



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de educación para la salud:
Atención integral al adulto joven con psoriasis**

**Health education program:
comprehensive attention to the young adult with psoriasis**

Autor/es

Paula Arnas Rodríguez

Director/es

Raquel Belio Samitier

Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la salud

Año 2018/2019

INDICE

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
○ Justificación	8
Objetivos	9
Metodología	10
Desarrollo	13
○ Planificación	
○ Análisis y priorización	13
○ Población diana, captación y contexto social	14
○ Recursos	14
○ Estrategias	
○ 1ª Sesión	15
○ 2ª Sesión	15
○ 3ª Sesión	15
○ Actividades y diagnósticos	16
○ Ejecución	
○ 1ª Sesión	18
○ 2ª Sesión	19
○ 3ª Sesión	20
○ Cronograma de Gantt	22
Evaluación	23
Conclusiones	23
Bibliografía	24
Anexos	28

RESUMEN

Introducción: la psoriasis se trata de una enfermedad dermatológica crónica, inflamatoria, autoinmune con manifestaciones sistémicas. Tiene una distribución universal afectando en torno al 2-3% de la población mundial, con una prevalencia del 2,3% en la población Española, lo que supone un problema para la Salud Pública. Su evolución es impredecible con periodos de remisiones y exacerbaciones, en los que el deterioro de la integridad cutánea junto con otras manifestaciones supone un deterioro de la calidad de vida del paciente, afectando al ámbito físico, psicológico, económico y social.

Objetivo: realizar un Programa de Educación para la Salud en pacientes adultos jóvenes con psoriasis para conseguir una atención integral.

Metodología: para obtener los datos se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (Scielo, Cuiden, Pubmed y Science Direct), se han utilizado los buscadores de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), así como las páginas web de las universidades de Colombia, Rio de Janeiro y Madrid. Además, se ha consultado el Atlas de psoriasis y las guías NANDA, NOC, NIC.

Conclusiones: modificar el estilo de vida así como una buena adherencia al tratamiento resulta fundamental para reducir el número de brotes de la enfermedad. Desde enfermería, se puede incidir en los pacientes aumentando sus conocimientos para dejar de ver la psoriasis como un estigma y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: psoriasis, enfermería, prevalencia, tratamiento, patogenia, estilos de vida, imagen corporal y síntomas depresivos.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic dermatological autoimmune disease with systemic manifestations. It has an universal distribution affecting approximately to the 2-3% of the world population, with a prevalence of the 2,3% in the Spanish population which involves a problem for the public health system. Its evolution is unpredictable with periods of remission and exacerbation, in which the deterioration of skin integrity together with other manifestations suppose a deterioration of the patient 's quality of life, thus affecting to the physical, psicological, economic and social fields.

Objectives: The aim of this dissertation is to make a Health education program to reach a comprehensive care to young adults with psoriasis.

Methodology: In order to obtain all the information, it has been conducted a bibliographic review in scientific databases (Scielo, Cuiden, Pubmed and Science Direct), it has been used the Spanish Society of Family and Community Medicine seekers, the web pages related to the University of Colombia, Rio de Janeiro and Madrid. Futhermore, it has been consulted the Psoriasis Atlas and the NANDA, NOC, NIC book guides.

Conclusions: Making lifestyle changes as well as a good treatment adherence is essential for reducing the number of disease outbreaks. Nursing can influence in patients increasing their knowledge to stop considering psoriasis as a stigma and to improve their quality standard.

Keywords: Psoriasis, Nursing, prevalence, treatment, pathogeny, lifestyle, body image, deppressive symptoms.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es un trastorno dermatológico crónico, inflamatorio y multifactorial, mediado por el sistema inmunitario con manifestaciones cutáneas y sistémicas.¹

Tiene un componente hereditario. Así, el estudio realizado por Gudjonsson y Elder demuestra que si ambos padres padecen la enfermedad, el 41% de sus descendientes también la padecerá, con un progenitor afectado la padecerá el 14% de sus descendientes y apenas el 6% en el caso de un hermano afectado. Además de la carga genética, los factores ambientales se consideran fundamentales, pudiendo ser los desencadenantes de la enfermedad. Entre ellos se encuentran los traumas físicos (Fenómeno de Koebner), infecciones (estreptococo β - hemolítico), fármacos (litio), hipocalcemia, sustancias tóxicas (como el alcohol o tabaco) y el clima (mejora en climas cálidos y empeora en los fríos).² Además, el estrés se identifica como factor desencadenante en el 60% de los pacientes.³

Desde el punto de vista histológico, se caracteriza por una proliferación anormal de queratinocitos y por la infiltración de células inmunitarias en la dermis y epidermis, lo que involucra a los sistemas inmunitarios innato y adaptativo, con importantes funciones para las células dendríticas y las células T. En condiciones normales, el recambio de queratinocitos se realiza en 30 días, siendo de tan solo 3 días en los pacientes afectados.⁴

Respecto a las formas de presentación clínica, son muy variables, pudiendo coexistir varias en el mismo paciente, lo que supone una alteración de su integridad cutánea y su imagen corporal.⁵ Entre ellas se encuentran la psoriasis del cuero cabelludo, flexural o intertriginosa o invertida, pustulosa generalizada (Von Zumbusch y Anular exantemática), pustulosa localizada (Palmoplantar de Barber y Acrodermatitis continua de Hallopeau), Eritrodérmica o exfoliativa, Guttata o eruptiva y la psoriasis vulgar en placas.² Esta última se considera la más frecuente (presente en el 90% de los casos). En ella, se observan placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas por una escama blanca o plateada fina (micácea),

con una distribución simétrica predominando en cuero cabelludo, codos, ombligo, región sacra y rodillas, con síntomas comunes como prurito, ardor y dolor.⁵

La psoriasis, se asocia a comorbilidades que afectan a la calidad de vida del paciente. Pueden ser de naturaleza cardiovascular, psiquiátrica o reumatológica. La artritis psoriásica se considera la comorbilidad más frecuente ya que se presenta en el 6-42% de los pacientes con psoriasis, entre los 20 y 40 años. Puede preceder, ser concomitante o posterior a las manifestaciones cutáneas.⁵

La psoriasis tiene una distribución universal, afectando en torno al 2-3% de la población mundial, siendo Europa del Norte la región con mayor incidencia (2%).² Respecto a la población Española, la psoriasis llega a afectar hasta el 2,3% de la población.⁶ Su incidencia es más frecuente en la raza blanca, pero es similar en ambos sexos. Puede iniciarse a cualquier edad, aunque es rara su aparición antes de los 10 años. Respecto a su evolución, es cíclica, presentando periodos de brotes y remisiones, destacando dos picos de incidencia entre los 20-30 años (de inicio precoz) y los 50-60 años (inicio tardío). Generalmente, cuanto más temprana es la edad de comienzo de la enfermedad, peor es su pronóstico.⁴

