

Psoriasis

TIPOLOGÍA, TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

M^º FLORES VIZCAYA MORENO, M^º CARMEN SOLANO RUIZ, JUAN MARIO DOMÍNGUEZ SANTAMARÍA: DUE. Titulares de Escuela Universitaria. Dpto. Enfermería. Universidad de Alicante. ENCARNA ESPEJO LUNA: DUE. Enfermera Responsable de la Unidad de Fototerapia. Centro Clínico Dermatológico. Alicante.

Resumen

Revisión, presentación y síntesis de las diversas tipologías de la psoriasis y de los tratamientos desarrollados –desde aquellos más comunes a los más novedosos–. Se exponen los cuidados de enfermería más frecuentes. Teniendo en cuenta la cronicidad, evolución por brotes, y afectación tanto física como psicológica del paciente, el rol de la enfermera es esencial en la adaptación e independencia del enfermo con psoriasis.

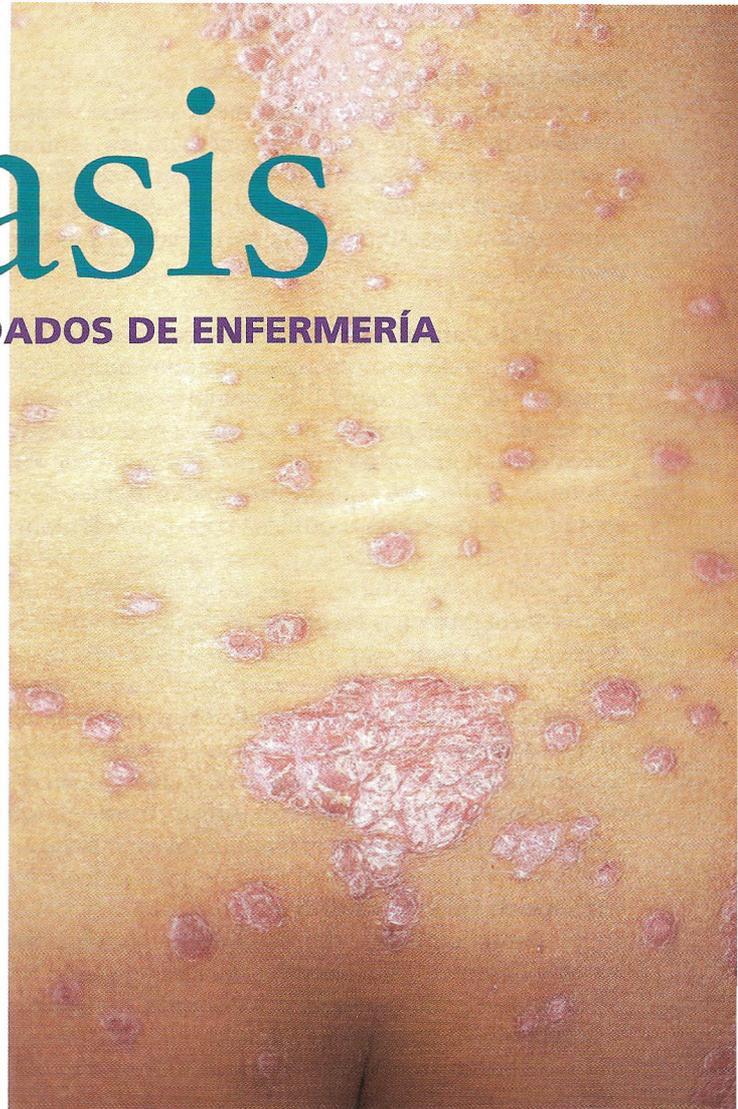
PSORIASIS

Summary

The authors provide a review, description and synthesis of the diverse classes of psoriasis and the treatments which have been developed, from the most common ones to the most recent ones. The authors describe the most frequent nursing treatments. Bearing in mind the chronic nature of this disease, its evolution by outbreaks and the physical as well as psychological effects psoriasis has on its sufferers, the role of nurses is essential to help patients adapt to and develop some degree of independence while suffering from psoriasis.

