

# ATENCIÓN COMPARTIDA DE PROBLEMAS DE LA PIEL DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA FARMACIA COMUNITARIA



CONSELL DE  
COL·LEGIS FARMACÈUTICS  
DE CATALUNYA ■■■■



## Agradecimientos

A los Dres. Mercedes Camps y Alfonso del Pozo. Que en su momento lideraron el proyecto y consolidaron la idea de esta guía desde su responsabilidad como vocales de Dermofarmacia del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona.

# ATENCIÓN COMPARTIDA DE PROBLEMAS DE LA PIEL DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA FARMACIA COMUNITARIA



## Relación de autores

### **Montse Andreu Miralles**

Medicina Familiar y Comunitaria  
CAP Baix Ebre, Tarragona

### **Guillermo Bagaría de Casanova**

Farmacéutico comunitario SEFAC. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

### **Núria Bosch Sagrera**

Vocal de Dermofarmacia y Productos Sanitarios del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

### **Elisenda Botella Ruiz**

Helios Integrated Medicine Medical Centre  
Christchurch. New Zealand

### **Núria Casamitjana i Cucurella**

Farmacèutica. Centre d'Informació del Medicament.  
Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

### **David García Hernández**

Secretario del Grup de Dermatologia de la CAMFiC  
Medicina Familiar y Comunitaria  
EAP Raval Nord, Barcelona

### **Pilar Gascón Lecha**

Secretaria del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya

### **Rafel Guayta-Escolies**

Director de Projectos e Investigació  
Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya

### **Anna Heredia Soler**

Farmacèutica del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

### **Gemma Herrerías**

Vocal autonómica de Dermofarmacia del Consejo andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

### **Francisca Moreno Fernández**

Farmacèutica comunitaria Presidenta de la SEFAC Catalunya

### **Óscar Peral Alonso**

Medicina Familiar y Comunitaria CAP Vila Olímpica, Barcelona

### **Pilar Rius i Gavidia**

Farmacèutica. Consell del Col·legi de Farmacèutics de Catalunya

### **Alfred Roig Montblanch**

Profesor asociado del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad de Barcelona

### **Rosa Senan Sanz**

Medicina Familiar y Comunitaria  
CAP El Clot, Barcelona

### **Mireia Serrano Manzano**

Coordinadora del Grup de Dermatologia de la CAMFiC  
Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sant Vicenç dels Horts, Barcelona

Patrocinado por



Soluciones pensando en ti

# Índice

## Parte 1.

Justificación .....	1
---------------------	---

## Parte 2.

Introducción .....	3
--------------------	---

## Parte 3.

Síntomas y signos cutáneos .....	5
----------------------------------	---

## Parte 4.

Motivos de consulta dermatológica más frecuentes en la farmacia comunitaria .....	11
--	----

Consulta 1. A mi hijo le han salido manchas blancas en la cara	12
--	----

Consulta 2. ¿Puede darme alguna crema para estas manchas oscuras que me han salido en la cara? .....	17
---	----

Consulta 3. Tengo granos en la cara .....	21
---	----

Consulta 4. ¿Esto que tiene el niño pueden ser verrugas? .....	26
--	----

Consulta 5. Me ha picado algo o me ha salido una alergia .....	31
--	----

Consulta 6.	A mi hijo le han salido unas manchas rojas que le pican .....	37
Consulta 7.	Tengo mucho picor .....	42
Consulta 8.	Se me cae el pelo .....	48
Consulta 9.	Me sudan las manos/pies .....	52
Consulta 10.	¿Qué es esto que me ha salido en la uña? .....	54
Consulta 11.	Tengo la piel muy seca .....	59
Consulta 12.	Tengo caspa .....	63
Consulta 13.	Me ha salido un herpes en la boca .....	68
Consulta 14.	Tengo hongos en los pies .....	73
Consulta 15.	Mi hijo se rasca mucho la cabeza porque tiene piojos .....	77
Consulta 16.	¿Tengo psoriasis? .....	84
Consulta 17.	Tengo una llaga en la pierna .....	91
Consulta 18.	Me ha salido una peca .....	98
Consulta 19.	¡Me he quemado! .....	104
Consulta 20.	Me he hecho una herida .....	107
Consulta 21.	Tengo llagas en la boca .....	111
Consulta 22.	Mi hijo o el abuelo tiene el culo irritado .....	114
Consulta 23.	Al abuelo le han salido unas costras en la cabeza y no se le van .....	119

## Parte 5.

Recomendaciones generales del cuidado de la piel .....	125
--	-----

## Parte 6.

La formulación magistral como herramienta de resolución .....	127
---	-----

## Parte 7.

Recursos para la generación de listados de medicamentos .....	131
---	-----

PARTE

I

# Justificación

Esta guía, elaborada por médicos de familia y farmacéuticos comunitarios, tiene como objetivo facilitar la orientación correcta de la demanda por problemas de la piel de baja complejidad que, a menudo, los pacientes expresan.

En ningún caso pretende ser una obra de diagnóstico y prescripción, aspectos exclusivos de la práctica clínica, sino ofrecer una solución idónea a consultas frecuentes de procesos que pueden ser tratados sin excesiva dificultad con una correcta orientación e indicación.

La guía incluye algoritmos de decisión que orientan, facilitan y homogeneizan la actuación. Desde el síntoma o signo expresado por el paciente, la obra orienta sobre el posible proceso y la mejor respuesta dentro de su nivel de competencia.

La obra es muy visual, fácil de entender y de leer, eminentemente práctica y fruto de un amplio consenso interprofesional.

Resolver, orientar y derivar eficazmente constituyen el objetivo y el valor intrínseco de esta guía. Se trata de lograr una atención compartida eficaz de los procesos cutáneos, aumentando la capacidad de resolución de los diferentes niveles asistenciales, sin invadir competencias profesionales o caer en el intrusismo. También tiene como finalidad incrementar la satisfacción del usuario y optimizar los recursos asistenciales.

Recordar, finalmente, que el uso de cualquier guía no sustituye la necesidad de una formación adecuada, continuada y validada que aporte conocimientos, sedimente actitudes y proporcione las habilidades necesarias para realizar con eficacia estas actuaciones.

Los siguientes puntos son clave para el correcto uso de la guía:

1. El diagnóstico definitivo debe ser establecido por un médico de familia o un pediatra de atención primaria.
2. Los agentes de salud comunitaria, ante una demanda de salud por un problema de la piel, deben conocer, identificar y describir las lesiones del paciente y buscar la solución, utilizando prácticas consensuadas basadas en la evidencia.
3. Lo más importante en salud cutánea es «leer la piel».
4. Siempre que sea posible, la atención farmacéutica debe garantizar el trato personal y la privacidad, sobre todo si las lesiones son extensas o están en zonas que obligan al paciente a desnudarse parcial o totalmente.
5. Recordar que, a pesar de que la patología cutánea que se plantea en esta obra es de baja complejidad y, por lo tanto, factible de

ser resuelta con cierta facilidad, la manifestación de muchas enfermedades puede ser en la piel y el aspecto «bueno» de una lesión en su etapa precoz puede enmascarar una patología grave o urgente. Por tanto, el principio de prudencia basado en una sólida formación es la base de una atención eficaz y segura.

6. La eficacia de muchos tratamientos recae también en el excipiente o la forma galénica de la prescripción o la indicación.

### Una regla de oro:

Un tumor del color de la piel, de centro ulcerado que no cicatriza y que sangra, especialmente en personas mayores, es un carcinoma hasta que no se demuestre lo contrario y, por lo tanto, la actuación correcta será siempre la de derivar al médico de familia.

## PARTE

# 2

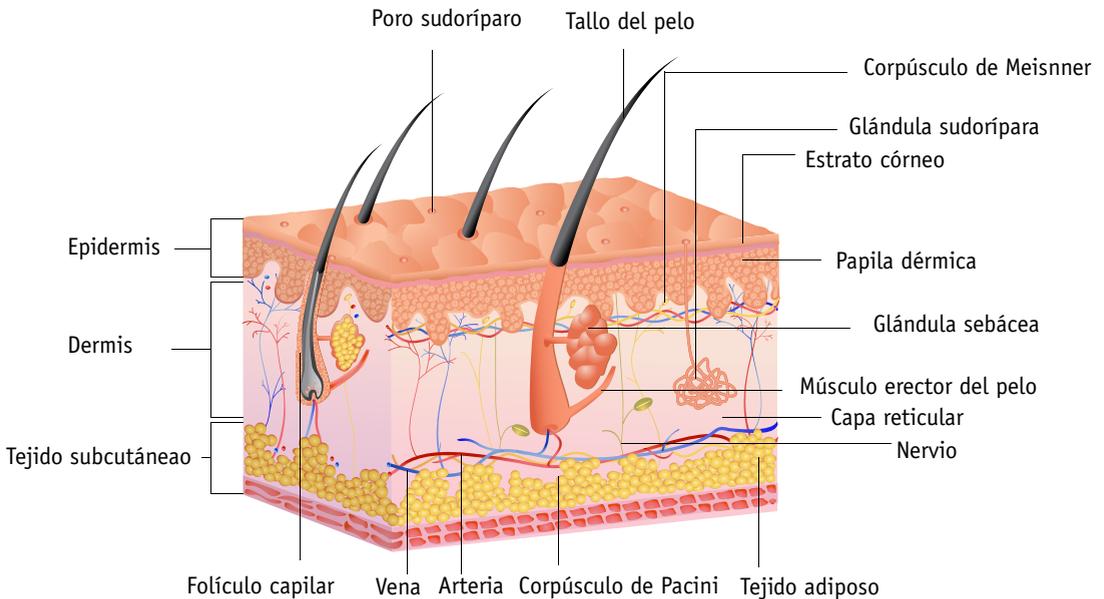
# Introducción

La piel es un órgano vivo, complejo y expuesto al exterior, que nos conecta pero a la vez nos aísla de posibles efectos nocivos que puedan desarrollarse en el medio donde vivimos.

Está constituida de múltiples capas compuestas de diferentes tipos de células, donde se albergan terminaciones nerviosas y diferentes receptores sensitivos.

La piel además es diferente en función de la localización de la misma, lo que determinará no sólo su aspecto sino la presentación de las diferentes patologías y el tratamiento de las mismas.

En la figura 1, detallamos la estructura de la piel y sus diferentes capas.



[1]

Estructura de la piel y sus diferentes capas



PARTE

# 3

## Síntomas y signos cutáneos

Muchas veces, la variabilidad en la presentación de una misma patología a nivel de la piel dificulta el abordaje de la misma. No obstan-

te, hay una serie de síntomas y signos que de forma frecuente motivarán la consulta en un primer momento.



### SÍNTOMAS FUNDAMENTALES

#### Prurito

El picor o prurito se define como una sensación de malestar en la piel que da lugar a un deseo irreprimito de rascarse. Es el síntoma

que más frecuentemente encontramos en patología cutánea y es un síntoma que aparece a menudo en patologías de carácter inflamatorio como la urticaria, infecciosas como la sarna y en entidades tan frecuentes como la xerosis.

# LESIONES PRIMARIAS: AQUELLAS QUE SE FORMAN DE NUEVO SOBRE PIEL SANA

## Máculas

Son manchas de tamaño variado y consisten en alteraciones, sin elevación ni depresión. Pueden ser redondeadas, ovaladas o irregulares. En ocasiones pueden elevarse ligeramente, hablándose entonces de maculopápulas. Las máculas pueden constituir el núcleo de una erupción o constituir la fase precoz de una patología o tratarse de un síntoma asociado.



[1]

Mácula. Mancha café con leche

## Pápulas

Se trata de elevaciones sólidas sin líquido en su interior, de pequeño tamaño, menores de 0,5 cm. Están circunscritas. Pueden ser puntiformes o tener el tamaño de un guisante. Pueden tener formas variadas (acuminadas, umbilicadas, cónicas, redondeadas, etc.). Su color varía según la entidad que las causa. Pueden oscilar desde el blanquecino al negro pasando por tonos rojizos, marrónáceos o amarillentos.



[2]

Pápulas. Angioqueratomas

## Placas

Son elevaciones sólidas, al igual que las pápulas, pero de mayor tamaño. Al igual que éstas, su forma y su color pueden variar según su etiología. Sus márgenes pueden estar bien o mal delimitados y muchas veces éstas se forman a partir de la confluencia de pápulas.

## Nódulos

Son lesiones macizas de tamaño variable, más o menos redondeadas y más profundas que las placas, que dan lugar a una elevación firme, circunscrita y palpable en la piel. Pueden afectar a la epidermis (bien definidos), a la dermis (mal definidos) o llegar hasta el tejido subcutáneo; la profundidad y el tamaño de la lesión diferencian un nódulo de una pápula.



[3]

Nódulo. Neurofibroma

## Tumores

Se trata de masas fijas o móviles, de consistencia, tamaño y forma variables. Pueden ser pediculares, sobresalir o situarse más profundamente.

## Habones

Se trata de elevaciones planas, con hinchazón. Son fugaces y evanescentes, siendo ésta una de sus características más importante a la hora de diferenciarla de otras lesiones. De forma oval o irregular y tamaño variable. Su color varía en un espectro rosado, estando rodeadas por un halo más rojizo. Pueden presentarse aisladas o confluir en placas. Pueden presentar lesiones lineales de rascado. Acostumbran a aparecer de manera brusca y acompañarse de picor.

# LESIONES LÍQUIDAS

## Vesículas

Son elevaciones de la piel de tamaño variable desde puntiformes al tamaño de una lenteja. Tienen líquido en su interior, que normalmente es claro, aunque puede ser amarillento o rojizo si hay contenido hemático. En ocasiones tienen una aureola de color rojo intenso. Cuando su contenido es seropurulento, se denominan vesiculopústulas. Pueden presentar una o más cavidades en su interior.



[4]

Vesículas. Herpes simple labial

## Ampollas

Difieren de las anteriores por su tamaño, normalmente mayor a un guisante. Pueden ser tensas o flácidas. Cuando se rompen forman una costra delgada y fina.



[5]

Ampollas. Penfigoide ampoloso

## Pústulas

Se trata de pequeñas elevaciones en la piel que contienen pus. Se asemejan a las vesículas y pueden tener también un halo inflamatorio. Habitualmente son blanquecinas o blanco amarillentas, aunque pueden ser rojizas si hay contenido hemático.



[6]

Pústulas. Folliculitis bacteriana



## LESIONES SECUNDARIAS: SE PRODUCEN POR UNA AGRESIÓN EXTERNA O COMO CONSECUENCIA DE LA EVOLUCIÓN DE LESIONES PRIMARIAS

## Erosiones

Se denomina así toda abrasión por medios mecánicos. Normalmente se deben al rascado con las uñas o por otros traumatismos mecánicos o por una fricción cortante. En general se trata de lesiones pequeñas de aspecto lineal y de color oscuro o rojo brillante. Pueden coexistir con un halo periinflamatorio o una capa de suero seco recubriéndolas.



[7]

Erosiones

## Fisuras

Toda hendidura de aspecto lineal causada por un traumatismo o un proceso patológico constituye una fisura. Pueden ser únicas o múltiples, variando en su profundidad desde una simple grieta en la piel hasta lesiones de varios centímetros de longitud. Presentan a menudo bordes bien definidos. Pueden ser de color y forma variable. Aparecen en zonas de piel engrosada y poco flexible especialmente en zonas de movimiento frecuente (zonas de flexo-extensión). Cuando la piel es seca y sensible al exponerse a los elementos físicos o a jabones y detergentes puede agrietarse. El movimiento de estas zonas provoca dolor por la abertura y cicatrización de las lesiones existentes o por la aparición de otras nuevas.



[8]

Fisuras

## Úlceras

Se trata de excavaciones, hundimientos, debidas a la pérdida de sustancia por necrosis gradual de los tejidos. Su tamaño es variable pudiendo llegar a ser de varios centímetros de diámetro. Su profundidad varía asimismo considerablemente; en función de esta se clasifican de grado 1 a grado 4.



[9]

Úlceras. Aftosis oral

## Escaras

Se trata de masas secas de suero o material purulento que se hallan mezcladas con residuos del epitelio y a menudo presentan contaminación microbiana. Varían en forma, tamaño, textura, forma, color y espesor dependiendo de su origen, composición y cantidad de exudado.



[10]

Escaras

## Escamas

Son entidades en forma de lámina. Pueden tener un aspecto seco o por el contrario ser grasas. Su tamaño es variable. Algunas son finas y delgadas, parecidas a semillas, otras son gruesas. Algunas están estratificadas. Su color varía desde el blanco grisáceo al amarillo o incluso pueden tener un tono parduzco. En ocasiones pueden incluso tener un aspecto plateado. Algunas son adherentes, pero por regla general se hallan sueltas.



[11]

Escamas de psoriasis

---

### Atrofia

Disminución del grosor y del color de la piel con aspecto más débil.



[12]

Atrofia por corticoides infiltrados

---

### Liquenificación

Es un efecto del rascado continuo de la piel, que se engruesa y se vuelve más brillante dando lugar a descamación y por tanto a más picor.



[13]

Liquenificación

PARTE

4

# Motivos de consulta dermatológica más frecuentes en la farmacia comunitaria

# A mi hijo le han salido manchas blancas en la cara

Los cambios de coloración en la piel se denominan máculas. Estas manchas pueden ser más oscuras (máculas hiperpigmentadas), más claras (máculas hipopigmentadas) o completamente blancas (máculas acrómicas). Las máculas acrómicas se producen cuando hay una falta total de

melanina en esa zona; por tanto es una zona que fácilmente puede quemarse por el sol. Existen muchas causas que pueden provocar manchas blancas en la cara de un niño, pero entre las más frecuentes se encuentra la pitiriasis alba.

### Características diferenciales

Manchas blancas	Pitiriasis alba	Pitiriasis versicolor	Vitíligo
Edad y sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños de 6-12 años</li> <li>- No hay diferencia entre sexos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor incidencia entre los 15 y 30 años</li> <li>- Poco frecuente en menores de 5 años</li> <li>- Más frecuente en el sexo masculino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más frecuente antes de los 20 años y después de los 50 años (puede aparecer a cualquier edad)</li> <li>- Similar en ambos sexos</li> </ul>
Causa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de melanina</li> <li>- Es más frecuente en niños con piel seca o dermatitis atópica y es más visible si la piel está más pigmentada (p. ej., verano)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Producida por el crecimiento de hongos en la capa más superficial de la piel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destrucción de melanocitos</li> </ul>
Localización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principalmente en mejillas, pero también en la frente y en las extremidades superiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tronco y brazos</li> <li>- En niños y adolescentes, en zonas del cuerpo donde hay más glándulas sebáceas (cara, cuero cabelludo y tronco)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la cara suele aparecer alrededor de los orificios naturales, sobre todo párpados y boca</li> </ul>
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente se pueden ver placas rosadas cubiertas de una descamación blanquinoso</li> <li>- Finalmente, aparece una mancha hipopigmentada de borde mal definido que no pica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manchas de color café, rosadas o blancas ligeramente descamativas</li> <li>- Ocasionalmente pueden presentar prurito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manchas totalmente blancas con borde bien definidos</li> </ul>

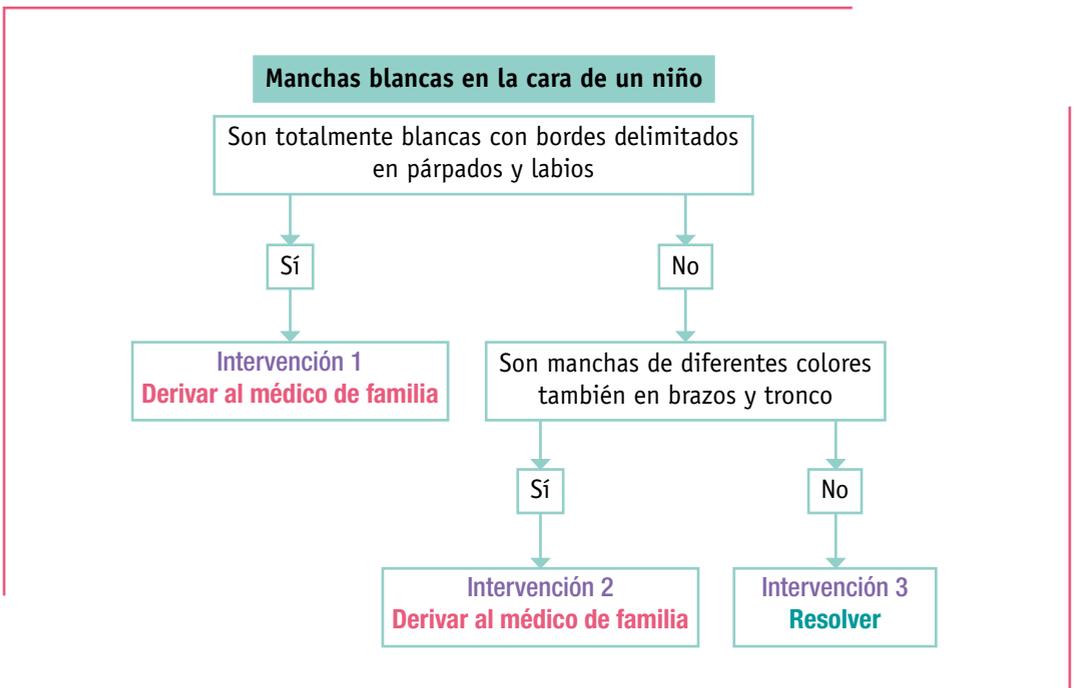
(Continúa)

(continuación)

Manchas blancas	Pitiriasis alba	Pitiriasis versicolor	Vitíligo
Evolución	<ul style="list-style-type: none"><li>- Las lesiones pueden persistir durante años, sobre todo en niños con piel atópica, siendo más visibles en primavera y verano</li><li>- Suele desaparecer en la adolescencia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Patología benigna que no remite espontáneamente</li><li>- Con gran tendencia a la recidiva</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Existen casos que mejoran espontáneamente, pero en la mayor parte de veces las lesiones persisten pudiendo aparecer nuevas manchas en brotes sucesivos</li></ul>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Emolientes y cremas hidratantes</li><li>- Etapa inflamatoria: esteroides de baja potencia no halogenados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Antifúngicos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hay diferentes tipos de tratamientos para conseguir frenar los brotes e intentar la repigmentación, pero lo más importante es evitar las quemaduras solares</li></ul>



## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



# ACTUACIÓN del farmacéutico

## Intervención 1

### Derivar al médico de familia

- En caso de posible vitiligo, a fin de un diagnóstico de las lesiones, determinar enfermedades asociadas e intentar repigmentar a partir de la regeneración de los melanocitos o despigmentar las zonas sanas con cremas u otros tratamientos.

### Resolver

- El pronóstico estético suele ser malo, porque el tratamiento suele ser poco efectivo.
- Proteger las zonas acrómicas con ropa o filtros solares para evitar quemaduras solares frecuentes por la falta de melanina. Para evitar las quemaduras solares, se recomienda evitar los baños de sol y utilizar regularmente cremas solares de máxima protección (factor 50+ UVB y UVA) desde las 9 hasta las 19 horas, aplicándolas sobre las manchas cada 2 horas en cantidad suficiente.
- También se puede recomendar disimular las lesiones con maquillaje corrector.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia

- En caso de posible pitiriasis versicolor es aconsejable derivar al médico de familia para confirmar el diagnóstico y pautar el tratamiento.
- Es una patología benigna que no se cura espontáneamente y con una gran tendencia a la recidiva.
- Existen múltiples tratamientos con cremas, lociones o champús de azoles o alilaminas, así como propileno al 50% en agua, nistatina o ácido salicílico.

- En caso de ser necesario también existe la posibilidad de iniciar tratamiento sistémico.

### Resolver

- Advertir a los pacientes y/o a sus padres que aunque hayan realizado un tratamiento correcto, la hipopigmentación persistirá durante meses, recuperando el color de la piel después de una nueva exposición solar.

## Intervención 3

### Resolver

- En la pitiriasis alba, se recomienda limitar la exposición solar con el uso regular de protector solar FPS > 50.
- Reducir la frecuencia y temperatura de los baños.
- Los emolientes y las cremas hidratantes pueden reducir la xerosis y la irritación.
- En la fase inflamatoria, el uso de esteroides tópicos puede ayudar a la resolución de las lesiones (en el caso de los niños, prescribir sólo esteroides de baja potencia no halogenados); si no mejoran en 10-15 días es conveniente recomendar la visita a su médico de familia o a su pediatra.
- Se ha publicado la efectividad de tacrolimus al 0,1% en el tratamiento de la dermatitis atópica, pero en el tratamiento de la pitiriasis alba no está demostrada.
- Es fundamental la educación sanitaria hacia el paciente y/o la familia, aportando la información correcta de los cuidados de la piel afectada.
- Es muy importante facilitar la comprensión de que es un trastorno benigno y autolimitado y que ninguna terapia es completamente eficaz.

# IMÁGENES



[1]  
Pitiriasis alba



[2]  
Vitiligo. Manchas blancas acrómicas, con bordes bien definidos, bilaterales y localizados alrededor de los orificios naturales



[3]  
Pitiriasis versicolor



[4]

Pitiriasis versicolor. Manchas rosadas y otras blancas en el cuello



[5]

Manchas hipocrómicas postinflamatorias en el brazo de un niño

#### BIBLIOGRAFÍA

Menéndez Tuñón S, Sariego Jamarco A, Fernández Tejada E, Fernández García N, López Vilar P, Meana Meana A. Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Prim* 2010;12(45):41-52.

Njoo MD, Westerhof W. Vitiligo. *Pathogenesis and Treatment. Am J Clin Dermatol* 2001;2(3):167-81.

Guardado Díaz VC, Domínguez MA, Peralta Pedrero ML, Jurado Santacruz F, Anides Fonseca A, Constantino Casas P, et al. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de vitiligo. *Dermatología Rev Mex* 2011;55(5):267-76.

Ortonne JP. Vitiligo y otros trastornos de hipopigmentación. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, eds. *Dermatología*. Vol. 1. Madrid: Elsevier; 2004. p. 947-73.

Peyrí Rey J. Alteraciones de la pigmentación cutánea. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/pigmentacion.pdf>

Aguilar Urias PV, Boungermi Goltz A, Valencia Herrera AM, Toledo Bahena ME, Ramírez Cortés E, Mena Cedillos CA. Pitiriasis alba en la infancia: un enfoque clínico y terapéutico. *Dermatología CMQ* 2011;9(4):286-91.

## ¿Puede darme alguna crema para estas manchas oscuras que me han salido en la cara?

Una de las causas más frecuentes de manchas oscuras o máculas *hiperpigmentadas* en el rostro de mujeres jóvenes es el denominado *melasma* o *cloasma*.

También son frecuentes los *lentigos solares* o *seniles*. Éstos suelen aparecer por el daño causado por el acúmulo de sol. Suelen observarse en ambos sexos por igual y en personas de edad más avanzada.

El *lentigo maligno melanoma* es una forma de melanoma *in situ* que también puede aparecer en la cara y que no debe confundirse con otro tipo de lesiones.

En niños pequeños se pueden observar *efélides* o *pecas*, que son manchas de 2-4 mm, de color marrón claro con bordes muy delimitados y localizadas en la cara y en las regiones fotoexpuestas. Suelen aparecer alrededor de los 5 años y, aunque pueden persistir toda la vida, tienden a desaparecer en la edad adulta.

A diferencia de los lentigos, aumentan en número y pigmentación con la exposición solar. Dada la benignidad de las lesiones y su tendencia a desaparecer no necesitan tratamiento.

### Características diferenciales

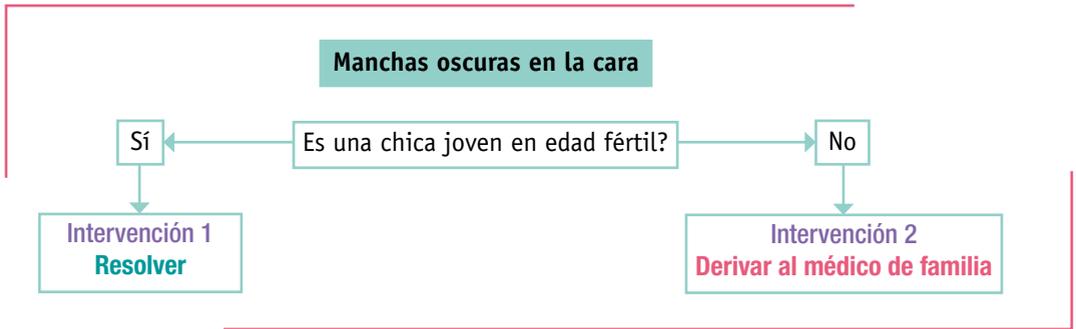
Manchas oscuras	Melasma/cloasma	Lentigo senil o solar	Lentigo maligno melanoma
Edad y sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres jóvenes en edad fértil, sobre todo latinoamericanas y orientales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ambos sexos por igual</li> <li>- A partir de los 50 años</li> <li>- Más del 90% de las personas de piel clara mayores de 70 años presentan lentigos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ambos sexos, su pico de incidencia es entre los 65 y 80 años</li> </ul>
Causa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se desconoce aunque se ha vinculado a factores como la exposición solar, factores genéticos y hormonales</li> <li>- Muy frecuente en mujeres jóvenes que toman anovulatorios y durante el embarazo</li> <li>- Puede mejorar al dejar los anticonceptivos, pero la mejoría es muy lenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asocia a fotoenvejecimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efecto acumulativo de los rayos solares, aunque también pueden intervenir otros factores</li> </ul>

(Continúa)

(continuación)

Manchas oscuras	Melasma/cloasma	Lentigo senil o solar	Lentigo maligno melanoma
Localización	<ul style="list-style-type: none"><li>- Puede afectar a la región malar, labio superior, mentón y frente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zonas fotoexpuestas de la cara, escote y dorso de las manos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zonas fotoexpuestas muy frecuentemente</li><li>- Región malar</li></ul>
Clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pigmentación difusa de color marrón claro con bordes mal definidos</li><li>- Empeoran al tomar el sol y pueden mejorar hasta desaparecer en invierno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manchas oscuras, habitualmente múltiples, bien delimitadas, de color marrón claro o más oscuras</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Normalmente es una lesión única de color marrón oscuro, casi negro, con zonas más claras y bordes irregulares</li></ul>
Evolución	<ul style="list-style-type: none"><li>- Empeoran en verano y mejoran en invierno. Tienen a desaparecer con la menopausia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estables, aunque pueden aparecer más</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es una lesión maligna con posibilidad metastásica</li></ul>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es obligatoria la crema solar con un índice de protección elevado</li><li>- Hay numerosos agentes despigmentantes con resultados variables y otros tratamientos utilizados en dermatocósmica:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fotoprotección</li><li>2. Maquillaje corrector</li><li>3. Cremas despigmentantes<ul style="list-style-type: none"><li>• Hidroquinona 2-4%. Hay estudios que evidencian que mejora su acción en combinación con un queratolítico y/o un corticoide u otros despigmentantes</li><li>• Ácido azelaico</li><li>• Ácido kójico</li><li>• Ácido ascórbico</li><li>• Ácido retinoico, etc.</li></ul></li><li>4. Mascarillas despigmentantes</li><li>5. <i>Peelings</i></li><li>6. Micro- y dermoabrasión</li><li>7. Laserterapia</li><li>8. Luz pulsada</li></ol></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fotoprotección</li><li>- Maquillaje corrector</li><li>- Cremas despigmentantes</li><li>- Crioterapia</li><li>- <i>Peelings</i></li><li>- Laserterapia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fotoprotección</li><li>- Crioterapia</li><li>- Radioterapia</li><li>- Quimioterapia</li><li>- Inmunoterapia</li><li>- Cirugía</li></ul>

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

#### Resolver

- Es conveniente aconsejar el uso de maquillaje corrector para disimular las lesiones y hacer mucho énfasis en el uso de fotoprotectores de alto índice como pilar fundamental del tratamiento y de la prevención en la reparación de las lesiones.
- Recomendar una crema despigmentante durante 6 meses.
- En dermoestética, el tratamiento del melasma incluye tratamientos combinados con formulaciones de diferentes despigmentantes, varios procedimientos como el *peeling*, la microdermoabrasión o la luz pulsada para obtener resultados óptimos.
- El melasma es una lesión benigna pero que, por su gran repercusión estética, es causa de muchas consultas.
- Es importante transmitir su carácter benigno y que su tratamiento es complicado,

largo y a veces poco eficaz, porque la despigmentación es difícil de conseguir.

- Si hay dudas, derivar al médico de familia para confirmar el diagnóstico.

### Intervención 2

#### Derivar al médico de familia

- Es altamente aconsejable recomendar al paciente pautas generales sobre el uso de fotoprotectores para evitar la aparición de nuevas lesiones, así como medidas cosméticas con maquillajes para cubrir las lesiones, si es necesario.
- El lentigo solar no es una lesión que necesite tratamiento, pero su presencia indica daño actínico o daño solar y en su diagnóstico diferencial se encuentra el lentigo maligno, por lo que es necesaria una valoración inicial del médico de familia.
- Una vez valorada la lesión y la piel circundante, puede realizarse asesoramiento sobre el uso de cremas despigmentantes.

# IMÁGENES



[1]  
Cloasma/Melasma



[3]  
Efélides



[2]  
Lentigo solar



[4]  
Lentigo maligno

## BIBLIOGRAFÍA

Crespo Biaggi GM, Zuñiga Muñoz PA. Actualizaciones en el tratamiento del melasma. Master de medicina Cosmética y del envejecimiento. Disponible en: <http://www.semcc.com/master/files/Melasma%20-%20Dras.%20Crespo%20y%20Zuniga.pdf>

Gómez AE, Ferraro G. Melasma. Revisión clínico-terapéutica. Arch Argent Dermatol 2008;58:185-191.