Así, el estudio realizado por Icen M, Crowson C.S, Mcevoy M.T y col, confirma el aumento en la incidencia de psoriasis a lo largo del tiempo en la población estadounidense.⁷ Además, la Junta Ejecutiva de la OMS, en 2013 recomendó a la 67ª Asamblea Mundial de la Salud una resolución que solicita al Director General crear conciencia sobre la psoriasis como un importante problema de salud mundial.⁸

Respecto al diagnóstico de la enfermedad, es fundamentalmente clínico. Para ello, se utilizan índices basados en la extensión, características clínicas y deterioro de la calidad de vida. El más utilizado es la escala PASI (Psoriasis Area and Severity Index) índice de área y gravedad de la psoriasis, considerado el gold estándar en cuanto al seguimiento de la enfermedad. Sin embargo se trata de una escala de medición compleja, por lo que debe ser realizada por personal familiarizado y entrenado en describir las lesiones.⁹

PASI valora el eritema, induración y descamación de las lesiones cutáneas en cuatro zonas de la superficie corporal: cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores relacionándolas con el área afectada en cada una de ellas. Para ello, utiliza una fórmula en la que asigna a cada área un porcentaje de la superficie corporal total (cabeza un 10%, extremidades superiores un 20%, tronco 30% y extremidades inferiores un 40%). El resultado varía de 0 a 72, considerando la psoriasis como moderada- grave si la puntuación PASI es superior a 10. Además, el tratamiento se considera efectivo si la superficie afectada disminuye del 50 al 75% respecto al PASI inicial.²

Entre otras escalas, se encuentra el Self-Administered Psoriasis Area Severity Index (SAPASI), una escala visual suministrada al paciente a fin de que el mismo calcule la gravedad de su psoriasis. Tiene buena correlación con el PASI y una alta fiabilidad.⁹

También destacan el BSA (Body Surface Area), y el PGA (Physician's Global Assessment). El BSA calcula directamente el área corporal afectada, según la regla del 9%, como se realiza en la valoración de la superficie corporal quemada. Mientras que el PGA (evaluación global del médico), evalúa las características de las lesiones para hacer una evaluación global en una escala de 1 a 6, aunque esté sujeto a mayor subjetividad, es más rápido de aplicar.²

Para valorar de forma objetiva la calidad de vida del paciente, se utiliza el Dermatology Life Quality Index (DLQI) con 10 preguntas que evalúan la repercusión que tuvo la enfermedad, en la semana previa a su realización.²

Respecto al tratamiento, al tratarse de una enfermedad crónica no existe uno definitivo. Es individual para cada paciente, estratificándose en función del grado de severidad, el impacto en la calidad de vida, la presencia de comorbilidades asociadas y su eficacia.¹⁰ Los tratamientos actuales pueden dividirse en agentes tópicos (corticoesteroides, alquitrán de hulla, ditranol, análogos de la vitamina D, retinoides e inmunosupresores) basados en la luz ultravioleta (fototerapia, láser, fotoquimioterapia, PUVA tópico, climaterapia), fármacos sistémicos (metrotexato, acitretina,

ciclosporina) y los agentes biológicos.¹⁰ Se aplican de forma escalonada, aumentando el nivel según la ausencia de respuesta, contraindicación o intolerancia. En primer lugar se realiza tratamiento tópico, a continuación fototerapia (PUVA o UVB) o tratamiento sistémico clásico y por último las terapias biológicas.¹¹

Respecto al trabajo de enfermería, permite mantener la confidencialidad e independencia de estos enfermos, ayudándoles a manejar los aspectos físicos (pérdida de la integridad cutánea) y psicológicos de la enfermedad (estigmatización, estrés, ansiedad), ya que es responsabilidad de la enfermera aportar una educación de calidad.¹²

JUSTIFICACIÓN

La psoriasis tiene carácter universal y una prevalencia del 2,3% en la población española.⁶ Pese a que puede desencadenarse a cualquier edad, sus dos máximos picos de incidencia se sitúan en la segunda y cuarta décadas de la vida.⁴ Respecto al impacto de la enfermedad, además de las manifestaciones clínicas cutáneas hay comorbilidades y complicaciones asociadas lo que supone una gran carga mental, con un impacto físico, psicológico, social y económico en las personas afectadas, siendo fundamental cambiar la actitud pública hacia los pacientes con psoriasis.¹³

Así, debido a la psoriasis el 89% de los pacientes se siente más tímido y avergonzado, el 58% aprensivo, el 42% tiene falta de confianza en sí mismos y el 24% ha experimentado un episodio depresivo.¹³ Respecto a los síntomas, muchas de las personas con psoriasis (en torno al 15 %) sufren prurito y dentro de este porcentaje, 9 de cada 10 presentan algún tipo de trastorno psicossomático, por lo cual los tratamientos deben dirigirse a los aspectos psicossociales y físicos de la enfermedad.³

Se puede considerar a la enfermera como una pieza clave en proporcionar a los pacientes apoyo psicoterapéutico dirigido a aumentar su auto-aceptación, dando educación de calidad sobre su enfermedad, en lo que respecta a diagnóstico, tratamiento y profilaxis, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.¹²

OBJETIVOS

Objetivo general: realizar un programa de salud orientado a la atención integral del adulto joven con psoriasis.

Objetivos específicos:

- Dotar a los pacientes psoriásicos de los conocimientos suficientes respecto a su enfermedad así como identificar estilos de vida que empeoran su estado de salud.
- Identificar los distintos tipos de tratamientos actuales que existen, sus aplicaciones, riesgos y beneficios para mejorar su calidad de vida.
- Empoderar al paciente psoriásico para aceptar su estado de salud y nueva imagen corporal sin tener pensamientos negativos hacia sí mismo.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante los meses de Enero a Abril. Para obtener la información y los datos reflejados en el Programa, se realizó una revisión bibliográfica mediante las bases de datos científicas Scielo, Cuiden, Pubmed y Science Direct, además de utilizar los buscadores de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), así como las páginas web de las universidades de Colombia (Biblioteca digital universidad nacional de Colombia), Universidad del estado de Rio de Janeiro (Revista de enfermería), Universidad Autónoma de Madrid. (*Ver tabla 1*)

Además, se consultó el Atlas de psoriasis escrito por Lionel Fry en 2005. Por último, se utilizaron las taxonomías enfermeras NANDA, NOC, NIC para elaborar los diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería.

