

MI HOSPITAL DE DÍA

DERMATOLOGÍA Nº1



**La enfermería del
hospital de día**

**Hidratación cutánea
en la psoriasis**

**Obesidad y sobrepeso
en pacientes con
psoriasis**

Picor y psoriasis

**Psoriasis y riesgo
cardiovascular**

Esta literatura refleja las opiniones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas.

El contenido que se proporciona en esta literatura es información general. En ningún caso debe sustituir ni la consulta, ni el tratamiento, ni las recomendaciones de su médico.

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Hugo Alberto Vázquez Veiga

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Dr. Lluís Puig Sanz

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Dr. Miquel Ribera

Hospital Universitario de Sabadell

ENFERMERÍA:

Enfermera Manuela Barreiro Busto

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

EDICIÓN Y COORDINACIÓN

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

© EUROPA PRESS

Diseño editorial: Europa Press

COPYRIGHT 2011

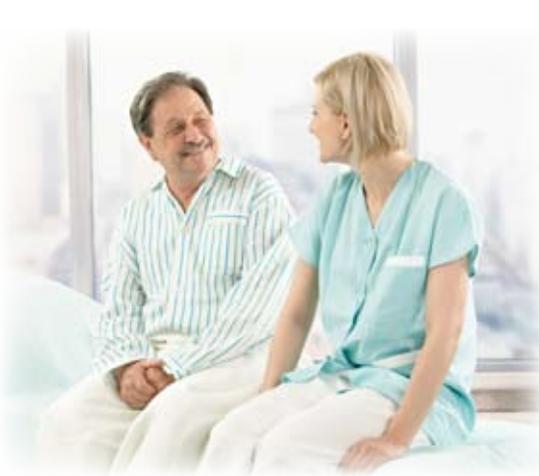
CONTENIDO

- 5** | **La enfermería del hospital de día dermatológico como puente en la relación dermatólogo – paciente**
Enfermera M^a Jesús Gutiérrez Vilella
- 7** | **Hidratación cutánea en la psoriasis**
Dr. Pablo de la Cueva Dobao
- 10** | **Obesidad y sobrepeso en los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica (PsA)**
Dra. Marta García Bustínduy
Dra. Assumpta Caixàs Pedragós
- 13** | **Picor y psoriasis**
Dra. Marta García Bustínduy
- 16** | **Psoriasis y riesgo cardiovascular**
Dra. Rosa Taberner Ferrer

La enfermería del hospital de día dermatológico como puente en la relación dermatólogo – paciente

M^a Jesús Gutiérrez Vilella

Enfermera del hospital de día de dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre.



El hospital de día se crea como una unidad asistencial con carácter ambulatorio, dotado de personal de enfermería especializado, con el objetivo de proporcionar una atención integral al paciente y sus familiares, evitar/disminuir los ingresos y mejorar la calidad de vida del paciente.

La labor de enfermería es mejorar el proceso de curación del paciente, cumpliendo el tratamiento médico y atendiendo de forma global e integral los problemas relacionados con la salud del enfermo.

En nuestro hospital de día tratamos distintas patologías dermatológicas y cirugía menor ambulatoria. En este artículo me centraré en la atención a los pacientes con psoriasis en tratamiento con terapia biológica endovenosa. Debido a la afectación estética de dicha enfermedad, son pacientes que sufren un importante impacto psicosocial, que llega a afectarles en el ámbito laboral, social, familiar y de pareja, y que puede alterar incluso el curso de la enfermedad.

Son pacientes que sufren un importante impacto psico-social, llegando a afectarles en el ámbito laboral, social, familiar y de pareja, incluso alterando el curso de la enfermedad.

Por dicho motivo, hay que favorecer un buen ambiente para crear una relación de confianza y seguridad donde puedan manifestar sus miedos, dudas y preocupaciones, garantizando en todo momento la privacidad y el secreto profesional. Esta disponibilidad y capacidad de escucha y diálogo facilita a la enfermería la labor de detectar



Otro papel de la enfermería es educar al paciente y sus familiares en el autocuidado, favoreciendo hábitos saludables con respecto a la alimentación, actividades físicas y cuidados de la piel.