Introducción

La psoriasis es una alteración común de la piel que afecta alrededor del 1,4% de la población española, aunque esta cifra varía sustancialmente entre las distintas autonomías [1] –prevalencia de hasta un 2,6%–. Esta enfermedad genética crónica [2, 3, 4, 5] se caracteriza por una hiperproliferación e inflamación de la epidermis y dermis [4], que cursa a brotes, y se manifiesta por la aparición de placas eritematosas bien delimitadas –de tamaño entre 1-10 cm de diámetro– que se cubren de escamas blancas nacaradas [2, 3, 6]. Estas lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, siendo las zonas de más frecuente localización los codos, rodillas, glúteos, parte baja de la espalda, las uñas y el cuero cabelludo [2, 7]. Es en el cuero cabelludo donde con mayor frecuencia se pre-



senta por primera vez esta patología [6], siendo el tipo de psoriasis que padece el 50% de estos enfermos [8]. En un estudio reciente en población española se ha demostrado que la psoriasis no se asocia al sexo y su prevalencia es mayor en los grupos de edad de 21 a 50 años [1]. La fisiopatología de la enfermedad implica una proliferación anormal de las células de la membrana basal de la epidermis, consistente en la aceleración del proceso de mitosis celular [6]. Es decir, el proceso de descamación se produce cada 4 o 5 días en un paciente con psoriasis, siendo el período normal cada 20 o 27 días [3].

En cuanto a la etiología de la psoriasis, en estos momentos se desconoce la causa exacta que la genera, aunque parece que exista cierta predisposición genética [7, 9]. Más específicamente, algunas teorías actuales postulan el desorden inmunológico [10], mientras que otras abogan por un modelo de interacción entre la predisposición genética y los factores ambientales (alteraciones climáticas, estrés, lesiones y heridas, alteraciones hormonales, determinados tratamientos farmacológicos, etc.) [11].

Tipos de psoriasis

Esta enfermedad papuloescamosa posee una variada tipología, por lo que la presentación no será la misma en todos los casos y, consecuentemente, se requerirán tratamientos y cuidados específicos. A continuación describimos los principales tipos de psoriasis [7].

1. Psoriasis vulgar o en placa crónica

Es la forma más común; aparece como una placa escamosa, elevada, roja y bien demarcada. El tamaño de las lesiones varía desde unos milímetros a varios centímetros. Las placas pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, aunque son más frecuentes en los codos, rodillas, cuero cabelludo y parte baja de la espalda.

2. Psoriasis guttata o en gotas

Es frecuente en niños y adultos jóvenes. Suele aparecer tras una infección de vías respiratorias altas. Las lesiones son pequeñas y se dispersan por todo el cuerpo, y los pacientes suelen sentirse muy molestos durante la erupción de las lesiones. Aunque el brote de psoriasis guttata desaparece en unos meses, en ocasiones, puede sucederse con una placa crónica.

3. Psoriasis invertida o flexural

Se desarrolla en forma de placas eritematosas bajo las mamas, en axilas o los pliegues anogenitales. Se produce una nula o escasa descamación, ya que es inhibida por el sudor. Puede resultar de difícil diagnóstico en ausencia de otras lesiones típicas, pudiéndose confundir con alteraciones micóticas.

4. Psoriasis eritrodérmica

La totalidad de la superficie cutánea se encuentra afectada por el proceso. La piel presenta una coloración rojo brillante, se produce descamación superficial, y el paciente puede encontrarse en una situación crítica, ya que la piel deja de ejercer su función, lo que conlleva importantes alteraciones en la temperatura corporal y la pérdida de fluidos, por lo que requiere, en ocasiones, hospitalización.