Las bases de datos, palabras clave y operadores booleanos utilizados, se reflejan en la siguiente tabla. También el total de resultados obtenidos y aquellos que se seleccionaron para la realización del trabajo.

Tabla 1. Tabla de recogida de datos.

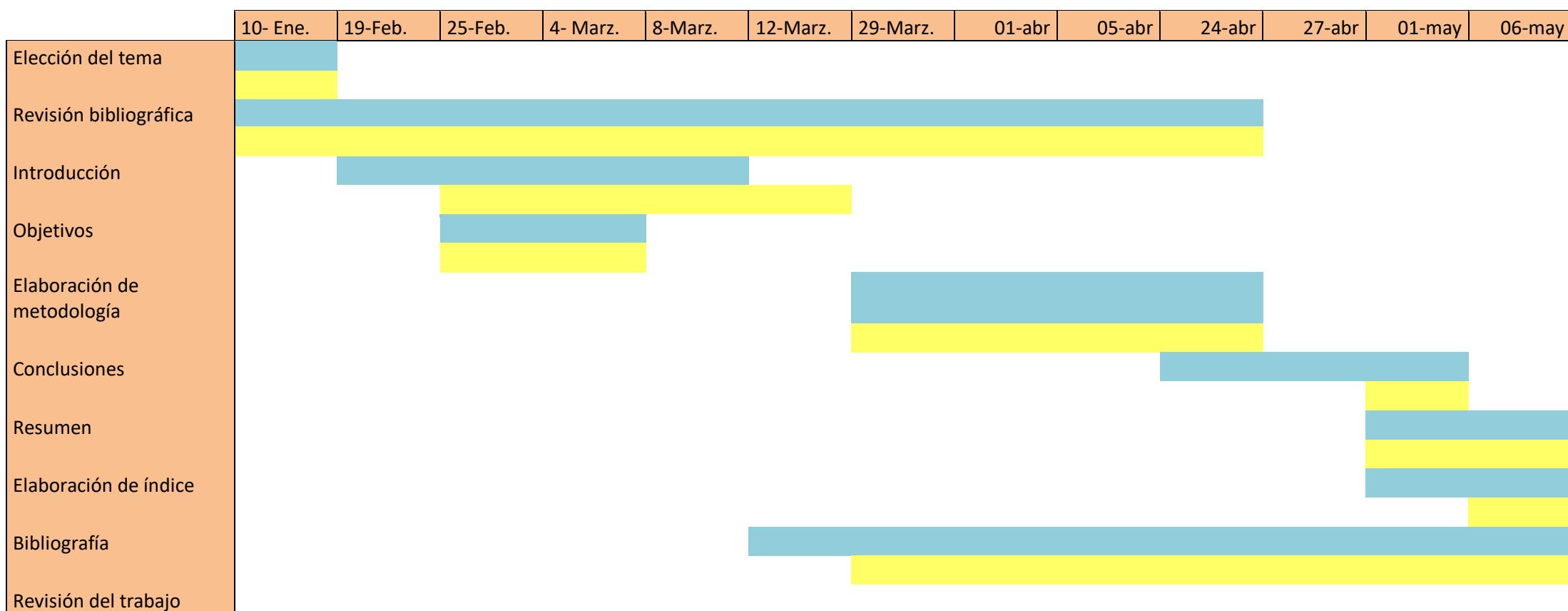
Bases de datos	Palabras clave utilizadas	Operadores booleanos	Resultados obtenidos	Artículos utilizados
Scielo	Psoriasis, patogenia, tratamiento	AND	20	5
Cuiden	Psoriasis, estilos de vida	AND	2	2
Pubmed	Psoriasis, epidemiology, depressive symptoms	AND	10	3
Science Direct	Psoriasis, prevalencia, enfermería, imagen corporal	AND	25	4

Respecto a los criterios de inclusión y exclusión, se han seleccionado los artículos redactados en castellano y en inglés, con una limitación del tiempo, eligiendo aquellos artículos publicados desde 2004 hasta la actualidad.

CRONOGRAMA

Tabla 2. Cronograma de búsqueda bibliográfica del programa de salud.

Fuente: elaboración propia.



DESARROLLO

PLANIFICACIÓN

Análisis y priorización.

La prevalencia de la psoriasis se sitúa en torno al 2% de la población mundial siendo del 2,3% en la población Española¹². Además, se observa un aumento lineal en la prevalencia a lo largo de la vida situándose en 0'12% a la edad de 1 año aumentando hasta el 1'2% a los 18 años. Destacan dos picos de máxima incidencia en la segunda y cuarta década de la vida.⁸

La piel se valora como una importante dimensión de la imagen corporal para el ser humano, por ello la presencia de lesiones en áreas visibles afecta al estado emocional influyendo en las relaciones sociales y actividades. Algunos estudios estiman que al menos un tercio de los pacientes con enfermedades dermatológicas, tienen repercusiones emocionales.¹⁴

El estudio realizado en 2003 por Ribera Pibernat M, Caballé G, Fernández-Chico N y col. "Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español" demuestra la repercusión de la psoriasis en la esfera psicosocial y laboral de los pacientes. Además, refleja las diferencias médico-pacientes al valorar la gravedad de la enfermedad, pudiendo resultar frustrante para el paciente al sentirse incomprendido. Estudios como este muestran la psoriasis como una de las enfermedades que más afectan la calidad de vida de los pacientes, siendo comparable con el asma, el infarto de miocardio, el cáncer y la diabetes.¹⁵

Por ello, en este programa de salud, se dará preferencia a los pacientes con un PASI a partir de 4, sin dejar de lado a los pacientes con menor puntuación, ya que los estudios determinan el tiempo de diagnóstico como factor fundamental para disminuir los agravios de enfermedades de la piel.

Población diana, captación y contexto social

El programa se ha elaborado para impartirse en los Centros de Salud de Zaragoza del Sector I, a través de la consulta de enfermería.

Está dirigido a pacientes adultos jóvenes con psoriasis con rango de edad entre 18 y treinta años, tanto hombres como mujeres que presenten manifestaciones clínicas de la enfermedad. Estará dividido en un total de 3 sesiones, realizándose una por semana, con duración de aproximadamente 90 minutos cada una de ellas.

Dada la evolución irregular e imprevisible de la enfermedad, así como la variabilidad clínica de sus lesiones, el método de captación se ha basado en cuestionarios que evalúan la gravedad y calidad de vida de este tipo de pacientes (Anexo 1).

La enfermera, con el programa OMI seleccionará a aquellos pacientes con psoriasis diagnosticada. Se pondrá en contacto con dermatología para pedir los test de valoración PASI (gravedad), SAPASI (valorando la opinión del paciente) y DLQI (valorando su calidad de vida).