Sheth VM, Pandya AG. Melasma: a comprehensive update: part I. J Am Acad Dermatol 2011;65(4):689-697.

Sheth VM, Pandya AG. Melasma: a comprehensive update: part II. J Am Acad Dermatol 2011;65(4):699-714.

# 3

## Tengo granos en la cara

Los pacientes que tienen “granos en la cara” suelen presentar habitualmente pápulas y/o pústulas, a veces con una base eritematosa o de enrojecimiento facial.

En el acné siempre veremos barros o comedones, mientras que en la rosácea es más típico que la piel sea más reactiva y enrojezca con facilidad.

El acné es la causa más frecuente de granos en los jóvenes y la rosácea en adultos de mediana edad, especialmente en las mujeres.

### Características diferenciales

Pústulas faciales	Acné	Rosácea
Edad	- Afecta más del 70% de los jóvenes, a partir de los 12 años y hasta los 20 años, en ocasiones dura más	- Más frecuente a partir de los 35 años
Sexo	- Ambos sexos por igual	- Más en mujeres
Causa	- Cambios hormonales - Alteración de la queratinización y formación de puntos negros o espinillas en el folículo pilosebáceo - Cambios y aumento de la producción de grasa (glándulas sebáceas) - Proliferación bacteriana secundaria ( <i>Propionibacterium acnes</i> ) - Respuesta inmunológica inflamatoria	- Desconocida La cara suele enrojecer con facilidad ante el estrés, el ejercicio, el calor y la exposición al sol.
Localización	- Cara: frente, mejillas, mentón - Tronco: la V de parte superior del pecho y la espalda	- Frente, mejillas y mentón - A veces sólo peribuca, se llama dermatitis perioral - Puede acompañarse de conjuntivitis

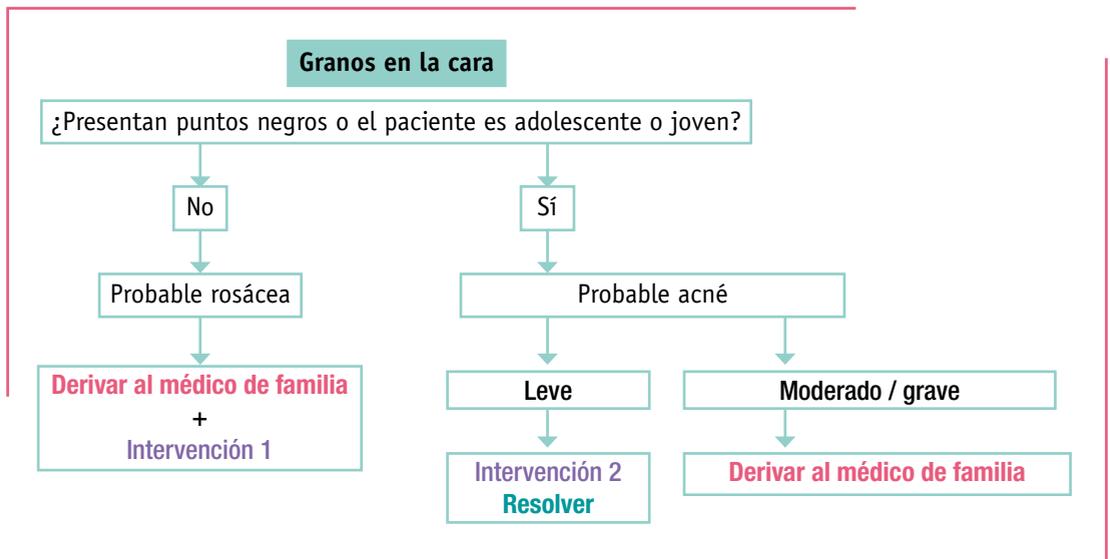
(Continúa)

(continuación)

Pústulas faciales	Acné	Rosácea
Clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diferentes lesiones (erupción polimorfa):<ul style="list-style-type: none"><li>• Sin inflamación: comedones abiertos (puntos negros) y cerrados (puntos blancos)</li><li>• Con inflamación: granos sin pus (pápulas) y con pus (pústulas)</li><li>• Casos graves: quistes deformantes (acné noduloquístico)</li><li>• Cicatrices</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Puede presentarse eritema, dilataciones capilares o cuperosis, pápulas y pústulas, no comedones. En hombres es más frecuente la aparición de lesiones en nariz (rinofima). Raramente nódulos</li><li>- No suele haber comedones ni cicatrices</li><li>- Son raras las lesiones nodulares de mayor tamaño (rosácea nodular)</li><li>- En los hombres puede causar rinofima (aumento del volumen de la nariz con aspecto graso)</li></ul>
Evolución	<ul style="list-style-type: none"><li>- Remite en edad adulta</li><li>- Pueden quedar cicatrices, sobre todo el acné severo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Crónica con períodos de exacerbaciones y mejora</li><li>- No deja cicatrices</li></ul>



## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



# ACTUACIÓN del farmacéutico

## Intervención 1

Al derivar una posible rosácea al médico de familia, el farmacéutico puede: realizar el siguiente consejo farmacéutico.

- Recomendar evitar tomar el sol y en el caso de que se expongan, usar habitualmente fotoprotectores que evitarán el eritema y las telangiectasias.
- Mejorar el control del estrés mejorará los episodios de flushing.
- Aconsejar moderar el consumo de alcohol, café, té, comidas muy calientes o picantes, lo cual mejorará la evolución de la rosácea.

- Evitar tratamientos cosméticos irritantes o sensibilizantes como pomadas con corticoides tópicos o fármacos vasodilatadores.
- Los productos como el metronidazol, la clindamicina, la eritromicina o el peróxido de benzoilos tópicos suelen controlar la mayoría de los casos. El ácido azelaico es una alternativa terapéutica.
- Si mejora al cabo de 1 mes, seguir igual.
- Si se trata de un paciente que ya había finalizado el tratamiento y vuelve a empeorar, aconsejar la misma pauta.
- Si no hay mejoría después de 1 mes de tratamiento, aconsejar acudir al médico de familia.

## Intervención 2

	Acné leve (predominio de comedones)	Acné leve (predominio de pápulas)	Acné moderado y grave
Grado de recomendación alto	<p><b>Dispensación activa</b></p> <p>Pautas de higiene con productos específicos seborreguladores e hidratación oil-free y fotoprotección específica</p> <p>Adapaleno en aplicación nocturna</p>	<p><b>Dispensación activa</b></p> <p>Adapaleno + peróxido de benzoilo nocturno</p> <p>Peróxido de benzoilo + antibiótico bajo prescripción médica (clindamicina o eritromicina tópica)</p> <p>Adapaleno + antibiótico tópico</p>	<p><b>Derivar al médico de familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Acné moderado con predominio de papulopústulas: añadir antibióticos orales (doxiciclina, y minociclina, azitromicina como alternativas)</li> <li>– Acné grave (predominio de papulopústulas profundas y cicatrices o lesiones no duloquísticas): isotretinoína oral. La prescribe el dermatólogo por el potencial teratogénico y de alteraciones metabólicas y hepáticas</li> </ul>
Grado de recomendación medio	<p>Ácido azelaico o peróxido de benzoilo/1 aplicación 24 horas</p>	<p>Ácido azelaico o peróxido de benzoilo o retinoide tópico/24 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Si el acné aparece en mujeres adultas son de utilidad los anticonceptivos orales, especialmente los que llevan acetato de ciproterona o drospirinona</li> </ul>

## DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES GENERALES del farmacéutico para el paciente con acné

1. Explicar al paciente que éste es un problema crónico y que deberá ser constante con el tratamiento, ya que al menos le durará hasta los 20 años.
2. También debe ser paciente, ya que el aspecto de la piel incluso puede empeorar al principio del tratamiento, apareciendo irritación y sequedad, especialmente con los retinoides tópicos. Además, a menudo hay que esperar alrededor de un mes para observar una franca mejora del acné.
3. Si el paciente es constante las lesiones estarán bien controladas y se minimizará el riesgo de cicatrices.
4. Aconsejar no manipular las lesiones y evitar quemarse por el sol. Lavar la cara cada día con agua y un jabón específico. Aplicar ácido retinoico o adapaleno, sobre todo para eliminar los puntos negros.
5. Si la piel se irrita mucho, hay que suspender el tratamiento hasta que mejore y después volver a reintroducirlo pero más espaciado.
6. La combinación de peróxido de benzoilo con retinoides mejora su eficacia y los dos, combinados con antibióticos, disminuyen el riesgo de resistencias a antibióticos y mejoran la eficacia y rapidez de acción de éstos.
7. Los pacientes deben aplicarse antibiótico tópico con adapaleno o peróxido de benzoilo el mínimo tiempo posible, mientras haya lesiones inflamatorias y como máximo 18 semanas. Después debe ser suspendido.
8. Si se usan cosméticos, aconsejar la gama oil-free.
9. El farmacéutico debe investigar sobre la repercusión emocional del acné, ya que si es importante, el paciente debe acudir al médico.

## IMÁGENES



[1]

Acné vulgar de gravedad intermedia



[2]

Acné vulgar grave



[3]

Rosácea



[4]

Rosácea

#### BIBLIOGRAFÍA

Nast A, Dréno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AY, et al; European Dermatology Forum. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26 Suppl 1:1-29.

Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Dréno B, Kang S, Leyden JJ, et al; Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. *J Am Acad Dermatol* 2009;60(5 Suppl):S1-50.

Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet* 2012;379(9813):361-72.

4

# ¿Esto que tiene el niño pueden ser verrugas?

Hay que puntualizar que la palabra “verruca” sólo está bien empleada cuando se describen lesiones producidas por el virus del papiloma humano. Por lo tanto, no sería correcta su utilización para identificar otro tipo de lesiones. Muchas veces los pacientes indican que les ha aparecido una de ellas, confundiéndola con acrocordones (lesiones pequeñas y blandas, muchas veces pediculadas que aparecen frecuentemente en zonas de pliegue como el

cuello), nevus intradérmicos (lunares sobre-elevados) o queratosis seborreicas (lesiones untuosas y exofticas que aparecen con la edad). No obstante, en la edad infantil es muy frecuente que podamos tener consultas provocadas por el virus del papiloma humano y que la mayor parte de ellas sean realmente verrugas. Muchas otras veces éstas vendrán derivadas por la aparición unas lesiones denominadas *Molluscum contagiosum*.

**Características diferenciales**

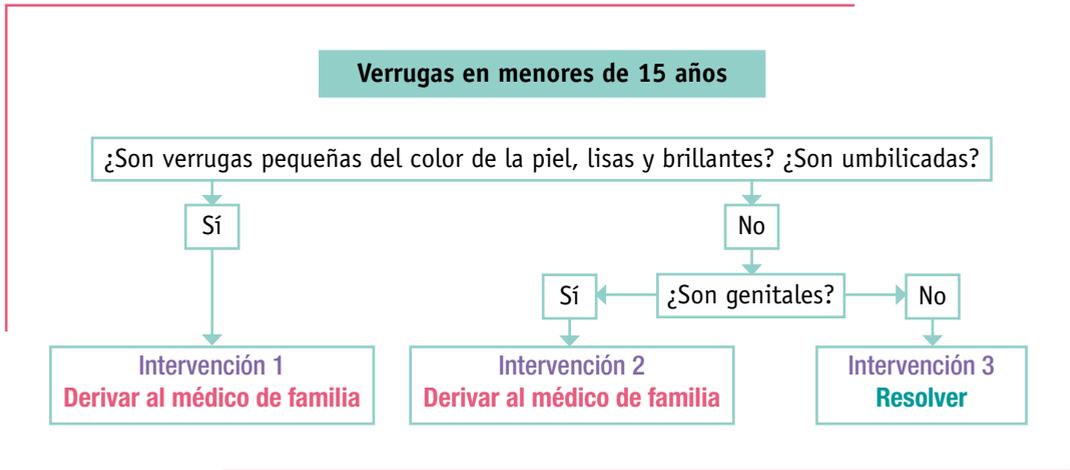
Verrugas	Verrugas víricas	<i>Molluscum contagiosum</i>
Edad y sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecta a niños y niñas por igual</li> <li>- Pueden aparecer a cualquier edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecta a niños y niñas por igual</li> <li>- Pueden presentersa a cualquier edad pero es frecuente observar las lesiones en niños pequeños de entre 4 y 8 años</li> </ul>
Causa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Virus del papiloma humano</li> <li>- La transmisión se produce por contacto simple, muchas veces por pequeñas grietas, abrasiones u otros traumatismos en la piel</li> <li>- Puede producirse diseminación local por autoinoculación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Poxvirus</i></li> <li>- La transmisión necesita el contacto directo con huéspedes infectados o fomites</li> <li>- Las lesiones se pueden extender por autoinoculación, por ejemplo, al rascarse, y pueden sobreinfectarse</li> <li>- Es muy frecuente en niños con piel atópica y son características las epidemias en escuelas, piscinas, etc.</li> </ul>
Localización	<p>Dependiendo de su localización observaremos una clínica u otra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Verrugas vulgares</i>: más comunes en las manos, alrededor de las uñas, codos, rodillas y plantas de los pies</li> <li>- <i>Verrugas planas</i>: se localizan preferentemente en la cara (p. ej., la zona de afeitado) o en el dorso de las manos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizadas de forma asimétrica en el tronco y extremidades, sobre todo en los pliegues</li> </ul>

(Continúa)

## Características diferenciales

Verrugas	Verrugas víricas	<i>Molluscum contagiosum</i>
Clinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Verrugas vulgares</i>: lesiones sobreelevadas, normalmente no mayores de 1 cm con forma de cúpula rugosa o filiforme con puntos negros en la superficie</li> <li>- <i>Verrugas planas</i>: lesiones más tenues de 2-3 mm en forma de pequeñas placas aplanadas blancas o ligeramente marrones y múltiples</li> <li>- <i>Verrugas genitales</i>: denominadas también condilomas acuminados, aparecen como proliferaciones carnosas en la zona genital y se consideran una enfermedad de transmisión sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones sobreelevadas (pápulas) de 2-4 mm, del color de la piel, de superficie lisa y brillante, en ocasiones con una depresión central (umbilicación) con un tapón queratósico central</li> <li>- Las lesiones son asintomáticas, aunque a veces se irritan por una afectación concomitante, rascado, etc.</li> </ul>
Evolución	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentan un comportamiento muy variable, desde la curación espontánea (por desarrollo de inmunidad específica) hasta la resistencia a múltiples tratamientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las lesiones persisten, se multiplican y crecen durante meses y a veces años. Su tendencia es a la remisión espontánea por desarrollo de inmunidad específica</li> </ul>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Verrugas vulgares y planas</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crioterapia: se destruye la lesión por congelación. Su principal ventaja es su rapidez. Es una técnica dolorosa y es frecuente que tras el tratamiento, el paciente presente inflamación o aparezca una ampolla que produzca molestias. A veces hace falta más de una sesión. Aunque es un tratamiento muy efectivo, en niños muy pequeños es de difícil aplicación</li> <li>• Queratolíticos: ácido salicílico en altas concentraciones, ya sea en forma de gel, solución o parches aplicados a diario. Es un tratamiento lento pero menos molesto. la formulación magistral aporta concentraciones y combinaciones de principios activos que permiten un abanico de soluciones adaptado a cada necesidad</li> </ul> </li> <li>- <i>Verrugas genitales</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crioterapia</li> <li>• Podofilotoxina</li> <li>• Imiquimod</li> <li>• Laserterapia</li> <li>• Electrocoagulación</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Otros tratamientos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes queratolíticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido salicílico (20-40%): se aplicaría sobre las lesiones protegiendo la piel sana</li> <li>• Solución de potasa (KOH): solución al 5-15%</li> <li>• Cantaridina: en colodión elástico al 0,9%</li> <li>• Podofilotoxina: citotóxico utilizado en crema al 0,15%. Contraindicado en embarazadas</li> <li>• Imiquimod: inmunomodulador utilizado en crema al 5%. No autorizado su uso para esta patología</li> <li>• Crioterapia: congelación de la lesión. Se puede repetir tantas veces como sea necesario</li> <li>• Láser: produce la destrucción de las lesiones. Indicado utilizar anestésico local para evitar dolor</li> <li>• Cirugía: destrucción física de las lesiones con pinzas. Utilizar anestésico local para evitar dolor</li> <li>• Cimetidina: Tratamiento farmacológico sistémico, con efecto inmunomodulador. Trata el escozor, enrojecimiento, prurito, urticaria y dermatitis de contacto asociadas. No autorizado su uso para esta patología. Uso compasivo</li> </ul> </li> </ul>

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

#### Derivar al médico de familia

- Es importante recomendar la visita al pediatra o al médico de familia en caso de *Molluscum contagiosum*, que harán un cuidadoso diagnóstico y determinarán el tratamiento adecuado.
- Aunque tiende a remitir espontáneamente, el tratamiento de elección es el curetaje de las lesiones para evitar la autoinoculación.
- En ocasiones el médico recomendará la abstención terapéutica.

### Consejo farmacéutico

- Es importante recomendar medidas de prevención general ante la infección del *Poxvirus*.
- Se pueden tapar las lesiones visibles con tiritas resistentes al agua, y se debe mantener una buena higiene de manos, no compartir toallas y utilizar materiales de aprendizaje individuales en las piscinas para evitar que se produzca su contagio.
- Los niños infectados y con lesiones visibles deben evitar deportes que obliguen a tener un contacto físico muy cercano.
- Es importante la asociación del *Molluscum contagiosum* con la dermatitis atópica y por este motivo, las recomendaciones generales de cuidado e hidratación de la piel también son importantes.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia

- Las verrugas genitales se consideran una enfermedad de transmisión sexual y es imprescindible derivar al paciente a su médico de familia.
- Actualmente es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente.
- Hay serotipos responsables del carcinoma de cérvix en la mujer. En algunos casos de carcinoma de pene y carcinoma anal también se ha descrito la implicación de estos virus.

## Intervención 3

### Resolver

- En el caso de las verrugas víricas, la estrategia terapéutica más utilizada es la aplicación de queratolíticos. El paciente puede hacer el tratamiento en su domicilio y no suele producir molestias.
- El ácido salicílico se utiliza en concentraciones de 17-40% en base de colodión o en parches, solo o en combinación con ácido láctico. Se aplica una vez al día aproximadamente durante 12 semanas, con una tasa de curación del 60-80%. Si no es así, se debe derivar a su pediatra o a su médico de familia.

## IMÁGENES



[1]

Múltiples verrugas vulgares en el dorso de las manos



[2]

Verrugas plantares en mosaico



[3]

*Molluscum contagiosum*

#### BIBLIOGRAFÍA

Basak S, Rajurkar MN. Molluscum Contagiosum - An Update. Indian Medical Gazette 2013;147(7):276-8.

Centers for Disease Control and Prevention. Molluscum Contagiosum. Disponible en: <http://www.cdc.gov/poxvirus/molluscum-contagiosum/>

Gibbs S, Harvey I. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database Syst Rev 2006 Jul 19;(3):CD001781.

Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbot R. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database Syst Rev 2012 Sep 12;9:CD001781.

Olsen JR, Gallacher J, Piguat V, Francis NA. Epidemiology of molluscum contagiosum in children: a systematic review. Fam Pract 2014;31(2):130-6.

Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF. Terapéutica. Las verrugas. Meda Integr 2001;37(9):395-403. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-las-verrugas-13013886>.

# 5

## Me ha picado algo o me ha salido una alergia

Hay que diferenciar entre dos tipos de lesiones, la *urticaria* y las *picaduras de insecto*; ambas producen lesiones rojas con prurito.

La *urticaria* es un trastorno cutáneo caracterizado por áreas circunscritas de edema, sobreelevadas, eritematosas, pruriginosas y evanescentes (de duración inferior a 24 horas, denominadas *habones*).

La característica principal del *habón* es la evanescencia, aunque pueden aparecer otras le-

siones en otras zonas del cuerpo en unos días, semanas o incluso meses.

El proceso edematoso puede llegar a la dermis profunda y al tejido subcutáneo o submucoso, y se conoce como *angioedema*.

La sintomatología general puede incluir una afectación gastrointestinal o respiratoria (con disnea y disfonía).

### Características diferenciales

Urticaria común	Urticaria física	Urticaria por contacto	Angioedema
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguda: brotes que duran menos de 6 semanas</li> <li>- Crónica: dura más de 6 semanas</li> </ul> <p>Pueden ir seguidas, con brotes diarios o de semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermografismo: es la más frecuente (50%), aparecen habones al cabo de unos minutos del contacto</li> <li>- Colinérgica: es la segunda más frecuente (15-25%), provocada por estímulos físicos como el frío, el calor o la presión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El habón aparece a los 20-30 minutos del contacto con el alérgeno (alimentos, plantas, etc.) y dura de 30 minutos a 2 horas</li> <li>- Inmunológica: ha de haber sensibilización previa a través de la IgE</li> <li>- No inmunológica: por efecto irritativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalmente aparece en el transcurso de una urticaria y se trata como tal</li> <li>- Cuando son episodios recidivantes con edema subcutáneo, aparece sin habones asociados; entonces está causado por un déficit del factor inhibidor C1 (hereditario o adquirido)</li> </ul>

Las *picaduras* son reacciones cutáneas causadas por el mordisco o la picadura de un insecto o artrópodo. Suele producir prurito

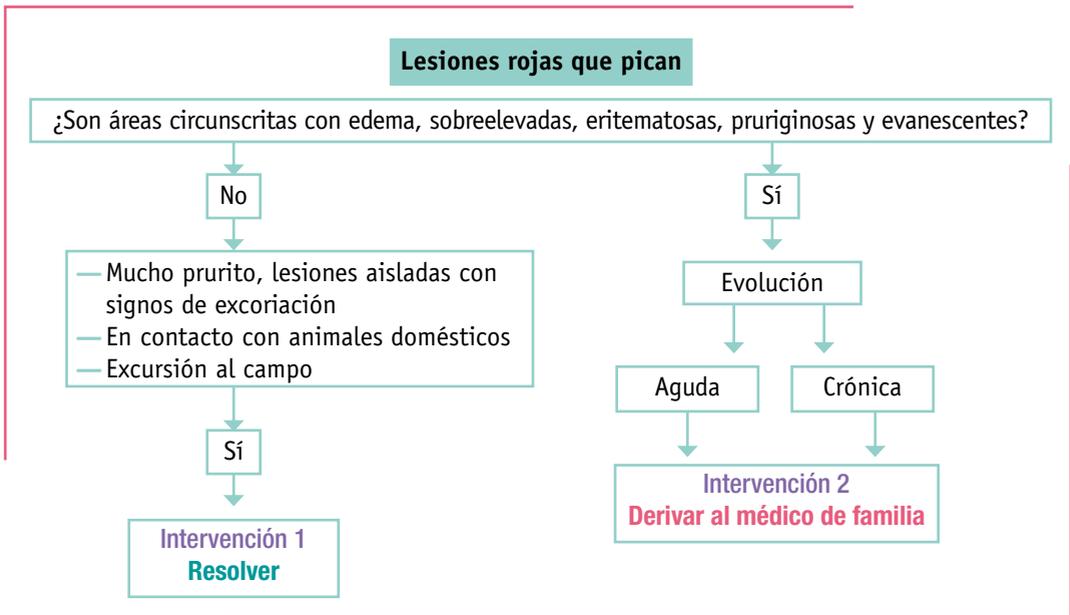
y una reacción local papulosa excoriada de morfología variable, desde habones hasta ampollas.

La distribución es asimétrica y predominan en zonas expuestas, como brazos, tercio distal de las piernas o tobillos.

Puede haber lesiones de rascado secundarias que pueden favorecer la sobreinfección.

Las picaduras de pulgas se producen en grupos de 3 o 4 lesiones. Están relacionadas con animales domésticos, sobre todo en verano y en otoño.

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

#### Resolver

En caso de picaduras de insecto debe recomendarse:

- Limpiar y desinfectar bien la zona.

- La aplicación local de frío puede ser útil, pero hay que evitar una exposición prolongada.
- Para aliviar los síntomas, se pueden utilizar productos que contengan amoníaco inmediatamente después de la picada.
- Se puede recomendar una loción de calamina cada 4-6 horas.
- Corticoides tópicos de baja potencia (p. ej., hidrocortisona/12 horas) o antihistamínicos tópicos.

- Si es necesario, administrar por la noche un antihistamínico de 1.ª generación por vía oral.
- En el caso de muchas picaduras o mucho prurito, derivar al médico de cabecera para tratamiento por vía oral.
- Las picaduras de abeja se tratarán de forma similar, pero si ha quedado el aguijón en la herida deberá extraerse.
- Un reducido porcentaje de la población puede presentar una reacción grave a las picaduras de insectos, especialmente de abejas o avispas, que se puede manifestar con desmayos o dificultades de respiración. En este caso, habrá que acudir a un servicio de urgencias para recibir el tratamiento adecuado. Si el paciente ya ha sufrido previamente un episodio de estas características, el médico de familia lo instruirá sobre las medidas que tiene que tomar.
- Es fundamental la prevención secundaria, identificando el insecto y tratando la causa. Con el tratamiento, mejoraremos la sintomatología, sobre todo el prurito.
- El farmacéutico debe recomendar además utilizar manga larga, pantalones largos y calcetines, y evitar colores oscuros.
- Aplicar repelentes de insectos adecuados a la edad del paciente. Hay que seguir estrictamente las instrucciones de aplicación.
- Utilizar una mosquitera adecuada para cubrir la cama o las ventanas.
- Evitar perfumes.
- Si tiene animales domésticos, cuando lleguen el verano y el otoño, hacer profilaxis de la pulga y la garrapata.

### *El mosquito tigre*

- Se trata de un insecto pequeño, de difícil visualización, que suele moverse cerca del suelo. Pone sus huevos en recipientes con agua (platos de macetas inundados, bidones, lavaderos, etc.). Suele picar de día y entre los meses de abril y octubre.
- Ocasiona muchas picaduras, generalmente en zonas expuestas, que producen un gran habón muy pruriginoso y que duran más tiempo que las picaduras de otras especies de mosquito. Se cree que a medida que

entramos en contacto con este insecto, la reacción a la picadura es más leve.

- Las medidas de prevención de las picaduras son iguales que para el resto de insectos. Hay que buscar el foco de cría para eliminar su proliferación.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia

- Derivar al médico de familia, para que haga una anamnesis muy cuidadosa y diagnostique el tipo de urticaria. Hay que recordar que se puede desencadenar angioedema, que es una emergencia médica.
- Tratamiento farmacológico con antihistamínicos clásicos (hidroxizina, 25 mg [1 mg/kg en niños] cada 12 horas, o dexclorfeniramina, 6 mg [2 mg en niños] cada 8-12 horas).
- Si el antihistamínico produce mucha somnolencia, puede combinarse con loratadina, 10 mg/24 horas por las mañanas, durante 10-15 días, aunque el paciente esté asintomático, para prevenir recaídas.
- En casos graves de urticaria aguda, con gran afectación cutánea y angioedema, puede ser necesario asociar glucocorticoides, como prednisona, 30-60 mg, y retirar de forma progresiva en el plazo de una semana, o 6-metilprednisolona 1 mg/kg por vía intravenosa.
- En caso de afectación de las vías respiratorias, se recomienda la administración de adrenalina 1:1000, 0,3-0,5 ml por vía intramuscular y, si es necesario, repetir en 10-30 minutos.

### Resolver

- Una vez confirmada la urticaria y conocido el factor desencadenante, eliminarlo y evitar factores precipitantes, como el alcohol o el estrés y algunos fármacos, como el ácido acetilsalicílico o la codeína.
- Una causa frecuente de urticaria son los estímulos físicos: exposición al sol, al frío o

al calor, presión local, vibración, ejercicio físico, fiebre o, simplemente, el roce de la piel (dermografismo).

— Si los síntomas son claramente intermitentes, recomendar que para llevar un control, el paciente tome nota en cada episodio de:

- día y hora de aparición,
- entorno y actividad física,
- fármacos en curso (tolerados previamente o no, incluidos medicinas naturales y laxantes),
- comidas (4-6 horas previas al inicio),
- si es mujer, fase del ciclo menstrual.

**Tabla 1.** Plan de seguimiento

**Eliminar el factor causal y evitar posibles desencadenantes**

1. Anti-H1 no sedantes de 2.<sup>a</sup> generación
2. Asociación con otro anti-H1
3. Considerar un anti-H1 de 1.<sup>a</sup> generación sedante por la noche, durante unos días, per evitar el efecto aditivo
4. Añadir un anti-H2
5. Añadir o sustituir por un agente de segunda elección como antileucotrienos
6. Corticoides sistémicos

**Tabla 2.** Antihistamínicos de 1.<sup>a</sup> generación

**Principio activo**

- Difenhidramina	- Dexclorfeniramina	- Hidroxizina	- Clemastina
- Prometazina	- Azatadina	- Oxatomida	- Alimemazina

**Tabla 3.** Antihistamínicos de 2.<sup>a</sup> generación

**Principio activo**

- Cetirizina	- Ebastina	- Fexofenadina	- Loratadina
- Mizolastina	- Desloratadina	- Levocetirizina	- Rupatadina

IMÁGENES



[1]  
Mosquito tigre



[2]  
Picadura de mosquito tigre



[3]  
Picadura de pulga con excoiación



[4]  
Picadura



[5]

Urticaria común



[6]

Dermografismo lineal



[7]

Angioedema



[8]

Urticaria vasculitis

#### BIBLIOGRAFÍA

Czarnetzki, BM. Urticaria. Berlin: Springer; 2012.

Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Histamine H2-receptor antagonists for urticaria. Cochrane Database Syst Rev 2012 Mar 14;3:CD008596.

Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Manejo práctico de las picaduras de insecto en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria 2015;17:159-66.

# 6

## A mi hijo le han salido unas manchas rojas que le pican

La dermatitis atópica es un trastorno inflamatorio por alteración del manto hidrolipídico y es uno de los diez primeros motivos de consulta por lesiones cutáneas. Se caracteriza por lesiones mal definidas, muy pruriginosas, de aspecto y distribución específicas según la edad, con evolución crónica en brotes.

Suele haber antecedentes familiares de atopía, caracterizada por asma-dermatitis-rinoconjuntivitis.

Afecta a cualquier raza y sin diferencia de sexo y presenta una incidencia del 3-30%. El 90% de los casos empiezan antes de los 5 años y un 60% de éstos, durante el primer año de vida. El 10-20% de los niños y el 2-10% de los adultos presentan dermatitis atópica en algún momento de su vida.

Según la edad se pueden diferenciar tres fases.

### Formas clínicas

Lactante	Infantil	Adulta
1-12 meses Exantema papulovesiculoso de lactante Más exudación en las mejillas, frente y pliegues retroauriculares Respeto el triángulo nasogeniano y la zona del pañal	1-12 años Menos exudación, más pápulas y placas Liquenificación por rascado Afectación de los pliegues antecubitales, poplíteos y auriculares, cara, muñecas, dedos, tobillos, pies y boca	> 12 años Mucha xerosis Pápulas, liquenificación En flexuras, cara y resto de zonas de la fase infantil
		

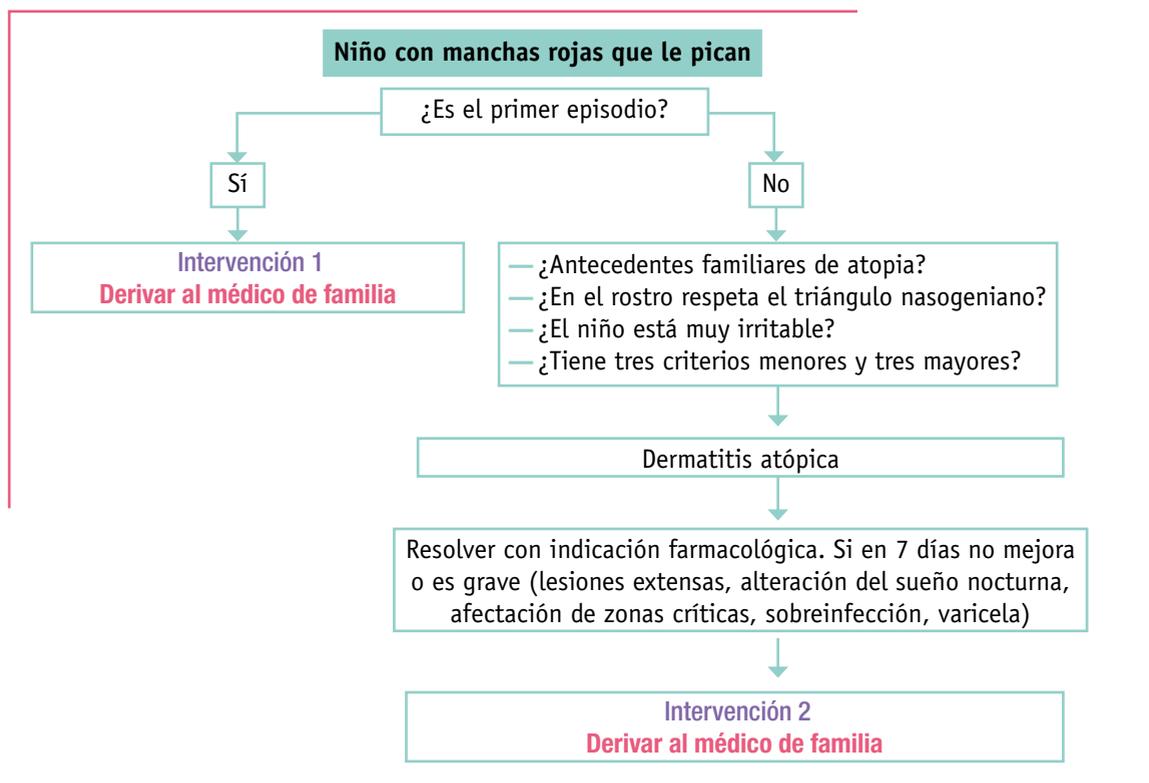
Para el diagnóstico de la dermatitis atópica se han de valorar los criterios que se indican abajo:

Criterios definitorios de Hanifin y Rajka: un mínimo de tres criterios mayores y tres menores.