5. Psoriasis pustulosa

Existen dos tipos. La psoriasis pustulosa generalizada es extremadamente severa y, afortunadamente, rara. Como en el caso de la psoriasis eritrodérmica, el paciente puede encontrarse en una situación crítica, necesitando una atención especializada durante su hospitalización. En la psoriasis pustulosa las lesiones son totalmente diferentes a las que se presentan en la vulgar: pústulas que se dispersan en extensiones eritematosas.

La psoriasis pustulosa palmo-plantar (o psoriasis pustulosa localizada) es menos grave, pero más inca-

pacitante para el paciente, ya que la existencia de pústulas dolorosas en manos o en pies, dificulta el uso de las manos y la deambulaci3n.

La prevalencia de cada una de las tipologías anteriormente presentadas, es muy diferente. Seg3n datos del «Estudio de prevalencia y epidemiolog3a de la psoriasis en Espa3a» [1] relativos a 1999, el 78,7% (n = 1.396) de los sujetos de la muestra presentaban psoriasis vulgar; el 11,8% (n = 209) en gotas; el 4,5% (n = 79) pustulosa generalizada; el 4,1% (n = 73) eritrodérmica; el 4% (n = 71) invertida; y el 1,2% (n = 21) pustulosa generalizada.

Tratamiento

Una gran variedad de tratamientos han sido desarrollados con la finalidad de controlar y reducir los s3ntomas [7, 8], pero la terapia t3pica es sin duda el tratamiento de elecci3n –se emplea en el 78,6% (n = 1.395) de los casos [1]– salvo en los casos en los que la enfermedad es severa o inestable [9]. En estos casos se opta por una terapia m3s agresiva como el tratamiento sistémico –16,3% (n = 289) de los casos [1]– o la fototerapia [9]. La finalidad de estos tratamientos es mejorar la calidad de vida del paciente con psoriasis, reduciendo principalmente los s3ntomas de picor, xerosis y tirantez, a la vez que el n3mero y duraci3n de los brotes.

Afecta al 1,4% de la poblaci3n espa3ola

1. Tratamientos t3picos

- *Emolientes o hidratantes*: son fundamentales en el tratamiento del paciente psoriásico ya que ayudan a controlar las formas leves, sin presentar efecto secundario o adverso alguno [7]. Reducen la sequedad e irritaci3n cutánea [7, 8, 9] y refuerzan el efecto de otros tratamientos m3s agresivos cuando se utilizan combinados [7]. Se utilizan como hidratantes m3s habituales la vaselina líquida o en crema, las lociones de urea al 5 y 10%, y las lociones de lactato de amonio. Algunos ingredientes, como la lanolina pueden hipersensibilizar la piel del paciente, apareciendo entonces reacciones eccematosas. Actualmente en Espa3a [1], el 29,1% (n = 517) de los pacientes con psoriasis son tratados con emolientes.
- *Calcipotriol*: derivado de la vitamina D formulado para uso t3pico [8]. Actúa disminuyendo el crecimiento de las células de la epidermis [8] y la inflamaci3n. Est3 indicado en la psoriasis en placas, debiéndose aplicar s3lo sobre ellas. No mancha ni huele, pero puede ser irritante [7, 9]. En cuanto a la

dosis, no han de sobrepasarse los 100 g de pomada a la semana, ya que podrían producirse alteraciones en el metabolismo del calcio [9,12]. No se debe mezclar con ácido salicílico o con otros productos ácidos, ya que se inactiva rápidamente [12]. Sin embargo, suele presentar buenos resultados en combinación con UVA. Según datos del estudio de Epiderma [1], el 40,8% (n = 723) de los pacientes son tratados con vitamina D.