Estos se repartirán a los distintos pacientes y se pasarán a su dermatólogo para su valoración. La enfermera se pondrá en contacto vía telefónica, con aquellos pacientes con puntuación PASI superior a 4, para invitarles a formar parte del programa, dando una breve descripción de su contenido y duración (Anexo 2).

Recursos

A. Recursos humanos

El programa será impartido por una enfermera del Centro de Salud de La Jota, incorporando en el programa a aquellos pacientes que cumplan los criterios establecidos y que muestren disposición y motivación. Los grupos se dispondrán con un máximo de 10 personas.

B. Recursos materiales.

Las sesiones se realizarán en el aula docente del Centro de salud equipado con ordenador, proyector de pantalla y mobiliario adecuado (sillas, mesas). Así como material ofimático (libretas, bolígrafos) para que los pacientes puedan tomar anotaciones que resulten interesantes.

Además, para la captación de los pacientes será necesario disponer de test de valoración (previo contacto con la consulta de dermatología).

Tabla 3. Recursos materiales utilizados.

	1ª Sesión	2ª Sesión	3ª Sesión
Materiales	<ul style="list-style-type: none">• Test- Retest• Folleto informativo nutricional• Proyector para imágenes de manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Proyector• Anexo informativo tratamientos naturistas	<ul style="list-style-type: none">• Proyector

Estrategias

El Programa de Salud se dividirá en tres sesiones teórico-prácticas grupales, las cuales se llevarán a cabo durante los días 5, 12, 19 de junio por la tarde, en horario de 19:30 a 21:00 h, aproximadamente. Las sesiones serán impartidas por una enfermera de uno de los centros de salud del área I.

Actividades y diagnóstico

Primera sesión

Se explicará a los pacientes en qué consiste la enfermedad, explicando su etiología de forma breve. Así como las diferentes manifestaciones clínicas y comorbilidades. Además, se identificarán factores de riesgo para la enfermedad junto con estilos de vida que empeoran su estado de salud. Antes de finalizar la sesión, se destinará un tiempo para comentar y resolver dudas que pudieran surgir.

Segunda sesión

Se explicarán los distintos tipos de tratamientos existentes, indicando su modo de aplicación y principales efectos. Se dejará un tiempo al finalizar la sesión para comentar y resolver dudas que pudieran surgir.

Tercera sesión

Se dirigirá al ámbito psicosocial ya que además del efecto emocional y personal, la psoriasis tiene repercusión sobre las actividades diarias.

Se ayudará al paciente a evitar la sensación de falta de control ante los brotes inesperados, así como a superar el sentimiento de estigmatización social y vergüenza ante su enfermedad. Además, se ayudará a sobrellevar la sensación de desesperanza y frustración respecto a la curación y a la falta de efectividad de los tratamientos de conseguir un buen control de la enfermedad a largo plazo.

Esta última sesión será llevada a cabo por los propios pacientes. La enfermera diseñará actividades para que estos interactúen de forma conjunta intercambiando opiniones y experiencias. Se pondrá un vídeo para después comentarlo de forma conjunta fomentando así el apoyo grupal.

Los diagnósticos de enfermería NANDA, NIC, NOC quedan reflejados en la siguiente tabla.^{16,17,18}

Tabla 4. Actividades y diagnósticos de enfermería.

	OBJETIVO	Dx	NIC	NOC
1ª SESIÓN Introducción a la psoriasis	Conocer la psoriasis, su etiología, principales manifestaciones clínicas, comorbilidades y estilos de vida influyentes.	Conocimientos deficientes r/c conocimiento insuficiente de los recursos m/p no sigue completamente las instrucciones.	(5510) Educación para la salud. (5520) Facilitar el aprendizaje. (5515) Mejorar el acceso a la información sanitaria. (5604) Enseñanza: grupo (5430) Grupo de apoyo. (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad. (5614) Enseñanza: dieta prescrita. (5612) Enseñanza: ejercicio prescrito.	(1811) Conocimiento: actividad prescrita. (1805) Conocimiento: conducta sanitaria. (1854) Conocimiento: dieta saludable (1823) Conocimiento: fomento de la salud. (1847) Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica. (1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad. (1600) Conducta de adhesión. (1209) Motivación.
2ª SESIÓN Adherencia al tratamiento del paciente psoriásico	Identificar los tratamientos existentes, modo de aplicación, riesgos y beneficios para evitar un mayor deterioro de la integridad cutánea.	Deterioro de la integridad cutánea r/c psoriasis m/p alteración de las capas de la piel (epidermis) y destrucción de las capas de la piel (dermis).	(3590) Vigilancia de la piel. (2316) Administración de medicación: tópica. (2380) Manejo de la medicación. 3550) Manejo del prurito (1610) Baño	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (2301) Respuesta a la medicación. (0301) Autocuidados: Baño. (0305) Autocuidados: Higiene. (1925) Control del riesgo: exposición al sol.
3ª SESIÓN Empoderamiento del paciente psoriásico	Empoderar al paciente, aumentando su autoestima y conseguir un pensamiento en positivo de su imagen corporal.	Disposición para mejorar el autoconcepto r/c trastorno de la imagen corporal m/p deterioro de la integridad cutánea.	(5400) Potenciación de la autoestima. (5330) Control del estado de ánimo. (4480) Facilitar la autorresponsabilidad. (5395) Mejora de la autoconfianza. (5220) Mejora de la imagen corporal. (5320) Mejorar el afrontamiento. (5100) Potenciación de la socialización. (5450) Terapia de grupo	(1300) Aceptación: Estado de salud. (1250) Autoestima (2002) Bienestar personal. (2000) Calidad de vida. (2011) Estado de comodidad: psicoespiritual. (2012) Estado de comodidad: sociocultural. (1200) Imagen corporal. (1309) Resiliencia personal.

EJECUCIÓN

Desarrollo de las actividades

1º Sesión. Introducción a la psoriasis.

Duración: 75 minutos aproximadamente.

En primer lugar, se dedicarán 10 minutos a la presentación de los compañeros. A continuación, se repartirá un test con preguntas básicas sobre la enfermedad, que cada componente del grupo deberá resolver de forma individual. Las respuestas se guardarán y contrastarán con las mismas, que se repartirán en otro cuestionario al finalizar las sesiones educativas del programa de salud, permitiendo ver la adquisición de conocimientos.