El hospital de día tiene que ofrecer un ambiente confortable, con unas correctas instalaciones, mostrando una imagen cercana que garantice la seguridad y la asistencia especializada de todo el equipo, donde el protagonista sea el paciente.

Creo que la posibilidad de establecer una comunicación-relación entre pacientes con la misma patología-tratamiento es positiva para ellos, ya que pueden intercambiar impresiones y experiencias. La mayoría de ellos se sienten cómodos en el hospital de día, donde se les ayuda a mantener el cumplimiento terapéutico y se asegura el correcto manejo de las posibles complicaciones. Tienen la oportunidad de resolver sus dudas inmediatamente y conocer la evolución de su enfermedad por el contacto directo y la accesibilidad de todo el equipo.

En la unidad se les informa sobre la existencia de asociaciones de pacientes con psoriasis, y se les facilita asesoría legal, médica y sanitaria.

Conclusión:

La creación de unidades de hospital de día dedicadas a una única especialidad es fundamental, ya que evita ingresos, mejora la calidad asistencial e incluso puede influir en la evolución y pronóstico de nuestros pacientes, único y principal motivo de nuestra profesión.

situaciones de alerta que el paciente no percibe como tales, siendo una herramienta fundamental de conexión entre el médico-paciente. No es infrecuente vivir situaciones en las que el paciente, al entrar en la consulta del médico, no pregunta todas las dudas que tiene sobre la enfermedad, el tratamiento y la evolución de la misma, etc., bien por nerviosismo o porque le parecen irrelevantes, y sí las comenta con el personal de enfermería, que es capaz de filtrar dicha información y transmitir lo importante al personal médico.

Otro papel de la enfermería es instruir al paciente y sus familiares en el autocuidado, favoreciendo hábitos saludables con respecto a la alimentación, las actividades físicas y los cuidados de la piel.

Hidratación cutánea en la psoriasis

Dr. Pablo de la Cueva Dobao

Hospital Infanta Leonor, Madrid

La psoriasis es una enfermedad frecuente, que afecta aproximadamente al 2 % de la población en nuestro medio, correspondiendo la mayoría de estos pacientes a formas leves o moderadas, en las cuales el tratamiento a realizar va a ser esencialmente de aplicación tópica. Se trata de una enfermedad muy variable, tanto en extensión, localización, intensidad o implicaciones psicológicas, lo que llevará a muy diversas opciones de tratamiento, que será individualizado para cada paciente. Hasta el momento no existe un tratamiento completamente resolutorio de la enfermedad, pero sí numerosas "armas terapéuticas" que pueden dar lugar a periodos de desaparición de las lesiones, que pueden ser más o menos prolongados dependiendo de cada caso.

Además de diversos medicamentos, todo paciente con psoriasis va a precisar una serie de medidas generales de higiene e hidratación.

Además de diversos medicamentos, todo paciente con psoriasis va a precisar una serie de medidas generales de higiene e hidratación.



Los hábitos higiénicos de una persona con psoriasis deben ser los normales en cuanto a frecuencia. Se aconseja la higiene diaria, no más de una vez al día, ya que se podría secar la piel en exceso. Es aconsejable el uso de jabones suaves, tipo *syndets* (detergentes sin jabón), que no irritan la piel. Existen algunos productos en el mercado específicamente diseñados para la higiene de los pacientes con psoriasis, que contienen compuestos destinados a disminuir el grosor de la piel, la descamación o aliviar el picor. Los medicamentos de aplicación tópica se absorben mejor y son más efectivos si se aplican después del baño o la ducha.



