto se debe, a que los queratinocitos de la epidermis se multiplican de forma anómala y fabrican una queratina modificada que forma las escamas.

Las principales células de la dermis, los fibroblastos, controlan el recambio de queratinocitos.

No obstante, dicho control es defectuoso en los casos de psoriasis.

- Infiltrado inflamatorio dérmico: Además del veloz ritmo de recambio de queratinocitos, la psoriasis es el resultado de una reacción inflamatoria de la piel. Predominantemente linfocitos, el infiltrado esta compuesto por linfocitos T CD4 y monocitos, por el contrario en la epidermis predominan los linfocitos T CD8.

La investigación sobre nuevos fármacos para tratar la psoriasis esta permitiendo conocer mejor la patogenia de la enfermedad.

El descubrimiento de una subpoblación de linfocitos T que expresan IL17 y cuya expansión viene determinada por la acción de la IL23, producida por las células presentadoras de antígenos sobre las células precursoras (T naive), ha revolucionado la patogenia de la psoriasis.

Factores medioambientales

En pacientes con una predisposición genética a la psoriasis, los brotes de psoriasis pueden ser debidos a factores medioambientales que desencadenan o empeoran la enfermedad. Los más conocidos son:

- **Estrés:** suele ser el responsable más frecuente y fácilmente comprobable de los brotes de psoriasis, y puede ser causado tanto, por el inicio de la temporada escolar hasta los traumas psicológicos graves. Se trata de un factor importante que puede conducir al primer brote de psoriasis y a recaídas periódicas.

- Traumatismos:

un traumatismo directo u otras agresiones físicas (quemaduras solares, cicatrices quirúrgicas...), sobre la piel de un paciente con psoriasis puede desencadenar la aparición de lesiones psoriásicas en la zona afectada. A este fenómeno se le conoce como fenómeno isomorfo de Koebner, siendo característico pero no exclusivo de la psoriasis.

- Infecciones:

las infecciones bacterianas pueden inducir o empeorar las lesiones. La más frecuente y conocida, es la infección de vías respiratorias superiores en la infancia y adolescencia, que se asocia con psoriasis en gotas.

- Medicamentos: los beta bloqueantes (que se usan para hipertensión arterial), el litio, interferón y las quinolonas son algunos de los medicamentos que pueden provocar psoriasis. Por otro lado, una interrupción brusca de la terapia con corticoides orales, también puede exacerbarla.

“

Los traumatismos pueden causar una placa de psoriasis (Fenómeno de Koebner)



Beta bloqueantes, litio, interferón y quinolonas son algunos de los medicamentos que pueden provocar psoriasis.

Tipos de psoriasis

La lesión elemental, es la presencia de lesiones eritemato-escamosas (Figura 1 y 2) Se tiende a pensar que solo existe un tipo de psoriasis, cuando lo cierto es que existen varias formas.

Psoriasis en placas

Es la forma más frecuente, afecta aproximadamente al 80% de las personas con psoriasis.

Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo aunque suele hacerlo en los codos, las rodillas, zona lumbar y el cuero cabelludo. Entre los síntomas, se encuentran las placas rojas en relieve cubiertas de escamas nacaradas, que se desprenden con regularidad (Figura 3).

Algunos pacientes además presentan prurito (picor) asociado.

Psoriasis en el cuero cabelludo

La padecen entre un 50 % y un 80 % de las personas con psoriasis. Puede ser muy leve, con escamas muy finas y ligeras. También puede ser muy grave, con placas gruesas que cubren todo el cuero cabelludo, extendiéndose más allá de la línea de implantación del cabello hasta la frente (Figura 4), la región occipital y alrededor de las orejas.

Psoriasis guttata o en gotas

Este tipo afecta aproximadamente a un 10% de las personas con psoriasis, sobre todo a niños y adolescentes.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Se presenta en forma de pequeños puntos rojos escamosos, que parecen gotas de agua salpicadas por el cuerpo (Figura 5). La psoriasis guttata (en gotas) a veces desencadena una infección de garganta por estreptococos. En los casos leves puede desaparecer sin tratamiento.