• *Antralina*: tratamiento muy antiguo que se ha mantenido gracias a su eficacia [7, 8, 9], especialmente en aquellas placas de un mayor grosor. Su principio activo es el ditranol. Entre sus inconvenientes encontramos que irrita, inflama y mancha la piel [7, 8, 9], por lo que siempre se aconseja usar guantes para su aplicación. Además, es un tratamiento lento cuyos efectos comienzan a evidenciarse al cabo de unas tres semanas [9]. Como aspecto positivo destacaremos que no produce efectos secundarios generales. Se formula para su aplicación en vaselina y en loción (para el cuero cabelludo). En la actualidad se emplea el tratamiento de contacto corto –se aplica la antralina y se deja actuar un máximo de dos horas– [7, 9, 12]. Según datos de Epiderma, sólo el 3,4% (n = 11) de los pacientes son tratados con ditranol [1].

• *Esteroides tópicos*: tratamiento tópico más empleado en la psoriasis localizada [12]; tiene un efecto antiinflamatorio de rápida actuación [8]. No irritan la piel, ni manchan piel o ropa. Sin embargo, la atrofia cutánea [7], la telangiectasia y la taquifilaxia [8] se presentan como efectos no deseados. Su uso continuado provoca tolerancia y efectos secundarios a nivel sistémico como consecuencia de la absorción del corticoide a través de la piel [7]. Por los efectos adversos descritos, se aconseja su uso en tratamientos de corto plazo –de no más de siete días– [7, 8]. Generalmente se suelen emplear en los casos de psoriasis donde las lesiones están muy localizadas, y se da resistencia –como las manos o los pies– [7, 9]. Según el estudio de Epiderma, la mayoría de los pacientes con psoriasis, 59,6% (n = 1.058) son tratados con corticoides [1].

• *Alquitranes*: también denominados breas. Reducen la proliferación celular epidérmica, aportando un efecto antipruriginoso [8]. Se utilizan cada vez menos, ya que manchan tanto piel como ropa, tienen un olor muy desagradable [7, 9] e irritan la piel [3]. Destacamos como ventajas su eficacia e inexistencia de efectos secundarios generales. En la actualidad su uso es frecuente en forma de lociones en el tratamiento de la psoriasis en el cuero cabelludo, asociándose a otros tratamientos –como la fototerapia– [3, 6, 7]. El alquitrán es empleado como tratamiento en el 13,1% (n = 43) de los pacientes con psoriasis [1].

• *Retinoides tópicos*: se ha demostrado el éxito terapéutico del uso de retinoides tópicos –como el tazaroteno– en el tratamiento de la placa de psoriasis [4, 13]. Sin embargo, conviene recordar que estos agentes derivados de la vitamina A son muy irritativos, por lo que deben aplicarse únicamente sobre la placa psoriásica [4, 12].

2. Tratamientos sistémicos

• *Retinoides orales*: derivados de la vitamina A. El más utilizado es la acitretina. Poseen un importante número de efectos secundarios, por lo que debe ser un tratamiento controlado rigurosamente por un médico [7]. Es hepatotóxico, produce hipertrigliceridemia, pero su efecto más grave es su elevado poder teratogénico [7, 12, 14]. Están indicados en las formas rebeldes de psoriasis, asociándose en algunos casos al tratamiento con luz ultravioleta –REPUVA– [12].

• *Metotrexato*: se emplea en casos de psoriasis rebelde [7]. Actúa frenando la replicación celular de forma rápida y eficaz, siendo un tratamiento que sólo ha de tomarse 1-2 veces por semana [12]. En contraposición, posee un gran número de efectos secundarios, tales como hepatotoxicidad y afectación de médula ósea –reduce la producción de hematíes, leucocitos y plaquetas–, requiriéndose un estricto control médico [7, 12].

• *Ciclosporina*: es un fármaco autoinmune de rápida actuación [12]. Contribuye a eliminar las placas de psoriasis al inhibir la respuesta inflamatoria del organismo [3]. Entre sus efectos secundarios, el principal es el nefrotóxico, pudiéndose producir hipertensión arterial [12]. En la actualidad se emplea en caso de psoriasis severas de difícil control, requiriendo un ajuste preciso de dosis, con el fin de evitar la aparición de efectos secundarios [12].