También puede aportar un beneficio terapéutico la realización regular de baños con productos alquitranados. Para la higiene del cuero cabelludo existen también múltiples productos específicos, que colaboran con el tratamiento de las lesiones en esta zona. Normalmente en su composición destacan los queratolíticos o alquitranes. Los champús de tratamiento en general suelen secar el cabello, por lo que puede ser útil el uso posterior de acondicionadores o suavizantes. En ocasiones para eliminar las escamas gruesas en esta zona puede ser necesaria la aplicación de aceite o vaselina, y la retirada con un peine tras haberse reblandecido durante un periodo de tiempo. No es recomendable intentar arrancar las escamas fuertemente adheridas, ya que el rascado vigoroso puede traumatizar la piel e inducir más lesiones de psoriasis, producir heridas que sean punto

de entrada de infecciones o romper el cabello. El cabello que se elimina con la descamación del cuero cabelludo volverá a crecer, pero requerirá un tiempo de recuperación. Acerca del uso de tintes, fijadores, sprays o permanentes en el cuero cabelludo del psoriásico, se recomienda en general el uso de productos suaves, libres de alcohol o irritantes, ya que en muchas ocasiones los pacientes no van a tolerar su aplicación por irritación local.

Los alquitranes pueden aplicarse en forma de producto para diluir en el agua del baño, champú, o formulados en crema o vaselina para su aplicación directa en zonas de piel gruesa, como palmas o plantas. Sus principales problemas son el mal olor y la frecuente irritación que producen, lo que en muchas ocasiones limita su uso.

La piel psoriásica suele ser seca, y con lesiones descamativas, por lo que es imprescindible el uso de cremas hidratantes con frecuencia, una o varias veces al día si es preciso. Así se disminuye la sequedad, se ayuda a eliminar la descamación y se alivia el picor. Además de cremas hidratantes, pueden utilizarse aceites corporales para añadir al agua del baño o de aplicación sobre la piel mojada.

Un problema habitual es el abandono frecuente por parte de los pacientes de estas recomendaciones y de los tratamientos de aplicación tópica.

La exposición a la radiación solar, es habitualmente recomendado en la psoriasis. Sin embargo, ello no quiere decir que haya que descuidar las medidas de protección solar, ya que sabemos que la exposición

excesiva a esta radiación produce envejecimiento prematuro y aumenta el riesgo de padecer cáncer de piel. Además, si la exposición solar es muy intensa, pueden producirse quemaduras solares que favorecen el desarrollo de lesiones de psoriasis sobre ellas, ya que suponen una agresión o trauma a la piel. Por tanto, la exposición solar siempre debe realizarse con precaución, evitando el exceso, las horas centrales del día y utilizando productos protectores solares que hagan que la radiación recibida sea progresiva y no excesivamente intensa. Tras la exposición al sol es importante hidratar la piel.

Un problema habitual es el abandono frecuente por parte de los pacientes de estas recomendaciones y de los tratamientos de aplicación tópica, tanto hidratantes como medicamentos, debido al cansancio o desánimo. La concienciación por parte del dermatólogo de la importancia de la constancia en estas medidas es fundamental, ya que los resultados no se obtienen en un plazo inmediato. Es importante huir de "productos milagro" o no controlados médicamente, que tan frecuentemente se ofrecen para la psoriasis, ya que no se puede asegurar su inocuidad.



Obesidad y sobrepeso en los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica (PsA)

Dra. Marta García Bustínduy¹, Dra. Assumpta Caixàs Pedragós²

¹Hospital Universitario de Canarias, Tenerife;

²Corporación Sanitaria Universitaria Parc Taulí, Sabadell

La **obesidad** se define como un exceso de grasa corporal que provoca un aumento del peso corporal con efectos negativos sobre la salud. Estos efectos van desde el aumento del riesgo de padecer hipertensión arterial, diabetes o dislipemia (aumento del colesterol y triglicéridos),

que a su vez pueden producir mayor riesgo de sufrir un infarto de miocardio o un accidente vascular cerebral, hasta el aumento de otras enfermedades como afecciones respiratorias, enfermedades infecciosas de la piel o algunos tipos de cáncer.

