

PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO... CONSULTA A TU FARMACÉUTICO

OBJETIVO DEL FARMACÉUTICO: Explicar al paciente que la constancia en los cuidados dermo-higiénicos mejoran el aprovechamiento del tratamiento médico tópico y consiguen la mejoría y el bienestar del paciente.

Además, espacian el tiempo que transcurre entre los brotes, ayudan a la adherencia al tratamiento, y mejoran la calidad de vida de la piel del paciente con Psoriasis.

DETECCIÓN DE CASOS EN OFICINAS FARMACÉUTICAS... ¿QUÉ HACER?...

- Derivar al dermatólogo
- Seguimiento dermo farmacéutico en psoriasis y Atención Farmacéutica
- Facilitar contacto con Asociación de pacientes (Acción Psoriasis)

NUESTRAS RECOMENDACIONES DE HIGIENE E HIDRATACIÓN: RUTINA DE HIGIENE DIARIA

- **Ducha corta** con agua tibia.
Con **aceites de ducha**, **syndet** o un **jabón suave** con pocos agentes tensoactivos.
Ingredientes reductores (**brea de mar**) y/o antisépticos (**triclosán**).
- Los **baños** sólo para sentir la piel más confortable y ayudar a desprender escamas que engruesan la piel.
Con **extracto coloidal de avena** o con **aceites** emolientes y antiprurito.
- En el **cuero cabelludo** champú con base lavante suave para facilitar el lavado diario y con ingredientes como **brea** o **piroxolamina** como coadyuvantes antiséptico-anticaspa. Las zonas de placas suelen tener menos pelo que la piel sana. Aconsejaremos sustituir cremas o lociones con ácido salicílico (en el caso que se estén utilizando) pues pueden agravarla), sustituyéndolas por otras presentaciones. Alternar un **champú antiácido** o un **nutricosmético**.
- **Secar** sin frotar, para no irritar.
- **Depilación y afeitado:** Navaja o maquinilla con **crema emoliente antes del afeitado**, **productos sin alcohol** para el afeitado y humectar la piel a continuación. Siempre productos de afeitado especiales **para pieles sensibles**.
Para ablandar las escamas evitar la cera fría y caliente en las lesiones, ya que tirar del pelo puede irritar la piel y provocar un fenómeno de Koebner. No deberían usarse pinzas y depilación eléctrica, puesto que tiran del pelo.
Tras la depilación, **crema emoliente y/o un humectante**. Si la piel se irrita, se podría usar un **corticosteroide**. El riesgo de infecciones bacterianas es menor en personas que sufren de psoriasis, ya que las bacterias no pueden adherirse a la piel descamada.
En los pliegues de la piel, como en las axilas y las ingles, pueden aparecer lesiones; el **láser** es una buena opción.
- Recomendar, evitar la exposición al sol previamente al tratamiento o con **factor de protección solar adecuado**, y aplicar una **crema calmante** después de cada sesión.
- **Higiene íntima diaria**, utilizando **jabones hidratantes** nunca antisépticos. Secar cuidadosamente la zona sin que quede resto de humedad.
A diario **cremas o geles hidratantes** especiales para la zona genital tanto internas como externas, para evitar sequedad.
- La **Balneoterapia**, con la aplicación de **barros y sales**, **emolientes**, **aguas sulfuradas o silicatadas** y **sesiones de hidratación y relajación**, puede tener efectos beneficiosos para la persona que padece psoriasis.
- **Uñas bien cortadas**. Evitar la manicura traumatizante (no retirar la cutícula). En caso de pitting y traquioniquia se recomienda el uso de cremas con sustancias exfoliantes y la realización de un estudio micológico de la uña. Evitar al máximo el agua poniendo **guantes de látex** para las actividades en contacto con la humedad, y si se utilizan **jabones** siempre **suaves**. En invierno, aplicar **cremas de manos hidratantes**, mínimo dos veces al día haciendo un pequeño masaje para que penetre bien la crema en las cutículas y uñas. Utilizar **esmaltes hidratantes**, pero nunca acrílicos, empeorarían la uña.
- La **luz solar** es beneficiosa para las personas que padecen psoriasis. Los rayos UV procedentes del sol afectan a la composición de la célula modificando su información genética y su capacidad de reproducción. Así se frena la hiperproliferación de células en la placa psoriásica. Conviene recordar el cuidado que deben tener los pacientes con el uso de las lámparas solares en los locales de estética y hacer hincapié en no descuidar la protección con **filtros solares 50+** (recomendamos formulaciones en **aceites con spray (sin alcoholes)**, pues son más hidratantes y no necesitan extenderse) de la piel no afectada por la psoriasis, así como de las zonas habitualmente expuestas a la luz diurna: cara, nuca y manos.
Muchas veces el paciente, se siente incómodo al exponer la piel psoriásica a las miradas de la gente, puede optar por las **cremas autobronceadoras**.