La psoriasis guttata puede transformarse en psoriasis en placas

Psoriasis pustulosa
Afecta a menos del 5% de las personas con psoriasis. Puede aparecer como una complicación de la psoriasis en placas, resultado de tomar determinados medicamentos o por haber interrumpido bruscamente el tratamiento, que venía utilizándose de manera

continuada durante un largo periodo de tiempo. Las placas de la psoriasis pustulosa se caracterizan por tener pústulas (vesículas llenas de pus (Figura 6), afectando mayormente a pies y manos (Figuras 7 y 8). La psoriasis pustulosa tampoco es contagiosa, porque no es un proceso infeccioso aunque en algunas ocasiones vaya acompañado de fiebre

A veces esta forma de psoriasis aparece de forma espontánea

Psoriasis invertida o de pliegues
Menos frecuente que las anteriores. Se manifiesta en los pliegues tanto mayores como axilas, ingles, submamarias, en los pliegues de menor tamaño



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

como región perianal, en ombligo y en otros pliegues de la piel alrededor de los genitales. Se manifiesta como placas de color rojo intenso de color "salmón", pudiendo aparecer grietas en sus bordes (Figura 9). Dada su localización se puede agravar con el sudor.

Psoriasis eritrodérmica

Es la forma más grave y afortunadamente la menos frecuente de la psoriasis.

Puede llegar a cubrir la totalidad del cuerpo (Figura 10), pudiendo poner en peligro la vida ya que afecta a la barrera protectora de zonas extensas de la piel y, supone una pérdida importante de proteínas, plasma... a través de la piel.



Figura 9



Figura 10

Gravedad de la Psoriasis

¿Leve, moderada o grave?
¿Cómo se evalúa la psoriasis en términos de gravedad?

Para evaluar objetivamente la gravedad de la psoriasis, los médicos utilizamos principalmente criterios morfológicos como el Psoriasis Area and Severity Index (PASI, Evaluación del Índice de Gravedad y Extensión de la Psoriasis). Este índice permite medir la extensión de las lesiones, además del grado de eritema y escamas. Un resultado elevado corresponde a la categoría de "psoriasis grave". Expertos opinan que además de criterios morfológicos y la extensión de las lesiones, hay otros

factores que contribuyen a la gravedad de la psoriasis, como el impacto sobre la calidad de vida y la resistencia al tratamiento.

La gravedad de la psoriasis guarda relación con la capacidad del paciente para hacer frente a su enfermedad. Es esencial el concepto de estrés percibido, ya que la psoriasis afecta a los pacientes de forma muy distinta. Una psoriasis extensa, puede tener un impacto menor sobre la calidad de vida que unas lesiones muy localizadas.

Existen localizaciones "especiales", como la palmo-plantar, región facial o genital pueden conllevar considerables discapacidades funcionales, ocasionando estrés psicológico.

Es esencial valorar el impacto de la psoriasis sobre la calidad de vida, puesto que los riesgos y beneficios, de cualquier medicación deben ponderarse de acuerdo con su impacto en la calidad de vida del paciente.

Al igual que en cualquier enfermedad que afecte la calidad de vida, debería tratarse la psoriasis desde una perspectiva global, centrándose en el paciente y no la enfermedad.

Tratamiento de la psoriasis

Recomendaciones generales

La psoriasis es una enfermedad crónica para la que actualmente disponemos de tratamientos muy eficaces, que permiten minimizar las posibles repercusiones físicas y psicológicas de la misma. El tratamiento debe ser individualizado, en función de distintos aspectos como localización y extensión de las lesiones, forma clínica de presentación y circunstancias propias del paciente.

Tratamiento tópico

- Hidratantes y queratolíticos

Las cremas hidratantes constituyen el pilar terapéutico básico, ya que facilita la movilidad del paciente y evita la fisuración de las placas. La mayoría de los productos de este tipo, contienen urea a concentraciones entre el 5 y el 10%. En ocasiones, es útil usar concentraciones más altas de urea (en torno al 40%) o con ácido salicílico al 5-20%, si buscamos producir disminuir la capa córnea.

- Corticoides

Los corticoides tópicos son los productos de referencia en el tratamiento de la psoriasis. Es muy importante, elegir el excipiente adecuado según la localización y características de las lesiones.