3. Tratamientos con luz

• *Luz solar*: la luz procedente del sol es muy beneficiosa para las afecciones cutáneas, y por consiguiente, para la psoriasis. Ya las civilizaciones antiguas utilizaban solariums para tratar enfermedades de la piel, obteniéndose con ello buenos resultados [15]. La playa, la montaña e incluso una terraza, sirven para tomar baños de sol que, a dosis diarias y regulares, pueden resultar beneficiosos en la mayoría de pacientes con psoriasis. Se ha demostrado que resulta beneficioso asociar agentes hidratantes y otras sustancias tópicas a la exposición a la luz solar, ya que ésta potencia el efecto de los tratamientos tópicos [15].

• *Fototerapia*: se emplea habitualmente en aquellos pacientes que no responden al tratamiento tópico por sí sólo [7]. Basándose en la teoría de que la luz solar es beneficiosa para la remisión del brote psoriásico, se han fabricado máquinas especiales que



Alione
Alione Adhesivo

Apósitos Hidrocapilares
que evitan la maceración

emiten luz ultravioleta A, B o ambos tipos. Estos aparatos son específicos y, por tanto, no hemos de confundirlos con los que se usan en gimnasios y centros de estética [12]. Este tratamiento suele administrarse en hospitales o clínicas especializadas, por profesionales médicos o de enfermería expertos, y siempre bajo la supervisión de un dermatólogo, ya que implica riesgos de quemaduras y de cáncer de piel como consecuencia de irradiaciones con elevadas potencias durante un tiempo prolongado [12]. Por ello se deben tomar medidas preventivas tales como prevención ocular con gafas especiales, determinación del fototipo del paciente –con el fin de delimitar

• *Fotoquimioterapia (PUVA)*: tratamiento muy efectivo para la psoriasis, pero con efectos colaterales más graves que los que ocasiona el tratamiento con UVB [12]. Consiste en la combinación de psoraleno, sustancia fotosensibilizante, con radiación ultravioleta A (UVA) [3, 4]. Uno de los principales inconvenientes es que el psoraleno, administrado por vía oral, no se elimina completamente hasta pasadas unas ocho horas [3], por lo que el paciente ha de protegerse del sol mediante el uso de gafas y filtros solares, para evitar la formación de cataratas en los ojos y de quemaduras en la piel. En la actualidad, se obvia este inconveniente aplicando el psoraleno de



El 50% de los enfermos presentan manifestaciones en el cuero cabelludo

tar las potencias de irradiación adecuadas a su piel–, y uso de filtros solares en lunares, manchas e incluso la totalidad de la superficie corporal –en casos de fototipos muy bajos–. En fototerapia se emplean los siguientes tipos de radiaciones ultravioletas:

–UVA: menos agresiva para la piel que la ultravioleta B o C, por lo que es muy utilizado en dermatología, obteniéndose buenos resultados. El principal inconveniente es que el paciente ha de trasladarse hasta el centro para recibir una media de 10 sesiones.

–UVB: se obtiene un efecto parecido al de la luz solar, pero con el ultravioleta B es más fácil que el paciente se quemé y se produzca un eritema importante [16]. Al igual que con el UVA, los pacientes deben tomar entre 10-20 sesiones en los centros especializados.

–UVA y UVB combinado: al utilizar ambos espectros de luz, se aprovecha el efecto beneficioso de ambas luces ultravioleta. La sesión se inicia irradiando UVB, ya que penetra antes en la piel que el UVA, con lo se obtienen antes resultados positivos.

forma tópica en baños, y posteriormente, tras la exposición al ultravioleta A, eliminándolo mediante una ducha [17]. Sin embargo, este tratamiento está especialmente contraindicado en embarazadas, antecedentes de tumores cutáneos, pacientes con cataratas y con varices importantes; si se administra vía oral, en pacientes con enfermedades renales y/o hepáticas [4]. Además, se ha demostrado que incrementa el riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas en el futuro [12].