Tras este breve contacto, se describirá la psoriasis de forma general, remarcando su naturaleza crónica, inflamatoria y recidivante, con causa desconocida, aunque relacionada con el sistema inmune (sostenida por linfocitos T)¹⁹. Se describirán las principales comorbilidades (artritis psoriásica, enfermedad inflamatoria intestinal, depresión, síndrome metabólico, hígado graso no alcohólico, linfoma y disfunción eréctil, así como aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares).²⁰

Se identificarán procesos o situaciones que pueden agudizar el ciclo de la enfermedad tales como traumatismos físicos, agresiones sobre la piel (fenómeno de Koebner), infecciones, fármacos, hábito tabáquico, situaciones de hipocalcemia y estrés.²¹ Además, se nombrarán los principales alimentos que interfieren en el ciclo de la enfermedad (Anexo 3).

Para finalizar, se expondrán las formas clínicas más frecuentes de la enfermedad, así como su localización (Anexo 4). Mediante un proyector se reflejarán las imágenes a fin de que los pacientes se identifiquen. El resumen de la sesión se refleja en la siguiente tabla.

Tabla 5. Primera sesión

Descripción de la sesión	Objetivos educativos	Técnica didáctica	Material didáctico
Presentación de la enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Etiología • Evolución • Formas clínicas frecuentes • Comorbilidades asociadas. • Estilos de vida 	Conocer la psoriasis, su etiología, principales manifestaciones clínicas y comorbilidades asociadas, así como estilos de vida influyentes.	Test-Retest. Exposición en el aula	Material ofimático (papel de folio, bolígrafos). Medios audiovisuales (internet, ordenador, proyector)

Los últimos 15 minutos antes de finalizar la sesión, se destinarán para resolver dudas así como para permitir que los participantes cuenten su experiencia personal y lo que supone para ellos contar con esta nueva información.

2ª sesión. Adherencia al tratamiento del paciente psoriásico.

Duración: 90 minutos aproximadamente.

Partiendo de la psoriasis como una enfermedad crónica, se explicarán los tratamientos existentes, modo de aplicación, principales riesgos y beneficios, así como el tipo de paciente en el que resultarían más efectivos. Para ello, se proyectará una tabla (Anexo 5). Además, se nombrarán tratamientos con productos naturales (Anexo 6).

El resumen de la sesión se refleja en la siguiente tabla.

Tabla 6. Segunda sesión.

Descripción de la sesión	Objetivos educativos	Técnica didáctica	Material didáctico
<ul style="list-style-type: none"> • Forma de tratamiento del paciente psoriásico. • Principales productos para el tratamiento. • Terapias naturales. 	<p>Explicar los productos para el tratamiento de la psoriasis, tanto comerciales, como métodos más naturales y terapias nutricionales.</p> <p>Favorecer la adherencia al tratamiento</p>	<p>Exposición teórica grupal.</p> <p>Interacción entre los asistentes.</p>	<p>Material ofimático (papel de folio, bolígrafos).</p> <p>Medios audiovisuales (internet, ordenador, proyector)</p>

Los últimos 30 minutos de la sesión se reservarán para que los asistentes interaccionen entre ellos. Se preguntará sobre el tratamiento que actualmente utilizan, si resulta efectivo y su tolerancia. Además, podrán compartir experiencias sobre aquellos productos que han considerado más efectivos.

Sesión 3. Empoderamiento del paciente psoriásico

Duración: 90 minutos aproximadamente.

En esta sesión la intervención enfermera será muy breve. Partiendo del grupo psicoeducativo ya formado con sus participantes integrados, se buscará su interacción.

La psoriasis destaca por sus lesiones visibles, de forma que el individuo percibe su enfermedad como un estigma, se siente avergonzado y rechazado por los demás, lo que puede tener impacto en las relaciones sociales, su autoimagen y autoestima.¹⁰

Por ello, para comenzar la sesión, se recalcará la idea de que las consecuencias biológicas propias de la propia enfermedad, se suman a las

repercusiones en la vida diaria, siendo preciso reorganizar las actividades rutinarias junto con una adaptación personal y social, por lo que es necesario un enfoque integral, multiprofesional y bio-psicosocial.²²

Durante la sesión, se describirá la familia como pieza esencial para hacer frente a la enfermedad, ya que si las relaciones son afectuosas, influirán positivamente en el paciente brindándole apoyo emocional. La familia debe tener en cuenta que la enfermedad causa cambios en la vida del paciente, con aumento de los gastos, las tareas domésticas y una mayor dedicación de tiempo al tratamiento y la atención.²²

Para finalizar, se expondrá un breve vídeo en el que pacientes con psoriasis, en un rango variable de edad, comentan su experiencia y los sentimientos que para ellos implica. Tras el video, el resto del tiempo de la sesión se destinará a que los pacientes expliquen uno por uno como se sienten y cuál es su principal temor. La enfermera será la encargada de coordinar y dar orden para asegurar la participación.

Por último, se repartirá el mismo test que en la primera sesión, se resolverá de forma individual para comprobar los conocimientos que el paciente ha adquirido. El resumen de la sesión se refleja en la siguiente tabla.

Tabla 7. Tercera sesión.

Descripción de la sesión	Objetivos educativos	Técnica didáctica	Material didáctico
<ul style="list-style-type: none"> • Repercusiones en la vida diaria. • La enfermedad como estigma. • Familia como pieza clave. • Video "Con P de Psoriasis". • Test-Retest 	<p>Identificar la percepción de los pacientes sobre su enfermedad.</p> <p>Aumentar la autoestima.</p> <p>Empoderar al paciente.</p>	<p>Exposición teórica grupal.</p> <p>Audio-visual.</p> <p>Interacción entre los asistentes.</p>	<p>Medios audiovisuales (proyector, ordenador, internet).</p> <p>Vídeo "con P de Psoriasis": https://www.youtube.com/watch?v=mVSNBC0mNNc</p>

Tabla 8. Cronograma de Gantt.

Fuente: elaboración propia.

	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Planificación de las sesiones									■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Preparación de las sesiones									■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Captación de la población																	■	■	■	■				
Ejecución de la primera sesión																					■			
Ejecución de la segunda sesión																						■		
Ejecución de la tercera sesión																							■	
Evaluación continua																					■	■	■	
Evaluación global																							■	

EVALUACIÓN

Se realizará una evaluación cualitativa del programa a través de unos cuestionarios que evaluarán el grado de satisfacción de las sesiones así como el nivel de conocimientos adquiridos de los asistentes. Se repartirán al principio y al final del programa, para comprobar el nivel de información que habrán adquirido los pacientes.

CONCLUSIONES

Se ha descrito un programa educativo para el adulto joven con psoriasis, dando un enfoque integral desde la perspectiva biológica, física y social permitiendo una visión holística del paciente.

En el desarrollo del trabajo se refleja la relación de la psoriasis con otras patologías destacando aquellas de naturaleza reumatológica y cardiovascular que pueden derivar en una completa dependencia. Esto supone un alto deterioro de la calidad de vida del paciente, lo que influye en su entorno laboral, familiar y social.