5-10%

La mayoría de los productos hidratantes y queratolíticos contienen urea entre el 5 y el 10%

40%

En ocasiones es útil usar concentraciones más altas de urea (en torno al 40%)

Seguir las recomendaciones médicas en la forma de aplicación, y en el tiempo de administración tendrá un efecto adecuado.

- **Derivados de la vitamina D**
Los preparados que contienen **derivados de la vitamina D**, actúan reduciendo la proliferación e incrementando la diferenciación epidérmica de la placa psoriásica.

Actualmente, existen preparados comerciales en los que se combinan con un corticoide tópico, aumentando su eficacia y facilidad para el cumplimiento del tratamiento.

- **Inhibidores tópicos de la calcineurina**

Son fármacos que actúan como antiinflamatorios, y que se emplean habitualmente en la dermatitis atópica.

Han demostrado ser útiles en tratamiento de las lesiones psoriásicas localizadas en la cara y pliegues.

- **Otros productos**

Existen otros compuestos como los retinoides y alquitranes, que pueden ser empleados en algunas ocasiones para situaciones concretas.

Derivados de la vitamina **D**

Actúan reduciendo la proliferación e incrementando la diferenciación epidérmica de la placa psoriásica.

“

Los inhibidores de la calcineurina han demostrado ser útiles en tratamiento de las lesiones psoriásicas localizadas en la cara y pliegues.

Fototerapia

La mayoría de los pacientes con psoriasis, mejoran durante el verano gracias a la exposición solar y al aumento de la humedad ambiental, que mantiene la piel más hidratada.

Los baños de sol (helioterapia) son un tratamiento coadyuvante muy asequible durante bastantes meses en nuestro país, por lo que pueden recomendarse con las precauciones pertinentes. La fototerapia, consiste en la exposición del paciente a la irradiación ultravioleta A o B, en cabinas de radiación ultravioleta de 2 a 3 veces por semana. Esta radiación puede administrarse sola, o en combinación con otros tratamientos tópicos o sistémicos que pretenden sensibilizar

la piel para aumentar la eficacia del tratamiento (fotoquimioterapia o PUVA). El láser de hexímeros aporta en realidad una dosis masiva de radiación ultravioleta. Es un tratamiento caro y solo aplicable a zonas localizadas

Tratamientos sistémicos

El tratamiento sistémico está indicado en las formas más extensas o severas, o cuando el tratamiento tópico no permite un control adecuado de la enfermedad. Son tratamientos que si bien son muy efectivos, requieren a menudo una evaluación analítica para controlar los posibles efectos adversos asociados a su uso.



Los baños de sol (helioterapia) son un tratamiento coadyuvante muy asequible durante bastantes meses en nuestro país por lo que pueden recomendarse, con las precauciones pertinentes.

Metotrexato

El metotrexato constituye, probablemente, el tratamiento sistémico de uso más común en la psoriasis, resultando altamente efectivo para el control de la psoriasis moderada-severa, así como el de otras posibles dimensiones de la enfermedad como la artritis psoriásica. Se usa a bajas dosis (dosis antiinflamatorias) que oscilan entre los 5 y los 25 mg a la semana.

Su principal limitación, es la tolerancia gastrointestinal así como la posibilidad de desarrollar toxicidad hematológica y hepática.

Retinoides

El acitretino es el retinoide que se emplea habitualmente en la psoriasis. Se utilizan dosis que oscilan entre los 10 y 50 mg al día. Su uso está limitado por su efecto teratogénico, así como la posible alteración del perfil hepático y lipídico. Poseen un efecto positivo asociados a la fototerapia, por lo que en ocasiones se administran de forma conjunta.

Ciclosporina A

La ciclosporina A, es un inmunosupresor que se usa a dosis de 2,5 a 5 miligramos por kilo y día. Los efectos secundarios son dosis dependientes, siendo el principal la toxicidad renal, con alteración de su función e hipertensión.

“

El metotrexato constituye, probablemente, el tratamiento sistémico de uso más común en la psoriasis



Retinoides.
Se utilizan dosis que oscilan entre los 10 y 50 mg/día.

Dimetilfumarato

Es un fármaco que se comporta como antiinflamatorio, que se administra de forma progresiva empezando por 30 mg hasta un máximo de 720 mg al día. Los problemas a los que puede asociarse son tolerancia gastrointestinal (que puede atenuarse cuidando la alimentación con la que se toma la medicación y la subida progresiva de dosis) y la posible disminución de la cifras de linfocitos.