Cuidados al paciente con psoriasis

Siguiendo las fases del proceso de atención en enfermería, en primer lugar, la enfermera habrá de realizar la valoración del paciente, que comenzará con la anamnesis. De esta forma, obtendremos información acerca del tipo de presentación de la psoriasis, así como de los factores potencialmente precipitadores del brote (traumatismos, infecciones en vías respiratorias altas, intervenciones quirúrgicas, fármacos, menopausia, menstruación, estrés, etc.). Será

información relevante la existencia de antecedentes familiares, la edad de inicio, la descripción de la evolución de la enfermedad, la descripción del brote actual (inicio gradual o repentino, localización de las primeras lesiones, sintomatología, etc.). También sería conveniente recoger información acerca de los tratamientos previos recibidos y la eficacia de los mismos. Continuaremos realizando una valoración física del paciente, con el fin de obtener información relacionada con la tipología de la enfermedad. Procederemos finalmente a la formulación de diagnósticos, objetivos y actividades de enfermería.

A continuación presentamos a modo de ejemplo un plan de cuidados en el que se recogen los diagnósticos, objetivos y actividades de enfermería más frecuentes en los pacientes con psoriasis.

1. Déficit de conocimientos relacionado con insuficiente información sobre el diagnóstico, el tratamiento o interpretación errónea de la misma

Objetivo:

El paciente poseerá la información y conocimientos adecuados para facilitar su recuperación.

Actividades de enfermería:

- Determinar qué información tiene el paciente acerca de la psoriasis.
- Aclarar sus dudas o corregir aquellos conceptos erróneos o contradictorios.
- Proporcionar guías informativas sobre psoriasis. Pedirle que las lea y comentarlas con él posteriormente.
- Proporcionar información a la familia y su entorno más cercano (sobre todo en el caso de los niños).
- Informar del tratamiento que le ha sido prescrito, de sus ventajas e inconvenientes, y del tiempo de respuesta mínimo esperado para la resolución del aspecto de las placas.
- Enseñar al paciente a identificar los factores que pueden agravar la evolución de la enfermedad: estrés, ansiedad, deshidratación, fármacos, traumatismos, etc.
- Establecer con él los fundamentos y efectos potenciales del tratamiento, consensuando un protocolo de actuación individualizado. Serán temas a tratar los que siguen:
 - a) Baños terapéuticos.
 - b) Hidratación de la piel.
 - c) Evitar el contacto de los fármacos tópicos con la piel no afecta.
 - d) Cuidados de la piel durante los baños de sol.
 - e) Si se ha prescrito psoraleno oral, explicar la necesidad de protección cutánea y ocular.
 - f) Si se han prescrito corticoides tópicos, enseñar su correcta administración. Hacer énfasis en la necesidad de control médico.

g) Si el paciente es tratado con UVB, explicarle el propósito del tratamiento, posibles efectos secundarios y la necesidad de comunicar a la enfermera si aparece una reacción de hipersensibilidad y/o quemadura en la piel. Enseñar al paciente las precauciones de seguridad que deberá tomar durante las sesiones terapéuticas.

h) Si el paciente es tratado con UVA, explicar por qué el psoraleno ha de ser ingerido dos horas antes de la sesión y precauciones a adoptar. Indicar la necesidad de comunicar a la enfermera la aparición de hipersensibilidad cutánea tras la sesión.

- Enseñar cómo progresarán sus lesiones (coloración, distribución, engrosamiento, síntomas, etc.) con el fin de que también él pueda valorar su evolución.
- Motivar al paciente para que colabore de forma activa con la enfermera durante su tratamiento.
- Comprobar la capacidad de realización de esa actividad de forma independiente.

2. Alteración del bienestar: prurito relacionado con las lesiones de la piel

Objetivo:

El paciente manifestará el alivio del malestar producido por el prurito.