Se trata de una enfermedad crónica en cuyo origen intervienen tanto factores genéticos como ambientales (fundamentalmente la dieta y la actividad física). Actualmente es uno de los principales problemas de salud a los que se enfrentan las sociedades desarrolladas, siendo su prevalencia cada vez mayor. Los últimos datos señalan que en España la obesidad afecta a un 15,5% de los adultos de entre 25 y 60 años, y hasta a un 35% de los mayores de 65. Igual de preocupante que los índices de obesidad en la población adulta es el aumento de su prevalencia entre la población infantil y juvenil. La obesidad se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco.

La obesidad se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco.



Para calcular el porcentaje de grasa corporal existen distintas técnicas. No obstante, éste puede estimarse de forma bastante fiable mediante el índice de masa corporal (IMC), resultante de dividir el peso corporal en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros (por ejemplo, una persona de 1,65 m de estatura y 60 kg de peso tendría un IMC de 22). Así, definimos el sobrepeso como la presencia de un IMC entre 25 y 30 kg/m². A partir de un IMC de 30 kg/m² hablamos de obesidad, que se divide en grados en función de su severidad: obesidad grado 1 (con un IMC entre 30 y 35 kg/m²), obesidad grado 2 (con un IMC entre 35 y 40 kg/m²) y obesidad mórbida (con un IMC a partir de 40 kg/m²).

No sólo es importante la presencia de un exceso de grasa corporal sino también la distribución de la misma, puesto que está demostrado que la grasa acumulada a nivel abdominal es la que confiere un mayor riesgo cardiovascular. Así, un perímetro de cintura por encima de 102 cm en hombres o de 88 cm en mujeres se considera de riesgo. La grasa acumulada a nivel abdominal produce una serie de sustancias inflamatorias relacionadas con la resistencia a la insulina (dificultad para que la insulina, hormona encargada de reducir las concentraciones de azúcar en sangre, pueda ejercer su función y que a la larga lleva a padecer diabetes) y la disfunción endotelial (alteración en el funcionamiento de las arterias que provoca riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares).

En los últimos diez años han aparecido numerosos trabajos científicos que relacionan la psoriasis con la presencia de sobrepeso y obesidad. Los pacientes con psoriasis padecen con más frecuencia que la población general sobrepeso y obesidad. Entre un 22 y un 37% de los pacientes con psoriasis padecen sobrepeso, y entre un 11 y un 34% de los pacientes con psoriasis son obesos. Además, el

riesgo de padecer obesidad o sobrepeso aumenta cuanto más grave es la psoriasis.

La grasa acumulada a nivel abdominal produce una serie de sustancias inflamatorias relacionadas con la resistencia a la insulina.

En parte esta asociación podría deberse a un estilo de vida menos saludable en los pacientes con psoriasis, especialmente en casos graves. No obstante, en la causa de ambas enfermedades hay mecanismos comunes. En el origen de la psoriasis están implicados los linfocitos, células del sistema inmunitario que liberan una gran cantidad de citoquinas, sustancias con acción proinflamatoria responsables de las lesiones de la psoriasis. También el tejido adiposo, sobre todo el que se localiza a nivel abdominal, libera sustancias proinflamatorias. Las sustancias liberadas en los pacientes con psoriasis pueden favorecer o agravar las consecuencias de la obesidad, mientras que las liberadas por el tejido adiposo pueden a su vez influir en la evolución de la psoriasis. Así, se ha demostrado que perder peso mejora el control de la psoriasis.