Criterios mayores	Criterios menores
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prurito</li> <li>- Antecedentes familiares y personales de atopía</li> <li>- Distribución y morfología típicas según la edad</li> <li>- Dermatitis crónica, persistente o recurrente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xerosis</li> <li>- Hiperlinealidad palmar</li> <li>- Reactividad cutánea inmunitaria. Queilitis</li> <li>- Tendencia a infecciones</li> <li>- Conjuntivitis recidivante. Otros: catarata, queratocono</li> <li>- Pliegues de Dennie-Morgan</li> <li>- Pitiriasis alba</li> <li>- Alteraciones de la sudoración</li> <li>- Dermografismo blanco</li> <li>- Alopecia de la cola de las cejas (inconstante). Dermatitis perioral atópica</li> <li>- Lengua geográfica (<i>glositis areata migrans</i>)</li> <li>- Eccema numular (crónico, rebelde al tratamiento)</li> </ul>



## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



# ACTUACIÓN del farmacéutico

## Intervención 1

Consideraciones generales que sirven para la mayoría de dermatosis eritematodescamativas.

### Derivar al médico de familia

El médico de familia deberá establecer el diagnóstico diferencial.

### Consejo farmacéutico

- Lesión seca que necesita mucha hidratación para aumentar la capacidad de absorción del principio activo.
- Utilizar emolientes, solos o en combinación con otras sustancias (glicerina, ácido hialurónico, laureth 6.5, alantoína, alfa-bisabolol, etc.)
- Lesión muy exudativa: primero secar para poder disminuir el exudado y así facilitar la penetración y la actuación del principio activo, que se dejará durante 10 minutos sobre la lesión. Repetir cada 4-8 horas.
- Si son lesiones muy queratinizadas, se deben hidratar pero también utilizar queratolíticos para disminuir el volumen de la lesión con ácido salicílico al 10% o urea al 20%, excepto sobre piel escoriada.
- Utilizar el principio activo más adecuado; si son corticoides, tener en cuenta la potencia y explicar al paciente que debe aplicarse muy poca cantidad, dos veces al día. Posteriormente, cuando empiece a blanquear la lesión, reducir el tratamiento a una vez al día hasta retirarlo de forma progresiva. Nunca aplicar en la zona facial.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia

- En adultos con lesiones muy cronicadas se puede aconsejar la utilización de formulaciones magistrales específicas.

- Para controlar los brotes, la mayoría de pacientes necesitarán corticoides de potencia media que, cuando disminuya la lesión, se tendrán que retirar progresivamente y se aumentará el uso de emolientes.
- Los antihistamínicos sedantes, como la difenhidramina, calman la irritación y facilitan el sueño por la noche.
- Ante la posibilidad de hipersensibilización cutánea, no deben administrarse antihistamínicos tópicos. Son frecuentes las sobreinfecciones cutáneas producidas por el rascado debido a dermatofitos, sarna, virus y, especialmente, por *Staphylococcus aureus*.
- Los inmunomoduladores, como el tacrolimús tópico, presentan la misma eficacia que los corticoides tópicos. La Agencia Europea del Medicamento ha aprobado definitivamente la utilización de tacrolimús como terapia de mantenimiento en pacientes con dermatitis atópica moderada-grave, con cuatro o más brotes al año. Se aconseja no utilizar emolientes 2 horas antes o después de la aplicación de tacrolimús, ni administrarlo los 14 días previos a una vacunación, o 28 días si se trata de vacunas vivas atenuadas.

### Resolver

- Explicar la cronicidad de la enfermedad a los pacientes y a sus familiares.
- Humidificar el ambiente.
- Evitar la calefacción excesiva.
- Utilizar ropa de algodón.
- Evitar tejidos de lana y sintéticos.
- Utilizar jabones suaves, lociones limpiadoras sin jabón y lociones de avena.
- Recomendar los baños cortos o utilizar la ducha con agua tibia y geles syndet específicos.
- Secarse sin frotar y cortar las uñas.
- Hidratar la piel con cremas muy grasas o con ceramidas. Aplicar inmediatamente después del baño, y con tanta frecuencia como sea necesario, para mantener la piel hidratada.

— Para evitar que el niño se rasque por la noche, si es necesario ponerle guantes o manoplas o aplicar cremas con agentes anti-pruriginosos.

— Evitar factores desencadenantes, como polen, disolventes, detergentes, pelo de animal, perfumes, estrés y sudoración excesiva.  
 — Utilizar protección solar adecuada.



## TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

Betametasona (tópica) al 0,1% en pomada o ungüento, 1 aplicación/12 horas/5-10 días.

Niños pequeños	Prurito	Sobreinfección	Sin mejoría Sin tolerancia a corticoides
Hidrocortisona (tópica) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,25-1% crema, pomada</li> <li>- 1-2 aplicaciones/día/1-2 semanas, y reducir progresivamente</li> </ul>	Añadir hidroxizina <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos: 25 mg/8 h, v.o.</li> <li>- Niños:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 1 año, 2,5 mg/8 h</li> <li>• 1-5 años, 5 mg/8 h</li> <li>• 5-10 años, 10 mg/8 h</li> </ul> </li> </ul>	Asociar cloxacilina <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos: 500 mg/6-8 h/10 días, v.o.</li> <li>- Niños: 50-100 mg/kg/día en 4 tomas/10 días, v.o.</li> </ul>	Tacrolímús (tópico) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayores de 16 años, 0,1%, 2 aplicaciones/día</li> <li>- Niños:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 2 años, contraindicado</li> <li>• Mayores de 2 años, 0,03%, 2 aplicaciones/día</li> </ul> </li> </ul>

# IMÁGENES



[1]

Eccema de contacto alérgico



[3]

Eccema craquelé



[5]

Dermatitis atópica



[2]

Eccema numular



[4]

Eccema seborreico

## BIBLIOGRAFÍA

Carreras A. Concepto y tratamiento de los eccemas. *Ars Medica* 1927;3(23):159-61.

Veien NK. Clinical Features of Contact Dermatitis. En: Johansen JD, Lepoittevin JP, Thyssen JP (eds.). *Quick Guide to Contact Dermatitis*. Berlin: Springer; 2016. p. 9-31.

Wallach D, Taïeb A. Atopic dermatitis/atopic eczema. *Chem Immunol Allergy* 2014;100:81-96.

## 7

# Tengo mucho picor

El picor (prurito) es una sensación subjetiva de la piel que desencadena la respuesta motora de rascado y representa el síntoma más frecuente de la piel.

Se puede manifestar como:

- Generalizado con lesiones cutáneas: puede ser debido a urticaria, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, liquen plano, pitiriasis rosada de Gilbert, etc.
- Generalizado sin lesiones en la piel (o con ocasionales excoriaciones por rascado): puede ser debido a xerosis, prurito senil, estrés-psicógeno, idiopático por enfermedades sistémicas (tiroides, diabetes, insuficiencia renal, hepatopatía, anemia, problemas hematológicos, cáncer), por tóxicos o medicamentos o por infestaciones-parasitosis.
- Localizado: puede ser causado por liquen simple crónico (neurodermitis), sarna, pediculosis pubis o capitis, liendres), notalgia parestésica (con una mácula marrón claro en la espalda), etc.

En el siguiente algoritmo se trata la actuación ante el paciente con prurito.

## Intervención 1

### Consejos del farmacéutico

#### Prurito

- El tratamiento de elección son los *emolientes*, porque a menudo el prurito se asocia

a xerosis. Es recomendable aplicarlos en crema, pomada o aceite, con o sin ácido láctico. Hidratar con la piel húmeda y secar sin frotar.

- Los preparados con urea a altas concentraciones son a menudo mal tolerados en pacientes con pieles atópicas o escoriaciones.
- Evitar el calor y llevar ropa ligera y fresca. Hay que mantener la temperatura ambiental más bien baja, pero con cierto grado de humedad. Tomar baños o duchas con agua tibia.
- Evitar la ingesta de alcohol y de alimentos muy calientes y picantes.
- Mantener las uñas cortas.

#### Tratamiento tópico

- *Antipruriginosos tópicos*: mentol y fenol en crema acuosa 1-2%, varias veces al día. La loción contiene fenol al 0,5%.
- *Anestésicos tópicos*: fundamentalmente lidocaína, porque otros pueden provocar dermatitis irritativa.
- Emolientes con agentes antipruriginosos (polidocanol, laureth-6.5).
- Se tiene que evitar el uso de antihistamínicos tópicos porque provocan sensibilización.
- Los corticoides tópicos no están indicados como tratamiento sintomático del prurito salvo en casos localizados (picaduras).

#### Tratamiento oral

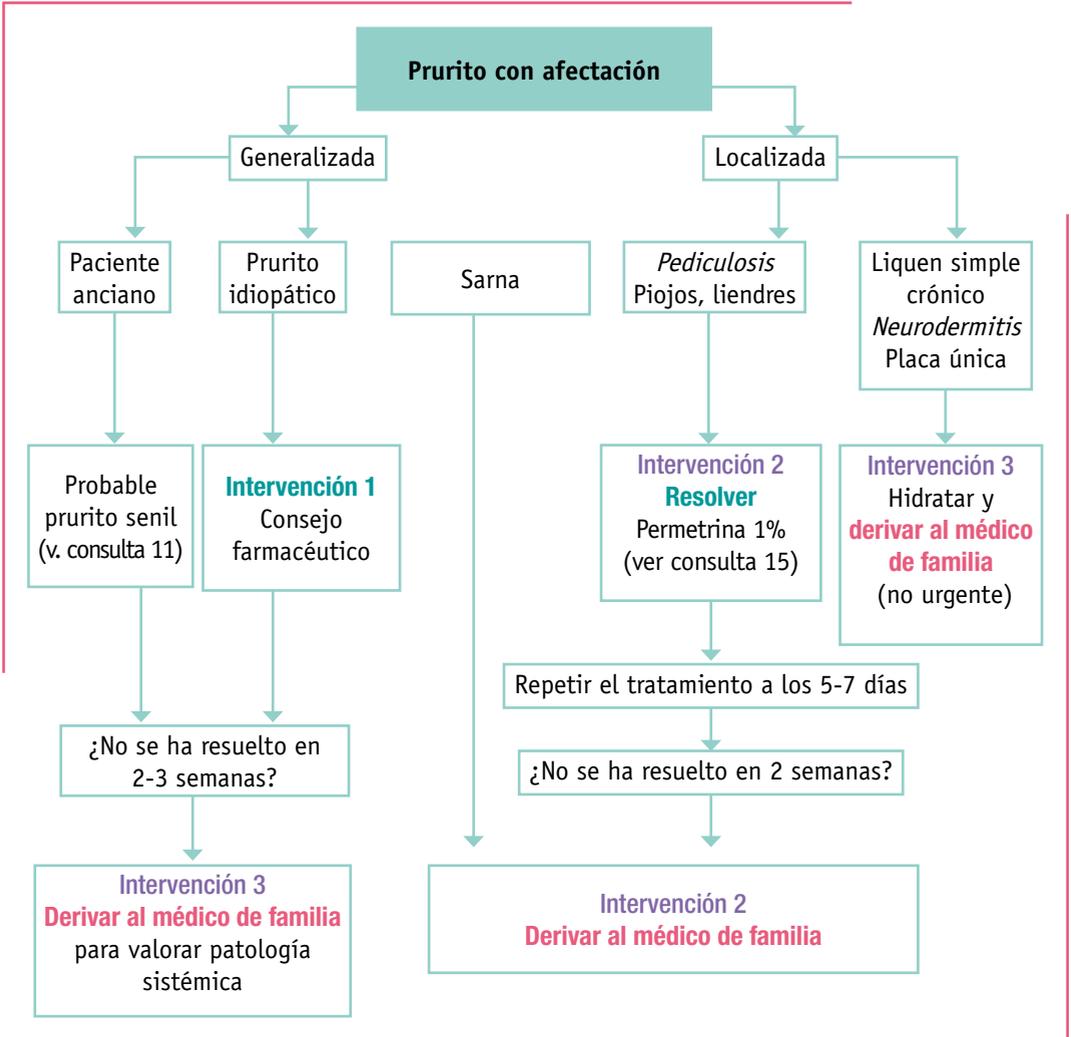
##### Antihistamínicos orales

- Los H1 de primera generación con efecto sedante pueden ser útiles en algunos casos para el control sintomático (p. ej., clorfeniramina).

— Los H1 de segunda generación no sedantes (p. ej., cetirizina) sólo funcionan con el prurito

ocasionado por la histamina y, por lo tanto, únicamente son efectivos para la urticaria.

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## Intervención 2

Ver consulta 15.

## Intervención 3

- En caso de que se sospeche un cuadro de sarna o la infestación por pedículos esté localizada en la zona genital, el cuadro de prurito no se resuelva o se sospeche linquen plano o neurodermatitis crónica deberá derivarse al médico de familia.

### *Puntos clave para la identificación de sospecha de la sarna*

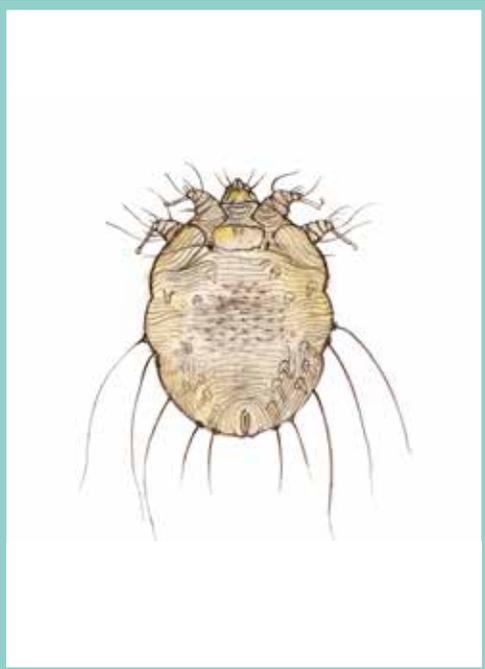
- Prurito intenso y generalizado de predominio nocturno.
- Distribución típica de las lesiones: muñecas, espacios interdigitales, glúteos y axilas.
  - Hombres: pene y escroto.
  - Mujeres: areola mamaria, línea de la cintura.
  - Niños: cabeza, cuello, palmas de las manos y plantas de los pies.
- En adultos nunca se extiende por encima del cuello.
- Otros miembros de la familia o personas cercanas infectadas.
- El tratamiento de elección es con permetrina al 5% por su eficacia y por su menor toxicidad.

- Para la sarna, aplicar durante 12 horas y retirar al día siguiente. Puede ser necesaria la repetición del tratamiento a los 5-7 días.

### *Puntos clave para la identificación de sospecha de la pediculosis púbica*

- Prurito en la zona genital y/o perianal que puede extenderse a otras zonas.
- Enfermedad de transmisión sexual: antecedente de contacto íntimo o convivir en contacto estrecho.
- Identificación del piojo y/o liendres (huevos).
- Microhemorragias locales (picadura del piojo) o puntos de sangre en la ropa interior.
- El tratamiento es con permetrina al 1%.
  - Aplicar a todo el cuerpo por debajo del cuello, sin olvidar los pliegues (interdigitales, genitales, axilares, glúteos, etc.) y debajo de las uñas.
  - Existen también otros principios activos naturales de la familia de las piretrinas, pero son menos eficaces.
  - La persistencia de prurito una vez finalizado el tratamiento puede ser un efecto secundario de la misma permetrina. Hay que asegurarse que persiste la infección antes de repetir el tratamiento porque en caso contrario se acentuaría el problema, iritando todavía más la piel.
  - *Se puede usar en el embarazo y la lactancia, pero se desaconseja en niños menores de 2 años.*

## IMÁGENES



[1]

*Sarcoptes scabiei*



[2]

Surcos acarinos interdigitales



[3]

*Pthirus pubis*



[4]

Pediculosis púbica



[5]

*Pediculus capitis*



[6]

Liquen simple crónico en zona cervical (nuca)



[7]

Liquen simple crónico



[8]

Lesiones por rascado en paciente anciano con xerosis

#### BIBLIOGRAFÍA

Acofarma. Fichas de información técnica. Polidocanol. Disponible en: <http://www.acofarma.com/admin/uploads/descarga/4518-18f82952cc01fc50057bf5afbd-4795c8734a5352/main/files/Polidocanol.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Workowski KA, Berman SA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 2006 Aug 4;55(RR-11):14-35.

Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom national guideline on the management of phthirus pubis infestation. London: British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2007.

Commens C. The treatment of scabies. *Aust Prescr* 2000; 23:33-5.

Frankowski BL, Bocchini JA Jr; Council on School Health and Committee on Infectious Diseases. Head lice. *Pediatric* 2010;126(2):392-403.

Guía Clínica Fistera. Guía Clínica de la Sarna. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/sarna/>

Gunning K, Pippitt K, Kiraly B, Sayler M. Pediculosis and scabies treatment update. *Am Fam Physician* 2012;86(6):535-41.

Llopis Clavijo MJ, Baixauli Comes V. La formulación magistral en la oficina de farmacia. Valencia: Distribuciones El Cid; 1997.

Nutanson I, Steen CJ, Schwartz RA, Janniger CK. *Pediculus humanus capitis*: an update. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2008 Dec;17(4):147-54,156-7,159.

Rowe RC, Sheskey PJ, Quinn (eds.). *Handbook of Pharmaceutical Excipients*, 6th ed. London: Pharmaceutical Press; 2009.

Servei de Dermatologia de l'Hospital del Mar de Barcelona. Prurito sine materia. Disponible en: [http://www.dermatologia.cat/form\\_magistral/Prurito\\_Cast.pdf](http://www.dermatologia.cat/form_magistral/Prurito_Cast.pdf)

Vidal Vademecum Spain. Principios activos: polidocanol. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-polidocanol-c05bb02#alertas>

<http://www.acofarma.com/admin/uploads/download/4518-18f82952cc01fc50057bf5afbd-4795c8734a5352/main/files/Polidocanol.pdf>

[http://www.dermatologia.cat/form\\_magistral/Prurito\\_Cast.pdf](http://www.dermatologia.cat/form_magistral/Prurito_Cast.pdf)

<http://www.vademecum.es/principios-activos-polidocanol-c05bb02#alertas>

## 8

### Se me cae el pelo

La alopecia es la disminución o pérdida, generalizada o localizada y temporal o definitiva, del pelo de cualquier tipo u origen.

Es un motivo de consulta frecuente que afecta tanto a hombres como a mujeres y que a menudo provoca una significativa afectación, tanto social como psicológica, del paciente.

Se puede clasificar en *cicatricial* (irreversible por la destrucción del folículo piloso) y *no cicatricial* (reversible). La única excepción es la *alopecia androgenética*, que, a pesar de no ser cicatricial, es lentamente progresiva e irrecuperable.

Una señal útil para saber si se trata de una alopecia cicatricial o no es la prueba del pellizco; si podemos pellizcar el cuero cabelludo de la zona afectada, probablemente se trate de una alopecia cicatricial; en cambio, en la alopecia no cicatricial resulta difícil el pellizco.

La prueba del tirón consiste en coger un mechón de pelo y estirarlo; en condiciones normales se desprenden menos de 6 cabellos y sirve para valorar la existencia real de un problema de pérdida de cabello (resultado positivo > 6 cabellos).

Además de clasificarla en cicatricial o no, será necesario valorar si la pérdida es localizada (*alopecia focal*) o si hay otras partes del cuerpo afectadas (*alopecia difusa*).

#### Alopecia difusa

— *Alopecia universal*: afecta a todo el cuerpo como consecuencia de un factor desencadenante

te y supone la pérdida del 30-50% del cabello o pelo del cuerpo. Prueba del tirón positiva.

— *Efluvio telógeno*: pérdida incrementada y difusa del cabello. El estrés es la causa más frecuente, pero puede estar causado también por fármacos o enfermedades asociadas. Tiene buen pronóstico y el cabello vuelve a crecer en 6-12 meses. Prueba del tirón positiva. El tratamiento consiste en tratar el factor desencadenante.

#### Alopecia focal

— *Alopecia areata*: pérdida del cabello en «placas» (áreas redondeadas y de pequeño tamaño en cuero cabelludo y barba). El 48% de los casos sucede en niños o adolescentes. Parece ser que puede haber un componente genético. Se cree que puede estar causada por un mecanismo autoinmunitario (a menudo está asociada a otras enfermedades autoinmunitarias, como el vitíligo, la diabetes, el hipotiroidismo, la artritis reumatoide o el lupus).

— *Tinea capitis*: es evidente si se trata de una tiña inflamatoria (menos frecuente), pero puede confundirse fácilmente con una alopecia *areata* si se trata de una tiña no inflamatoria. Es más frecuente en niños y suele presentar descamación asociada.

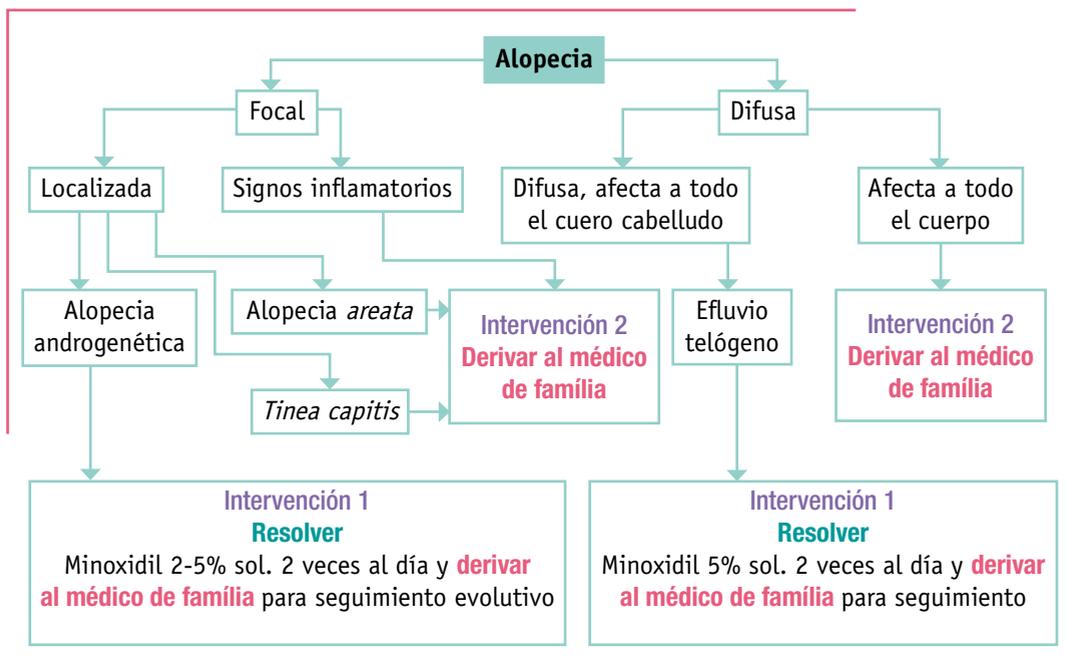
— *Alopecia por tracción*: aparece sobre todo en las zonas frontales o temporales de la cabeza como consecuencia de la tracción extrema y continua del cabello. El tratamiento consiste en cambiar las costumbres de peinado.

— *Alopecia androgenética*: es la causa más frecuente de la caída del cabello en ambos sexos. En el hombre afecta generalmente a las zonas frontotemporales (forma de M) y a la coronilla;

en cambio en la mujer se presenta de manera más difusa (disminuye la cantidad de cabello y se puede apreciar el cuero cabelludo) respetando la línea de implantación del cabello, que

se va haciendo cada vez más fino y frágil. La alopecia androgenética se instaura progresivamente; si lo hace de forma brusca hará pensar en una patología concomitante.

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

Conscientes de gran número de recursos OTC de los que dispone la farmacia comunitaria para abordar este problema de salud, y que sin duda ayudan a paliar la percepción del usuario, el criterio para plasmar en esta guía los principios activos referenciados ha sido evidencia empírica, su referencia en guías y su perfil de seguridad favorable.

### Intervención 1

#### Resolver

El farmacéutico debe limitarse a recomendar la solución de minoxidil en casos de alopecia androgenética o efluvio telógeno, proponiendo

no obstante la derivación al médico de familia para seguimiento.

- Recordar que el tratamiento con minoxidil se comercializa en solución tópica al 2-5%. En mujeres hay que tener cuidado con respecto al lugar de aplicación, ya que fuera del cuero cabelludo puede aparecer hipertrichosis. Por ello, la concentración al 5% sólo debe aplicarse en hombres, por el riesgo de hipertrichosis.
- Aplicar 2 veces al día durante 6-12 meses para poder valorar su eficacia.
- Los efectos secundarios pueden ser irritación o dermatitis de contacto en el cuero

cabelludo, disminución de la tensión arterial y taquicardias.

- Está contraindicado en el embarazo y la lactancia.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia

Deben derivarse los casos de alopecia difusa, inflamatoria o cicatricial, los casos de alopecia focal que presenten dudas en el diagnóstico y la alopecia androgenética de instauración brusca.

## IMÁGENES



[1]

Alopecia androgenética masculina



[2]

Alopecia androgenética femenina



[3]

Alopecia *areata*



[4]

Alopecia por tracción



[5]

Tiña de la cabeza no inflamatoria

#### BIBLIOGRAFÍA

Delamere FM, Sladden MM, Dobbins HM, Leonardi-Bee J. Interventions for alopecia areata. Cochrane Database Syst Rev 2008 Apr 16;(2):CD004413.

Mansilla I, Justel JP, Rubio ME. Alopecia. Guia Fisterra. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/>

Mounsey L, Reed SW. Diagnosing and treating hair loss. Am Fam Physician 2009;80(4):356-62,373-4.

Springer K, Brown M, Stulberg DL. Common hair loss disorders. Am Fam Physician 2003;68(1):93-102.

Delamere FM, Sladden MM, Dobbins HM, Leonardi-Bee J. Intervenciones para la alopecia areata. Cochrane Plus 2011.

# 9

## Me sudan las manos/pies

### Hiperhidrosis

La hiperhidrosis consiste en una sobreproducción de sudor a través de las glándulas exocrinas. Afecta casi al 3% de la población y en el 65% de los casos existen antecedentes familiares. Las glándulas exocrinas productoras de sudor se distribuyen por todo el cuerpo, pero con mayor concentración en las plantas de los pies, las palmas de las manos, las axilas, la cara y el cuero cabelludo.

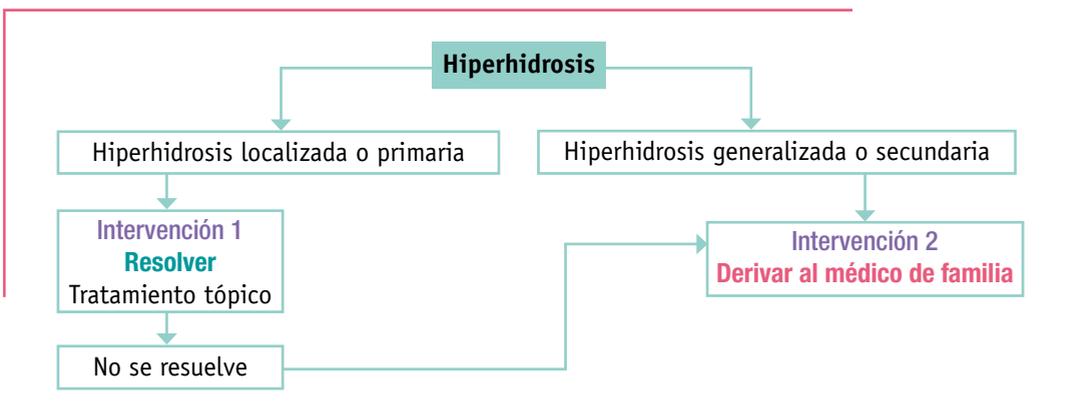
La acción de las bacterias y los hongos producidos por la descomposición de las células descamadas de la piel puede provocar un sudor con olor desagradable en algunos pacientes.

Hay 2 tipos de dishidrosis:

- Localizada o primaria: se presenta en el 1% de la población y predomina en las plantas de los pies, palmas de las manos, axilas, cara y cuero cabelludo. En mujeres con las mamas grandes, también aparece en los pliegues submamaros. Es una afectación benigna de origen desconocido. Como excepción, en este grupo se incluyen las dishidrosis neurológicas, por neuropatías o lesión medular que, a pesar de ser localizadas, no son un proceso primario.
- Generalizada o secundaria: secundaria a otras patologías (p. ej., cutáneas, fiebre, hipertiroidismo, feocromocitoma, enfermedades hematológicas malignas, artritis reumatoide, trastornos del sistema nervioso central, embarazo psicológico, obesidad, menopausia, alcohol, abstinencia de opiáceos o fármacos antidepresivos).



### ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## Intervención 1

### Resolver

#### Sales de aluminio

- *Cloruro de aluminio hexahidratado:*
  - Tratamiento de primera línea para la hiperhidrosis axilar moderada (concentraciones al 15-20%) y palmoplantar moderada.
  - Iniciar el tratamiento con una concentración del 10-12% y posteriormente, si es necesario, aumentarla al 30%.
  - Aplicar de noche, sobre la piel seca, y dejar actuar 8 horas. Posteriormente lavar la zona para disminuir los principales efectos secundarios, como la sensación de quemazón y la irritación local.
  - El tratamiento debe realizarse cada 24-48 horas. Se puede utilizar de forma esporádica como mantenimiento.
  - La dishidrosis se suele resolver en unas 3 semanas.
  - Para el abordaje del pie de atleta se utiliza al 30%.
- *Sulfato de aluminio.*

#### Astringentes

- *Formaldehído.*
- *Glutaraldehído.*
- *Ácido tánico:* en etanol al 2-5%.
- *Ácido tricloacético:* sólo indicado para la hiperhidrosis palmoplantar. Es sensibilizante y puede amarillear la piel y producir reacciones alérgicas de contacto.

#### Glicopirrolato tópico (glucopirrolato sódico)

Se desaconseja el uso de anticolinérgicos tópicos y anestésicos locales, porque sus resultados son muy variables y se necesitan elevadas concentraciones para conseguir el efecto deseado. Además, hay peligro de sensibilización y de absorción, con efectos adversos sistémicos.

## Intervención 2

#### Derivar al médico de familia

Se han de derivar al médico de familia para descartar una patología grave todas las dishidrosis secundarias y aquellas primarias que, tras un tratamiento tópico, no se resuelvan.

#### BIBLIOGRAFÍA

Callejas MA, Grimalt R, Cladellas E. Actualización en hiperhidrosis. *Actas Dermosifiliogr* 2010;101(2):110-8.

Expósito I. Hiperhidrosis Guía Fisterra. A Coruña;2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/>

Gómez F, Amorrich MV, Moreno JC. Tratamiento de la hiperhidrosis. *Piel* 2009;24(6):338-41.

## 10

## ¿Qué es esto que me ha salido en la uña?

Las manos y, sobre todo, las uñas, son una parte expuesta de nuestro cuerpo que se ve fácilmente afectada por agresiones diversas, como las causadas por *factores externos* (calor, frío, viento y radiaciones ultravioletas) que pueden alterar la hidratación de la uña, por *agentes químicos* (jabones, detergentes, disolventes) que estropean o disminuyen el contenido lipídico de la uña, y por *agresiones mecánicas* (golpes, fricción, manicuras agresivas, etc.) que alteran la integridad de la uña y favorecen la aparición de infecciones bacterianas y fúngicas. Todas estas agresiones a menudo producen cambios en el aspecto, consistencia y coloración de las uñas.