Por ello, la psoriasis no se considera tan solo como enfermedad dermatológica, sino que se acompaña de las secuelas psicológicas negativas que causan los sentimientos de vergüenza, rechazo, estrés, ansiedad, pérdida de autoestima, al valorar la enfermedad como un estigma.

Desde enfermería, se puede incidir en los pacientes informándoles sobre su enfermedad, consiguiendo la adherencia a un tratamiento adecuado (de naturaleza química o naturista) junto con la implementación de un estilo de vida saludable y un adecuado entorno social para reducir el número de brotes de la enfermedad y cambiar el punto de vista de los propios pacientes al aceptarse con ella.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-** Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. ME. Revista cubana de hematología inmunología y hemoterapia. [Internet]. Vol. 28, Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública; 2012 [citado 13 de marzo de 2019]. 357-373 p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892012000400005&lang=pt
- 2.-** Fry L. Atlas de psoriasis. 2ª ed. Londres: Taylor & Francis; 2005.
- 3.-** Mora Ochoa M, Bruna Hernández I, Olivares Savignón AR, González Gross TM. Psicoterapia autógena y psoriasis. MEDISAN [Internet]. 2009 Oct [citado 5 de mayo de 2019] ; 13(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500005&lng=es.
- 4.-** Casasa Plana A. Terapia tópica de la psoriasis en Atención Primaria [monografía en Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011 [acceso 13 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2017/02/Cuaderno_Assistente_Psoriasis.pdf
- 5.-** Martínez M, Levrero P, Carusso R, Morales C, Arretche V, Nicola A, et al. Archivos de Medicina Interna [Internet]. Vol. 35, Archivos de Medicina Interna. Prensa Medica Latinoamericana; 2013 [citado 10 de marzo de 2019]. 93-100 p. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000300006&lang=pt
- 6.-** Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. Actas Dermosifiliogr [Internet]. Junio de 2014 [citado 27 de febrero de 2019];105(5):504-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731014000180>

- 7.-** Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Maradit Kremers H. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Marzo de 2009 [citado 13 de marzo de 2019];60(3):394-401. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19231638>
- 8.-** Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet* [Internet]. 5 de septiembre de 2015 [citado 1 de mayo de 2019];386(9997):983-94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614619097?via%3Dihub>
- 9.-** Moreno Corredor MC. Concordancia del resultado del PASI [trabajo fin de grado]. Colombia: Departamento de medicina interna, Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/50765/1/1019013500.2016.pdf>
- 10.-** Sanz Sánchez T. Terapia biológica para el tratamiento de la psoriasis en la práctica clínica habitual. 2008 [citado 5 de mayo de 2019]; Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/1801>
- 11.-** Du-Thanh A, Jullien D, Girard C. Psoriasis. *EMC - Dermatología* [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 5 de marzo de 2019];47(4):1-21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289613659646?via%3Dihub>
- 12.-** Vizcaya Moreno MF, Solano Ruiz MC, Dominguez Santamaría JM. Psoriasis tipología tratamiento y cuidados de enfermería. *Rev ROL Enf* [revista en Internet] 2004 [acceso 23 de marzo de 2019]; 27 (7-8): [521-526]. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46230/1/PsoriasisTipologiaTratamientoYCuidados.pdf>

- 13.-** Zięciak T, Rzepa T, Król J, Żaba R. Stigmatization feelings and depression symptoms in psoriasis patients. *Psychiatr Pol* [Internet]. 30 de diciembre de 2017 [citado 10 de marzo de 2019]; 51(6):1153-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29432510>
- 14.-** Ücker Calvetti P, Rivas R, Coser J, Barbosa A, Ramos D. Aspectos biopsicosociais e qualidade de vida de pessoas com dermatoses crónicas. *Psicol Saúde Doença* [Internet]. 25 de julio de 2017 [citado 5 de mayo de 2019];18(2):297-307. Disponible en: http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/516
- 15.-** Ribera Pibernat M, Caballé G, Fernández-Chico N, José Fuente M, Ferrándiz Foraster C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. *Piel* [Internet]. 1 de enero de 2004 [citado 5 de mayo de 2019];19(5):242-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925104728452>
- 16.-** Herdman T.H, Shigemi Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2015.
- 17.-** Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 6ª ed. Madrid: Elsevier España, 2018.
- 18.-** Butcher H.K, Bulechek G.M, Dochterman J.M, Wagner C.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 7ª ed. Madrid: Elsevier España, 2018.
- 19.-** Revista Ciencia y Cultura. [Internet]. Universidad Católica Boliviana San Pablo; [citado 5 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200016
- 20.-** Costa-Silva M, Vide J, Lopes S, Azevedo F, Magina S. Psoriasis and comorbidities: general practitioners' awareness. *Acta Dermatovenerologica Alp Pannonica Adriat* [Internet]. 31 de marzo de 2018 [citado 5 de mayo de 2019];27(1). Disponible en: <http://acta-apa.mf.uni-lj.si/journals/acta-dermatovenerol-apa/papers/10.15570/actaapa.2018.2/actaapa.2018.2.pdf>

21.- Guerreiro TN, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Távora MM. Alterações no cotidiano de pessoas acometidas por psoríase [Changes in the daily life of people with psoriasis] [Alteraciones en el cotidiano de personas afectadas por psoriasis]. Rev Enferm UERJ [Internet]. 25 de agosto de 2018 [citado 5 de mayo de 2019];26:e28332. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28332>

22.- Saz-peiró P. Psoriasis y estilos de vida saludables. 2017; 11:114-21. Disponible en: <http://www.medicinanaturista.org/content/view/16/35/>

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 1.1 Índice PASI

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

Severidad de las lesiones Psoriásicas		Cabeza	Tronco	Brazos	Piernas
		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
1	Eritema	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Induración	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Escamas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Suma de 1+2+3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Extensión de la Psoriasis		0 = nada	1 = menos 10%	2 = 10 – 30 %	3 = 30–50 %
		4 = 50 – 70 %	5 = 70 – 90 %	6 = 90 – 100 %	
5	Afectación	0 = nada	1 = menos 10%	2 = 10 – 30 %	3 = 30–50 %
6	Anotación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Fila 4 x fila 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8		× 0,10	× 0,30	× 0,20	× 0,40
9	Fila 7 x fila 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PASI-SCORE		<input type="text"/>		(Suma de todas las filas 9)	

Sociedad Argentina de Reumatología. Desde 1937 comprometida con el progreso de la reumatología [Internet]. [Citado 16 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.reumatologia.org.ar/>

ANEXO 1.2 Índice DLQ1

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA - DERMATOLOGIA*

Nº de Centro: |_|_|_| Fecha: |_|_|_| DLQI
 Nº del paciente: |_|_|_| d / m / a Puntuación
 Iniciales del paciente: |_|_|_| Diagnóstico: _____

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le han afectado sus problemas de piel en su vida DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Señale, por favor, con una "X" un recuadro de cada pregunta.