Actividades de enfermería:

- Enseñarle a identificar los factores que contribuyen a la sensación de malestar producida por el prurito.
 - a) Evitar un medio ambiente muy reseco.
 - b) No a los baños o duchas con agua muy caliente.
 - c) Evitar el uso de jabones de PH no neutro o con excesivo perfume.
 - d) Hidratar la piel diariamente o siempre que se considere necesario.
- Informar al paciente de los fármacos que contribuyen a disminuir el prurito y que hayan sido prescritos por el dermatólogo. Explicar su modo de administración y efectos secundarios.
 - a) Tomar el antihistamínico según prescripción médica. Explicar que pueden provocar somnolencia, por lo que es aconsejable tomarlos por la noche.
 - b) Valorar la necesidad de añadir aditivos emolientes al baño, siendo notificado previamente al dermatólogo.
 - c) Informar al paciente de que avise a la enfermera en caso de que persista el prurito, con el fin de adoptar nuevas medidas.
- Valorar, junto con él, las complicaciones que se deriven del prurito y/o su tratamiento.
 - a) Examinar la piel del paciente en busca de excoriaciones producidas por el rascado.
 - b) Explicarle al paciente que debe evitar rascarse, y utilizar antihistamínicos, hidratantes y/o emolientes para disminuir el malestar.
 - c) Si nos manifiesta que padece insomnio en relación con el prurito, notificarlo al dermatólogo.

3. Trastorno de la imagen corporal relacionado con las lesiones de la piel

Objetivo:

El paciente aumentará su autoestima.

Actividades de enfermería:

- Ayudarlo a identificar sus atributos positivos.
- Alentar a relacionarse con otros pacientes con psoriasis.
- a) Con su consentimiento, presentarle a otros pacientes que hayan tenido problemas similares.
- b) Ponerle en contacto con asociaciones locales, provinciales o nacionales de enfermos con psoriasis.
- Reforzar la aceptación de su problema y la socialización con los demás.
- a) Tocar al paciente, si es posible sin guantes.
- b) Animar a expresar sus sentimientos en relación a su enfermedad y al rechazo social (en caso de que lo sufra).
- c) Reforzar la idea de que con el tiempo la piel volverá a su estado normal, sin dejar cicatrices.

4. No seguimiento del tratamiento terapéutico

Objetivo:

El paciente cumplirá el tratamiento prescrito por su dermatólogo, adaptándolo, en la medida posible, a su vida cotidiana.

Actividades de enfermería:

- Informar de la administración del tratamiento, de los horarios y efectos secundarios.
- Explicar la importancia de comentar a la enfermera los síntomas y dificultades que supone la administración del tratamiento.
- Informar al dermatólogo de las dificultades y problemas que tiene el paciente con el tratamiento con el fin de, si es posible, sustituirlo por otro.

Conclusiones

Autores como Van Onselen [18] y Cloote [19] han hecho énfasis en la importancia del rol de la enfermera para mantener la confidencialidad e independencia de estos enfermos. Además, se ha señalado que es responsabilidad de la enfermera aportarles una educación de calidad [20]. Watts [21] afirma que para que un tratamiento resulte exitoso, necesitamos un paciente y familia motivados y una explicación cuidada o, idealmente, una demostración por parte de la enfermera, acerca de cómo realizar la técnica.

En este sentido y como ya ha ocurrido con otros pacientes –como diabéticos o asmáticos–, el objetivo final consistirá en motivarles para que sean ellos los responsables en el manejo de psoriasis [2].

No hemos de obviar, que el impacto psicológico de la enfermedad puede ser tan debilitante como los síntomas físicos [19, 22], ya que su naturaleza visible hace que se sientan deprimidos y cohibidos

por su aspecto. Por ello, las enfermeras han de ayudar a estos pacientes a manejar tanto los aspectos físicos como los psicológicos de la psoriasis [21, 23].