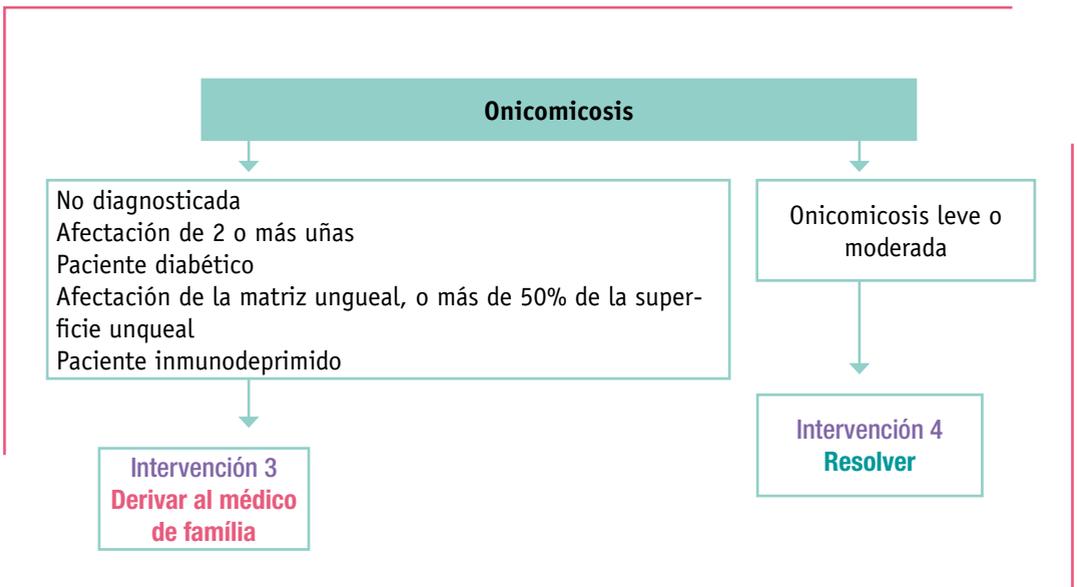
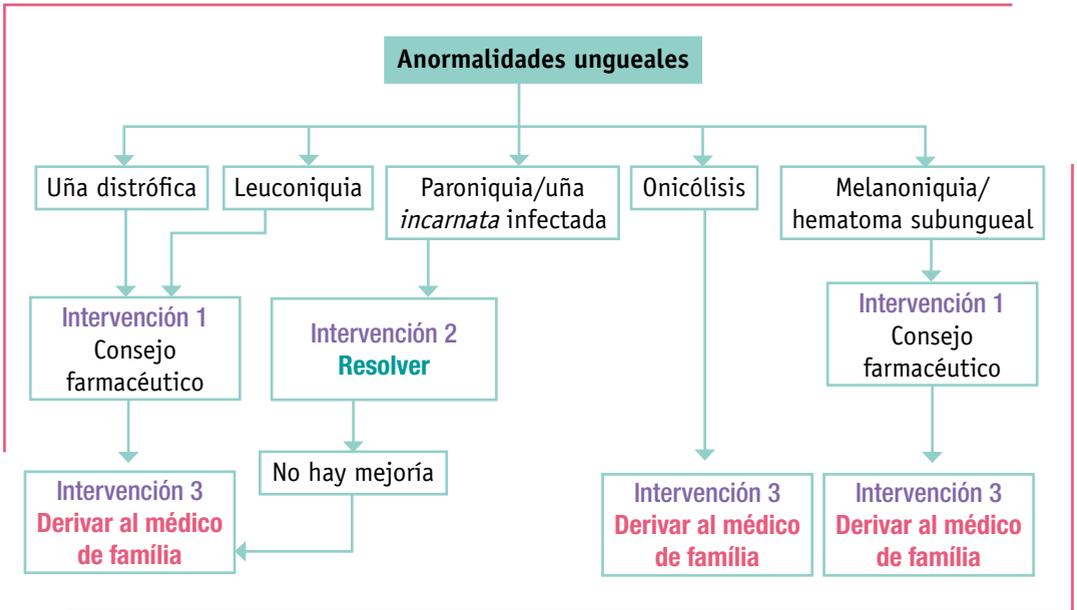
Otros factores que pueden producir cambios son de carácter hereditario o relacionados con *enfermedades* o con la *administración* de fármacos.

El diagnóstico de la patología ungueal es un reto médico por su complejidad.

Las principales anomalías que se pueden encontrar en la uña son:

- *Distrofia ungueal*: la uña está dañada o deformada a consecuencia de traumatismos o manipulaciones de la uña, o bien por una causa congénita.
- *Leuconiquia*: aparecen líneas blanquinosas en la uña, popularmente atribuidas, pero sin ninguna base científica que lo sustente, a la carencia de calcio o zinc en la dieta. Por lo general, es una variante de la normalidad y no necesita tratamiento específico, a pesar de que puede asociarse a algunas enfermedades sistémicas. En niños pequeños o en personas inmunodeprimidas debe valorarse la posibilidad de infección por *Candida*.
- *Melanoniquia longitudinal*: aparecen líneas longitudinales de la uña con coloración. Suele ser una variante de la normalidad y se presenta con más frecuencia en determinadas razas. No necesita tratamiento, pero si hay dudas de su origen o bien son de aparición reciente en un adulto o de crecimiento rápido, hay que derivar urgentemente al médico de familia ante la sospecha de melanoma subungueal.
- *Paroniquia*: es una inflamación de la piel que rodea la uña. Es necesaria una cuidadosa valoración del médico de familia o especialista, porque, aunque a menudo responde a procesos infecciosos, también puede asociarse a otras patologías más graves.
- *Uña incarnata*: se produce por una curvatura cóncava de la uña que hace que ésta se clave en la piel. A menudo deriva en una infección bacteriana de la piel que rodea la uña, formando una colección purulenta.
- *Onicólisis*: separación espontánea de la placa ungueal que generalmente empieza por el borde libre o lateral de la lámina y progresa proximalmente (la uña en esta zona suele tener una coloración amarillenta). Básicamente, puede estar asociada a infecciones fúngicas (onicomicosis) o a psoriasis pero también a otras patologías cutáneas con afectación ungueal, como los eccemas o el liquen plano. Si es necesario, se deberá hacer un cultivo de la uña para hacer el diagnóstico diferencial. Hay que derivar al médico de familia.
- *Hematoma subungueal*: es bastante doloroso y está provocado por un traumatismo. A veces hay que hacer una pequeña perforación en la uña para disminuir la presión y el dolor. Se debe derivar al médico de familia.

# ALGORITMO de actuación del farmacéutico



# ACTUACIÓN del farmacéutico

Recomendamos ser extremadamente prolíficos en la información en el caso de primeras dispensaciones.

## Intervención 1

### Consejos del farmacéutico

#### *Recomendaciones para el cuidado de las uñas*

- Lavarse las manos y las uñas a diario con agua y jabón neutro.
- Cortar y limar las uñas. No hay que cortar la cutícula de las uñas, sino ablandar con un emoliente y sacarla con un *peeling* mecánico.
- Hay que recortar la uña de forma cuadrada, sin cortar los ángulos laterales.
- Evitar manicuras agresivas.
- Hidratar la uña con una crema hidratante y emoliente 1-2 veces a la semana, como mínimo, y siempre antes de la manicura.
- Evitar el contacto con detergentes y disolventes agresivos que puedan resecarlas.

## Intervención 2

### Resolver

- *Paroniquia o uña incarnata infectada*: aplicar calor húmedo 3-4 veces al día y pautar un tratamiento tópico con ácido fusídico o mupirocina, cada 8 horas durante 10 días. En caso de no responder al tratamiento o si la infección es importante o extensa, se ha de derivar al médico de familia para valorar la antibioterapia oral más adecuada.

## Intervención 3

### Derivar al médico de familia

- *Melanoniquia*: si ha aparecido recientemente en un adulto o es de crecimiento muy rápido, donde no queda claro el componente genético o racial, o bien no se trata de una

forma longitudinal. Debe descartarse una patología maligna.

- *Hematoma subungueal*: cuando el mecanismo de traumatismo previo no quede claramente establecido (debe descartarse una patología maligna), o bien cuando es muy reciente y muy doloroso para proceder a aliviar la tensión subungueal.
- *Onicólisis*: se ha de derivar para hacer un cuidadoso diagnóstico y, si es necesario, un cultivo ungueal.
- *Uña incarnata*: dar los consejos adecuados y derivar al médico de familia en caso de infección o de posible cirugía debido al avanzado estado de la lesión.
- *Paroniquia*: derivar para establecer un diagnóstico etiológico y tratamiento correcto.

## Intervención 4

### *Recomendaciones en caso de sospecha de onicomiosis leve o moderada*

- *Tratamiento cosmético de las uñas* (uñas sin brillo, frágiles, etc.): recomendar un tratamiento hidratante y emoliente (p. ej., glicoles de bajo peso molecular, ácido láctico, urea, vitaminas liposolubles A y E, vaselina, hidrocarburos minerales, ceras, siliconas) o protectores (p. ej., derivados de la celulosa, PVP, siliconas, ceras).
- Si el paciente ya tiene previamente un diagnóstico de onicomiosis y está recibiendo un tratamiento antifúngico tópico, recomendar seguir con el tratamiento un mínimo de 6 meses y hacer control con su médico de familia.
- Es importante ofrecer seguimiento termocoterapéutico para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Si el paciente está diagnosticado de psoriasis ungueal y recibe tratamiento con análogos de la vitamina D/A y laca de propionato de clobetasol al 8%, aconsejar seguir con el tratamiento un mínimo de 6 meses.

**Preparados farmacológicos para el tratamiento de la patología ungueal leve o moderada**

Agente activo	Acción farmacológica	Galénica	Posología	Requiere limado o retirar disolvente
Extracto hojas de olivo	Antioxidante y antifúngico	Gel acuoso	2 v/día 4 semanas durante 3-6 meses hasta renovación de uña	Sí
Urea y ácido láctico	↓pH ungueal	Gel acuoso	1 v/día (noches) hasta uña nueva	No
Urea y ácido cítrico	↓pH ungueal	Gel acuoso	1 v/día (noches) hasta uña nueva	Sí
Urea	Queratolítico	Gel acuoso	1 v/día (noches) 15 días, descansar otros 15 durante 2 meses combinado con 2 fase	Sí
Piroctona olamina	Antifúngico	Gel acuoso	1 v/día (mañanas) durante 2 meses combinado con 1	
Urea	Queratolítico	pomada hidrófoba	1 v/día + apósito oclusivo 1-3 semanas	No
Ácido láctico y lavanda angustifolia	↓pH ungueal	Biodisolvente orgánico	2 v/día 4 semanas, luego 1 v/día hasta nueva uña	Sí
Ácido acético	↓pH ungueal	Biodisolvente orgánico	2 v/día 3 meses	Sí
Climbazol + piroctona olamina	Antifúngico	Gel acuoso	1 v/día 6 meses hasta nueva uña	No

**IMÁGENES**



**[1]**  
Onicólisis



**[2]**  
Distrofia ungueal



**[3]**  
Leuconiquia



[4]

Melanoniquia longitudinal



[5]

Paroniquia



[6]

Uña *incarnata* infectada



[7]

Uña *incarnata*



[8]

Hematoma subungueal

#### BIBLIOGRAFÍA

Baran R, Hay RJ, Garduno JI. Review of antifungal therapy and the severity index for assessing onychomycosis: part I. *J Dermatolog Treat* 2008;19(2):72-81.

De Berker D. Clinical practice. Fungal Nail Disease. *N Engl J Med* 2009;360(20):2108-16.

Fernández-Chico N, García-Fernández D, Luelmo Aguilar J. Estrategias terapéuticas en las onicomicosis. *Piel* 2008;23(5):268-72.

Guía Osakidetza. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Boletín de Información farmacoterapéutica de la comarca (Infac)* 2011;19(3):12-20.

Riera Sans M. Tratamiento cosmético de las uñas. *Piel* 2002;17(1):45-8.

Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viallard AM, Barrut D, et al. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 2002;138(1):1327-33.

Sánchez-Regaña M, Umbert P. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99(1):34-43.

Silva P, Vera C, Kolbach M, Fernández F. Sospecha de patologías sistémicas a través de alteraciones ungueales. *Rev Méd Chile* 2006;134(2):231-8.

Subías Loren PJ, Calvet Combelles I. Obtención de material para descartar una micosis. *Form Med Contin Aten Prim* 2009;16(7):406-8.

Tully AS, Traves KP, Studdiford JS. Evaluation of nail abnormalities. *Am Fam Physician* 2012;85(8):779-87.



## Tengo la piel muy seca

La *piel seca* o *xerósica* es una alteración cutánea muy habitual que se caracteriza por tener la piel áspera, descamativa y, habitualmente, pruriginosa.

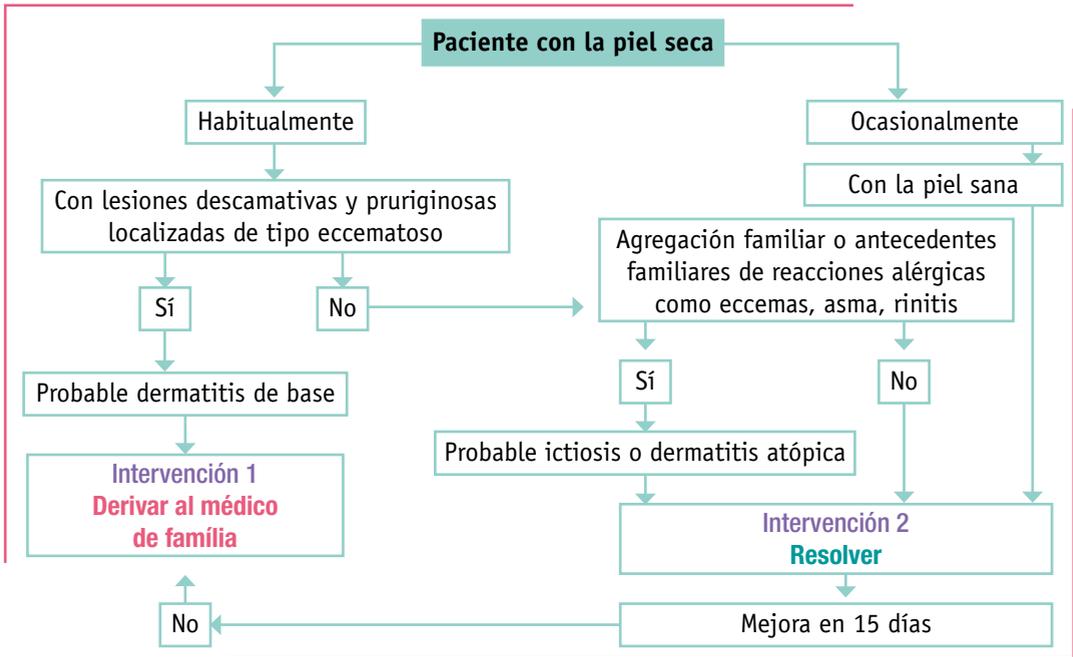
Puede aparecer en personas sanas con factores predisponentes, como el exceso de lavado, la sequedad ambiental o la edad avanzada, o también en un contexto de dermatosis crónicas.

La xerosis cutánea se produce por una alteración estructural de la capa córnea con un defecto del contenido en agua y de los lípidos fisiológicos de la epidermis, y con una alteración en la diferenciación de los queratinocitos que ocasiona una disfunción de la barrera epidérmica. Esto puede generar picor que ocasiona rascado, y éste aumenta la disfunción de la barrera y establece un círculo vicioso sequedad-rascado.

### Características diferenciales

Piel seca	Xerosis invernal	Dermatitis atópica	Ictiosis	Ecceema de manos irritativo
Edad	- Cualquiera, más en ancianos	- Más frecuente en niños	- Cualquiera	- Adultos - Amas de casa
Causa	- Frío - Disminución de la humedad ambiental - Calefacciones	- Multifactorial - Genética - Exceso de lavado - Estrés	- Genética	- Contacto con sustancias irritantes - Trabajos en contacto con agua
Localización	- Manos - Resto del cuerpo	- Sequedad generalizada	- Todo el cuerpo	- Manos
Clínica	- Piel seca, descamativa, deshidratada - Picor	- Picor y sequedad intensa que desencadena el rascado y la dermatitis escamosa - Niños: predomina en pliegues - Adultos: tronco, cuello y extremidades	- Piel seca con grandes escamas	- Picor - Descamación - Sequedad en las manos
Evolución	- Estacional	- Crónica con brotes	- Crónica	- Crónica con brotes

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

#### Consejo farmacéutico

- Mantener una correcta higiene de la piel, usando jabones con pH ácido que contengan humectantes.
- Mantener una dieta equilibrada y variada con suficiente consumo de frutas y verduras.
- Hacer ejercicio físico, porque mejora la irrigación de la piel y el aporte de oxígeno y nutrientes necesarios.
- Emolientes.
- Aplicar normas para cuidado general de la piel sana.
- Beber suficiente agua y evitar el consumo de alcohol y tabaco, que son tóxicos para la piel, y evitar la exposición al sol, que la deshidrata y la envejece más.

### Intervención 2

#### Resolver

- Después del baño, aplicar aceites corporales o productos que puedan evitar la evaporación de agua de la piel. Se aconseja que el preparado sea sobregroso, como el colesterol, las ceramidas y los ácidos grasos esenciales.
- Evitar friccionar con esponjas, guantes de baño y toallas.
- No utilizar colonias o perfumes que contengan alcohol.
- Llevar ropa de algodón que permita la transpiración de la piel y evitar las prendas muy ajustadas porque empeoran la circulación cutánea.

## Consejo farmacéutico

- Es muy importante utilizar siempre productos adecuados en la higiene e hidratación de la piel atópica.
- El uso de productos inadecuados es un factor desencadenante de brotes y una de las mayores causas de persistencia de la dermatitis atópica.
- El paciente atópico tiene una piel muy seca y sufre prurito intenso. El uso diario de emolientes (aporte de lípidos) es una ayuda eficaz para espaciar los brotes y recidivas. Ésta es la principal línea de actuación en el tratamiento de esta patología, fundamental para restaurar la capa córnea.
- La hidratación en el paciente atópico debe realizarse después del baño, con la piel un poco húmeda, ya que así el poro está abierto y penetra mejor en el producto.
- Aplique los emolientes antes de salir al exterior, sobre todo en zonas de clima frío y especialmente sobre las zonas más expuestas a los agentes externos (zona facial).
- Se debe evitar el secado por fricción con la toalla o el uso de secadores porque pueden irritar la piel. Se recomienda secar realizando toques con la toalla.
- Se deben cortar las uñas y limpiarlas para evitar infestaciones de las lesiones debido al rascado.
- Elija algodón y lino para las prendas de vestir que estén en contacto directo con la piel (incluida la de la cama), ya que facilitan la transpiración. Evite el uso de lana y tejidos sintéticos, que incrementan la temperatura corporal y acentúan el picor.
- Después del lavado, la ropa debe aclararse bien y es recomendable evitar el uso de suavizantes y lejías, que actúan como irritantes para la piel.
- La temperatura y la humedad de las habitaciones deben mantenerse constantes, evitando excesos en la calefacción que puedan aumentar la temperatura y reseca el ambiente. En general se deben evitar los cambios bruscos de temperatura.

### Principios activos que debe incluir un preparado tópico para la piel seca

Grupo terapéutico	Acción	Principios activos
Humectantes (higroscópicos)	Equilibran el contenido de agua y restablecen la función barrera del estrato córneo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidrocarburos: aceite mineral, como parafina y vaselina</li> <li>- Aceites y alcoholes grasos</li> <li>- Sustancias coloidales (metilcelulosa, goma xantana, gelatina, carbopol)</li> <li>- Siliconas</li> </ul>
Hidratantes		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Polioles: glicerol, sorbitol, propilenglicol</li> <li>- Urea</li> <li>- Factor de hidratación natural reconstituido (mezcla de aminoácidos, lactato de sodio, ácido láctico, citratos, etc.)</li> <li>- Ácido hialurónico</li> </ul>
Activos relipidizantes	Restablecen la diferenciación epidérmica y la restauración de los elementos estructurales del estrato córneo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceramidas</li> <li>- Colesterol</li> <li>- Ácidos grasos esenciales (en aceites de onagra, karité, jojoba, borraja, oliva, etc.)</li> </ul>
Otros principios activos	Calmantes, antipruriginosos, antiinflamatorios, favorecedores de la síntesis proteica intracelular y de la diferenciación epidérmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avena</li> <li>- Alantoína</li> <li>- Alfa-bisabolol</li> <li>- Aloe vera</li> <li>- Ácido glicirrético</li> <li>- Dexpantenol</li> <li>- Polidocanol</li> </ul>

## IMÁGENES



[1]

Xerosis con dermatitis invernol



[2]

Xerosis de la dermatitis atópica. Los pacientes presentan picor y dermatitis desde la infancia



[3]

Ictiosis. Suele haber agregación familiar (enfermedad recesiva ligada al cromosoma X)



[4]

Eccema de manos irritativo. Más frecuente en amas de casa, por el contacto con productos irritantes y agua. Inicialmente, aparece sequedad y, posteriormente, picor y dermatitis

### BIBLIOGRAFÍA

Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al; European Dermatology Forum; European Academy of Dermatology and Venereology; European Task Force on Atopic Dermatitis; European Federation of Allergy; European Society of Pediatric Dermatology; Global Allergy and Asthma European Network. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012;26(9):1176-93.

Torrel A, Ortiz J, Alomar A, Ros S, Pedrosa E, Cuervo J. Calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción y cumplimiento de los pacientes con dermatitis atópica moderada-grave que siguen un tratamiento farmacológico de mantenimiento. Estudio CONDA-SAT. Actas Dermosifiliogr 2013;104(5):409-17.

## Tengo caspa

La *caspa* consiste en una descamación difusa del cuerpo cabelludo. Se distingue de la dermatitis seborreica en que esta última es un eccema crónico leve caracterizado por lesiones maculopapulosa eritematodescamativas y localizadas.

Afecta sobre todo a las regiones cutáneas donde las glándulas sebáceas son más activas: cara, cuero cabelludo, área preesternal y pliegues; también puede estar producida por *Pityrosporum ovale* y pueden estar implicados factores inmunitarios.

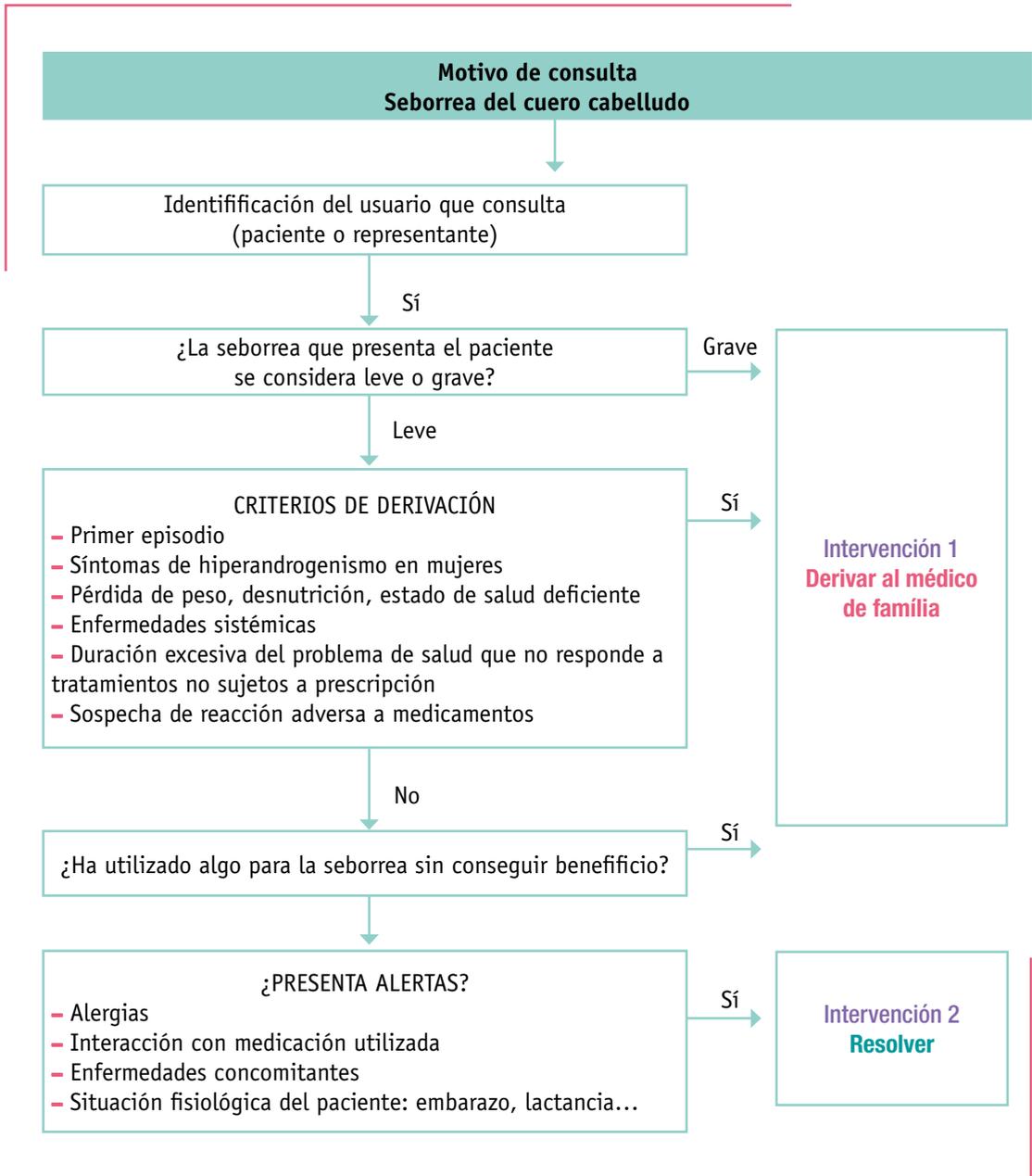
Tiene un curso crónico, recidivante y sin signos sistémicos. Si es muy extensa y grave, debe descartarse una infección por VIH.

Mejora en verano y empeora en otoño y, sobre todo, en situaciones de estrés emocional. La helioterapia es beneficiosa para muchos pacientes. Sus formas clínicas son:

- *Pitiriasis del cuero cabelludo* (caspa): descamación difusa, de leve a moderada, fina, blanca o grasa, sin eritema ni irritación significativa.
- *Dermatitis seborreica*: es simétrica y afecta a la frente, pliegues nasogenianos, parte central de las cejas, párpados superiores, partes laterales de la nariz, áreas retroauriculares y, ocasionalmente, a la parte occipital y el cuello. Las lesiones son amarillentas y rojas, con descamación típica en forma de caspa.

El diagnóstico es clínico y se debe hacer el diagnóstico diferencial con la dermatitis atópica, tanto en lactantes como en adultos.

# ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## Intervención 2

### Consejo farmacéutico

- Transmitir la naturaleza benigna y recidivante de la patología.
- Consejos sobre hábitos de vida:
  - Evitar el uso/abuso de tintes y permanentes.
  - Intentar espaciar los lavados lo máximo que sea posible.
  - Llevar una alimentación sana, equilibrada y saludable.
  - Evitar el estrés.
  - Mantener una correcta higiene del cuero cabelludo.
  - Alternar champús de tratamiento con unos más suaves.

### Resolver

Disponemos en la farmacia comunitaria de muchas soluciones OTC para paliar los signos y síntomas de la caspa. Las principales características que ha de tener un producto anticaspa son:

- Hidratante
- Calmante
- Nutritivo
- Queratolítico
- Antifúngico

- El tratamiento de elección será champú con ketoconazol para zonas pilosas, dejando actuar 10 minutos antes del aclarado, y en crema para piel lampiña. El lavado frecuente con champú de sulfuro de selenio al 2-5% o piritiona de zinc al 1-2% potencia la acción de los corticoides y antifúngicos y previene las recidivas. Si las costras son gruesas y adherentes, se pueden utilizar soluciones queratolíticas, como el ácido salicílico al 3-6% en loción o champú. Para evitar recidivas, aplicar champú con ketoconazol, 1 vez por semana.
- Recordar los efectos secundarios del ketoconazol (eritema, prurito, sensación de ardor y dermatitis de contacto).

## Intervención 1

### Derivar al médico de familia

Si es el primer episodio, si es grave, si los tratamientos anteriores no han resultado eficaces o presenta otras situaciones como enfermedades sistémicas, sospecha de RAM, etc., se debe derivar al médico de familia para hacer el diagnóstico diferencial.

# IMÁGENES



[1]  
Dermatitis seborreica en el lactante



[2]  
Dermatitis atópica en el lactante



[3]  
Eccema seborreico en el adulto



[4]  
Dermatitis atópica en el adulto

## BIBLIOGRAFÍA

Medina Castillo DE. Dermatitis seborreica: una revisión. *Dermatología* 2014;12(2):135-41.

Moreno Fernández P, González Hernández P. Dermatitis de contacto. Dermatitis seborreica. Costra láctea. Cuidados de la piel del bebé (dermatitis del pañal): Curso de formación: Abordaje de los principales problemas dermatológicos desde la farmacia comunitaria. Tema 2. Aula de la Farmacia 2012;8(88):40-50.

Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al; European Dermatology Forum; European Academy of Dermatology and Venereology; European Task Force on Atopic Dermatitis; European Federation of Allergy; European Society of Pediatric Dermatology; Global Allergy and Asthma European Network. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26(9):1176-93.

# B

## Me ha salido un herpes en la boca

El herpes es una infección muy prevalente en la población que se caracteriza por la formación de pápulas que en pocas horas se transforman en vesículas agrupadas con una base eritematosa y dolorosa.

Previamente a la aparición de las lesiones, el 60% de los casos presentan sensación de hor-

migueo, dolor (pinchazos) o escozor. La primera vez que aparece la afectación es más generalizada en la boca, con más inflamación y dolor. Las recidivas suelen aparecer por factores desencadenantes, como exposición intensa al sol, infecciones intercurrentes, fiebre u otras situaciones de inmunodepresión, y aparecen mayoritariamente en el labio.

### Características diferenciales

	Herpes simple	Herpes zóster
Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualquier edad, pero más frecuente en niños y adolescentes</li> <li>- El herpes simple genital aparece en gente sexualmente activa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Varicela: en niños</li> <li>- Herpes zóster: cualquier edad, pero más frecuente en gente mayor</li> </ul>
Sexo	Ambos	Ambos
Causa	Virus herpes simple	Virus herpes zóster
Localización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herpes tipo 1: 90% en los labios y también en la cara y los párpados</li> <li>- Herpes tipo 2: genitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cualquier zona metamérica</li> <li>- Normalmente afecta sólo a una metámera (recorrido de una costilla, una parte del brazo o de la pierna)</li> </ul>
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primoinfección: afectación de labios y boca; dolor, múltiples aftas, puede haber afectación del estado general</li> <li>- Recidivas: clínica más leve; empieza con dolor o escozor sin lesión aparente; vesículas en racimos que aparecen siempre en la misma zona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primoinfección: varicela, enfermedad exantemática con vesículas que aparecen en cabeza, tronco, extremidades y mucosas</li> <li>- Recidiva: por reactivación del virus, provoca dolor en la zona metamérica y puede haber malestar general</li> <li>- En la zona dolorosa y eritematosa aparece una erupción vesiculosa en todo el recorrido metamérico</li> </ul>
Evolución	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguda</li> <li>- Primoinfección: dura 2 semanas, con recurrencias alrededor de 1 semana</li> <li>- Aparece de manera aguda, siempre en el mismo sitio y favorecido por factores como el sol, estrés u otras infecciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguda</li> <li>- La erupción remite en 2-3 semanas</li> <li>- Pueden quedar cicatrices, parestia (suele recuperarse en unas semanas) y neuralgia de la metámera afectada (puede durar meses)</li> </ul>

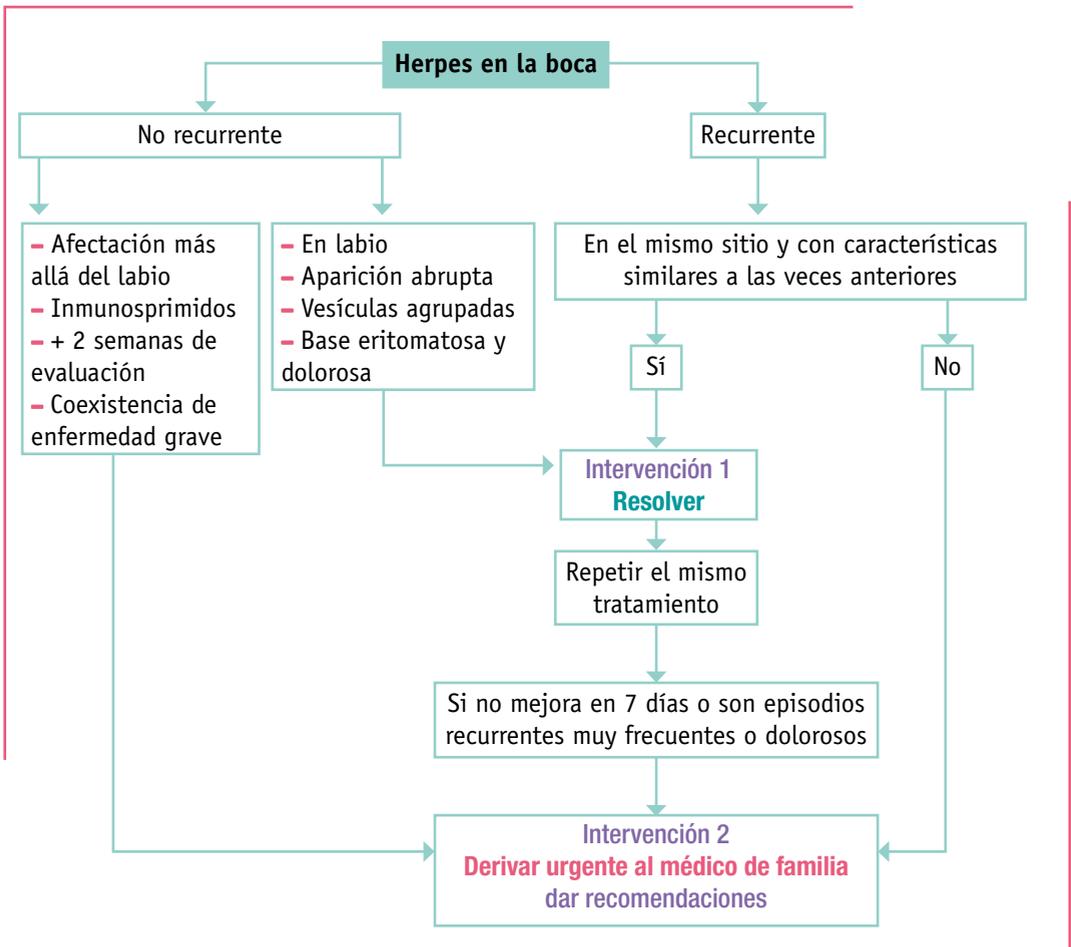
(Continúa)

(continuación)

	Herpes simple	Herpes zòster
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Herpes labial: acidosis tópica, parches hidrocoloides y antisépticos tópicos tipo clorhexidina</li><li>- Herpes periorcular: remitir al oftalmólogo</li><li>- Primoinfección: antivirales v.o.</li><li>- Herpes genital: si son graves o muy frecuentes, tratar las recurrencias con antivirales v.o. (aciclovir, valaciclovir o famciclovir), siempre en consenso entre médico y paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fomentos secantes</li><li>- Analgésicos si es muy doloroso</li><li>- Antivirales v.o. en mayores de 65 años y en pacientes inmunodeprimidos</li></ul>



## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



# ACTUACIÓN del farmacéutico

Tratamiento del episodio	Herpes simple recurrente <i>Resolver</i>	Herpes simple muy recurrente o intenso con mala evolución <i>Derivar urgente</i>	Herpes zóster primoinfección (varicela) <i>Derivar urgente</i>	Herpes zóster recidiva <i>Derivar urgente</i>
Grado de recomendación <i>alto</i>	Alcohol o povidona yodada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aciclovir v.o.</li> <li>- Famciclovir v.o.</li> <li>- Valaciclovir v.o.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antisépticos</li> <li>- Si hay fiebre, paracetamol v.o.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgesia.</li> <li>- Fomentos de sulfato de zinc al 1/1.000</li> <li>- Aciclovir v.o.</li> <li>- Valaciclovir v.o.</li> <li>- Famciclovir v.o.</li> <li>- Brivudina v.o.**</li> </ul>
Grado de recomendación <i>medio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penciclovir crema 1%: 8 aplic./día, 4 días</li> <li>- Aciclovir crema 5%: 5 aplic./día, 4 días</li> <li>- Parche de hidrocorticoide, 4 días</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antihistamínico v.o., si hay picor</li> <li>- Linimento oleocalcáreo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anestésico tópico</li> <li>- Linimento oleocalcáreo</li> </ul>

\*No aprobado por la FDA. \*\* En pacientes mayores de 65 años, pacientes con herpes zóster oftálmico y en inmunodeprimidos.