1.	Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en la piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Durante los últimos 7 días, ¿se ha sentido incómodo/a o cohibido/a debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel para hacer la compra u ocuparse de la casa (o del jardín)?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
4.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
5.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
6.	Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>

7.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar ?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "No": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios ?	Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
9.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
10.	Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>

Compruebe, por favor, que ha contestado a CADA pregunta. Muchas gracias.

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, Abril de 1992. Este documento no debe ser copiado sin el permiso de los autores.

Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI)- A simple practical measure for routine Clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994; 19: 210-16. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8033378>

ANEXO 2

DÍPTICO INFORMATIVO PACIENTE

¿QUÉ ES LA PSORIASIS?

Es una enfermedad **dermatológica, crónica, inflamatoria** y **multifactorial**, con otras posibles complicaciones sistémicas que pueden ser reumatológicas (artritis psoriásica) o cardiovasculares, entre otras.

- **NO** se contagia
- **NO** es una infección
- **NO** es una herida
- **NO** es sólo piel seca

¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?

La forma clínica más común es la **psoriasis vulgar en placas**.

Aparecen placas enrojecidas, cubiertas por una escama blanquecina que tiende a desprenderse.

Su distribución suele ser simétrica afectando a: codos, ombligo, región sacra y rodillas.

NO es caspa, **SON** placas

Los síntomas principales son **PICOR, ARDOR, DOLOR**.

¿QUÉ SE VA A APRENDER EN ESTA ACTIVIDAD?

Los pacientes psoriásicos definirán de forma correcta su enfermedad y conocerán aspectos básicos de la misma, también estilos de vida influyentes.

Identificarán los tratamientos actuales que existen así como su forma de aplicación.

El paciente será capaz de aceptarse con su enfermedad, con su actual imagen corporal dejando de ver la psoriasis como un estigma.

- **NO** juzgues
- **NO** señales
- **NO** mires con miedo



¿QUÉ ACTIVIDADES SE VAN A RELIZAR?

PRIMERA SESIÓN

Charla informativa:

- Definición y etiología de la enfermedad
- Manifestaciones clínicas
- Comorbilidades

SEGUNDA SESIÓN

Charla informativa:


- Tratamientos: modo de aplicación y efectos.

TERCERA SESIÓN

Charla informativa: los efectos de la psoriasis en el ámbito social.

Se destinará parte del tiempo a intercambiar experiencias para fomentar el apoyo grupal. Se requiere colaboración.

PROGRAMA DE SALUD



ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO JOVEN CON PSORIASIS

LUGAR: Centro de Salud La Jota

FECHA: 5, 12 y 19 de Junio de 2019.

PÚBLICO: pacientes psoriásicos a partir de 18 años.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3

UNA DIETA EQUILIBRADA, BENEFICIOSA PARA LA PSORIASIS

Las personas con psoriasis y artritis psoriásica tienen más necesidades nutricionales, debido a la situación de inflamación crónica y de permanente recambio cutáneo. Su componente genético es fundamental y su evolución está ligada a factores externos.

Como recomendación general, se debe llevar una alimentación equilibrada en nutrientes, enfatizando en frutas y vegetales coloreados, omega 3, alimentos integrales, probióticos y vitamina D.

Frutas y vegetales coloreados (verde oscuro, rojos, naranjas y amarillos)	
Verduras: pimiento, tomate, calabaza, boniato, zanahoria, acelgas, espinacas, brócoli	<ul style="list-style-type: none">• Aportan Provitamina A y antioxidantes para la protección, hidratación y mantenimiento de las células de la piel• Ayudan a mantener la elasticidad de la piel y su correcta cicatrización
Frutas: albaricoque, níspero, melocotón, aguacate, mango, bayas (frambuesas, moras, arándanos)	
Recomendaciones	
<ul style="list-style-type: none">• Consumir una porción de vegetales tanto en la comida como en la cena• Una vez al día ingerir vegetales crudos• Consumir de 2 a 3 piezas de fruta al día• Son preferibles aquellos vegetales y frutas que sean de cercanía y de temporada, ya que siempre serán más ricos nutricionalmente	

Antioxidantes (vitaminas A, E, C, minerales como el Selenio) protegen frente a la acción dañina de los radicales libres.

Omega 3
De mayor a menor cantidad <ul style="list-style-type: none">• Pescado azul: sardina, anchoa, salmón, trucha, arenque, caballa, atún• Marisco• Yema de huevo (de corral)• Aceites vegetales: de linaza, de canola, de soja de germen de trigo• Semillas y frutos secos: nueces, almendras, avellanas, semillas de lino• Algas comestibles• Legumbres: soja, garbanzos
Propiedades
<ul style="list-style-type: none">• Acción antiinflamatoria frente a enfermedades inflamatorias como la Psoriasis y Artritis psoriásica
Recomendaciones
<ul style="list-style-type: none">• Asegurar el consumo de pescado<ul style="list-style-type: none">- 4 veces por semana, 2 de ellas pescado azul- En personas vegetarianas, sustituirlo por algas, semillas y otras fuentes de Omega 3• No consumir más carne que pescado a la semana• Consumir 2 puñados de frutos secos crudos al día, ni fritos ni salados

OMEGA 3 Vs. OMEGA 6

Omega 3: acción antiinflamatoria

Omega 6: pro-inflamatorio (en cantidades excesivas)

Alimentos integrales y probióticos

Alimentos integrales:

- Cereales integrales: arroz integral, trigo integral, avena, mijo, junto con todos sus derivados como las harinas integrales, productos de panadería integral, pasta integral...
- Legumbres, vegetales, frutas, frutos secos y semillas

Alimentos que contienen probióticos:

- Yogur: producto lácteo derivado de la fermentación bacteriana de la leche
- Kéfir: producto resultante de la fermentación mediante bacterias y levaduras de la leche o del agua. Similar aunque diferente al yogur
- Chucrut: producto derivado de la fermentación de las hojas de col o repollo en agua y sal. De consumo típico en Alemania, Polonia y Rusia
- Miso: alimento resultante de la fermentación de la soja y/o ciertos cereales y sal marina. Consumido típicamente en China y Japón
- Tempeh: alimento sólido resultante de la fermentación de los granos de soja en un hongo. Consumido originariamente en Japón, China e Indonesia

Propiedades

- Ayudan a la salud intestinal y al mantenimiento de la flora intestinal
- Mejoran la absorción de nutrientes beneficiosos para la psoriasis y la artritis psoriásica

Recomendaciones

- Consumo diario de alimentos ricos en fibra
- Consumo habitual de alimentos ricos en probióticos

Para conseguir una buena la Salud intestinal → mantienen la flora intestinal en óptimas condiciones, asegurando la absorción de nutrientes.