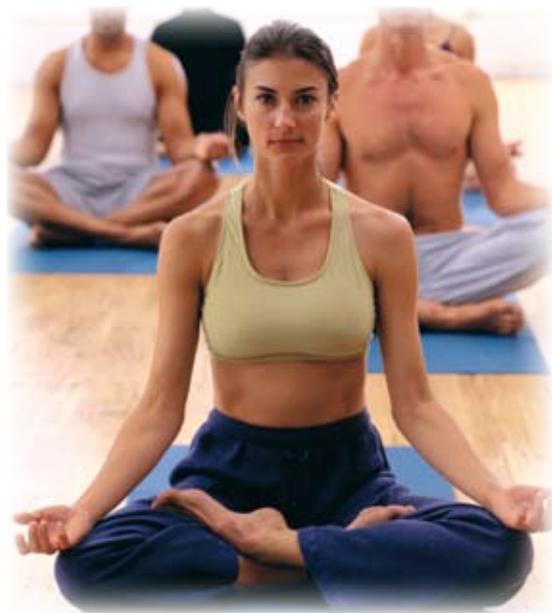
Actualmente disponemos aún de pocas alternativas para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso, por lo que la prevención es fundamental. Adquirir hábitos saludables en cuanto a alimentación y actividad física, así como el abandono del tabaco o el consumo excesivo de alcohol resultan puntos básicos para prevenir el desarrollo de sobrepeso u obesidad y sus consecuencias. Una vez adquiridos estos buenos hábitos, si todavía persiste el sobrepeso o la obesidad, una dieta hipocalórica (que contenga menos calorías de las que el cuerpo necesita) puede ayudar a perder peso.

Se ha demostrado que pérdidas de entre un 5 y un 10% del peso corporal suponen una mejoría de la calidad de vida y en las patologías asociadas a la obesidad cuando éstas están presentes o bien en su prevención cuando aún no han aparecido. No existe ningún tipo de dieta especial para los pacientes con psoriasis, una dieta equilibrada que contenga un 50% de hidratos de carbono (alimentos feculentos: arroz, pasta, pan, patata, legumbres), un 20% de proteínas (carnes magras, como pollo sin piel, pavo y conejo, y pescado) y un 30% de grasas de predominio de monoinsaturadas (aceite de oliva) sería la más recomendable, de la misma manera que sería la más recomendable para otra persona que sufra obesidad o sobrepeso sin psoriasis.

El tipo de ejercicio físico más recomendable sería el que implica el movimiento suave y repetitivo de varios grupos musculares y que a la vez no implique gran carga para las posibles articulaciones afectadas. En este sentido la gimnasia dentro del agua (*aguagym*) es muy recomendable. También son recomendables la natación, el yoga, pilates, etc.

Dada la asociación de obesidad y sobrepeso con psoriasis, los pacientes con psoriasis deberían someterse a revisiones al menos una vez al año para controlar su peso y perímetro de cintura. Tal y como hemos dicho anteriormente, lo mejor es prevenir. En caso de padecer ya sobrepeso u obesidad deberían también controlarse la tensión arterial, los niveles de gluce-

El tipo de ejercicio físico más recomendable sería el que implica el movimiento suave y repetitivo de varios grupos musculares y que a la vez no implique gran carga para las posibles articulaciones afectadas.



mia, el colesterol y los triglicéridos, con el objetivo de detectar a tiempo y poder tratar de forma precoz cada uno de los factores de riesgo cardiovascular cuando estos aparezcan.

Picor y psoriasis

Dra. Marta García Bustínduy
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

El picor o prurito, como nos gusta llamarlo a los dermatólogos, es el síntoma dermatológico más característico y se podría definir como *“una sensación desagradable asociada con el deseo de rascarse o frotarse la zona afectada”*.

Puede afectar a cualquier zona de la piel y a diversas superficies mucocutáneas. Aparece en muchas enfermedades de la piel, pudiendo ser el síntoma inicial de éstas y apareciendo incluso antes que las propias lesiones.

El prurito puede originarse en la piel y entonces se llama pruritoceptivo, en el sistema nervioso central, en el cerebro y entonces se llama neurógeno o ser una combinación de ambos.

El dolor y el picor se diferencian con facilidad. Sin embargo, los mecanismos que los originan tienen algunas características comunes y discurren ambas por la misma ruta nerviosa.

Las unidades receptoras del prurito se localizan en la capa más superficial de la piel, la epidermis, con una densidad aproximada de 1 por mm². Las fibras encargadas de captar los estímulos que originan el picor y transmitirlos hasta la médula espinal son llamadas C y Aδ.



Lesiones de psoriasis en cara extensora del antebrazo en paciente con picor. Se nota por las costras milimétricas fruto del rascado.