## Intervención 1

- Explicar al paciente la naturaleza benigna y el curso autolimitado del herpes simple.
  - Muchos pacientes no necesitan tratamiento porque la enfermedad es autolimitada. Si hay recurrencias sintomáticas que requieran tratamiento, es importante que el paciente sepa reconocer los síntomas del herpes para poder tratarse de forma precoz.
  - La aplicación de un fotoprotector labial puede disminuir la frecuencia de las recurrencias.
- A pesar de ser muy utilizados, los antivirales tópicos aplicados 5 veces al día muestran una evidencia discreta en la mejoría clínica y en la duración de los síntomas y no son eficaces en la profilaxis del herpes, porque no llegan al punto de la reactivación.
  - Aplicar antiviral hasta la aparición de la costra.
  - Aplicar parche hidrocorticoide o gel gingival con ácido hialurónico dado que la eficacia del parche hidrocorticoide es similar al aciclovir en crema. Mejora el proceso de cicatrización y la recuperación de la mucosa.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia urgente

#### Recomendaciones en varicela

- No suministrar ácido acetilsalicílico ni ibuprofeno para evitar el síndrome de Reye.
- En niños, cortar bien las uñas para que no se rasquen las zonas que les pican.
- Aconsejar baños con agua tibia y con poco jabón.
- Evitar la exposición a fuentes de calor o humedad excesivas.
- Si las lesiones son muy pruriginosas, los antihistamínicos, como la difenhidramina v.o., son de utilidad.
- En general, no son necesarios los antivirales v.o.
- En pacientes inmunodeprimidos que necesiten tratamiento v.o. es aconsejable que

lo comiencen en las primeras 24 horas de la aparición de las lesiones.

- Los niños y adultos pueden volver a la escuela o al trabajo cuando todas las lesiones tengan costra.

#### Herpes zóster del adulto

- En la fase aguda deben aplicarse fomentos cada 4-8 horas, según el grado de exudación de las lesiones.
- Para el dolor recomendar ácido acetilsalicílico o paracetamol cada 6-8 horas o un tratamiento tópico de lidocaína al 2% en base viscosa en solución.
- En fase subaguda es útil la receta clásica de linimento oleocalcáreo.
- Si el paciente debe tomar un tratamiento antiviral vía oral, es importante que lo haga antes de las primeras 72 horas para que sea eficaz.
- Si persiste dolor en la metámera (neuralgia postherpética), derivar al médico de familia.

## IMÁGENES



[1]

Herpes simple, primoinfección. Afectación de labios y boca, puede haber malestar general y fiebre



[2]

Herpes simple, recidiva



[3]

Herpes zóster, primoinfección (varicela).  
Erupción vesiculopustulosa generalizada



[4]

Herpes zóster, recidiva. Afectación de una metámera, puede producir malestar general y fiebre

#### BIBLIOGRAFÍA

Azwa A, Barton SE. Aspects of herpes simplex virus: a clinical review. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009;35(4):237-42.

Choi R, Kim GM, Jo IJ, Sim MS, Song KJ, Kim BJ, et al. Incidence and clinical features of herpes simplex viruses (1 and 2) and varicella-zoster virus infections in an adult

Korean population with aseptic meningitis or encephalitis. *J Med Virol* 2014;86(6):957-62.

De SK, Hart JC, Breuer J. Herpes simplex virus and varicella zoster virus: recent advances in therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2015;28(6):589-95.

## Tengo hongos en los pies

Los dermatofitos son los hongos responsables de las tiñas. Colonizan tejidos queratinizados en el estrato córneo epidérmico, uñas y cabello. Hay tres géneros: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*.

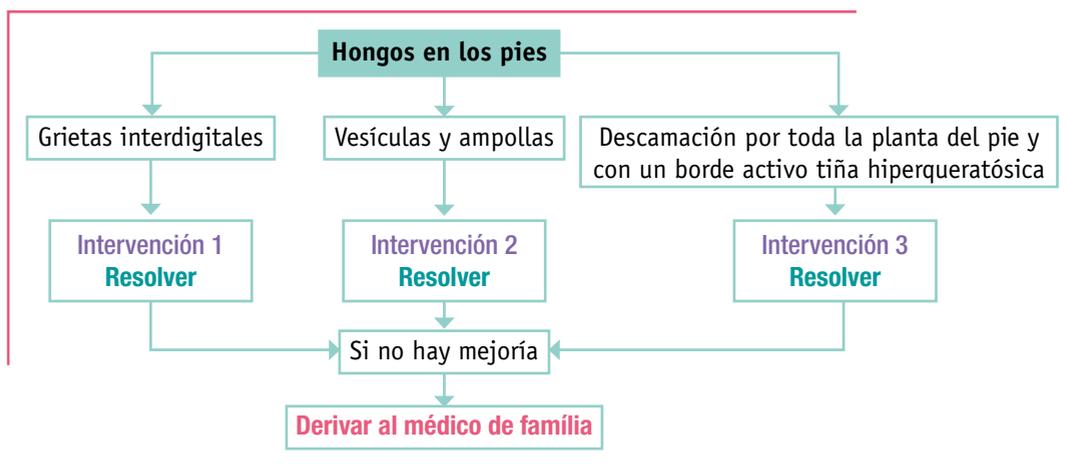
En la tiña *pedis*, también llamada pie de atleta o tiña «en mocasín», el agente causal es *Trichophyton rubrum*, si es de tipo crónico, o *Trichophyton mentagrophytes*, si las lesiones son más inflamatorias. Es importante saber que puede haber reacciones a distancia, que se tratan erradicando la fuente de infección. Es más frecuente entre los 20 y 50 años y tiene más prevalencia en hombres que en mujeres. Los factores predisponentes son el calor, la humedad, los zapatos muy cerrados y la hiperhidrosis.

La clínica en las lesiones asintomáticas o con prurito leve es:

- *Interdigital*: es la forma más frecuente, se localiza en las zonas intertriginosas, sobre todo en el cuarto espacio interdigital, y se caracteriza por la aparición de grietas y descamación.
- *Vesiculosa*: son vesículas y ampollas que, cuando se rompen, dejan áreas muy exudativas. La evolución interdigital es a consecuencia de la humedad y calor.
- *Hiperqueratósica* o *tiña «en mocasín»*: por extensión de un foco interdigital, hay descamación en toda la planta del pie, con un borde activo «en mocasín», a veces difícil de apreciar. Es asintomática y tiene un curso crónico.



### ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

- Informar a los pacientes que es una patología muy contagiosa, y que este riesgo de contagio persistirá pasados 10-15 días tras comenzar el tratamiento.
- En la prescripción de un tratamiento tópico es muy importante el excipiente que se utilice:
  - Lesión seca (tiña hiperqueratósica): utilizar un emoliente para hidratar intensamente la piel y elasticidad, y así mejorar la penetración del principio activo.
  - Lesión muy exudativa: inicialmente secar, por ejemplo, con fomentos, y después utilizar el principio activo.
  - Plantas de los pies: la piel es muy gruesa y deben utilizarse pomada o crema.
  - Zonas interdigitales: la piel es muy fina y debe utilizarse lociones o aerosoles.

### Intervención 1

- Como es una zona húmeda, lavar los pies dedo a dedo y después secarlos, también uno a uno, para evitar que quede humedad.
- Si es necesario, recomendar tratamiento antifúngico (miconazol) en aerosol o polvo, 1 aplicación/12 horas/4-5 semanas.

### Intervención 2

- Si presenta ampollas con gran exudación, al romperse, secar las lesiones con fomentos, como el agua de Burow.

- Tratamiento con miconazol en aerosol o polvo (1 aplicación/12 horas/4-5 semanas) o terbinafina en crema 1 aplicación/24 horas/1 semana.

### Intervención 3

- Al ser una lesión más seca, hidratar la piel y aplicar miconazol o terbinafina como excipiente de crema o pomada.

### Derivar al médico de familia

Deben derivarse aquellos casos en los que no hay mejoría clínica o las lesiones sean muy extensas.

### Consejos generales para la prevención

- Cortar las uñas.
- Usar calzado transpirable.
- Prevenir en gimnasios y piscinas: usar chanclas.
- Mantener una correcta hidratación y cuidado de los pies.
- Aplicar los tratamientos tópicos en cantidad suficiente pero no en exceso dado que pueden macerar la piel y resultar contraproducentes.
- Secar con secador.

	Clinica	
Tiña <i>pedis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Interdigital</i>: grietas y descamación</li> <li>- <i>Vesiculosa</i>: vesículas y ampollas que se rompen</li> <li>- <i>Hiperqueratósica</i>: descamación en la planta del pie con un borde activo</li> </ul>	
Psoriasis plantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones secas, hiperqueratósicas y gruesas, sobre todo en las zonas de presión; observar las palmas de las manos</li> </ul>	
Dermatitis plantar juvenil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Placas eritematosas, superficie lisa y brillante con descamación y fisuras</li> <li>- Predominio en el tercio anterior del pie, respetando los espacios interdigitales</li> </ul>	
Dishidrosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erupción de microvesículas duras agrupadas con irritación</li> <li>- Tendencia a las recurrencias en manos y pies, a menudo asociadas a hiperhidrosis</li> <li>- Mucho prurito</li> </ul>	
Dermatitis alérgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación en contacto con alguna sustancia</li> <li>- Cede con sólo suspender el alérgeno o irritante</li> <li>- Presentan prurito, quemazón y dolor</li> </ul>	

## IMÁGENES



[1]  
Tiña *pedis* interdigital



[2]  
Tiña *pedis* vesiculosa



[3]  
Tiña *pedis* hiperqueratósica

### BIBLIOGRAFÍA

Pérez Bruzón M, Falcón Lincheta L, Miranda Gómez O, Torres Lio-Coo V, Velázquez Pupo A, Rodríguez Porres Y. Índice de severidad y afectación en la tiña pedis. Rev Cubana Med Militar 2015;44(2):161-9.

Sandoval N, Arenas R, Giusiano G, García D, Chávez L, Zúñiga P. Diagnóstico y tratamiento de dermatofitosis y pitiriasis versicolor. Rev Med Hondur 2012; 80 (2): 66-74.

## Mi hijo se rasca mucho la cabeza porque tiene piojos

La *pediculosis* de la cabeza es una de las enfermedades de transmisión más frecuentes en pediatría y, aunque no supone un peligro trascendental para la salud, tiene una gran relevancia por su impacto social o por la mala utilización de los tratamientos disponibles. No hay datos fiables en nuestro país de la incidencia y prevalencia, pero el último estudio realizado en España en 1986, oscila entre el 4,9 y el 14% en la población escolar.

Parece ser que son ahora más frecuentes y difíciles de tratar que años atrás, probablemente por el incremento de resistencias a los insecticidas clásicos, documentado en muchos países aunque no en nuestro entorno, y otros factores, como la falta de estudios clínicos que avalen los resultados de los múltiples productos o la falta de control sanitario sobre el diagnóstico y el tratamiento.

### Características diferenciales

	<b>Pediculosis capitis</b>
<b>Edad y sexo</b>	Afecta con más frecuencia a niños y niñas en edad escolar entre 3 y 10 años, con una mayor incidencia en las niñas porque llevan el cabello más largo
<b>Causa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las tres especies de piojos que pueden infestar al ser humano y no pueden vivir fuera de él son <i>Pediculus humanus capitis</i> (piojo de la cabeza), <i>Pediculus humanus corporis</i> (piojo del cuerpo) y <i>Pthirus pubis</i> (piojo del pubis o ladilla). Este último vive en los pelos genitales y se considera una enfermedad de transmisión sexual</li> <li>- Los piojos son insectos de 2 mm sin alas; por eso no se transmiten porque salten o vuelen de una cabeza a otra, sino por contacto directo o por objetos contaminados. Son parásitos y, para alimentarse y vivir, necesitan sangre humana</li> <li>- La hembra pone de 100 a 300 huevos o liendres que sólo se pueden extraer por tracción mecánica, porque se adhieren a la raíz gracias a una sustancia viscosa que las une fuertemente. La liendre se abre en 5 o 10 días y se convierte en adulta en 2 semanas</li> </ul>
<b>Clínica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Su principal síntoma es el prurito, producido cuando el parásito pica inoculando saliva para alimentarse de la sangre humana. Este proceso no causa síntomas hasta incluso 8 semanas más tarde cuando se produce una sensibilización</li> <li>- Por lo general, la infestación comienza en la región retroauricular y se extiende posteriormente por toda la cabeza</li> <li>- En ocasiones, a consecuencia del rascado, puede aparecer una infección bacteriana secundaria</li> </ul>

(Continúa)

**Diagnóstico**

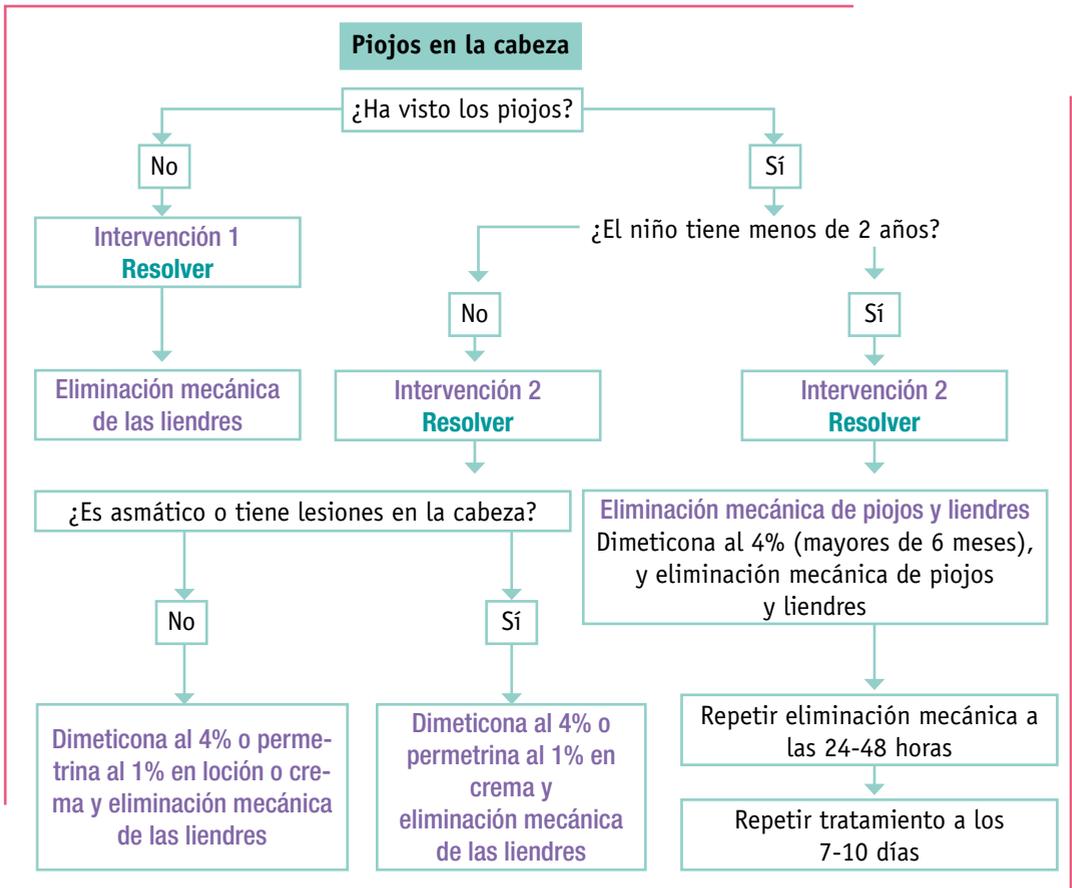
- Inicialmente se pueden apreciar las liendres, de color blanco grisáceo que, a diferencia de la caspa, no se desprenden con facilidad
- Los piojos son más difíciles de encontrar pero habitualmente se localizan en la región retroauricular y en la nuca
- Tener liendres no supone una infestación activa: del total de estas liendres, las dos terceras partes no derivarán en piojos
- Si el paciente está asintomático y se descubre casualmente liendres, el porcentaje de infestación activa es baja (7% si hay menos de 5 liendres)
- Para un diagnóstico más eficaz se recomienda mojar el cabello y peinarlo con un peine de púas finas. Repetir la operación como mínimo 2 veces buscando piojos en el peine en cada mechón y limpiándolo. Es altamente recomendable disminuir la movilidad del parásito impregnando el pelo con aceites. Con este sistema habitualmente se tarda poco más de 1 minuto en encontrar el primer piojo

**Tratamiento**

Ver a continuación



→ **ALGORITMO** de actuación del farmacéutico





## TRATAMIENTO

La pediculosis de la cabeza es una afectación frecuente que en ocasiones crea una gran alarma social. No supone ninguna patología grave, pero la existencia de mensajes confusos e inadecuados, a veces contradictorios, sobre su tratamiento y la mala utilización de éste pueden hacer que lo sea.

Aconsejar siempre medidas preventivas. Sólo se puede dar tratamiento si el paciente o los padres han detectado piojos vivos y siempre debe acompañarse con la eliminación mecánica de liendres.

Recordar respecto a la información a suministrar los errores más frecuentes en el tratamiento pediculicida:

- Aplicación inadecuada del producto: cantidad insuficiente, tiempo insuficiente o procedimiento inadecuado. Leer el prospecto.
- No repetir el tratamiento a los 7-10 días para prevenir reinfestaciones.
- No utilizar la liendreras con suficiente frecuencia.

### Intervención 1

#### Eliminación mecánica de piojos y liendres

- Es un método efectivo para extraer las liendres y los piojos, y puede servir como método diagnóstico, pero sólo es una parte del tratamiento.
- Hay estudios que demuestran que la extracción mecánica de los piojos como único tratamiento es inapropiada, aunque en algunos casos es la única solución.
- Es una alternativa en los casos donde no está recomendado, o está contraindicado, el uso de pediculicidas, como en niños menores de 6 meses.
- Debe hacerse con el cabello húmedo, habiendo aplicado un acondicionador (para disminuir la movilidad de los piojos). Debe peinarse el cabello durante 15-30 minutos, desde la raíz a las puntas, cada 3-4 días durante un mínimo de 2 semanas.
- Se pueden utilizar *liendreras* para ayudar en la extracción mecánica de piojos y liendres. Hay dos clases:
  - *Clásicas*: pueden ser de plástico o metálicas, pero lo más importante es que tengan las púas muy juntas. Las de plástico son más flexibles y pueden no tener bastante fuerza para retirar los huevos, pero no dañan el cuero cabelludo. Las metálicas están diseñadas para extraer piojos y liendres, pero es frecuente que puedan producir excoりaciones.
  - *Eléctricas*: peine de púas metálicas que emite una descarga eléctrica al contactar con el piojo. Deben usarse con el cabello seco y no mata las liendres. Esto hace que no se erradique del todo la infestación y que, como los piojos tienen una gran movilidad, no los localice a todos.
- Se desconoce si modificaciones puntuales, como púas con rugosidades o púas móviles, aportan alguna ventaja.
- Las liendreras también son útiles en el control postratamiento con pediculicidas tópicos. Debe peinarse el cabello al día siguiente del tratamiento y después regularmente cada 3-4 días durante un mínimo de 2 semanas.
- Si tras el tratamiento quedan piojos vivos de diferentes medidas, puede ser por una resistencia al tratamiento, pero si los piojos son todos de la misma medida, puede ser una reinfestación.
- En la cultura popular se ha utilizado el vinagre diluido (ácido acético al 3-5%) para disolver el cemento que une el huevo al cabello y facilitar así su extracción mecánica, pero no se ha podido demostrar el beneficio

de esta técnica, aunque queda probado que puede desnaturalizar los huevos. En ningún caso tiene que ser el único tratamiento y nunca se usará antes o después del tratamiento tópico porque lo diluye o lo inactiva, respectivamente.

- Los métodos basados en la extracción mecánica de liendres y piojos tienen una eficacia moderada pero no despreciable considerando la pérdida de eficacia de los insecticidas clásicos. Su mayor inconveniente es que son lentos.

## Intervención 2

- Ningún pediculicida debe utilizarse como preventivo, por sus efectos adversos y porque pueden crear resistencias.
- En el momento de escoger un tratamiento, no hay una evidencia clara de que uno sea superior a otro y se tendrán que valorar otros aspectos, como las resistencias locales observadas por la experiencia a los diferentes pediculicidas, los tratamientos previos, las preferencias de los pacientes y/o de los padres, las patologías concomitantes, los excipientes, la edad del paciente, etc.
- Ningún tratamiento es efectivo al 100% para la erradicación de piojos y liendres; por eso es muy importante repetir el tratamiento a los 7-10 días para matar las formas jóvenes de nueva aparición. En este punto hay que aclarar que bastantes autores recomiendan que esto se haga a los 9 días y no a la semana, como de forma habitual se viene recomendando, ya que en la actualidad y en nuestro medio se piensa que es preferible actuar con más cautela. Si queda algún huevo viable, el último en eclosionar lo hará a los 8 o 9 días de la aplicación del insecticida. Por tanto, tras aplicar permetrina o similares es aconsejable repetir el tratamiento a los 9 días. Antes del 7.º día podría ser demasiado pronto.
- Los tratamientos tópicos tienen que ir acompañados de la extracción mecánica de las liendres.

- El uso de lendreras no es suficiente para erradicar los piojos.
- Los tratamientos en forma de champús no están recomendados, porque diluyen el producto y el tiempo de aplicación es insuficiente. Tampoco se recomiendan los aerosoles, porque pueden caer a los ojos. Así pues, pese a tener igual composición en cuanto a principios activos las cremas y lociones tienen mayor eficacia que los champús.
- El tratamiento en loción debe aplicarse sobre el cabello seco y dejarlo secarse sin utilizar secador.
- Si se opta por una solución alcohólica, aplicar en estancias muy ventiladas y lejos de fuentes de calor. No se puede utilizar en niños muy pequeños, personas mayores o con asma, ni si hay un eccema en la cabeza.
- Los tratamientos tópicos deben aplicarse con guantes, sólo en el cuero cabelludo y sin cubrir el cabello con una toalla, porque absorbe el producto, disminuyendo su eficacia. Puede cubrirse la cabeza con un gorro de plástico (tipo ducha) para que el producto no caiga en los ojos.
- La mayoría de estos productos están registrados en España como *plaguicidas de uso en higiene personal* y deben estar alejados de los niños para evitar una ingesta accidental. Si fuera el caso, debe contactar con el Instituto Nacional de Toxicología, en el teléfono 91 562 04 20, y/o ir al servicio de urgencias.
- Todos los insecticidas y productos relacionados con el tratamiento de la pediculosis son de venta libre en farmacias.

### Insecticidas

Los insecticidas actúan interfiriendo el metabolismo neuronal del insecto. Todos pueden tener efectos adversos sobre el hombre y el ecosistema, y pueden perder eficacia por el desarrollo de resistencias. Los tres más utilizados han sido permetrina y malatión. Con estos productos hay mucha experiencia, pero no tanta evidencia científica. También se in-

cluyen crotamitón, butóxido o sulfóxido de piperonilo e isopropanol. Su eficacia depende en buena medida de su formulación. Hay excipientes que potencian de manera significativa el efecto, por tener propiedades insecticidas sinérgicas o por otros motivos. También varía al usar una u otra forma galénica. Pueden presentarse en champú, loción o solución, gel-loción, gel, crema, espuma y aerosol. La loción o solución es líquida y puede ser acuosa o alcohólica.

- *Permetrina*: sola en concentraciones al 0,75, 1 o 1,5%, o asociada a butóxido de piperonilo al 0,3, 1 o 1,5%. La *permetrina al 1%*, en forma de loción o crema, es el tratamiento de elección de la pediculosis. Es muy eficaz y tiene baja toxicidad, incluso se puede usar en mujeres embarazadas (categoría B de la Food and Drug Administration). No se puede seguir defendiendo que la permetrina sea el insecticida de primera elección sin tener en cuenta las resistencias locales. En algunos países la resistencia a la permetrina ha sido bien documentada pero en España no se conocen trabajos amplios.
- *Malatión*: solo al 0,5% o combinado al 0,5% con permetrina al 1% y butóxido de piperonilo. Es el tratamiento recomendado si un insecticida tradicional crea resistencias. Debe dejarse actuar de 8-12 horas, tiene un olor desagradable y es muy inflamable.
- *Crotamitón*: solo al 10%. No hay datos sobre su uso como pediculicida aunque hay una especialidad farmacéutica comercializada para este uso.

### *Dimeticona*

- Es una silicona que recubre los piojos y provoca su asfixia. Su mecanismo de acción no provoca resistencias.
- Hay diferentes presentaciones y se debe dejar actuar desde una hora a una noche. Como el resto de tratamientos, debe repetirse a los 7 o 10 días.
- Al no ser un insecticida es menos irritante y más seguro. Es una opción terapéutica sobre todo en casos de pacientes o padres que no quieren utilizar insecticidas.

- También se incluyen en este apartado productos como la solución de miristato de isopropilo y la cicloticona

### *Otros productos tópicos*

- Aunque son ampliamente utilizados, no hay estudios que demuestren la eficacia de sustancias con base de plantas, como la lavanda, el anís verde, el árbol de té, etc. Y si se utilizan inadecuadamente, pueden ser nocivos.
- Tampoco hay evidencias que recomienden el uso de productos repelentes o preventivos de piojos.

### Tratamiento vía oral

A pesar de que hay estudios con ivermectina y trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX), no están recomendados ni autorizados, por lo que su uso debe ser limitado.

### Resumen sobre el uso de insecticidas y agentes oclusivos

- Si el producto es en crema, aplicar sobre el cabello húmedo y, si es en loción, aplicar sobre el cabello seco dejándolo secar al aire libre, siempre desde la raíz a las puntas.
- Dejar que el producto actúe el tiempo recomendado según el prospecto.
- Lavar el cabello con un champú normal (no de tratamiento).
- Repetir el tratamiento a los 9 días.
- Hacer detección de piojos y extraer las liendres 24-72 horas después del tratamiento.
  - Si no se encuentran piojos, repetir la detección con la lencera cada 3 o 4 días durante un mínimo de 2 semanas. Si no se encuentran piojos en ninguna sesión, el tratamiento ha sido efectivo.
  - Si se detectan piojos quiere decir que el tratamiento ha fracasado:
    - *Piojos adultos*: seguramente se trata de una reinfestación y deberá repetirse el tratamiento, utilizando las técnicas adecuadas y haciendo énfasis en las medidas de prevención.

- *Piojos de diferentes medidas*: seguramente se trata de una resistencia al tratamiento y deben recomendarse productos alternativos, aumentando la concentración de permetrina al 5% o aplicar malatión. Comprobar también que la técnica y las medidas preventivas sean las correctas.
- Algunos autores defienden que hay evidencias a favor del tratamiento simultáneo de todos los contactos, sin necesidad de diagnosticar la existencia de piojos. Parece una actitud excesiva, ya que, aunque se puedan observar liendres en algún conviviente, el riesgo de infestación activa suele ser bajo.
- Los enseres personales de las personas infestadas, como peines o cepillos del cabello, deben desinfectarse con un champú pediculicida o hervir durante 10 minutos.
- Las toallas, las sábanas y la ropa de niños con piojos deben lavarse, siempre que sea posible, con un ciclo de lavadora con temperatura superior a 55 °C; si no, se dejarán en una bolsa cerrada durante 15 días.
- Existen sustancias naturales con propiedades repelentes *in vitro*, pero sólo algunas, como la citronella, cuentan con pequeños ensayos clínicos que puedan respaldar su utilidad. En ningún caso se recomienda su uso preventivo, ya que pueden tener efectos nocivos.
- No se debería usar un insecticida como repelente, ya que se podrían desarrollar resistencias.
- No hay evidencias que justifiquen que un niño sea apartado de la asistencia escolar una vez diagnosticada una pediculosis y podría volver al colegio al efectuar un tratamiento.

### Medidas preventivas

- Evitar el uso de peines, gorras y enseres personales de personas infestadas.
- Evitar el contacto estrecho (sobre todo con la cabeza y el cabello) con personas infestadas.
- Procurar que los niños vayan a la escuela con el cabello recogido o muy corto.

Tratamientos recomendados en diferentes situaciones

Edad	Tratamiento de elección	Alternativas al tratamiento de elección
Niños < 6 meses	Eliminación mecánica	
Niños entre 6 meses y 2 años	Eliminación mecánica	Dimeticona o permetrina en crema, bajo prescripción médica
Niños > 2 años y adultos	Permetrina loción o dimeticona	Malatión
Embarazo y lactancia	Eliminación mecánica o dimeticona	Permetrina
Asmáticos	Permetrina crema Eliminación mecánica o dimeticona	

## BIBLIOGRAFÍA

- Actualización del tratamiento de la pediculosis. INFAC 2011;19(2):7-11. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/infac\\_v19\\_n2.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n2.pdf)
- British National Formulary 41th (march 2001). London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2001.
- Crossan L. Experience based treatment of head lice. *BMJ* 2002;324(7347):1220.
- Dodd C. Treatment of head lice. *BMJ* 2001;323(7321):1084.
- Does dimeticone clear head lice? *Drug Ther Bull* 2007;45(7):52-5.
- Drug Facts and Comparisons. St. Louis: Facts and Comparisons. [Actualizado mensualmente].
- Drugs for head lice. *Med Lett Drugs Ther* 1997;39(992):6-7.
- Ebomoyi EW. Pediculosis capitis among urban school in children in Ilorin, Nigeria. *J Natl Med Assoc* 1994;86(11):861-4.
- Estrada JS, Morris RI. Pediculosis in a school population. *J Sch Nurs* 2000;16(3):32-8.
- Frankowski BL, Bocchini JA Jr; Council on School Health and Committee on Infectious Diseases. Head lice. *Pediatrics* 2010;126(2):392-403. Disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-1308](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-1308).
- García Ruiz JA, Larrubia Muñoz O, Pablos Mateos AI, Puerta Fernández MC, Vázquez Panal J. Tratamiento de la pediculosis de la cabeza. Documentos Técnicos de Salud Pública. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2006.
- Goldstein AO, Goldstein BG. Pediculosis capitis. UpToDate 2010. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- Health Protection Agency North West. The Prevention, Identification and Management of Head Lice Infection in the Community. HPANW 2010. Disponible en: [www.hpa.org.uk](http://www.hpa.org.uk)
- Herranz Jordán B, Abad Irazusta E. Pediculosis de la cabeza. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008;10:267-86
- Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: Randomized observer blinded comparative trial. *BMC Infect Dis* 2008;8:115.
- Management of head lice in primary care. *MeReC Bulletin*. 2008;18(4). Disponible en: [http://www.npc.co.uk/ebt/merec/therap/infest/resources/merec\\_bulletin\\_vol18\\_no4\\_head\\_lice.pdf](http://www.npc.co.uk/ebt/merec/therap/infest/resources/merec_bulletin_vol18_no4_head_lice.pdf).
- Martínez García MA. Pediculosis del cuero cabelludo. *Sendagaiak* 2008;21(4):13-15.
- McEvory GK, ed. AHFS Drug Information 2000. Bethesda: American Society of Health System Pharmacist; 2000.
- Poux de tête et pédiculose du cuir traitement. Ne pas en faire une maladie, et limiter les risques du traitement. *La Revue Prescrire* 2001;21:761-70.
- Public Health Medicine Environmental Group. Head lice: evidence-based guidelines based on the stafford report 2012 update. [Disponible en: [http://www.phmeg.org.uk/files/1013/2920/7269/Stafford\\_Headlice\\_Doc\\_revise\\_2012\\_version.pdf](http://www.phmeg.org.uk/files/1013/2920/7269/Stafford_Headlice_Doc_revise_2012_version.pdf)]
- Roberts RJ. Head lice. *N Eng J Med* 2002;346(21):1645-50.
- Roberts RJ, Casey D, Morgan DA, Petrovic M. Comparison of wet combing with malathion for treatment of head lice in the UK: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356(9229):540-44.
- Takano-Lee M, Edman JD, Mullens BA, Clark JM. Home remedies to control head lice: assessment of home remedies to control the human head louse, *Pediculus humanus capitis* (Anoplura: Pediculidae). *J Ped Nurs* 2004;19(6):393-8.
- Woods F, McArtney R, Adams A, Woodland G, Fletcher D, Lockett C, et al. Head lice. Questions & Answers for Healthcare Professionals. Cardiff: University Hospital of Wales; 2014. [Disponible en: <http://www.wmic.wales.nhs.uk/pdfs/bulletins/Head%20Lice%20Bulletin%20Jan%202014.pdf>]

## ¿Tengo psoriasis?

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta al 1-3% de la población y que suele cursar en brotes con intervalos libres entre ellos.