Celiaquía y psoriasis

No existe una clara relación con la psoriasis, pero se ha observado en personas que presentan ambas enfermedades (de naturaleza inflamatoria) que al suprimir el gluten de la dieta, hay una mejoría en las dos patologías.

VITAMINA D: Equilibra el sistema inmunológico y tiene acción antiinflamatoria. Además de la ingesta de alimentos se recomienda una exposición solar diaria.

Gálvez M. Una dieta equilibrada, beneficiosa para la psoriasis. Revista psoriasis [revista en Internet] 2015 [acceso 22 de abril de 2019], 1 (81). Disponible en: https://www.accionpsoriasis.org/images/2015/PDF/REV_81_Unadietaequilibradabeneficiosaparalapsoriasis_REV81.pdf

ANEXO 4

MANIFESTACIONES CLÍNICAS PSORIASIS



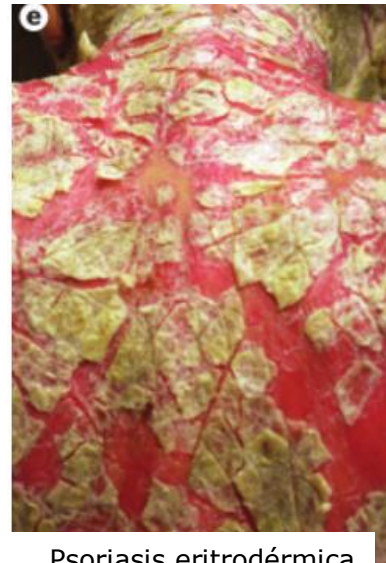
Psoriasis vulgar en placas



Psoriasis pustulosa



Psoriasis guttata



Psoriasis eritrodérmica



Psoriasis inversa



Artritis psoriásica

ANEXO 5 TRATAMIENTO PSORIASIS

TRATAMIENTO	MECANISMO DE ACCIÓN	RIESGOS	PACIENTE DE ELECCIÓN
Corticoides tópicos (hidrocortisona)	Antiinflamatorio Inmunosupresor Vasoconstrictor Inmunomodulador	Atrofia cutánea Estrías Telangiectasia Efectos sistémicos	Con psoriasis en pliegues y áreas intertriginosas.
Análogos Vit D tópicos	Reduce la proliferación de queratinocitos Antiinflamatorio	Irritación de la piel	Psoriasis leve
Metotrexato (MTX)	Sistémico Antiinflamatorio Autoinmune Reduce la diferenciación celular	Hepatotóxico a largo plazo Afectación de médula ósea Control médico estricto	Psoriasis moderada o grave Psoriasis discapacitante que no responde adecuadamente a otras formas de terapia, Artritis psoriásica grave
Ciclosporina	Sistémico Autoinmune Rápida actuación	Inmunosupresión Nefrotoxicidad Hipertensión arterial	Psoriasis moderada o grave.
Tratamiento biológico a) etanercept, adalimumab, infliximab y certolizumab pegol b) ustekinumab c) secukinumab, ixekizumab y brodalumab d) guselkumab y tildrakizumab	Sistémico a) Inhibidores de factor de necrosis tumoral (anti-TNF- α) b) inhibidores de la interleucina (IL) 12/23 c) inhibidores de IL-17 d) inhibidores de IL-23	Aumento del riesgo de infecciones Enfermedades neurológicas Reacciones de hipersensibilidad Alteraciones hematológicas Empeoramiento IC	Psoriasis moderadas y graves
Tratamiento con luz solar	Reduce la diferenciación celular Con agentes hidratantes se potencian los efectos tópicos.	Quemaduras Hiperpigmentación	Psoriasis leves, moderadas
Fototerapia	Antiproliferativa Inmunosupresora	Quemaduras, pigmentación irregular. Contraindicado en pacientes con antecedentes de cáncer de piel.	Psoriasis leves, moderadas De elección para la psoriasis en placas extensas.
Fotoquimioterapia, psoraleno (Metoxaleno)	El medicamento se administra 1-3 horas antes de recibir la exposición a la luz UV. Se activa con la exposición a la luz.	Fotosensibilidad Náuseas Dolor de cabeza Nerviosismo	Psoriasis leves, moderadas si la fototerapia no es efectiva.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 6

FOLLETO INFORMATIVO TERAPIAS NATURALES

TERAPIAS NATURALES



MEDICINA TRADICIONAL CHINA

OSTEOPATÍA

- Favorece la movilidad de las estructuras del cuerpo y asegura una función fisiológica óptima, ya que la estructura y función son interdependientes.
- Su foco de tratamiento es el estrés. Se reduce con técnicas que recuperan el equilibrio del Sistema Nervioso Autónomo. Se debe combinar con ejercicio físico y cambios en la dieta.

- La psoriasis se conoce como “Yin Xie Bing”, una patología del Calor, Viento y Sequedad en la Sangre, desarmonía entre los órganos y los meridianos.
- Tratamiento más frecuente: acupuntura, auriculopuntura, fitoterapia, tratamiento tópico (baños) y dietoterapia energética.

REIKI

- Reestablece el equilibrio energético de la persona, actuando en los pulmones, ya que según la medicina china se relacionan con la piel.
- Tratamiento: meditación y autotratamientos.

AYURVEDA, MEDICINA TRADICIONAL INDIA

- Tras la psoriasis hay un desequilibrio de las Doshas (energías biológicas) Vata y Kapha.
- Tratamiento: su objetivo es purificar la sangre. Se basa en el Panchakarm, que combina tratamientos de purificación, desintoxicación y rejuvenecimiento, con recomendaciones higiénico-dietéticas para depurar las toxinas acumuladas.

NATUROPATÍA

- Cuerpo, mente y espíritu, son indivisibles, por lo que son fundamentales los aspectos emocionales y psicosomáticos.
- Tratamiento:
 - Regulación de las vías de eliminación (para depurar el hígado y el intestino grueso) mediante fitoterapia, tinturas, aceites esenciales...
 - Nutrición: dieta antiinflamatoria evitando alimentos ácidos y picantes.

HOMEOPATÍA

Activa las defensas del organismo para llegar suavemente a la mejoría o curación.



Explorando las terapias naturales by Acción Psoriasis - Issuu. [citado 29 de abril de 2019]; Disponible en:

https://issuu.com/accionpsoriasis/docs/art_11/1?e=4228008/51395556