Psoriasis y Dermofarmacia

SABER PARA ACONSEJAR: CONOCIMIENTOS BÁSICOS

La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y de carácter sistémico, que cursa con brotes y que se caracteriza por la aparición sobre la piel de manchas rojizas con escamas secas blanquecinas.

El propio Sistema Inmune del paciente, mediante por linfocitos T, reacciona contra sus propios tejidos como si se tratara de una amenaza exterior. En condiciones normales la piel renueva completamente las células de la epidermis cada 28-30 días. En psoriasis ocurre cada 3-4 días ya que los linfocitos T funcionan mal, y producen sustancias que estimulan los queratinocitos. El exceso de queratinocitos se acumula en forma de escamas.

Los capilares son más gruesos y largos que en una piel normal, enredados sobre si mismos y la sangre fluye en más cantidad, por ello las placas están enrojecidas. La piel está inflamada y aumenta el número de células del Sistema Inmune.

La psoriasis no es contagiosa, necesita tratamiento de por vida, es recurrente y no tiene cura.

Es una afección cutánea crónica en la que están involucrados factores genéticos, inmunológicos y medioambientales. El estrés, algunos fármacos (sales de litio, b-bloqueantes, antipalúdicos, AINES como indometacina o ibuprofeno, sales de oro, contraceptivos orales que contengan progesterona, diclofenaco), las enfermedades infecciosas en vías respiratorias por streptococos y los factores medioambientales pueden desencadenarla.

El hecho de que la psoriasis suele aparecer al principio de la adolescencia no significa necesariamente que las hormonas sean la única causa. En cambio, se ha apuntado que también podría tratarse del resultado de una programación genética específica. Los cambios hormonales que se producen durante la vida de la mujer también podrían influir en la enfermedad provocando recaídas, o a la inversa, mejorando las lesiones. De hecho, muchas mujeres descubren que la psoriasis mejora durante el embarazo, y que empeora después del parto. La afección tiende a empeorar durante la menopausia, que también es un período en que es más probable que se declare la psoriasis por primera vez.

ALGUNAS CIFRAS...

1.000.000
+ de 1.000.000 de españoles
presentan psoriasis.

86 86% de los afectados
está insatisfecho con
su tratamiento y lo
incumple.

Más frecuente su
aparición en la raza
blanca y entre los 15 y los
35 años de edad. **15**
35

50% 50% de los pacientes
que la padecen mani-
fiestan que es motivo de
rechazo social y de
exclusión laboral.
50% de los pacientes no
se tratan por falta de
información.

¿SABÍAS QUÉ...?

Medimos su intensidad con la escala PASI, que mide el índice de gravedad y extensión corporal de la psoriasis.



TRATAMIENTOS

TERAPIA TÓPICA: Corticoides

- Potencia baja: Fluocortina
Hidrocortisona
- Potencia media: Fluocinolona
Clobetasona
- Potencia alta: Betametasona
Metilprednisolona
Beclometasona
Prednicartrato
- Potencia muy alta: Clobetasol
Alquitranes
Ditranol
- Análogos Vit. D: Calcipotriol
Calcitriol
Tacalcitol
- Retinoides: Tazaroteno



- Seguros en psoriasis leves
- Disponibles en todos los países
- Toxicidad sistémica limitada si enseñamos a usar adecuadamente



- Efectos secundarios en la piel: quemazón, ardor, picor...
- Manchan piel y ropa
- Toxicidad sistémica si no se aplican correctamente
- Eficacia limitada

Fototerapia controlada por dermatólogo: UVB (en psoriasis moderada) PUVA = psoralenos (mto fotosensibilizante oral) + UVA.



- Buena respuesta en psoriasis en placas generalizada
- Efectiva cuando no hay respuesta a agentes tópicos
- Efecto de larga duración
- Se puede combinar con fármacos



- Riesgo de tumores tras sobrepasar las 150 sesiones
- Riesgo de cataratas si no se protegen los ojos durante las 12/24 h tras el tratamiento
- El paciente debe trasladarse al hospital de 2 a 3 veces por semana
- Náuseas, picor, ampollas
- No todos los hospitales disponen de estas instalaciones
- Respuesta lenta
- Envejecimiento prematuro de la piel
- Evitar exposición solar con la toma de psoralenos

TERAPIA SISTÉMICA:

• Inmunosupresor Metotrexato



- Tratamiento cuando la psoriasis en placa no responde a tratamientos tópicos o como tratamiento de mantenimiento oral 1 vez por semana



- Hepatotóxico a largo plazo
- Toxicidad en médula ósea
- Teratogénico
- Úlceras en mucosa bucal
- Toxicidad pulmonar
- Náuseas
- Cansancio
- Muchos medicamentos potencian la acción del metotrexato

• Inmunodepresor Ciclosporina (impide producción de IL2 y por tanto la de LT activados).