Apremilast

Es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 que actúa como antiinflamatorio, empleándose por vía oral a dosis de 30 mg cada 12 horas. Sus principales problemas de uso vienen relacionados con la

tolerancia gastrointestinal que se atenúan cuidando aspectos de la alimentación y realizando administración progresiva de dosis.

Terapias biológicas

El conocimiento de la fisiopatología de la psoriasis, hace que se desarrollen nuevas terapias basadas en frenar los mecanismos productores de la enfermedad. Son medicamentos creados por tecnología de ADN recombinante, que van a bloquear citocinas implicadas en la aparición de la psoriasis. Actualmente según su mecanismo de acción disponemos de 4 familias de medicamentos, fármacos anti TNFalfa o factor de necrosis tumoral alfa (infliximab, etanercept, adalimumab

y certolizumab), anti interleucina 12/23 (ustekinumab), anti interleucina 17 (secukinumab, ixekizumab y brodalumab) y anti interleucina 23 (guselkumab, tildrakizumab y rizankizumab).



Son medicamentos creados por tecnología de ADN recombinante que van a bloquear citocinas implicadas en la aparición de la psoriasis.

Comorbilidades en Psoriasis

Artropatía psoriasica.

La artritis psoriasica consiste en una inflamación crónica de las articulaciones que se caracteriza por eritema (rojez), hinchazón y dolor de las articulaciones afectas.

Afecta fundamentalmente a las articulaciones de los dedos de manos y pies, la columna lumbar y sacra, las muñecas y las rodillas.

Si no se trata precozmente puede provocar daños irreversibles en las articulaciones.

Entre el 10% y el 30% de las personas que tienen psoriasis desarrollan artritis (antes, durante o después del diagnóstico de la enfermedad cutánea), aunque su aparición es más probable entre los 30 y los 50 años.

No se puede predecir que pacientes la desarrollarán, aunque los que presentan afectación ungueal de cuero cabelludo y área lumbosacra parecen tener mayores probabilidades.

Hígado graso

La enfermedad por hígado graso es una afección en la que se acumula grasa en el hígado. Hay dos tipos principales:

- Enfermedad del hígado graso no alcohólico
- Enfermedad del hígado graso por alcohol, también llamada esteatosis hepática alcohólica

La primera de ellas es más frecuente en pacientes que padecen psoriasis.

La enfermedad del hígado graso no alcohólico no está relacionada con el consumo de alcohol.

Artritis 10-30%

Entre el 10% y el 30% de las personas que tienen psoriasis desarrollan artritis

Existen dos tipos:

Hígado graso simple:

Hay grasa en el hígado, pero poca o ninguna inflamación o daño en las células del hígado. En general, el hígado graso simple **no es demasiado serio como para causar daño o complicaciones.**

Esteatosis hepática no alcohólica:

Existe inflamación y daños en las células del hígado, y grasa. **La inflamación y el daño de las células del hígado pueden causar fibrosis o cicatrización del hígado.** La esteatosis puede causar cirrosis o cáncer de hígado.

Cuando se sospecha esta enfermedad, su dermatólogo o reumatólogo deberá remitirlo a un especialista en aparato digestivo, que será quien le indique que cambios en el estilo de vida son los más importantes, ya que no hay un tratamiento farmacológico en la actualidad para controlarlo.

Síndrome metabólico

La psoriasis se ha relacionado con múltiples comorbilidades que incluyen la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes.

Por tanto el síndrome metabólico es un grupo de trastornos que se presentan al mismo tiempo y aumentan el riesgo de enfermedad cardíaca,

accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2. Estos trastornos incluyen aumento de la presión arterial, niveles altos de azúcar en sangre, exceso de grasa corporal alrededor de la cintura y niveles anormales de colesterol o triglicéridos.

De esta manera, los pacientes con psoriasis presentan un riesgo aumentado de infarto de miocardio a edades más jóvenes respecto a la población general, y una disminución de la esperanza de vida de 4 a 5 años con respecto a la población general.

Vivir con Psoriasis

Alimentación y Psoriasis

La obesidad es una de las principales comorbilidades asociadas a la psoriasis.