Su etiología es desconocida, a pesar de que parecen estar implicados factores genéticos e inmunitarios.

Las lesiones suelen mejorar en verano gracias a la exposición solar y empeorar en primavera y en invierno.

Hay diversos factores desencadenantes, siendo el estrés uno de los más importantes, pero también algunos fármacos (antiinflamatorios no esteroideos [AINE], litio, antihipertensivos, antipalúdicos, etc.), el tabaco y el alcohol.

Tiene varias formas de presentación, pero sólo trataremos la forma más frecuente, la psoriasis vulgar o en placas, entendiendo que, por su dificultad diagnóstica y complejidad terapéu-

tica, las otras formas deben ser valoradas por el médico de familia o el dermatólogo.

La psoriasis vulgar se presenta en forma de placas eritematodescamativas, más o menos simétricas, con localizaciones típicas (codos, rodillas, cuero cabelludo, región lumbosacra y, con menor frecuencia, en las palmas de las manos y las plantas de los pies).

Actualmente no hay ningún tratamiento que cure la enfermedad. Las diferentes opciones terapéuticas tienen como objetivo mejorar los síntomas y disminuir la gravedad y la extensión de las lesiones. La elección de un tratamiento u otro dependerá de la gravedad, la extensión, el perfil beneficio-riesgo, las preferencias del paciente y la respuesta al tratamiento. Habitualmente, las formas leves-moderadas (afectación inferior al 15% de la superficie corporal) se tratarán con fórmulas tópicas, mientras que en las formas más graves y extensas será preferible un tratamiento sistémico.

## Características diferenciales

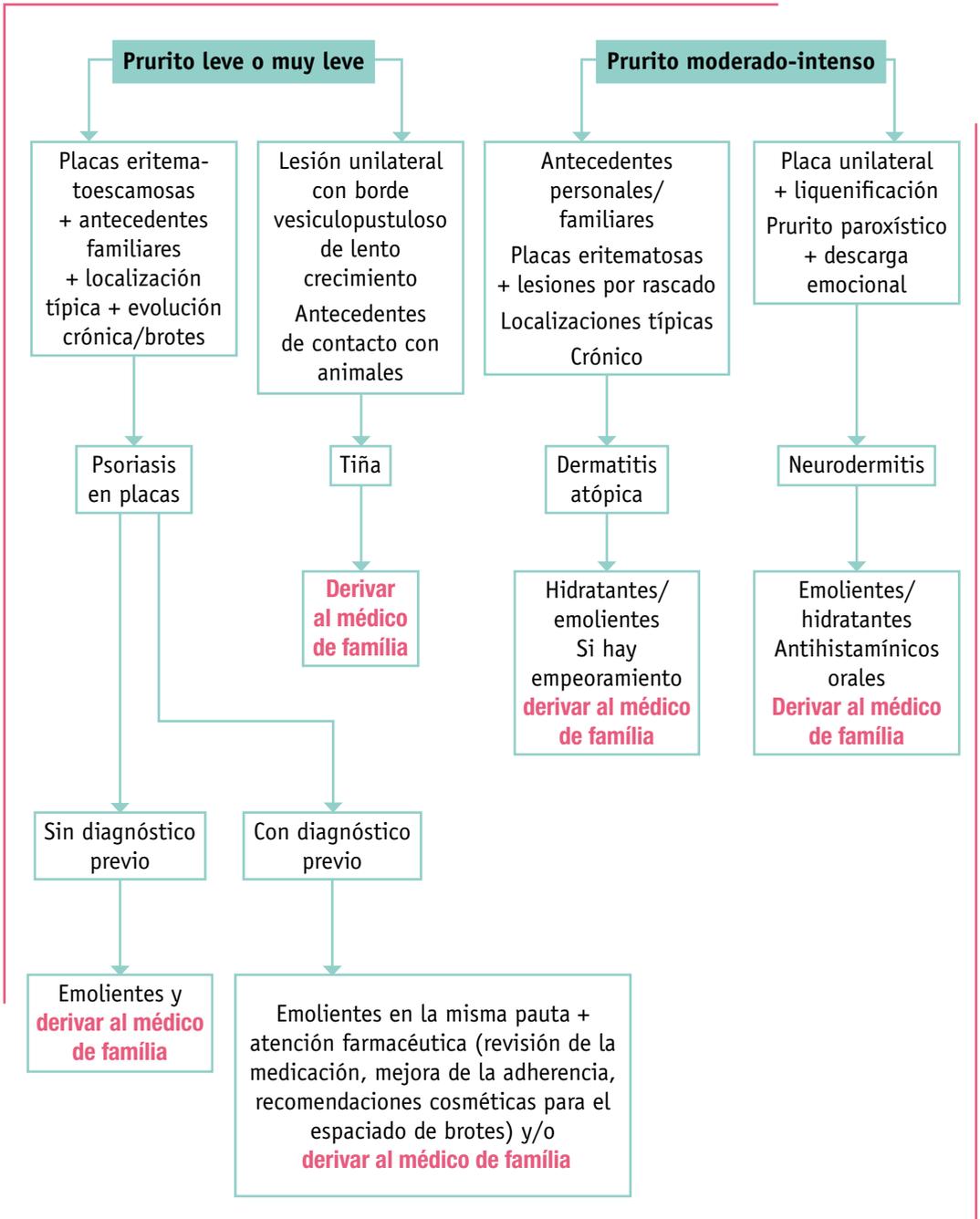
Psoriasis en placas	Tiña <i>corporis</i>	Dermatitis atópica	Neurodermitis
<b>Etiología</b>			
Genética	Hongos dermatofitos	Genética	¿Estrés, sustrato atópico?
<b>Frecuencia</b>			
++++	++	++++	++++
<b>Edad</b>			
Por lo general se inicia a partir de los 20 años	Cualquier edad	Más frecuente en niños	Más frecuente en pacientes de edad media
<b>Clínica</b>			
Placas eritemato-escamosas, gruesas Abundante descamación blanco nacarada al rascado	Prurito ligero Lesión unilateral con borde vesiculopustuloso de avance, que crece en días o en semanas	Prurito intenso Placas de eccema subagudo o crónico, liquenificadas, con excoriaciones	Prurito paroxístico Placa unilateral, liquenificada, excoriada, estable durante semanas o meses
<b>Anamnesis</b>			
Preguntar por psoriasis en localizaciones típicas Inspeccionar el pliegue interglúteo y las uñas en caso de duda Preguntar por antecedentes familiares de psoriasis	Preguntar por contacto con animales de pelo 1 mes antes del inicio de la erupción	Preguntar por antecedentes personales o familiares de atopia (eccema, rinoconjuntivitis o asma)	Preguntar por características del prurito. Preguntar por estrés
<b>Localización</b>			
Codos, rodillas, superficie de extensión de las extremidades y nudillos	Zonas descubiertas	Pliegue antecubital y poplíteo	Región pretibial Superficie de extensión de antebrazo y codo Habitualmente se localiza en la región pretibial derecha y antebrazo izquierdo de pacientes diestros, al ser las zonas inconscientemente más accesibles
<b>Diagnóstico</b>			
Clínico En caso de duda se puede realizar biopsia	Hidróxido de potasio y cultivo en Sabouraud	Clínico	Clínico Se puede confirmar por biopsia

(Continúa)

(continuación)

Psoriasis en placas	Tiña <i>corporis</i>	Dermatitis atópica	Neurodermitis
<b>Asociaciones</b>			
Lesiones de psoriasis en otras localizaciones (cuero cabelludo, pliegues, <i>pitting</i> ungueal) 5-10% artropatía Antecedentes familiares de psoriasis	Puede haber tiña en otras localizaciones o en personas con las que se tiene contacto	Lesiones ecematosas en otras localizaciones Sustrato atópico (eczema, rinoconjuntivitis y asma) del paciente o de sus familiares	Neurodermitis en la nuca y la región genital o perianal
<b>Tratamiento</b>			
Corticoides tópicos de elevada potencia, antralina (ditianol), derivados de la vitamina D o retinoides tópicos (o combinaciones) Realizar rotaciones con los tratamientos para evitar la pérdida de efectividad (taquifilaxia) En casos de psoriasis extensa, fototerapia (UVB), fotoquimioterapia (PUVA) o tratamientos sistémicos (acitretino, metotrexato, ciclosporina, infliximab, etanercept, efalizumab, adalimumab) (en cualquiera de estos casos valorar con el paciente riesgo/beneficio)	Antifúngicos tópicos	Emolientes a discreción Alternar corticoides tópicos de baja potencia con otros de potencia media en periodos cortos Algunos casos precisan corticoides de potencia elevada Si se necesitan corticoides de forma continuada, puede ensayarse el tratamiento con inmunomoduladores tópicos	Hidratantes Corticoides tópicos potentes Antihistamínicos sedantes Ansiolíticos Evitar el estrés
<b>Curso</b>			
Crónico con exacerbaciones y remisiones	Agudo Cura con el tratamiento	Crónico, con exacerbaciones y remisiones Suele remitir al llegar a la adolescencia o el inicio de la edad adulta	Crónico, con exacerbaciones y remisiones Empeora con el estrés y mejora cuando éste disminuye

# ALGORITMO de diagnóstico diferencial de psoriasis según clínica



## Algunos detalles a propósito de los tratamientos

- El *excipiente* es tan importante como el principio activo elegido. En la cara y en los pliegues deben aplicarse cremas, porque son menos grasas. En cambio, en las palmas de las manos y las plantas de los pies, donde la piel es más gruesa, en los codos y rodillas o en las lesiones donde hay muchas escamas, es más conveniente una pomada porque es más grasa. Las lociones, las emulsiones y los geles son idóneos para el cuero cabelludo.
  - Las *cremas* y los *aceites hidratantes* tienen que ser el tratamiento de base de un paciente con psoriasis, independientemente del grado de afectación y del tratamiento que haga, porque forman una capa grasa que evita la pérdida de agua de la piel, reblandece y reduce las escamas, y mejora la elasticidad de la piel, evitando que se hagan grietas. También ayuda a disminuir el prurito. En caso de lesiones en los pliegues, garantizar la correcta absorción del producto a fin de evitar maceración de la piel.
  - Si existe hiperqueratosis, normalmente se trata con un *queratolítico*, como la vaselina salicílica. Hay que limitar el uso por el peligro de reblandecer excesivamente la lesión y favorecer las infecciones bacterianas.
  - Los *corticoides* son uno de los tratamientos fundamentales de la psoriasis. Se usan con potencias diferentes en función de las características de la lesión. Deben tenerse en cuenta los efectos secundarios a consecuencia del uso prolongado (atrofia cutánea, telangiectasias, foliculitis, hipertrichosis, acné, etc.); por lo tanto, no es recomendable alargar la duración del tratamiento indicado por el médico, que suele ser 1 aplicación/12 horas/4 semanas (máximo, 50 g/semana). Si el paciente no es cons-
- tante con el tratamiento, puede producirse un efecto rebote, donde las lesiones aparecen todavía con más virulencia una vez suspendido el tratamiento corticoide. Para evitar este efecto, una vez ha mejorado la lesión, hay que aconsejar un tratamiento de mantenimiento (generalmente, aplicar el corticoide 2 veces por semana).
- Los *análogos de la vitamina D* (calcipotriol, calcitriol, tacalcitol) son también tratamientos de primera línea para la psoriasis, tanto en monoterapia como combinados con corticoides, y se pueden usar en la fase de mantenimiento y en un brote. El tratamiento con análogos de la vitamina D tampoco puede aplicarse más tiempo del prescrito ni en una dosis superior a la recomendada por el médico, porque pueden provocar hipercalcemia e irritación local. Se debe evitar la exposición solar posterior a la aplicación del tratamiento, porque son fotosensibilizantes.
  - En un tratamiento combinado de corticoides y análogos de la vitamina D, la duración del tratamiento puede llegar hasta las 52 semanas.
  - El *tazaroteno* es un retinoide tópico (análogo de la vitamina A) empleado en el tratamiento de la psoriasis localizada, generalmente combinado con corticoides que hacen disminuir su efecto irritante local (evitar el uso en la cara y en los pliegues cutáneos). Es teratogénico y por lo tanto está contraindicado en el embarazo.
  - La *antralina* o *ditranol* es un tratamiento de segunda línea poco aceptado por los pacientes, porque mancha y es bastante irritante.
  - Los *inhibidores de la calcineurina* (pimecrolímús y tacrolímús) son inmunomoduladores. Se han empleado en la psoriasis como tratamiento de segunda línea, pero estudios recientes parecen vincular su uso con la aparición de enfermedades hematólogicas y hace que estén desaconsejados.

## ACTUACIÓN del farmacéutico

- Recomendar emolientes en caso de psoriasis muy leve en aquellos casos ya diagnosticados y tratados en los que la enfermedad no está controlada, bien porque no mejora, empeora o el tratamiento es insuficiente.
  - Si el diagnóstico ya está hecho y el paciente está siguiendo un tratamiento, aconsejar que sea constante y no lo deje y, si empeora o no se resuelve, remitirlo al médico de familia.
- Derivar al médico de familia:
    - Cuando no quede claro el diagnóstico.
    - En los casos en que, a pesar de que el diagnóstico es acertado, las lesiones no se controlan con emolientes/hidratantes y es necesario prescribir un tratamiento más específico.

## IMÁGENES



[1] Psoriasis moderada en cuero cabelludo



[2] Placas eritematodescamativas extensas en tronco



[3] Hipopigmentación perilesional post-inflamatoria. El paciente inicia resolución de las lesiones



[4] Afectación de localización clásica de psoriasis vulgar en codo



[5] Afectación en forma de grandes placas de psoriasis

#### BIBLIOGRAFÍA

Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Boletín INFAC 2011;19(3):12-20.

Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L, et al. Tratamiento tópico de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr 2009;100(3):190-200.

Ribera Pibernat M. Psoriasis. Guía de tratamientos. Badalona: E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas, S.L.; 2009.

## Tengo una llaga en la pierna

El concepto de úlcera de la extremidad inferior se emplea para definir una lesión, espontánea o accidental, relacionada con un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo de tiempo esperado.

Las etiologías son diversas, pero las tres principales, venosa, isquémica y neuropática, suponen el 95% de todas las úlceras de la extremidad inferior. El 75-80% son de etiología venosa.

**Factores de riesgo asociados a las úlceras de la extremidad inferior**

Insuficiencia venosa	Insuficiencia arterial
Más frecuente en mujeres	Más frecuente en hombres
Edad (> 65 años)	Edad (> 50 años)
Factores hereditarios	Tabaco
Bipedestación prolongada (personal de enfermería, camareros, personas que hacen tareas domésticas)	Diabetes
Sedestación prolongada (personas que conducen vehículos durante trayectos largos)	Hipertensión arterial
Tras una trombosis venosa profunda	Dislipemia
Malformación arteriovenosa	Cardiopatía isquémica
Aumento de la presión abdominal (embarazo, obesidad, personas que hacen tareas domésticas)	

## Síntomas que acompañan a las úlceras de la extremidad inferior

Síntomas	Venosos	Arteriales	Neuropáticos
Prurito en las piernas	Sí	No	No
Sensación de quemazón y pesadez	Sí	No	No
Dolor			
Aumenta si camina	No	Sí	No
Aumenta por la noche (reposo)	No	Sí	No
Disminuye al bajar el pie de la cama	No	Sí	No
Disminuye tras el reposo	Sí	No	No
Sensación de frío en piernas y pies	No	Sí	No
Disminución de la sensibilidad	No	No	Sí
Impotencia funcional	No	Sí	Sí
Claudicación intermitente	No	Sí	No

En la mayoría de casos, las *úlceras de etiología isquémica* son consecuencia de la isquemia cutánea causada por la arteriosclerosis obliterante. La *claudicación intermitente* es un síntoma característico de la insuficiencia arterial y se puede definir como dolor e impotencia funcional por una falta de aportación sanguínea a la extremidad afectada, secundaria a una arteriopatía, generalmente crónica (afectación isquémica).

En España, la principal etiología de la úlcera neuropática es la diabetes mellitus. En la bibliografía médica es frecuente que la referencia a la úlcera neuropática, en el contexto de la diabetes mellitus, se englobe en el concepto clínico de «pie diabético».

Si hay una sospecha de que la úlcera es de etiología arterial o neuropática, debe derivarse, siempre y de forma urgente, al médico de familia.

El diagnóstico de una úlcera de etiología venosa se realiza con criterios clínicos. Posteriormente, si es necesario, se podrá confirmar con estudios hemodinámicos (eco-Doppler).

Se recomienda establecer el diagnóstico clínico inicial de *úlcera venosa* en presencia de los siguientes signos y síntomas clínicos:

- Localización en la zona lateral interna del tercio distal de la pierna.
- Morfología redonda/ovalada.
- Bordes excavados.
- Tejido periulceral con alteraciones cutáneas previas: dermatitis ocre, hiperqueratosis, atrofia blanca.
- Expresión de dolor tolerable.

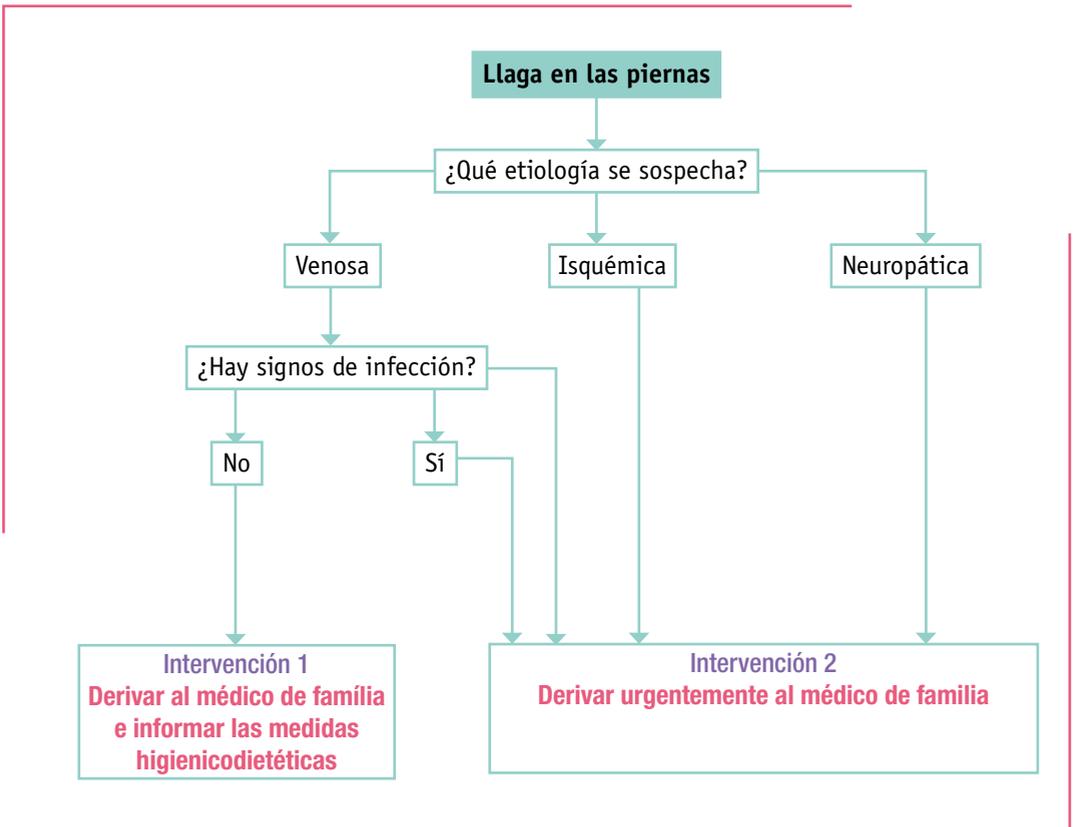
Es fundamental constatar la existencia de pulsos periféricos (pedio y tibial posterior) para diferenciarla de la úlcera de etiología isquémica.

Signos
Sensibilidad normal
Edemas
Sudoración normal
Dermatitis ocre
Dermatoesclerosis
Hemorragias espontaneas
Eczema
Zona supramaleolar interna

Síntomas
Prurito en las piernas
Sensación de quemazón y pesadez
Dolor que disminuye con el reposo nocturno
Dolor que mejora al elevar las piernas



## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## Intervención 1

### Derivar al médico de familia

Una vez establecido el diagnóstico de úlcera venosa, se debe derivar al médico de familia con carácter ordinario. Hasta el día de la visita, recomendar una cura diaria de la úlcera, siguiendo los principios del cuidado en ambiente húmedo.

En esta patología, la función principal de la farmacia comunitaria es la prevención, que consiste fundamentalmente en la educación dirigida a cambios en los hábitos higiénicos, dietéticos y posturales, que favorecerán la curación de las úlceras y evitarán la aparición de nuevas lesiones.

El tratamiento se basa principalmente en reducir la hipertensión venosa de la extremidad y en las medidas locales. Si no se consigue reducir esta hipertensión, será imposible que la úlcera cicatrice.

Probablemente, si el paciente pudiera estar encamado con la extremidad en alto durante el tiempo suficiente, se conseguiría un 100% de la cicatrización de las lesiones, pero esto supone una sobrecarga para el sistema sanitario y una disminución de la calidad de vida del afectado; además, muy a menudo el paciente con úlcera venosa se caracteriza por el bajo cumplimiento del tratamiento.

La asepsia para conseguir un control de la infección y del exudado es la base principal en la limpieza de las úlceras venosas. Una correcta limpieza de la herida parte del lavado de manos, el uso de los guantes, la irrigación de la herida y la utilización de apósitos estériles. Siguiendo los principios básicos de asepsia para la limpieza de las heridas, en la mayoría de los casos sería suficiente la irrigación con soluciones salinas o agua.

### En este sentido cabe recomendar:

- Evitar el calor directo, la ropa ajustada y el calzado inadecuado (estrecho, con punta y tacones altos).
- Realizar ejercicio físico moderado a diario, adecuado para cada paciente: andar, nadar, ir en bicicleta.
- Mantener una dieta equilibrada: evitar la sal y controlar el peso.
- Elevar las extremidades siempre que sea posible y evitar cruzar las piernas.
- Dormir con los pies elevados en la cama (15-30°).
- Utilizar medias o calcetines de compresión el máximo tiempo posible durante el día.
- Evitar estar mucho tiempo de pie o sentado.
- En cuanto a la terapia tópica no existen evidencias que indiquen cuál es la mejor. Los estudios sugieren el uso de una cobertura simple, no adherente, de bajo coste y aceptable por el paciente.
- Lavar diariamente la úlcera y usar cremas hidratantes o ácidos grasos hiperoxigenados.
- Lavar la extremidad con agua y jabón.
- Limpiar la herida en cada cambio de apósito.
- Utilizar una solución salina o, en su defecto, agua tibia del grifo.
- Aplicar el producto con una presión que no cause traumatismo en la herida, pero que facilite el arrastre de restos necróticos.
- Evitar el arrastre del apósito cuando éste quede adherido a la herida; se recomienda humedecerlo antes de retirarlo para no lesionar el tejido de nueva formación.
- Evitar los antisépticos, pues las evidencias actuales sugieren que su empleo no es necesario y, si lo fuera, hay que evitar el empleo prolongado.
- Evitar el agua oxigenada, porque es bacteriostática y se degrada fácilmente con la luz y el calor.

## Intervención 2

En estos casos debe derivarse al médico de familia cuanto antes mejor.

La aparición de una úlcera isquémica es un signo de mal pronóstico y además es indicativa de una patología arterial obstructiva en fase avanzada.

Hay que mantener un especial cuidado y atención frente al pie diabético por las graves consecuencias en forma de pérdida de tejidos y de extremidades que puede suponer una demora en su derivación y tratamiento quirúrgico, en muchas ocasiones urgente.

La función del farmacéutico es la de la prevención. En el sentido de recomendar:

- Mejorar el estado general del paciente controlando las patologías concomitantes.
- Tratar activamente el dolor.
- Recomendar el reposo de la extremidad afectada.
- Evitar que la extremidad cuelgue fuera de la cama para evitar el edema.
- Lavarse con agua tibia (36-37 °C) y con jabón de pH neutro.
- No dejar los pies en remojo más de 5 minutos para no ablandar la piel.
- Mantener la piel de los pies limpia y seca, sobre todo en los espacios interdigitales (evitar las estufas y secadores).
- Evitar el uso de productos que resequen, como el alcohol, los polvos de talco y los sprays.
- Hidratar la piel de las extremidades.
- Evitar traumatismos y vendajes compresivos.
- No poner adhesivos en la piel.
- Incorporar el cabezal de la cama unos 15°.
- Al sentarse, evitar cruzar las piernas y vigilar que no haya ninguna presión en la parte posterior de las rodillas.
- Hacer una dieta adecuada (aumento de proteínas y vitamina C).
- Ayudar a abandonar el hábito tabáquico.

- Vigilar regularmente el estado de la piel de las extremidades y pies, observando la aparición de cambios en la coloración y tonalidad y de heridas. Es importante que se controle cualquier lesión, por pequeña que sea.

### Recomendaciones para el paciente con pie diabético

- Enseñar al paciente o familiar cómo hacer una exploración diaria de los miembros inferiores.
- Explicar la importancia del cuidado de los pies.
- Lavar diariamente, no más de 10 minutos, las extremidades inferiores con agua fría o tibia.
- Secar bien los pies, especialmente en las zonas interdigitales.
- Hidratar la piel.
- Cortar las uñas en forma recta y limar suavemente.
- Remarcar la importancia del seguimiento de los profesionales de referencia (enfermera, podólogo, médico de familia).
- Utilizar un calzado adecuado (de piel, ancho, flexible, con sujeción, transpirable, etc.).
- Usar medias y calcetines de fibras naturales.
- Revisar el interior de los zapatos antes de ponérselos.
- Si el paciente es fumador, aconsejar la inclusión en un programa de deshabituación del tabaco.
- Explicar los beneficios de hacer ejercicio físico.
- Remarcar la importancia de prevenir escoriaciones, punturas o lesiones en el pie.
- Evitar la exposición a temperaturas extremas (frío o calor).
- Evitar en lo posible el uso de queratolíticos.

# IMÁGENES



[1]  
Úlceras de etiología isquémica



[3]  
Úlcera de etiología venosa



[2]  
Úlcera neuropática

## BIBLIOGRAFÍA

Bales S, Jones V. Wound care nursing. A patient –centered approach. London: Baillière Tindall; 1997.

Capillas Pérez RM, Castillo Muñoz L, Morros Torné C, Portas Freixes J, Vedia Urgell, C. Maneig de les úlceres vasculares. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2004. [Disponible en: [http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/ulceres\\_vasculares/ulceres\\_vasculares.htm](http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/ulceres_vasculares/ulceres_vasculares.htm)]

Documento de Consenso CONUEI. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Barcelona: EdikaMed; 2009.

Fernández R, Griffiths R, Ussia C. Water for wound cleansing. Cochrane Database Syst Rev 2002; (4):CD003861.

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolos de cuidados: úlceras vasculares. Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2005.

Lizundia S, Salaberri Y, Balagué L, Eskisabel B, Míguez M, Pérez M, et al. Úlceras cutáneas: empecemos por abordar las causas (parte II). INFAC 2008;16(9):8-9.

Marinel·lo Roura J, Blanes Mompó JI, Escudero Rodríguez JR, Ibáñez Esquembre V, Rodríguez Olay J. Tratado de pie diabético. Barcelona: Esteve-Pensa; 1999.

Roldán Valenzuela A, González Gómez A, Armans Moreno E, Serra Perucho N. Grupo de Trabajo sobre Úlceras Vasculares de la AEEV. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vasculatura AEEV. Guía de Práctica Clínica. Biblioteca Lascazas 2006; 2(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0086.php>

Rueda J, Roldán A, Míguez M, Lizundia S, Sáenz E. Úlceras arteriales. Atención a los pacientes con úlceras arteriales. En: Soldevilla JJ, Torra JE, eds. Atención integral de las heridas crónicas. 1ª ed. Madrid: SPA; 2004. p. 305-28.

Sánchez Llorente MM, coord. Guía de la Práctica Clínica de Enfermería. Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y Otras Heridas Crónicas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2008.

## Me ha salido una peca

Los tumores pigmentados de la piel son extraordinariamente habituales en la población.

Las *pecas* o *nevus* son los *tumores melanocíticos* más frecuentes (prácticamente, el 100% de la población presenta entre 20 y 30 *nevus*) y el tumor benigno que aparece con mayor frecuencia en los adultos (70% de las personas mayores de 50 años y 90% de las mayores de 90) es la *queratosis seborreica*. Los *acrocordones* y *dermatofibromas* también son uno de los motivos de consulta dermatológica más frecuentes en las consultas de atención primaria.

En estos casos, es importante tranquilizar al paciente respecto a la naturaleza benigna de las lesiones.

Los *nevus* suelen aparecer en la infancia o juventud; por este motivo, todas las *pecas* que aparecen *de novo* en un individuo adulto deben ser valoradas al menos en una ocasión por el médico de familia.

Los criterios clásicos de malignidad de los *nevus* se definen por el «ABCD»:

- A: lesión asimétrica.
- B: bordes irregulares.
- C: color heterocrómico.
- D: diámetro > 6 mm.
- E: cambios evolutivos.

Los *nevus displásicos*, que cumplen los criterios ABCD pero son estables en el tiempo, es

decir, no cumplen el criterio E, sólo requieren controles médicos periódicos y autocontroles por parte del paciente.

### Melanoma

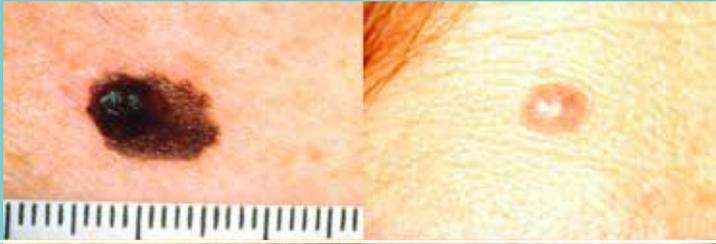
Es el cáncer cutáneo que genera más años potenciales de vida perdidos. La única medida eficaz para disminuir la mortalidad es el diagnóstico y la extirpación precoz; por eso, cuando un usuario refiere al farmacéutico que tiene una peca que ha cambiado de color o forma, sangra o le duele (criterio E), debe derivarse con urgencia al médico de familia.

El melanoma más frecuente es el de *extensión superficial*, localizado fundamentalmente en el tronco. El 80% de los melanomas aparecen habitualmente en áreas corporales no fotoexpuestas. Las localizaciones que han presentado un aumento más importante en la población son el tronco en los hombres y las piernas en las mujeres.

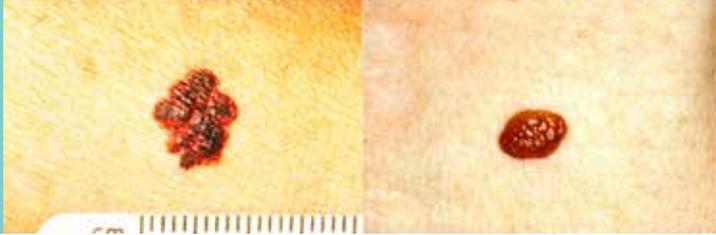
Es fundamental que el médico de familia, la enfermera de atención primaria y el farmacéutico comunitario conciencien a la población del uso de medidas de protección solar para evitar quemaduras de piel y, por lo tanto, prevenir el cáncer de piel.

En los Centros de Atención Primaria también deben identificarse los grupos de riesgo de cáncer de piel y hacer un diagnóstico precoz.