Las neuronas C nociceptoras que están en la piel sinaptan, es decir, se comunican. Estas neuronas ascienden por la médula espinal hasta una zona del cerebro llamada tálamo. Se ha visto también que hay actividad en relación al picor en otras zonas del cerebro como el área parietal, la corteza singular, temporal... según el tipo, duración, enfermedad de base...

Por tanto el prurito es una sensación desagradable, provocada por diferentes estímulos, que se recoge en la piel y se transmite por vía nerviosa hasta el cerebro. Al final es un producto del sistema nervioso central.



Lesiones muy pruriginosas en el brazo de una paciente psoriásica. Se puede distinguir la zona que falta la descamación como zona rascada, es una herida.

Existen sustancias capaces de reproducir la sensación de prurito, son los llamados mediadores periféricos del prurito. El más importante es la histamina que es la responsable mayor de las ronchas o lesiones que aparecen tras una picadura de insecto, por ejemplo, pero hay otras muchas y, en la psoriasis, al ser una enfermedad inflamatoria, son otras las sustancias que aumentan durante los brotes y que participan en la aparición del picor.

El picor puede aparecer hasta en ocho de cada diez enfermos con psoriasis. No se trata, según muchos estudios, de un prurito muy severo. Se valora entre 4 y 5 en una escala de 0 a 10 de intensidad por la mayoría de los pacientes. Existen otras alteraciones de la piel que provocan mucho más picor. Sin embargo, está demostrado que su

El prurito es una sensación desagradable, provocada por diferentes estímulos, que se recoge en la piel y se transmite por vía nerviosa hasta el cerebro.

Está demostrado que su presencia reduce mucho la calidad de vida de los enfermos con psoriasis.

presencia reduce mucho la calidad de vida de los enfermos con psoriasis, ya que altera el ánimo, el humor, reduce la capacidad de concentración, dificulta el sueño (despierta por la noche, se des cansa menos), reduce el deseo sexual (sobre todo si hay lesiones y picor en la zona genital) y el apetito de forma clara.

Se ha relacionado mucho el picor con el estrés de los pacientes. Por un lado es cierto que la enfermedad empeora con el estrés y se ha demostrado que el picor aumenta cuando los estresores diarios lo hacen. Estas mismas situaciones de tensión diarias provocan rascado, un poco automático, que, a su vez, empeora las lesiones al irritarlas. Lo conocemos como fenómeno isomórfico de Koebner y es el empeoramiento de las lesiones de la piel cuando se traumatizan, rascan, frotan o irritan. Es muy típico de la psoriasis.

El círculo vicioso se cierra porque el picor también aumenta el estrés.

Además sabemos que los pacientes con psoriasis padecen depresión y ansiedad con mayor frecuencia que la población general. Éstas son reactivas a la propia enfermedad en muchos casos. Pues bien, si el paciente sufre picor, los niveles de depresión aumentan.

La presencia de picor y su importancia no guarda relación con la intensidad y la gravedad de la psoriasis. Así, pacientes con muy poquitas lesiones pueden tener un prurito muy marcado y, sin em-



Es muy importante informar al médico de la presencia de este síntoma porque un mejor o peor desarrollo de la vida está en juego.



Las lesiones más inflamatorias y activas, suelen ser más pruriginosas. Algunos pacientes más que picor, sienten ardor.

bargo, enfermos con patología muy extensa, no notar casi este síntoma. Los pacientes con muchas hospitalizaciones debidas a la enfermedad suelen tener más picor.

En cualquier caso los médicos no podemos “ver” el prurito como vemos las lesiones de la piel. Es muy importante informar al médico de la presencia de este síntoma y sus variaciones con los diferentes tratamientos, porque un mejor o peor desarrollo de la vida está en juego. Si el tratamiento sugerido no es eficaz, no basta con dejarlo de tomar y sufrir en silencio; hay que comentarlo para buscar las medidas más oportunas y adaptarlas a cada situación.