Concluyendo, la psoriasis es una condición común que suele tener efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de vida del afectado [7, 24]. Teniendo en cuenta su cronicidad, su evolución por brotes, y alteración tanto física como psicológica, consideramos que el rol de la enfermera es importante en la adaptación e independencia del enfermo con psoriasis.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Epiderma. Estudio de prevalencia y epidemiología de la psoriasis en España. *Epiderma* 2000; 43-58.
- [2] Penzer R. Improving psoriasis care through a nurse-led service. *Community Nurse* 2000; 19.
- [3] Long BC. El paciente con problemas dermatológicos. En: Long BC, Phipps WJ, Cassmeyer VL. *Enfermería Médico-Quirúrgica*. Madrid: Harcourt Brace; 1997. p. 1489-1519.
- [4] McClelland PB. New treatment options for psoriasis. *Dermatol Nurs* 1997; 9(5):295-304.
- [5] Soler-Argilada C. (coord.) *Diccionario Médico Roche*. Barcelona: Doyma; 1993. p. 1500.
- [6] Watts J. Scalp psoriasis: topical therapies. *Community Nurse* 1999, p. 33-37.
- [7] Watts J. Helping people to remain in control of their psoriasis. *Community Nurse* 1998; agosto: 19-21.
- [8] Van Onselen J. Treatment approaches in scalp psoriasis. *Community Nurse* 1998; dic: 23-25.
- [9] Seal R. Treatment options for the management of psoriasis. *Community Nurse* 1997; sep: 57-59.
- [10] Revenga Arranz F, Castaño Suárez E, Vanadocha Sebastián F. Exacerbación de la psoriasis por el tratamiento con interferón alfa. *Med Clin* 1994; 103(20):800-801.
- [11] Naldi L. Psoriasis. En: Weinstock MA (ed. invitado). *Clínicas Dermatológicas. Dermatología epidemiología*, vol. 3. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1995.
- [12] Feldman S. Advances in Psoriasis Treatment. *Dermatol Online J* 2000; 6(1): 4.
- [13] Watts J. New drug launch promises help for psoriasis sufferers... tazarotene. *Pract Nurse* 1998; 16(7): 455.
- [14] Leach EE. Birth control urged after Tegison use... «Understanding the pathophysiology of psoriasis: a nursing perspective». *Dermatol Nurs* 1992; 4(1):48.
- [15] Dunn MD, Cockertine EB, Rice MR. Treatment options for psoriasis. *Am J Nurs* 1988; 88:1082-1087.
- [16] Morgan P, Leach EE, McClelland PB, Shelk J. CE series: dermatology nursing. UVB therapy: dermatology nursing considerations. *Dermatol Nurs* 1997; 9(5):309-321.
- [17] Fairlie C, Baldwin L, Vear L, Rogers C. Bath PUVA: an effective treatment for psoriasis. *Dermatol Nurs* 1998; 10(4):258-259.
- [18] Van Onselen J. Psoriasis in general practice. *Nurs Stand* 1998 abr. 15-21; 12(30):32-33.
- [19] Cloote H. Psoriasis. *Nurs Stand* 2000; 14(45):47-53, 55.
- [20] Shelk J, McClelland PB, Nankin M, Morgan P, Leach EE. Staff responsibilities for phototherapy administration. *Dermatol Nurs* 1966; 8(6):393-404.
- [21] Watts J. Help psoriasis sufferers manage skin care. *Adv Pract Nurse* 1999 dic. 10; 18(10):667-668.
- [22] Forsdyke H. Treatment for life... psoriasis may be psychologically devastating. *Nurs Times* 1933 11-17; 89(32):34-36.
- [23] Quinlan R. Psoriasis: a multidimensional overview. *Assignment* 1997 primv; 3(1):19-24.
- [24] Watts J. Psoriasis. *Prof Nurse* 1999 jun.; 14(9):623-626.