## Tabla ABCDE



**A**simetría



**B**ordes



**C**olor



**D**íámetro

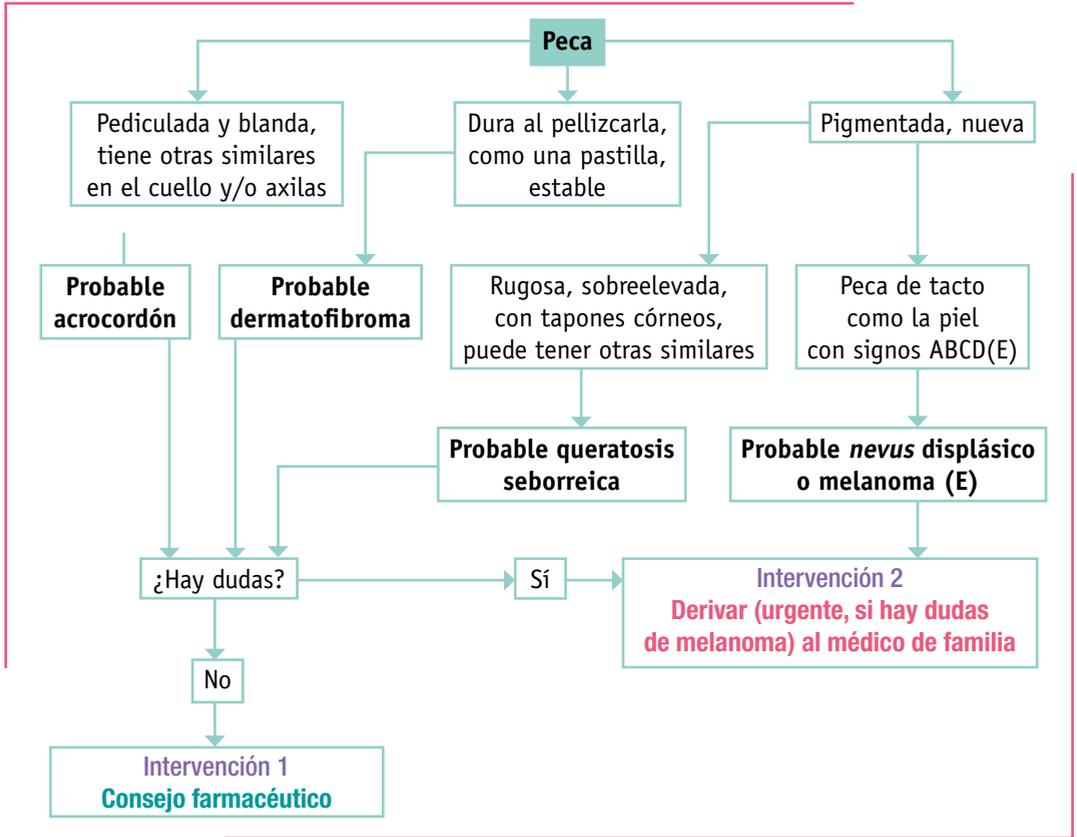
**E**VOLUCIÓN

By Unknown creator; six images merged by User:Stevenfruitsmaak - National Cancer Institute via Skin Cancer Foundation, Public Domain, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=5582818>

## Características diferenciales

	Acrocordón	Dermatofibroma o fibrohistiocitoma	Queratosis seborreica	Nevus melanocítico común	Melanoma
Edad	A partir de los 30 años	A partir de los 30 años	A partir de los 50 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la infancia</li> <li>- A partir de los 50 años pueden desaparecer</li> </ul>	A partir de los 50 años
Clínica, localización y número de lesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor pequeño (1-3 mm) pediculado</li> <li>- Localizado preferentemente, en cuello y axilas</li> <li>- El número varía desde unos pocos mm hasta más de 100</li> <li>- Consistencia blanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor de 3-5 mm adherido a la piel</li> <li>- Localizado en piernas y brazos</li> <li>- Más frecuente en mujeres</li> <li>- Lesión única o en número escaso (de 2 a 6)</li> <li>- Consistencia dura característica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medida variable (entre 3 mm y 1,5 cm)</li> <li>- Predominio en cara y tronco</li> <li>- Superficie descamativa y fisurada</li> <li>- Tacto untuoso</li> <li>- El número varía entre unas pocas hasta más de 100, todas ellas con un aspecto similar</li> <li>- Consistencia parecida a la de la tiza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medida variable (3-6 mm)</li> <li>- Predominio en tronco y brazos</li> <li>- Superficie lisa y brillante</li> <li>- Número variable (20-30 en adultos), según la carga genética y el grado de exposición solar</li> <li>- Consistencia elástica, similar a la goma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesión de nueva aparición en la piel sana o peca antigua, que ha experimentado cambios (ABCDE)</li> </ul>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesión benigna</li> <li>- No necesita tratamiento</li> <li>- Por motivos estéticos, si es necesaria, crioterapia, electrocoagulación bajo anestesia local o afeitado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesión benigna</li> <li>- No necesita tratamiento</li> <li>- En casos seleccionados, puede realizarse exéresis quirúrgica con bisturí bajo anestesia local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesión benigna</li> <li>- No necesita tratamiento</li> <li>- Por motivos estéticos, si es necesario, crioterapia o curetaje con o sin electrocoagulación bajo anestesia local o laserterapia</li> <li>- En caso de duda con melanoma es preferible derivar al dermatólogo para realizar biopsia</li> </ul>		Exéresis precoz

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

- El farmacéutico debe explicar la naturaleza benigna de los acrocordones y fibromas, y tranquilizar al paciente.
- Las lesiones fibromatosas benignas no requieren tratamiento, excepto si molestan, sangran o hacen daño al roce; en estos casos se aconsejará una visita al médico de familia por una valoración quirúrgica.
- Recomendar siempre medidas de protección solar.
- Utilizar prendas de manga larga, pantalones largos, gorra y gafas de sol.

- Usar cremas fotoprotectoras factor  $\geq 30$ .
- Recomendar controlar por parte del paciente los signos ABCDE y recomendar la visita al médico de familia si se observa alguna alteración en una peca.

### Intervención 2

Ante cualquier paciente adulto que consulta por una nueva peca, es aconsejable derivar al médico de familia.

## IMÁGENES



[1]

Acrocordón. Lesión pediculada del color de la piel o marrón



[2]

Dermatofibroma. Cuando se pellizca es dura como una pastilla



[3]

Queratosis seborreica. Aspecto graso, tapones córneos y rugosa al tacto



[5]

Melanoma. Lesión *de novo* o antigua que ha experimentado cambios recientes (signos ABCDE)



[4]

*Nevus melanocítico dérmico*

#### BIBLIOGRAFÍA

Cosulich MT, Molenda MA, Mostow E, Bhatia AC, Brodell RT. Minimal incision extraction of lipomas. *JAMA Dermatol* 2014;150(12):1360-1.

Díaz Montes E. Lipomas y quistes sebáceos. En: *Cirugía básica integral*. Díaz Montes E, Franco L, Carrillo J, Fernández H, Rodríguez A, Auyón E, Arroyo O. Mexicali: Universidad de Baja California; 1989. p. 99-100.

Sánchez L, Tokatlian L, Tadei M, Astorino W. Tumores cupuliformes en abdomen superior *Dermatol Argent* 2011;17:1

Vera C, Giesen L, Mondaca L, González S. Quiste triquilemal proliferante. *Piel: Formación continua en dermatología* 2013;28(2):123-5.

## ¡Me he quemado!

Las *quemaduras* son alteraciones o pérdidas de sustancia de la superficie corporal producidas por el contacto con diferentes agentes.

Pueden clasificarse según unos parámetros que condicionarán su gravedad y nuestra actitud ante la quemadura.

### Agente causal

- *Térmicas*: por exposición solar, por contacto con fuego, con líquidos o superficies muy calientes, con vapor y por congelación.
- *Eléctricas*: por contacto con un circuito eléctrico y transmisión de corriente a través de los tejidos.
- *Químicas*: después del contacto con ácido o alcalinos.

### Extensión

La superficie corporal afectada puede calcularse a través de diferentes métodos; los más utilizados son:

- *Regla de los 9*: cabeza y cuello 9%, cada extremidad superior 9%, cara anterior del tronco 18%, cara posterior del tronco 18%, cada extremidad inferior 18%, genitales externos 1%.
- *Regla de la palma de la mano*: se calcula que la palma de la mano del paciente co-

rresponde al 1% de la superficie corporal de éste, y se superpone mentalmente esta mano sobre la superficie quemada para hacer un cálculo aproximado de la extensión.

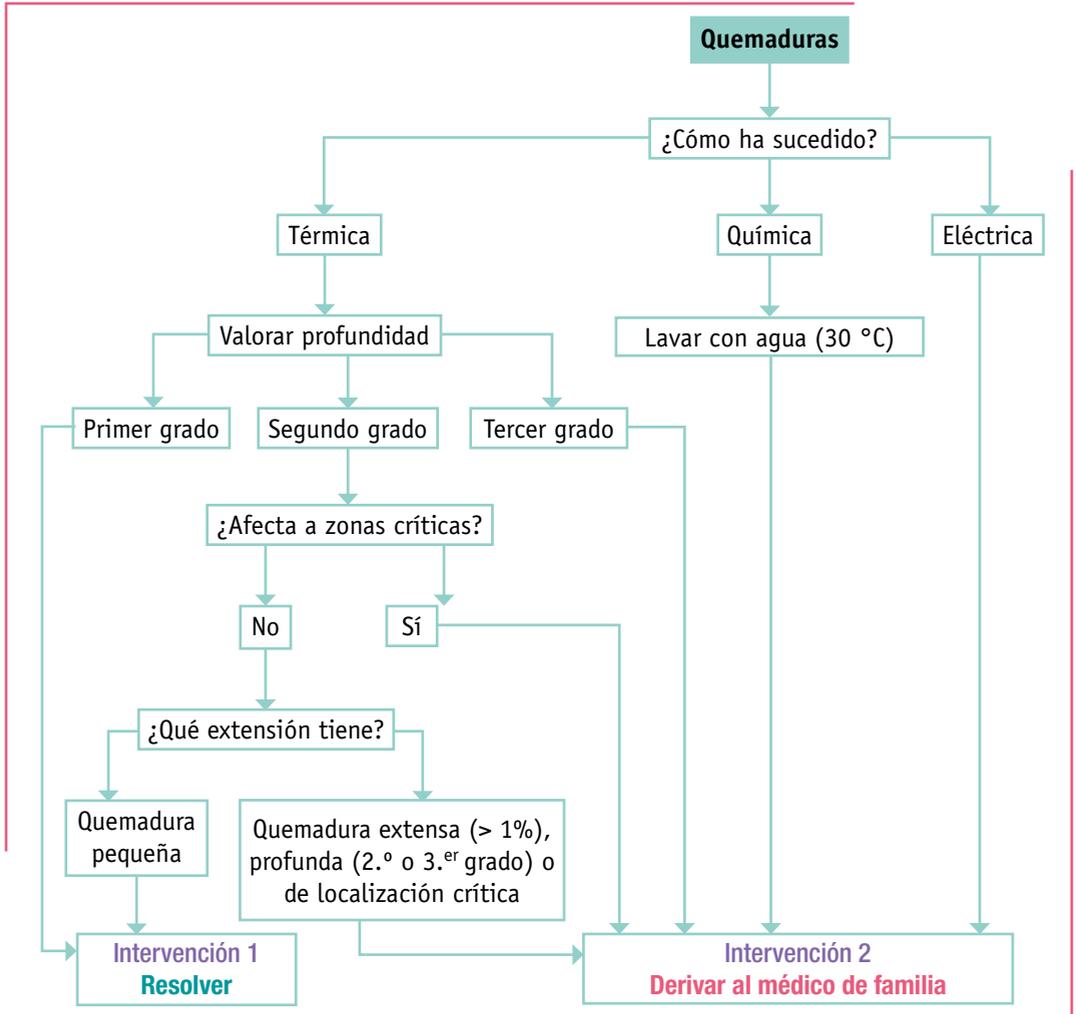
### Profundidad

- *Primer grado o epidérmicas*: sólo afectan a la epidermis; su característica principal es el eritema con ligero edema sin ampolla. Son dolorosas y se curan espontáneamente en 5 días. En estas quemaduras, la piel no pierde su función protectora; por eso no son lesiones con riesgo elevado de infección.
- *Segundo grado o dérmicas*: según la afectación de la dermis, se subdividen en superficiales o profundas. Su característica principal es la presencia de ampollas.
- *Tercer grado o subdérmicas*: afectan a la dermis y al tejido celular subcutáneo, no forman flictenas y presentan una superficie blanca y seca o carbonizada. Pueden dejar al descubierto el músculo, el hueso, etc.

### Localización

Se consideran quemaduras críticas las que afectan a la cara, los pliegues, las manos, los pies, los genitales externos y las quemaduras circulares en los miembros.

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

Hay cinco consejos importantes que hay que recordar:

- Retirar el agente causal.
  - Refrescar 20-30 minutos a 30 °C.
  - No eliminar las ampollas.
  - No retirar restos tisulares.
  - Si se deriva, aplicar sobre la quemadura vendaje húmedo empapado en suero fisiológico.
- Si se trata de una quemadura química lavar con agua, excepto si el agente causal es fósforo, durante 30 minutos.
  - Si el agente cáustico es polvo, puede retirarle mediante cepillado suave.
  - En caso de quemadura eléctrica limpiar con suero y cubrir con gasas estériles.

## Intervención 1

### Resolver

— *Quemaduras de primer grado o de segundo grado pequeñas, o superficial:* aunque sean muy extensas, si el paciente no presenta más síntomas o factores de riesgo (golpe de calor, inhalación de humo u otras lesiones asociadas) se pueden tratar en la farmacia comunitaria mediante limpieza con suero fisiológico, aplicación de agentes hidratantes calmantes y con perfil hidrolipídico adecuado (extracto de centella asiática, de áloe vera, aceite de rosa mosqueta, etc...) 2-3 veces al día y analgésicos pautados. Si es necesario, recomendar una actualización de la profilaxis antitetánica, como en cualquier otra herida.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia

Se deben derivar con carácter urgente las quemaduras químicas y eléctricas, y las quemaduras de segundo grado extensas o profundas, aquellas de tercer grado, o las de localización crítica.

### BIBLIOGRAFÍA

Arribas Blanco JM, coord. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo editores; 2000.

De Los Santos González C.E. Clasificaciones. En: De Los Santos González CE. Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado [en línea]. 2ª edición. Ed. Libros-eletrónicos.net; 2004. Disponible en: <http://www.indexer.net/quemados/clasificaciones.htm>

García González RF, Gago Fornells M, Rodríguez Palma M, Gaztelu Valdés V, García Collantes MA, Carlos Rodríguez J. Reducir la secuela en una quemadura doméstica. Gerokomos 2008;19(1):47-52.

Pérez Boluda, MT, Lara Montenegro J, Ibáñez J, Cagigal L, León CM. Guía de actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; 2006.

## Me he hecho una herida

Se define como herida la consecuencia de un traumatismo que implica una solución de continuidad (interrupción, falta de...) en la superficie del tejido u órganos afectados. Esta definición engloba todo tipo de heridas.

Dedemos recordar la importancia de una correcta inmunización antitetánica, especialmente en personas mayores de 25 años.

A continuación se detallan la clasificación y los diferentes aspectos que ayudarán a determinar, junto con el estado general del paciente, la indicación del tratamiento en la farmacia, la derivación al médico de familia o la necesidad de un traslado a un centro especializado.



### CLASIFICACIÓN de las heridas

#### Según el aspecto macroscópico

- *Limpia*: herida con buen aspecto general, sin signos de necrosis ni fondo sangrante.
- *Sucia*: herida con más de 4 horas de evolución o que presente cuerpos extraños o tejidos desvitalizados.

#### Según el grado de complejidad

- *Simple*: herida pequeña y limpia con poca profundidad, que afecta únicamente a planos de cobertura.
- *Compleja*: herida con afectación de las estructuras internas.

#### Según la profundidad

- *Superficial*: herida con afectación de la piel y del tejido celular subcutáneo.
- *Profunda*: herida con afectación más allá del tejido celular subcutáneo.

#### Según el agente traumático

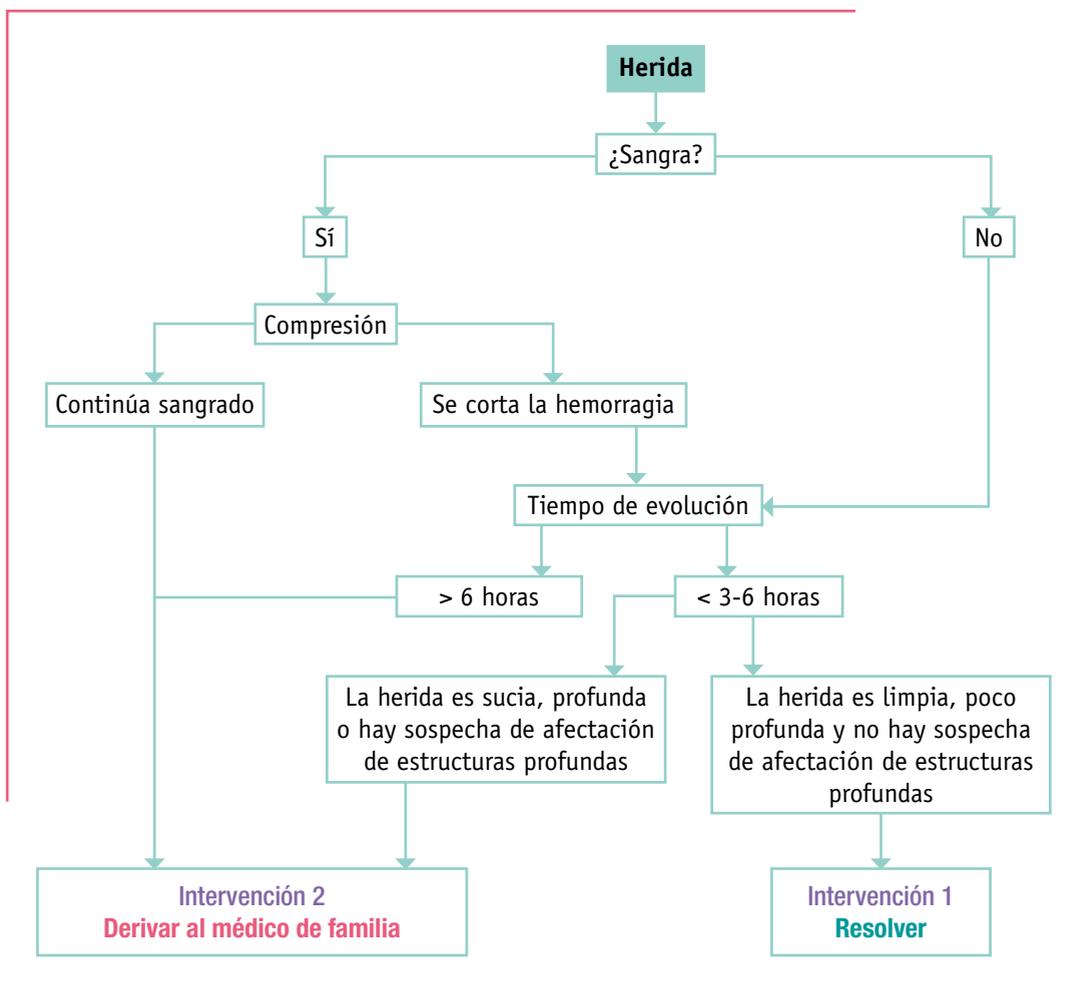
- *Punzante*: agente puntiagudo, con una vía de entrada mínima con profundidad variable (predomina la profundidad frente a la longitud) que puede afectar a órganos internos. Incluye las heridas penetrantes que en ocasiones comportan riesgo vital (neumotórax, hemorragias internas, etc.).

- *Incisa*: agente cortante, con predominio de la longitud de la lesión frente a la profundidad. Suele permitir una sutura directa.
- *Contusa*: agente no punzante. Presenta bordes irregulares y desvitalizados, frecuentemente con pérdida de sustancia. Presenta un alto riesgo de infección y en ocasiones requiere un tratamiento previo al cierre. Se incluyen en este grupo los mordiscos.

- *Abrasiones*: herida por fricción, generalmente superficial, aunque puede ser extensa. El tratamiento es el mismo que el de las quemaduras.
- *Avulsión/arrancamiento*: traumatismo tangencial, que supone el desprendimiento de un colgajo de tejido. Cuando se localiza en el cuero cabelludo se denomina *scalp*.

↓

→ **ALGORITMO de actuación del farmacéutico**



## TRATAMIENTO de las heridas

### Objetivos del tratamiento

- *Control de la hemorragia:* si la herida sangra debe hacerse compresión durante unos minutos hasta cortar la hemorragia. Si hay lesión vascular (sangrado pulsátil), hacer un vendaje compresivo y derivar al médico de familia.
- *Prevención de la infección:* es imprescindible *conocer el tiempo de evolución.*
  - *Heridas atendidas a las 3-6 horas:* en principio, son heridas limpias y se puede hacer un cierre primario, que consiste en cerrar inmediatamente la herida. Esto se puede hacer en heridas limpias de menos de 6-12 horas de evolución con poca hemorragia y que no presenten tejido necrosado ni desvitalizado o cuerpos extraños.
  - *Heridas atendidas entre las 6 y 12 horas:* son heridas contaminadas con mayor riesgo de complicaciones y habrá que valorar en cada caso el cierre primario o no (p. ej., en la cara se puede suturar con mayor tiempo de evolución, porque está muy vascularizada).
  - *Heridas de más de 12 horas de evolución:* no se puede hacer un cierre primario y requieren cobertura antibiótica. Como norma general, debe hacerse un cierre secundario, es decir, dejar cicatrizar espontáneamente mediante la formación de tejido de granulación. Este cierre necesita un control cada 24-48 horas. Se utilizará en heridas sucias con eritema y/o exudado heridas por aplastamiento o con signos de infección activa y en mordiscos de humanos o de animales (sólo deben suturarse las mordeduras en zonas de especial repercusión estética o funcional, poniendo especial atención a la posible infección, que requeriría una reapertura).
- *Preservación de la función:* es muy importante *explorar las estructuras antes de suturarlas*, valorando sensibilidad, movilidad, etc. La inspección visual de la herida irá seguida de su lavado mediante la irrigación con suero fisiológico para retirar coágulos, cuerpos extraños, etc. Después de explorar las estructuras vecinas y la herida, debe decidirse el *tipo de cierre* que se hará para reparar la herida.
- *Recuperación de la forma.*

## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

#### Resolver

- Ante una herida que tras una compresión no sangra, es limpia, poco profunda, con poco

tiempo de evolución y sin sospecha de otras lesiones asociadas, se puede plantear hacer el tratamiento en la farmacia comunitaria.

- Inicialmente, limpiar la herida con suero fisiológico centrífugamente, desinfectar con antisépticos y después, si hace falta, cerrarla. El objetivo del cierre es acercar los bordes de la herida y, si no hay mucha ten-

sión, se puede resolver con sutura adhesiva (esparadrapo) y adyuvantes (apósitos adhesivos en espray).

- Aunque sean sucias, las lesiones muy poco profundas (abrasiones) también se pueden tratar en la farmacia limpiándolas con suero fisiológico y, después, tratar igual que las quemaduras.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia

- Deben derivarse al médico de familia todas las heridas que, tras hacer compresión, continúen sangrando, en las que haya sos-

pecha de afectación vascular o nerviosa, las que estén muy sucias y las que sean profundas o que tengan mucho tiempos de evolución.

- Se debe contener la hemorragia mediante un vendaje compresivo y elevación de la zona. Si la herida se encuentra en una extremidad, se puede controlar la hemorragia con el brazalete del esfigmomanómetro, manteniéndolo hinchado unos 10-15 mmHg sobre la tensión arterial y deshinchándolo cada 15-20 minutos durante 1-2 minutos para evitar una isquemia.
- Si ha habido una amputación de miembros, éstos se protegerán envolviéndolos en una gasa estéril humidificada con suero o Ringer lactato y se introducirán en una bolsa con agua y hielo evitando el contacto directo con éste.

### BIBLIOGRAFÍA

Arribas Blanco JM, coord. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo editores; 2000.

Caballero Martínez F, Gómez Martín Ó. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (I). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona: Editorial Doyma; 1997.

Caballero Martínez F, Gómez Martín Ó. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (II). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona: Editorial Doyma; 1997.

Caballero Martínez F, Gómez Martín Ó, Caballero Díaz O, de Frutos Martín P. Cirugía menor en Atención Primaria. Grupo Docente Procedimientos y Tecnologías en Atención Primaria. Madrid; 1999.

Foulkes A. Minor surgery in general practice. *BMJ* 1993;307(6905):685.

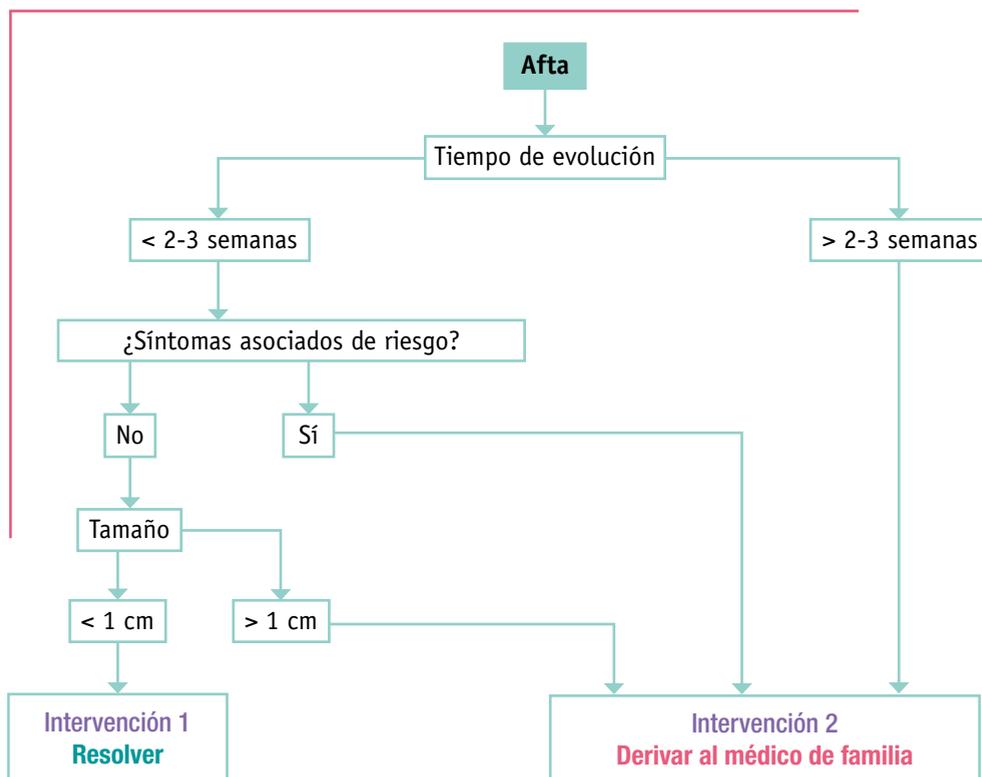
Nobrega E. Principios básicos de la técnica en cirugía plástica. En: Melega JM, Zanini SA, Psillakis JM, eds. Cirugía plástica, reparadora y estética. Río de Janeiro: Medsi; 1992. p. 21-5.

## Tengo llagas en la boca

La *llaga (afta)* es una lesión con pérdida de sustancia de la mucosa oral, es aguda, dolorosa y, con mucha frecuencia, recidivante (estomatitis aftosa recurrente). Normalmente empieza con un pequeño eritema, seguido posteriormente de una úlcera dolorosa, que es la lesión en sí.

Su incidencia es muy alta: el 20% de la población tendrá una en algún momento de su vida. Aparece en cualquier época del año, con un aumento de la incidencia en otoño y en primavera. La etiología es desconocida, pero, aunque hay controversia, parece que están implicados fac-

### ALGORITMO de actuación del farmacéutico



tores genéticos, inmunitarios, microbiológicos, asociación a enfermedades (inmunitarias, digestivas, hematológicas, etc.) u otras causas (fármacos, tabaco, etc.).

Las aftas son lesiones benignas que normalmente no provocan más problemas que la incomodidad y el dolor, pero hay enfermedades graves que cursan con lesiones muy similares; por ello, el tiempo de evolución es muy importante. Se recomienda que las aftas de más de 2-3 semanas de evolución, sobre todo en

pacientes fumadores, se deriven al médico de familia para una valoración.

Hay signos y síntomas asociados que se consideran «de riesgo», es decir, que hacen sospechar que la lesión forma parte de una patología sistémica o puede confundirse con otra lesión más grave. Estos síntomas son: fiebre, pérdida de peso, anorexia, tamaño > 1 cm, recurrencias frecuentes, otras lesiones en la piel o en la mucosa genital, artritis, afectación ocular (conjuntivitis, uveítis) o signos de sobreinfección local.



## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

#### Resolver

- Se puede recomendar un tratamiento tópico para disminuir el dolor y evitar o reducir los brotes, porque no hay un tratamiento específico para su curación.
- Además de recomendar evitar el estrés y los alimentos potencialmente desencadenantes, poner atención a las prótesis dentales removibles.
- El siguiente paso será el tratamiento, en principio local, del brote:
  - Antisépticos: digluconato de clorhexidina en colutorio al 0,12-0,20% o en gel al 1%, para evitar la sobreinfección de la lesión y acelerar la cicatrización.
  - Corticoides tópicos: probablemente la mejor opción terapéutica. Se presentan en colutorio, pomada, aerosol, gel y comprimidos.
    - Acetónido de triamcinolona al 0,05-0,1%, en orabase o en solución acuosa.
    - Hidrocortisona en comprimidos o solución.

- Propionato de clobetasol al 0,025% en orabase.
- Fluocinolona al 0,05-0,1% en orabase.
- Ácido hialurónico: disminuye el dolor, la inflamación y el edema, y favorece la regeneración tisular y la cicatrización. Se puede vehicular en formulaciones semisólidas bioadhesivas, soluciones orales o colutorios.
- Otros:
  - Benzidamida en colutorio: reduce la inflamación.
  - Carbenoxolona en orabase: también reduce la inflamación.
  - Pomadas de alfa-2-interferón.
  - Ciclosporina tópica.
  - Ácido 5-aminosalicílico tópico.

### Intervención 2

#### Derivar al médico de familia

Si un afta presenta síntomas asociados de “riesgo” o un tamaño >1 cm o no cicatriza en 2-3 semanas o las recurrencias son muy frecuentes.

# IMÁGENES



[1]

Afta lingual



[2]

Afta en mucosa bucal

## BIBLIOGRAFÍA

Bagán JV, Esparza G. Estomatitis aftosa recidivante. En: Bagán JV, Cevallos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarocha M. Medicina oral. Barcelona: Masson; 1995. p. 137-50.

Bermejo Fenoll A, Bermejo Tudela, A. Estomatitis aftosa recidivante. En: Medicina bucal. Enfermedades mucocutáneas y de las glándulas salivales. Vol. 1. Madrid: Editorial Síntesis; 1998. p. 154-62.

Caballero R. Alteraciones inmunitarias. En: Caballero R. Patología lingual. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales; 2000. p. 103-6.

Gándara Rey JM, Gándara Vila P, Somoza Martín M. Lesiones ulcerosas: aftas y aftosis. En: Cevallos A, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez-Sahuquillo A, García A. Medicina Bucal Práctica. Santiago de Compostela: Asoprogaio; 2000. p. 189-203.

Maldonado J, Sanz A, Fontán G. Enfermedades del sistema leucocitario. En: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. Vol. II. Madrid: Harcourt Brace; 1995. p. 1678.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 21.ª edición. Madrid: Espasa-Calpe; 1992.

Woo SB, Sonis ST. Recurrent aphthous ulcers: a review of diagnosis and treatment. J Am Dent Assoc 1996;127(8):1202-13.

## Mi hijo o el abuelo tiene el culo irritado

En el día a día son habituales las consultas por una reacción inflamatoria e irritativa de la piel provocada por el contacto con el pañal. La *dermatitis del pañal* se considera un proceso con múltiples factores implicados, pero los principales son: humedad, fricción, contacto con orina y heces, y presencia de microorganismos.

Afecta básicamente a niños que utilizan pañales, pero también es muy frecuente en personas mayores que no pueden controlar los esfínteres.

Su abordaje es clínico y, a pesar de que es muy frecuente y fácil de valorar, hay otras patologías que pueden provocar una lesión en esta zona, como las infecciones, el impétigo ampuloso, la celulitis perianal estreptocócica, el intertrigo, la dermatitis seborreica, la dermatitis atópica, la psoriasis, la mastocitosis ampulosa, etc. Muchas patologías pueden manifestarse como una dermatitis del pañal, algunas con signos sistémicos, y esto implica que si las lesiones persisten a pesar del tratamiento habitual, deberá valorarse la posibilidad de que la naturaleza de la lesión sea otra.