Es importante mantener la piel limpia e hidratada. El uso de geles con poca capacidad de

tergente, que no sequen la piel, y el empleo de lociones, leches corporales o cremas hidratantes es de gran ayuda. Podemos emplear los medicamentos que el dermatólogo haya indicado en las lesiones concretas siempre antes de la hidratación.

Cualquier técnica que contribuya a reducir el estrés es positiva para la enfermedad: técnicas de relajación, yoga, hacer deporte en general, caminar, nadar o reducir el consumo de estimulantes como la cafeína.

Psoriasis y riesgo cardiovascular

Dra. Rosa Taberner Ferrer
Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

Hasta hace poco tiempo se pensaba que la psoriasis era una enfermedad cutánea que únicamente podía ocasionar un importante deterioro de la calidad de vida del paciente, pero sin llegar a suponer un riesgo vital para la persona afectada.

Esta percepción ha cambiado en los últimos años, al conocerse la asociación entre psoriasis (especialmente en sus formas moderadas y severas) y enfermedad cardiovascular. Se calcula que los pacientes con psoriasis moderada y severa viven de media 4 años menos.

¿Y por qué una enfermedad con manifestaciones predominantemente cutáneas, como la psoriasis, puede tener relación con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares?

Es conocido que los pacientes con psoriasis presentan un aumento de prevalencia de obesidad, aumento de colesterol y triglicéridos, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, hígado graso, hiperuricemia, tabaquismo e ingesta de alcohol, factores que contribuyen, en mayor o menor medida, al incremento de mortalidad de estos pacientes, fundamentalmente debido al desarrollo de arterioesclerosis, aunque también se cree que los fenómenos inflamatorios existentes en la psoriasis podrían contribuir de alguna manera a la formación de la placa grasa en las arterias.

Algunos de estos factores se han agrupado en lo que se denomina **síndrome metabólico**. Es importante puntualizar que el síndrome metabólico no es, en sí mismo, una enfermedad. Además, el concepto de síndrome metabólico sigue hoy en día sujeto a continuas revisio-



**El síndrome metabólico
no es, en sí mismo, una
enfermedad.**

nes, existiendo varias clasificaciones, aunque la más aceptada es la propuesta por el NCEP ATP-III, actualizada en 2005 por la *American Heart Association*.

Existe desde hace más de 85 años, cuando se hablaba de “disturbios metabólicos”, en referencia a la coexistencia de hipertensión arterial, gota y diabetes.

En la actualidad, la definición de síndrome metabólico viene marcada por la presencia de tres o más de cinco criterios que se especifican en la tabla adjunta.

En realidad, el síndrome metabólico no es un descubrimiento ni mucho menos actual, ya que existe desde hace más de 85 años, cuando se hablaba de “disturbios metabólicos”, en referencia a la coexistencia de hipertensión arterial, gota y diabetes. Posteriormente se incluyó el papel de la obesidad androide (abdominal), como factor de riesgo de estas comorbilidades. Así, a lo largo de los años, se hablaba de “síndrome X” o “síndrome plurimetabólico”.

La disposición abdominal de la grasa corporal es el mayor factor de riesgo para desarrollar resistencia a la insulina y, por tanto, diabetes *mellitus* de tipo 2, así como otras patologías asociadas, como dislipemia e hipertensión arterial.

En la actualidad, la definición de síndrome metabólico viene marcada por la presencia de tres o más de los cinco criterios que se especifican en la tabla adjunta: perímetro abdominal (medida en centímetros de la cintura abdominal), tensión

arterial elevada, elevación de triglicéridos, hiperglucemia y cifras bajas de colesterol- HDL (el conocido como “colesterol bueno”, el que supuestamente protege nuestras arterias).

El hecho de cumplir criterios diagnósticos de síndrome metabólico confiere un riesgo 3,65 veces mayor de padecer una enfermedad coronaria, de manera que hasta un 80% de estos pacientes fallecen por causas de origen cardiovascular.

Hoy en día la **obesidad** se considera la verdadera epidemia del siglo XXI, debida en parte a la globalización y a los cambios del estilo de vida (sedentarismo), con un elevadísimo impacto social y económico y, sobre todo, con graves consecuencias para la salud (aumento de la mortalidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares).