Las personas con psoriasis que además presentan sobrepeso u obesidad, **no sólo presentan una mayor gravedad de las lesiones sino que además responden peor a los diferentes tratamientos.**

Para determinar el peso óptimo en las consultas solemos medir el **Índice de Masa Corporal (IMC)**. Posiblemente no es el mejor método pero es el más estandarizado y tiene en cuenta el peso del paciente y su altura. En aquellos pacientes con sobrepeso y por tanto con un IMC > 25 kg/m², se recomienda la reducción de peso a base

de una dieta adecuada como intervención adyuvante en el tratamiento de la psoriasis. Es recomendable reducir la ingesta de alcohol y si es posible incluso eliminarla. Este último punto es especialmente importante en pacientes sometidos a determinados tratamientos sistémicos, como metotrexato o acitretina.

¿Tienen sentido eliminar el gluten de la dieta si tienes psoriasis?

Es una pregunta recurrente. En pacientes con psoriasis que además son celíacos, **una dieta libre de gluten no sólo mejora la sintomatología digestiva, sino que también reduce la gravedad de la psoriasis.**

Índice de Masa Corporal IMC

Posiblemente no es el mejor método pero es el más estandarizado



Una dieta libre de gluten no sólo mejora la sintomatología digestiva, sino que también reduce la gravedad de la psoriasis.

Esto es así incluso en pacientes con marcadores serológicos de enfermedad celiaca y biopsia duodenal normal. No obstante, no se recomienda la búsqueda activa de enfermedad celiaca en pacientes con psoriasis de forma rutinaria, independientemente de la gravedad, y tampoco realizar una dieta exenta de gluten en pacientes con psoriasis sin enfermedad celiaca.

¿ Es necesario suplementar la dieta del paciente con psoriasis? Básicamente y a modo de resumen las conclusiones que se pueden extraer de los diferentes estudios publicados son:

a) No se recomienda suplementar la dieta con **omega-3** de manera rutinaria.

b) A pesar de que el déficit de **vitamina D** es frecuente en los pacientes con psoriasis, y se han relacionado estos niveles bajos con la gravedad de la psoriasis en diferentes estudios, no ha conseguido demostrarse que suplementando la dieta con vitamina D en estos pacientes mejoren las lesiones.

c) Los suplementos de selenio, **vitamina B12** y otras vitaminas, han demostrado mejorar las lesiones en los pacientes con psoriasis pero tampoco se aconseja suplementarlos si no hay déficit y clínica contrastada.



Omega-3
Vitamina D
Vitamina B12

Ejercicio y Psoriasis

El ejercicio físico en los pacientes con psoriasis con o sin artritis psoriásica es altamente beneficioso.

Mejora el estado cardiovascular del paciente. Esto es ampliamente beneficioso puesto que la práctica regular de ejercicio físico ayuda con una buena alimentación a reducir peso, refuerza y mejora la función articular, y regula la función del sistema nervioso vegetativo, ayudando a luchar contra el estrés.

No hay un ejercicio bueno y un ejercicio malo sino ejercicios bien indicados y ejercicios mal indicados.

Por tanto no existe ninguno que tenga un beneficio superior a otro. Es aconsejable que este monitorizado por un especialista en Actividad Física y realizar aquel ejercicio que guste, para facilitar lo que se denomina adherencia terapéutica.

Es necesario, por tanto, mantener una continuidad ya que de nada sirve que una persona vaya a hacer un día de actividad física, y luego esté tres semanas sin hacer nada.



“

No hay un ejercicio bueno y un ejercicio malo sino ejercicios bien indicados y ejercicios mal indicados.

Psoriasis y afectación psicológica

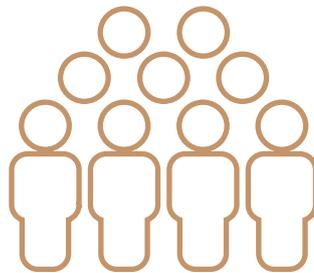
La piel es sensible a una gran variedad de estímulos emocionales y juega un papel importante en los procesos de socialización. Por ello, cuando se ve afectada por una enfermedad como la psoriasis, existe una clara influencia negativa en diferentes esferas psicológicas como la autoestima, la confianza y la calidad de vida.

Recordemos que la psoriasis en una enfermedad crónica.