- Tratamiento alternativo cuando el paciente no responde al tratamiento anterior
- Vía oral 2 veces al día



- Periodo máximo de tratamiento 1 año
- Nefrotóxico
- Hipertensión
- Inmunosupresión

• Retinoide oral Acitretina: Impide el crecimiento celular.



- Vía oral 1 vez al día



- Contraindicado en insuficiencia hepática, insuficiencia renal e hipervitaminosis A
- Teratogénico
- Hepatotóxico
- Cambios en el esqueleto
- Sequedad de piel y mucosas
- Alopecia

• Fármacos biológicos: AntiTNFa, (etanercept, infliximab, adalimumab, ustekinumab). Fármacos de ingeniería especializada diseñados para actuar de manera específica sobre la patogenia de la P, interceptando células específicas del SI. Así consiguen detener los procesos que causan las placas psoriásicas.



- Muy pocos efectos adversos
- Tratamiento alternativo cuando los anteriores no funcionan (la excepción de la P. plantar, donde se prescribe directamente)
- Muy buena aceptación por parte del paciente.



- Costoso
- Necesita autorización del hospital

EN EL MOSTRADOR... ESCUCHAR, DETECTAR Y REMITIR AL MÉDICO SI ES NECESARIO Y EL PACIENTE NO ESTÁ DIAGNOSTICADO

Diferenciar tipos de psoriasis:



Psoriasis en placas

Piel roja, inflamada y con escamas blanquecinas. Rodillas, codos, cuero cabelludo, genitales.



Psoriasis en gotas

Gotas rojizas cubiertas por escamas. Precedida por una inflamación de garganta. Puede tener distribución generalizada menos en palmas de las manos y plantas de los pies.



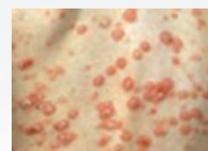
Psoriasis invertida

Piel rojo intenso y poca descamación. Axilas, genitales, ingle, mamas, nalgas (psoriasis del pañal en niños).



Psoriasis eritrodérmica

Piel roja, brillante y descamada. Dolor, decaimiento y escalofríos. Riesgo de deshidratación. Distribución generalizada.



Psoriasis pustulosa

Ampollas con líquido y piel rojiza alrededor.



Artritis psoriásica

Tratamiento por el Dermatólogo y el Reumatólogo conjuntamente. Hinchazón, rojez y dolor de articulaciones. Articulaciones de pies y manos, columna, muñecas y rodillas.

NUESTRAS RECOMENDACIONES

A nivel de lesiones, la hiperqueratosis impide la penetración de la medicación aplicada tópicamente y además puede existir riesgo de sobreinfección, con lo cual no recomendaríamos el uso de productos dermofarmacéuticos en estos casos (actualmente, sólo se podría aplicar un medical device), mientras que en las placas desprovistas de la capa hiperqueratósica se ha observado un aumento de la permeabilidad cutánea, con lo cual, los tratamientos dermofarmacéuticos son de gran ayuda.

Ser constante en la aplicación de los tratamientos ayuda a evitar o alargar lo máximo posible la aparición de nuevos brotes.

INGREDIENTES MÁS UTILIZADOS EN PSORIASIS

- **Ácido salicílico:** Queratolítico, bacteriostático, antipruriginoso.
- **Urea (+30%):** Queratolítico y humectante.
- **Alfa-hidroxiácidos (AHA) ácido láctico o lactato amónico:** Exfoliante, hidratante y renovador celular.
- **Aceites minerales (vaselina, glicerina, urea (+20%), parafina), aceites vegetales (coco, oliva, almendras dulces, soja, sésamo, argán) y grasas animales (lanolina):** Hidratantes, suavizantes, humectantes y aumentan la elasticidad de la piel.
- **Aloe vera:** Hidratante y calmante.
- **Brea de hulla:** Antidescamativo y con propiedades antiinflamatorias.
- **Dexpanthenol:** Hidratante y reparador celular.
- **Caléndula:** Calmante.
- **Ceramidas:** Humectantes y regeneradoras.
- **Triclosán:** Antiséptico.
- **Avena:** Suavizante, calmante, relajante y emoliente.
- **Piritionato de zinc:** Queratolítico y antibacteriano.
- **Piroxolamina:** Antiséptico y anticasca.

Es importante destacar la importancia de los **maquillajes correctores**, dada la estigmatización social que comentan los pacientes con Psoriasis, que suelen sufrir en el día a día. Dichos maquillajes, ayudan a disimular y a corregir las posibles imperfecciones que puedan sufrir no sólo en su rostro, sino también en cualquier zona corporal. Son de fácil aplicación (como cualquier otro maquillaje) y además pueden incluir el **factor de protección solar** como preventivo y para evitar posibles marcas.

Siempre intentar **evitar productos que contengan alcohol, perfumes, conservantes y parabenos.**