En España la prevalencia de síndrome metabólico según diferentes estudios se estima en algo más

Criterios de síndrome metabólico

| | |
|---------------------|--|
| Perímetro abdominal | ≥ 102 cm (hombres), ≥ 88 cm (mujeres) |
| Tensión arterial | ≥ 130/≥85 mm Hg (o ser hipertenso, o en tratamiento) |
| Glucosa en sangre | ≥ 100 mg/dl (o ser diabético, o en tratamiento) |
| Colesterol HDL | < 40 mg/dl (hombres), < 50 mg/dl (mujeres) |
| Triglicéridos | ≥ 150 mg/dl |

Se establece el diagnóstico con 3 ó más criterios

de un 20%. Sin embargo, en nuestros pacientes con psoriasis moderada o severa, esta cifra aumenta

Hoy en día la obesidad se considera la verdadera epidemia del siglo XXI.

al 40% (estos datos son superponibles a estudios recientes realizados en Reino Unido, que también arrojan una cifra del 40%). Además, nuestros pacientes con psoriasis tienen un índice de masa corporal (IMC) medio de 28,3 kg/m², y sólo un 32% están en su peso normal (un 39% tienen sobrepeso, y 29% son obesos, en diferentes grados).

¿Qué hacer si nos dicen que cumplimos criterios de síndrome metabólico? Probablemente deberemos llegar a un acuerdo con nuestro médico de familia para consensuar unos objetivos a conseguir: uno de los objetivos primordiales es el de intentar conseguir un estilo de vida saludable, incrementando y/o manteniendo la actividad física, realizando una dieta cardiosaludable y, sobre todo, abandonando el tabaco (nadie dijo que fuera fácil). Además, deberíamos conseguir adecuar las cifras de tensión arterial (en la población general, por debajo de 140/ 90 mm Hg), las de colesterol total (por debajo de 200 mg/dl) y triglicéridos (cifras menores de 150 mg/dl). Además habrá que ajustar el control de la glucemia en pacientes con diabetes *mellitus*.

Existen diversas tablas (REGICOR, SCORE) que permiten estimar de manera aproximada el riesgo cardiovascular en cada paciente, según los distintos factores de riesgo cardiovascular presentes.

Lo cierto es que si el riesgo cardiovascular en pacientes con psoriasis depende en parte de los facto-

res antes mencionados, podríamos pensar que esas personas deberían acudir a su médico de familia para intentar revertir esa situación. Sin embargo, hay que tener presente que, en muchos casos, los pacientes afectos de psoriasis, aunque presenten todos estos factores de riesgo, no se identifican a ellos mismos como “enfermos potenciales”, de manera que en muchas ocasiones no acudirán a su médico por estos motivos. De hecho, no es infrecuente que estos pacientes sólo tengan a su dermatólogo como médico de referencia. De ahí la importancia de que los dermatólogos aprendamos a detectar aquellos pacientes con un mayor riesgo cardiovascular.

Porque, dentro del negro panorama que hemos pintado, la buena noticia es que todos estos factores de riesgo son fácilmente identificables y, en su mayor parte, reversibles, ya sea con tratamiento farmacológico, pero sobre todo con cambios en el estilo de vida.

Y lo más importante, tengamos o no una psoriasis, es reforzar el estilo de vida saludable: abandonar el tabaco, llevar una dieta cardiosaludable y realizar ejercicio físico moderado de manera diaria. Sólo tenemos un corazón, y debemos mantenerlo sano y fuerte durante muchos años.



¿Tienes Psoriasis?

Podemos ayudarte



Asociación de Afectados de Psoriasis y Familiares

www.accionpsoriasis.org - Tel. 932.80.46.22

Conecta con nosotros





Crecer con más fuerza, ser mejores

Hacemos realidad nuestros proyectos



MSD INMUNOLOGÍA

C/Josefa Valcárcel, 38
28027, Madrid
España