Las personas que sufren enfermedades crónicas, tienden a desarrollar sentido de vulnerabilidad, inseguridad en el funcionamiento corporal y pérdida de la imagen que

tienen de sí mismos. Estas personas pueden tener sensación de inseguridad y de fragilidad, junto a ideas y pensamientos de que se les escapa la vida.

Pueden sentirse, en parte, discapacitados para seguir el ritmo que seguían antes. Por estas razones, entre muchas otras, además del tratamiento farmacológico, es importante recurrir también a la atención del malestar emocional que le supone a la persona tener un enfermedad crónica, y no descuidar esta esfera tan presente en nuestra vida cotidiana.



Estas personas pueden tener sensación de inseguridad y de fragilidad

Información Adicional

<http://www.aedv.es/> Academia Española de Dermatología y Venereología

<https://www.accionpsoriasis.org/> Accion Psoriasis. Asociación de Pacientes de Psoriasis, Artritis Psoriásica y Familiares

<http://www.conartritis.org/> Coordinadora Nacional de Artritis

<https://www.euro-pso.org/> Federacion Europea de Pacientes psoriaticos

<http://forodepacientes.org/> Foro Español de Pacientes

<http://www.ifpa-pso.org/> Federacion Internacional de Pacientes Psoriaticos

<http://www.latinapso.org/espanol/index.php> Red Latinoamericana de Psoriasis

<http://www.lire.es/> Liga Reumatologica Española

<https://psoriasisenred.org>. Psoriasis en Red. Asociación Española de Pacientes de Psoriasis y Artritis Psoriásica

<https://www.patientsorganizations.org/> Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes

<http://www.ser.es/> Sociedad Española de Reumatología

Bibliografía

Menter A, Cordoro KM, Davis DMR, Kroshinsky D, Paller AS, Armstrong AW, et al . Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. J Am Acad Dermatol. 2020;82(1):161-201.

Eisert L, Augustin M, Bach S, Dittmann M, Eiler R, Fölster-Holst R, et al. S2k guidelines for the treatment of psoriasis in children and adolescents – Short version part 2. J Dtsch Dermatol Ges. 2019;17:959-973.

Perez-Chada LM, Gottlieb AB, Cohen J, Mease P, Duffin KC, Garg A et al. Measuring psoriatic arthritis symptoms: A core domain in psoriasis clinical trials. J Am Acad Dermatol. 2020;82:54-61.

Kavanaugh A, Papp K, Gottlieb AB, de Jong EMGJ, Chakravarty SD, Kafka S, et al. Demography, baseline disease characteristics, and treatment history of psoriasis patients with self-reported psoriatic arthritis enrolled in the PSOLAR registry. *BMC Rheumatol.* 2018;2:29.

Poelman SM, Keeling CP, Metelitsa AI. Practical Guidelines for Managing Patients With Psoriasis on Biologics: An Update. *J Cutan Med Surg.* 2019;23(1_suppl):3S-12S.

Bewley AP, Shear NH, Calzavara-Pinton PG, Hansen JB, Nyeland ME, Signorovitch J. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate aerosol foam vs. apremilast, methotrexate, acitretin or fumaric acid esters for the treatment of plaque psoriasis: a matching-adjusted indirect comparison. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:1107-1115.

Stiff KM, Glines KR, Porter CL, Cline A, Feldman SR. Current pharmacological treatment guidelines for psoriasis and psoriatic arthritis. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2018;11:1209-1218.

Ford AR, Siegel M, Bagel J, Cordero KM, Garg A, Gottlieb A, et al. Dietary Recommendations for Adults With Psoriasis or Psoriatic Arthritis From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: A Systematic Review. *JAMA Dermatol.* 2018;154:934-950.

Sharif K, Watad A, Bragazzi NL, Lichtbroun M, Amital H, Shoenfeld Y. Physical activity and autoimmune diseases: Get moving and manage the disease. *Autoimmun Rev.* 2018;17:53-72.

Zheng Q, Sun XY, Miao X, Xu R, Ma T, Zhang YN, et al. Association between physical activity and risk of prevalent psoriasis: A MOOSE-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e11394. doi:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

fundacionpielsana.es
facebook.com/fundacionpielsana
twitter.com/pielsana_aedv