### Características diferenciales

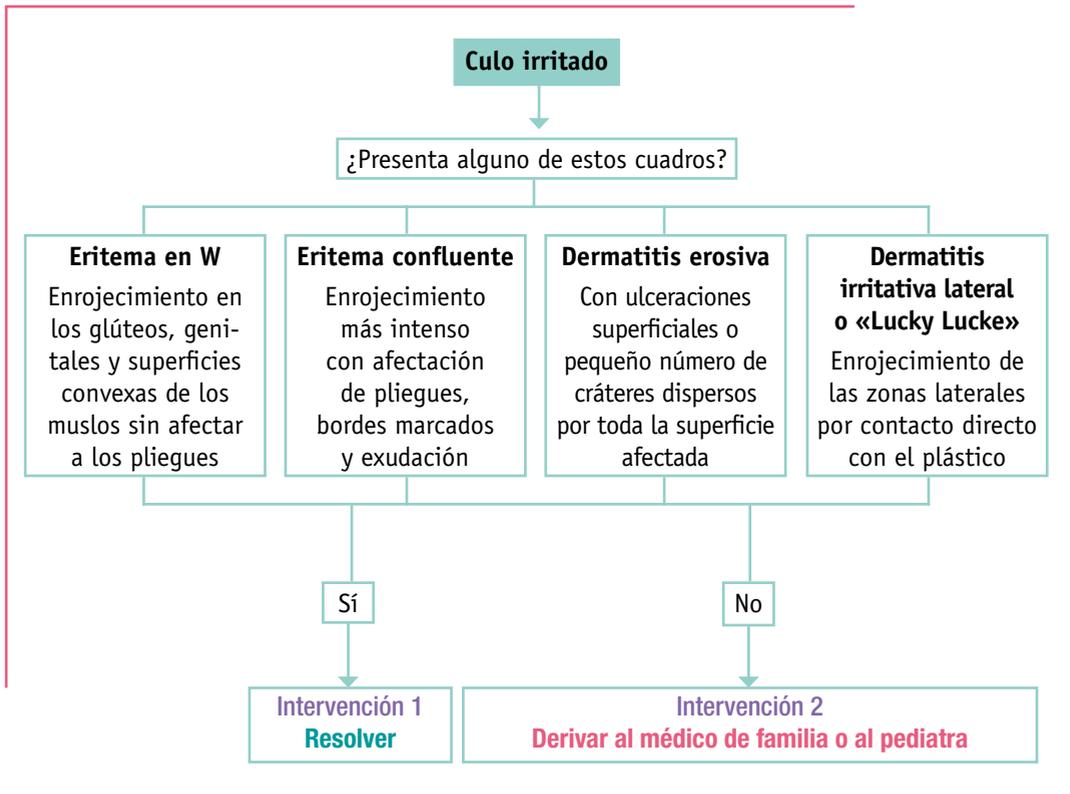
	Dermatitis del pañal
Edad y sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños y niñas desde el nacimiento hasta que controlan los esfínteres</li> <li>- Personas que, por alguna razón, deben llevar pañal de forma habitual</li> <li>- Se desconoce su incidencia exacta, pero afecta a ambos sexos por igual</li> </ul>
Causa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un proceso multifactorial pero básicamente se pueden resumir en:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Humedad</i>: los pañales absorben la orina y las heces, lo que provoca humedad. Ésta da lugar a la maceración de la zona, alterando la función de barrera y provocando la proliferación de microorganismos</li> <li>• <i>Fricción</i>: se presenta sobre todo en áreas de mucho contacto entre la piel y el pañal. El traumatismo mecánico de fricción aumenta la inflamación de la zona y facilita las lesiones</li> <li>• <i>Contacto con orina y heces</i>: no sólo por el ambiente húmedo, sino porque las enzimas de las heces crean amoníaco a partir de la urea de la orina. El amoníaco eleva el nivel de pH y activa las proteasas y las lipasas. Estas enzimas y las sales biliares de las heces son además irritantes de la piel</li> <li>• <i>Microorganismos</i>: el calor, el pH elevado y la humedad dan lugar a un ambiente adecuado para la colonización y posterior infección por <i>Candida albicans</i> y, con menor frecuencia, por <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Staphylococcus pyogenes</i>. Existe una relación directa entre la presencia de <i>C. albicans</i> y la gravedad clínica de la dermatitis del pañal</li> </ul> </li> <li>- Hay otros factores (jabones, perfumes, contacto con el plástico, detergentes, etc.) que actúan por sensibilización o como agentes irritantes</li> </ul>

(Continúa)

(continuación)

	<b>Dermatitis del pañal</b>
Causa	<ul style="list-style-type: none"><li>- También pueden hacer de agentes favorecedores las diarreas, las dietas hiperproteicas y las infecciones urinarias, porque aumentan el pH de los excrementos</li><li>- No hay evidencia científica que demuestre que el proceso de la dentición favorezca la dermatitis del pañal</li></ul>
Localización	<ul style="list-style-type: none"><li>- Piel cubierta por el pañal</li></ul>
Clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se presenta inicialmente como una zona enrojecida asintomática en el área del pañal. Posteriormente, este enrojecimiento provoca una inflamación que a veces cursa con erosiones o úlceras dolorosas</li><li>- Inicialmente suele respetar los pliegues y la lesión tiene una forma que recuerda una W</li><li>- Las lesiones suelen ser más prominentes en las zonas de la piel con mayor contacto con el pañal (glúteos, pubis, labios mayores, escroto y parte más alta de los muslos)</li><li>- Cuando las lesiones mejoran, la piel se arruga y recuerda al papel de fumar</li><li>- Si se sobreinfecta por <i>C. albicans</i>, la piel presenta unas placas enrojecidas congestivas muy delimitadas con descamación y lesiones satélites. Esta sobreinfección es la complicación más frecuente</li><li>- Si hay sobreinfección por <i>S. aureus</i> aparecen lesiones con costras amarillentas, erosiones y, en ocasiones, adenopatías regionales</li><li>- Puede haber otras formas más graves donde aparecen nódulos, erosiones, úlceras o lesiones que dificulten la micción</li><li>- En ocasiones también se puede observar en la cara lateral del glúteo una placa enrojecida, triangular invertida y muy frecuentemente unilateral, debida a la hipersensibilidad por contacto con la banda adhesiva del pañal, descrita en la literatura médica anglosajona como «Lucky Luke», porque recuerda el sitio donde llevaba la pistola el personaje del cómic</li></ul>
Evolución	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si no se toman medidas de prevención, son muy frecuentes las recidivas</li></ul>
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medidas higiénicas</li><li>- La eosina diluida en forma de solución acuosa o en pasta al agua es un tratamiento muy utilizado y efectivo en la dermatitis del pañal</li><li>- Si hay sobreinfección por <i>C. albicans</i>, utilizar cremas con nistatina, ciclopiroxolamina o diferentes azólicos</li><li>- Las dermatitis del pañal moderadas-graves sin signos de sobreinfección pueden necesitar un tratamiento corto con corticoides tópicos de baja potencia en crema o en ungüento, como la hidrocortisona al 1%, 2 veces al día durante unos días</li><li>- No está demostrada la eficacia de los inhibidores tópicos de la calcineurina, aunque en casos concretos podrían ser una alternativa</li><li>- Los antibióticos tópicos, como la mupirocina, sólo deben emplearse en caso de sobreinfección bacteriana demostrada, porque pueden empeorar el cuadro</li></ul>

## ALGORITMO de actuación del farmacéutico



## ACTUACIÓN del farmacéutico

### Intervención 1

#### Consejo farmacéutico

##### Pañales

- Reducir en la medida de lo posible el uso del pañal. Lo más importante es cambiarlo en cuanto se moje o con mucha frecuencia (cada 3-4 horas durante el día y con la mis-

ma frecuencia durante la noche) para mantener la zona seca y así evitar el contacto con las sustancias irritantes.

- Antes del cambio del pañal es importante dejar que la piel se aire.
- Evitar apretar mucho el pañal para minimizar la fricción e intentar favorecer, cuando sea el momento, el control de esfínteres.
- Utilizar, si es posible, pañales super-absorbentes que, gracias a su absorción, disminuyen las formas más graves de dermatitis.

## Cremas barrera

- A pesar de no haber ningún estudio que demuestre su eficacia preventiva, la aplicación de cremas barrera es la base del tratamiento y de la prevención de la dermatitis del pañal.
- Reducen la pérdida transdérmica de agua y la permeabilidad de los irritantes, crean una barrera lipídica sobre la superficie cutánea y disminuyen la fricción.
- No aplicar productos con conservantes, perfumes ni otros compuestos, porque pueden sensibilizar o irritar la piel.
- Evitar productos con ácido bórico, alcanfor, fenol o salicilatos porque en niños pueden producir toxicidad sistémica.
- Las mejores opciones son las pastas y sobre todo los ungüentos porque son más oclusivos, tienen más adherencia y más contenido de lípidos, y no suelen contener perfumes o conservantes.
- Las pastas son compuestos semisólidos con una elevada proporción (normalmente más del 10%) de algún polvo, como el óxido de zinc, el dióxido de titanio, el almidón o el talco, y pueden tener vaselina, que evita que se adhieran a la superficie del pañal u otras sustancias acondicionadoras de la piel (pantenol, extracto de áloe, etc...).
- Las cremas barrera deben aplicarse correctamente y con frecuencia, evitando excesivo residuo, como mínimo en cada cambio de pañal.

## Higiene

- En cada cambio de pañal es muy importante hacer una cuidadosa limpieza y dejar secar la zona al aire o dando suaves toques con una toalla, evitando una fricción excesiva.
- El baño diario y la limpieza de la zona debe ser con agua tibia, utilizando jabones o limpiadores sin perfumes ni irritantes.

- Aunque no hay estudios que demuestren que pueden favorecer la dermatitis del pañal, debe evitarse la limpieza excesiva con toallitas limpiadoras.
- Se puede utilizar agentes de limpieza específicos como emulsiones syndet o lociones lavables para facilitar la eliminación de la crema que contenga orina y heces, pero no quitar el resto de la pasta o crema que quede adherida a la piel.

## Otros

- Es importante destacar la menor incidencia de dermatitis del pañal en los niños alimentados con lactancia materna, porque tienen menos bacterias gastrointestinales productoras de ureasas y un menor pH fecal.

## Intervención 2

### Derivar al médico de familia o pediatra

- Ante un cuadro grave que no remite, se debe derivar al médico de familia o al pediatra.
- Muchas otras patologías pueden aparecer como una dermatitis del pañal, teniendo un diagnóstico diferencial extenso. Por eso, se tendrá que plantear nueva orientación diagnóstica si el cuadro no mejora con el tratamiento habitual.
- Si se observan otros síntomas además del enrojecimiento, como una ligera exudación o pequeñas ulceraciones, se debe derivar al médico de familia o al pediatra para descartar alguna complicación, replantear la orientación diagnóstica o tratar una dermatitis más grave.

## IMÁGENES



[1]  
Eritema confluyente



[2]  
Dermatitis erosiva

### BIBLIOGRAFÍA

Ballona Chambergó, R. Dermatitis en el área del pañal. *Dermatol Peru* 2003;13(2):95-100. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13\\_n2/dermatitis.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13_n2/dermatitis.htm)

Baselga Torres E. Dermatitis en el área del pañal. Barcelona: Revista Laboratorios Thea; 2007. Disponible en: <http://www.laboratoriosthea.com/archivos/publicaciones/00124.pdf>

Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson: Tratado de pediatría. 17.ª edición. Madrid: Elsevier; 2004.

Bras J, De la Flor MJ, Torregrosa MJ, Van Esso DL. Pediatría en Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2005.

Larralde M, Raspa ML, Habicheyn S, Lamas F. Dermatitis del pañal: otra forma de presentación clínica. *Arch Argent Pediatr* 2003;101(3):196-8.

Strom K. Dermatitis del pañal. En: Abeck D, Cremer H. *Dermatología pediátrica. Clínica, diagnóstico, tratamiento*. Barcelona: Blatt Mèdic; 2003.

Torrelo Fernández A, Zambrano Pérez E, Zambrano Zambrano A. Eccemas en la infancia. En: Fonseca E. *Dermatología pediátrica*. Madrid: Aula Médica; 2003.

Zambrano Pérez E, Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Dermatitis del pañal. En: Moraga Llop F, ed. *Protocolos de Dermatología (I)*. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia>

## Al abuelo le han salido unas costras en la cabeza y no se le van

Las queratosis actínicas son lesiones ocasionadas por la radiación solar y que aparecen en el 10-25% de la población adulta, sobre todo a partir de los 50 años.

Los grupos poblacionales con más riesgo son las personas con piel y ojos claros, porque se queman con más facilidad con el sol, las que se han expuesto al sol de forma crónica y las sometidas a radioterapia.

Inicialmente, las queratosis actínicas son lesiones rasposas, que se palpan mejor que se ven, y que se deben tocar para detectarlas correctamente. Si no se tratan, con el paso del tiempo pueden crecer y convertirse en sobre-elevadas y con costra. Son frecuentes en personas que ya tienen otras lesiones por daño solar (lentigo solar, arrugas, etc.).

Si el paciente continúa exponiéndose al sol, pueden derivar en un carcinoma espinocelular invasor.

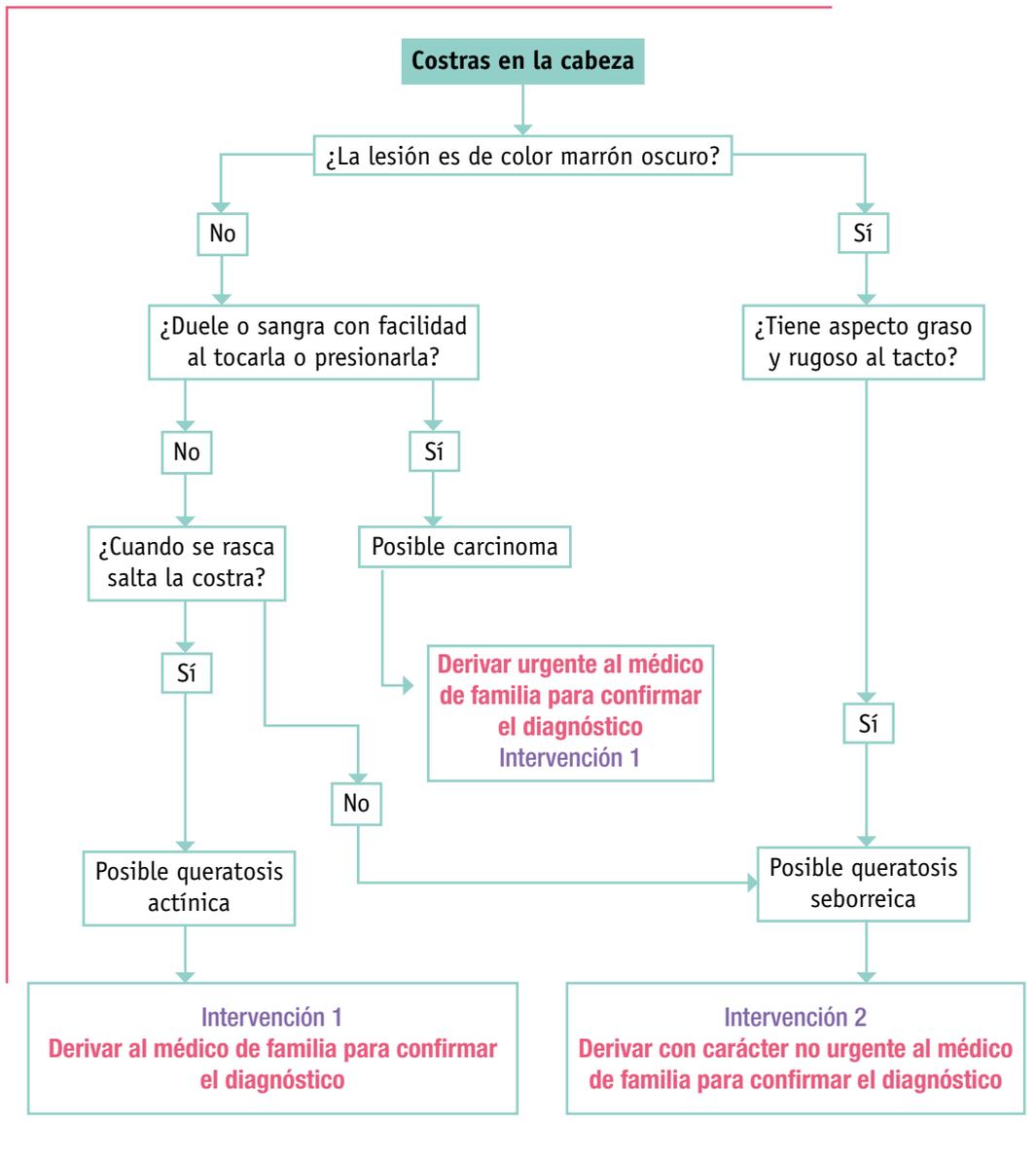
### Características diferenciales

	Queratosis actínica	Carcinoma escamoso o espinocelular	Carcinoma basocelular	Queratosis seborreica
Edad y factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayores de 50 años</li> <li>- Piel y ojos claros</li> <li>- Cabello rubio</li> <li>- Exposición al sol (trabajo u ocio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayores de 70 años</li> <li>- Piel y ojos claros</li> <li>- Exposición al sol (trabajo u ocio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayores de 50 años</li> <li>- Exposición crónica al sol</li> <li>- Es, con diferencia, el carcinoma más frecuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayores de 50 años</li> </ul>
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predomina en hombres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predomina en hombres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predomina, ligeramente, en hombres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambos sexos</li> </ul>
Localización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zonas más foto-expuestas (dorso de la nariz, frente, mejillas y orejas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zonas más foto-expuestas (dorso de la nariz, frente, mejillas y orejas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nodular, pigmentado y morfeiforme</li> <li>- Habitualmente en cara y cuello</li> <li>- Superficial: más en el tronco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predominio en cara y tronco</li> </ul>

(Continúa)

	Queratosis actínica	Carcinoma escamoso o espinocelular	Carcinoma basocelular	Queratosis seborreica
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor «invisible», que se detecta mejor a través de su tacto rasposo y punzante</li> <li>- Lesión hiperqueratósica de 0,3-1 cm de diámetro</li> <li>- Número variable, todas ellas con un aspecto similar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con queratosis actínica previa</li> <li>- Lesión diferente del resto de queratosis actínicas</li> <li>- En pocos meses crece y se hace más queratósica y ulcerada</li> <li>- Puede medir 0,5-1 cm en menos de 1 año</li> <li>- Puede aparecer en el labio inferior de los fumadores o en los genitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localmente agresivo</li> </ul> <p><i>Carcinoma basocelular nodular</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variante más común</li> <li>- Tumor semiesférico del color de la piel o ligeramente rojo</li> <li>- Superficie lisa y brillante, con vasos</li> <li>- Tiende a ulcerarse y sangrar</li> <li>- Puede medir de 0,3-0,5 cm en 1 año</li> </ul> <p><i>Carcinoma basocelular superficial</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como un eccema crónico, pero sin prurito</li> </ul> <p><i>Carcinoma basocelular pigmentado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parecido al melanoma</li> </ul> <p><i>Carcinoma basocelular morfeiforme</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parecido a una cicatriz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamaño variable (entre 3 mm y 1,5 cm)</li> <li>- Superficie descamativa y fisurada</li> <li>- Tacto untuoso</li> <li>- Consistencia como la tiza</li> <li>- Hay entre pocas y más de 100, todas parecidas</li> <li>- Mayores de 50 años</li> </ul>
Tratamiento	<p><i>Una o pocas lesiones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crioterapia con NO<sub>2</sub></li> </ul> <p><i>Muchas lesiones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-fluorouracilo al 5% en crema</li> <li>- Imiquimod en crema</li> <li>- Diclofenaco al 3% en gel de ácido hialurónico</li> <li>- Terapia fotodinámica</li> <li>- Fotoprotección como prevención de nuevas lesiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quirúrgico con márgenes de seguridad de 0,5-1 cm con anestesia local</li> <li>- Radioterapia en casos seleccionados</li> <li>- Fotoprotección con prevención de nuevas lesiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirugía con márgenes de seguridad de 0,3-0,5 cm</li> <li>- Curetaje con electrocoagulación (carcinoma basocelular superficial)</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Fotoprotección como prevención de nuevas lesiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No requiere tratamiento</li> <li>- Por motivos estéticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crioterapia</li> <li>• Curetaje con o sin electrocoagulación bajo anestesia local</li> <li>• Laserterapia</li> </ul> </li> </ul>

# ALGORITMO de actuación del farmacéutico



# ACTUACIÓN del farmacéutico

## Intervención 1

- Cualquier nódulo o placa que sangra o una úlcera persistente y de reciente aparición en una persona mayor o con antecedentes de exposición crónica al sol tienen que considerarse un posible carcinoma, y se debe aconsejar una visita urgente al médico de familia.
- Una lesión eczematosa persistente y palpable que no produce prurito en una persona mayor debe ser valorada por el médico de familia, porque puede ser un carcinoma cutáneo.
- La causa básica del desarrollo de las queratosis actínicas es la exposición crónica al sol y deben aconsejarse *medidas de protección solar*.

## Intervención 2

- Recordar al paciente que las queratosis seborreicas son lesiones benignas, sin capacidad para malignizar, y su eliminación es por motivos puramente estéticos.
- Es muy importante hidratar correctamente la piel.
- El uso de cremas hidratantes con queratolíticos (como el ácido salicílico) puede mejorar levemente el aspecto de estas lesiones.

### Consejos de fotoprotección

- Evitar la exposición al sol en horas de máxima intensidad de radiación.
- Evitar la exposición solar excesiva. Mantenerse en zonas de sombra.
- Usar ropa protectora: sombreros de ala ancha y ropa de algodón de manga larga.
- Utilizar gafas protectoras de las radiaciones ultravioletas.
- Las personas que no puedan evitar la exposición solar deben usar siempre fotoprotectores tópicos contra rayos UVA y UVB con un factor de protección solar mínimo de 30.
- Evitar el uso de rayos UVA.
- Aplicar diariamente crema hidratante corporal, sobre todo después de una exposición al sol en verano.

## IMÁGENES



[1]

Queratosis actínica. Lesiones rasposas al tacto sobre la piel dañada por el sol en zonas fotoexpuestas de forma crónica



[2]

Queratosis actínica hipertrófica. Lesiones hipertróficas en zonas fotoexpuestas, si se rascan pueden saltar las costras



[3]

Queratoma seborreico



[4]

Carcinoma espinocelular



[5]

Carcinoma basocelular nodular



[6]

Carcinoma basocelular superficial. Parece un eccema, pero sin prurito, y es consistente a la palpación. Más frecuente en el tronco



[7]

Carcinoma basocelular pigmentado



[8]

Carcinoma basocelular morfeiforme

#### BIBLIOGRAFÍA

Del Rosso JQ. Current regimens and guideline implications for the treatment of actinic keratosis: proceedings of a clinical roundtable at the 2011 Winter Clinical Dermatology Conference. *Cutis* 2011;88(1):suppl 1-8.

Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Diez A, Guillén-Barona C, Belinchón- Petrarca S, Follmann M, Breitbart EW, Nolte S. Critical appraisal of clinical practice guidelines for adaptation in the evidence-based guideline "prevention of skin cancer". *JAMA Dermatol* 2013;149(4):466-71.

Romero I, Redondo-Bellón P, et al. Spanish adaptation of the European guidelines for the evaluation and treatment of actinic keratosis. *Actas Dermosifiliogr* 2014;105(4):378-93.

Uhlenhake EE, Sanguenza OP, Lee AD, Jorizzo JL. Spreading pigmented actinic keratosis: a review. *J Am Acad Dermatol* 2010;63(3):499-506.

## PARTE 5

# Recomendaciones generales del cuidado de la piel

- Mantener una correcta higiene de la piel, usando siempre los jabones más adecuados al problema dermatológico: jabones neutros que incorporen antisépticos en caso de que existan lesiones, con emolientes en caso de pieles secas, con jabones astringentes en el caso de pieles grasas y syndets en el caso de pieles atópicas o irritadas.
- Evitar el trauma en las lesiones de acné para evitar cicatrices y futuras manchas oscuras en la piel.
- Las pieles grasas deben ser tratadas siempre con productos oil-free, tanto en productos hidratantes como maquillajes, y hay que mantener una correcta higiene con productos astringentes para evitar la sobreinfección de las lesiones.
- Después del baño es recomendable utilizar siempre productos emolientes e hidratantes para evitar la evaporación de la piel. En el caso de pieles atópicas se indicarán preparados sobregrasos, ricos en lípidos.
- La fotoprotección es esencial en todas las pieles para evitar la aparición de manchas; debe indicarse la fotoprotección más adecuada al tipo de piel, teniendo en cuenta tonalidad y tipología de piel. En el mercado actualmente podemos encontrar multitud de texturas y filtros, tanto físicos como químicos o biológicos.
- La piel irradiada es una piel agredida, y como tal deberá ser tratada con emolientes e hidratantes que incorporen en su formulación agentes regeneradores que faciliten la recuperación de la epidermis.



PARTE

# 6

## La formulación magistral como herramienta resolutive

Ante cada uno de los problemas de salud expuesto en esta guía el farmacéutico dispone de una gran cantidad de recursos terapéuticos entre los que se encuentra, por supuesto, la formulación magistral. El objetivo de esta guía se escapa de la descripción pormenorizada de fórmulas, indicaciones, modus operandi y principios activos, pero no por ello queremos dejar pasar la ocasión para fomentar el conocimiento y el potencial que nos ofrece el laboratorio de galénica.

La fórmula magistral es una herramienta de vital importancia que nos permite, entre otras muchas cosas, cubrir lagunas terapéuticas (por ejemplo en el tratamiento de mucosas o uñas), solucionar situaciones de desabastecimiento (dexametasona, sucralfato), asociar principios activos para mejorar la adherencia del paciente

(en múltiples tratamientos de psoriasis), sustituir excipientes que puedan ser perjudiciales (cápsulas sin lactosa) y muchas otras ventajas que pivotan sobre la posibilidad que tiene el farmacéutico de ajustar el medicamento al individuo y no al revés, como nos ocurre con los medicamentos industrializados.

Esta capacidad de individualización la podemos ejercer no sólo sobre el medicamento sino también sobre soluciones que no requieren de receta del médico para ser dispensadas. Así se describen los preparados oficinales en el Formulario Nacional como un medicamento elaborado y garantizado por un farmacéutico o bajo su dirección, dispensado en su oficina de farmacia o servicio farmacéutico, enumerado y descrito por el Formulario Nacional, destinado a su entrega directa a los enfermos a

los que abastece dicha farmacia o servicio farmacéutico. Los preparados oficinales pueden dispensarse con o sin receta médica, dependiendo del principio activo que contengan, y se pueden elaborar por lotes, anticipándose a la demanda de los pacientes. Por ello, deberán

presentarse y dispensarse bajo denominación genérica y en ningún caso bajo marca comercial. Algunos de los preparados oficinales que encontramos descritos en el Formulario Nacional permiten abordar muchas de las patologías planteadas en esta guía.

Problema de la piel	Preparado oficial
Úlceras	Solución de ácido tánico
Alopecia androgénica	Solución HA minoxidil al 2%
Impétigo, eccemas y dermatitis	Agua de alibour
Dermatitis del pañal	Pasta al agua, pasta lassar, solución acuosa de eritromicina
Quemaduras, abrasiones, heridas	Solución acuosa de sulfato de zinc, bálsamo de Perú
Xerosis, prurito, hiperqueratosis moderadas	Crema de urea al 15%
Aftas bucales	Solución para gargarismos

El farmacéutico también puede recurrir a la elaboración de productos cosméticos para ser aplicados sobre las diversas partes superficiales del cuerpo humano (epidermis, sistema piloso y capilar, uñas, labios y órganos genitales externos) o sobre los dientes y las mucosas bucales, con el fin exclusivo o principal de limpiarlos, perfumarlos, modificar su aspecto y/o corregir los olores corporales, y/o protegerlos o mantenerlos en buen estado.

Existen varias opciones a la hora de plantearse la formulación de cosméticos en la farmacia comunitaria. Una de ellas pasa por realizar cosméticos individualizados, esto es, realizar una fórmula cosmética en base a las necesidades específicas de un paciente concreto. Tras el análisis de la necesidad y el estudio de los activos y excipientes disponibles, el farmacéutico elabora un cosmético a medida, teniendo en cuenta la legislación existente al respecto.

Un ejemplo de la cosmética individualizada lo podemos encontrar en una fórmula para la

xerosis y prurito para un paciente geriátrico cuya piel sensible e irritada tiende a ulcerarse por el rascado. Podríamos formular una emulsión cosmética individualizada tal como:

1. Emulsión glucídica c.s.p. 150 g
2. Urea al 5%
3. Glicerina al 8%
4. Ácido de borraja y ácido de rosa mosqueta al 3%
5. Nicotinamida al 3%
6. Polidocanol al 2%

Otra posibilidad estriba en la elaboración de cosméticos seriados en el caso en que formulamos un cosmético con un perfil de uso más amplio y lo ponemos a la venta en el lineal de la farmacia. En este caso hay notificar a nivel europeo ese producto cosmético que se elabora de forma seriada en lotes, previa alta de la farmacia como fabricante, en el CPNP (portal de notificación de productos cosméticos). Es un proceso muy simple para el que hay tutoriales en castellano en el propio portal. Un

ejemplo de cosmético seriado sería una crema despigmentante para manos, con extracto de brassica, tal como:

1. Crema o/w c.s.p 50 g
2. Extracto de Brassica napus al 3%
3. Ácido kójico al 1%

La elaboración de fórmulas magistrales es un elemento clave para diversificar las opciones terapéuticas que enriquecen al sistema de salud, por lo que debiéramos ser defensores acérrimos de la misma y divulgadores entre el colectivo médico, promocionando el trabajo conjunto. Esta función la vienen realizando sociedades como Aprofarm y la Asociación Española de Farmacéuticos Formulistas

(AEFF) que desde hace años trabajan en el proyecto Formulación Magistral. El objetivo de este apéndice a la guía de problemas de la piel de baja complejidad es dejar de manifiesto que el farmacéutico, como especialista del medicamento, experto en galénica y conocedor de los problemas de salud, puede intervenir en la solución de estos problemas dérmicos también con la fórmula magistral aportando a la sociedad un valor incuestionable y específico de nuestra profesión que no sólo debemos saber preservar sino que debemos potenciar, actualizar y llevar a la primera línea de elección terapéutica, tal y como se establece en el documento marco, la documentación magistral en España, una opción de futuro.

#### BIBLIOGRAFÍA

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-5185>

<http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/farmacopea/formuNacional.htm>

[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1997-23067](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1997-23067)

[http://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/cosmeticosHigiene/cosmeticos.htm#reglamentoMarco\\_CE\\_1223\\_2009](http://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/cosmeticosHigiene/cosmeticos.htm#reglamentoMarco_CE_1223_2009)

<https://webgate.ec.europa.eu/cnpn/public/tutorial.cfm>

<http://www.aprofarm.org/>

<http://www.aeff.es/>

[http://cofsegovia.portalharma.com/Documentos/Formulaci%C3%B3n/Documento%20formulaci%C3%B3n%20magistral\[1\].pdf](http://cofsegovia.portalharma.com/Documentos/Formulaci%C3%B3n/Documento%20formulaci%C3%B3n%20magistral[1].pdf)



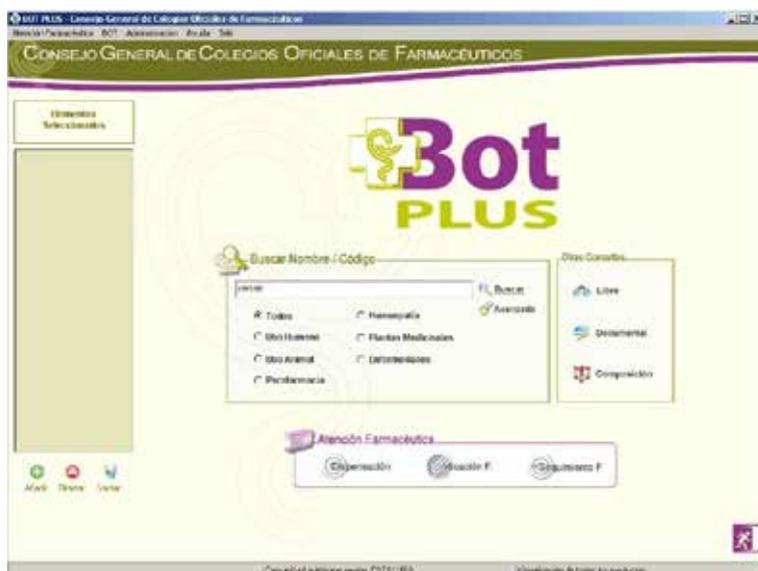
PARTE

# 7

## Recursos para la generación de listados de medicamentos

En muchos apartados de esta guía se hace referencia a listados de medicamentos que pueden causar alguna de las patologías descritas como reacciones alérgicas a medicamentos (RAM). Disponemos en la farmacia comunitaria de un recurso potente para la gestión de

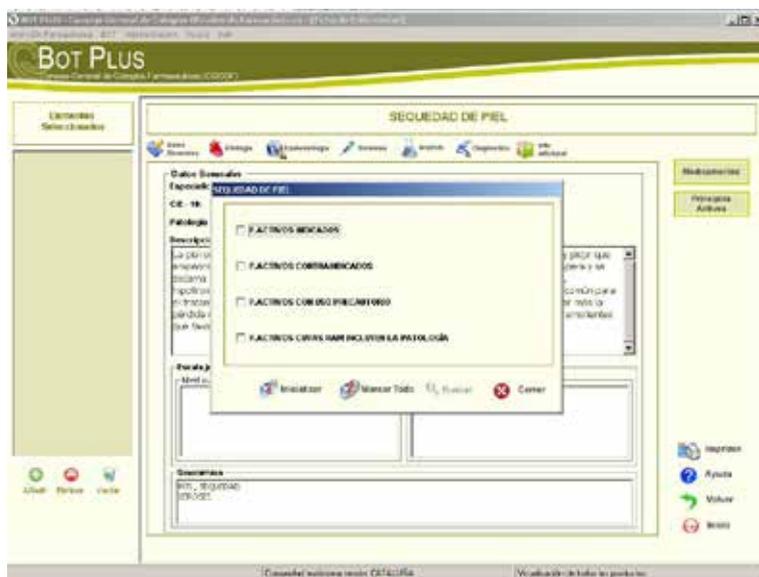
esta información: el BotPlus 2.0. Para generar listados de medicamentos y principios activos relacionados con una patología en concreto podemos acceder a la información de la patología introduciendo el término directamente en la ventana de búsqueda.



Una vez en la ficha de la patología podemos seleccionar la pestaña “Medicamentos” o “Principios Activos”.



Al hacer click sobre la pestaña correspondiente nos aparece un nuevo cuadro donde podemos seleccionar la característica buscada: indicados en la patología, contraindicados, con uso precautorio o con RAM declarada.



Tras ello se nos genera un listado que podemos exportar a una hoja Excel a partir del cual poder trabajar con el programa de gestión de la oficina de farmacia: por ejemplo, poner alertas en la dispensación. Para ello, sería necesario contactar con el proveedor del PGOF.

The screenshot shows the '3ot 2.0 PLUS' interface with the title 'P.A. relacionados con la patologia: SEQUEDAD DE PIEL'. The table below represents the data shown in the interface:

ID	Reacción	Clase	Código	Nombre	Estado
1	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	L31408	SUMINISTRACION/CAJERO C/PROD	COMERCIALIZADO
2	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	L31409	ANALISIS	COMERCIALIZADO
3	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	467881	ACAMPROLATO	COMERCIALIZADO
4	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	000900	ADOLVIF (TORCO)	COMERCIALIZADO
5	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	L21023	AFINIB	COMERCIALIZADO
6	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	311484	ALUTERONINA	COMERCIALIZADO
7	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	L31402	ALUTERONINA (AMBIOLASOL)	COMERCIALIZADO
8	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	L21913	AMAROLEA	COMERCIALIZADO
9	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	L31801	AMFIB	COMERCIALIZADO
10	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	313488	ALBINOLOXID	COMERCIALIZADO
11	REACCIONES ADVERSAS	P. Adm	AD2847	SECIONESTADIA (INSTAL)	COMERCIALIZADO

At the bottom of the interface, it indicates 'Número de registros encontrados: 130' and 'Mostrando página 1 de 2'. There are also icons for 'Imprimir', 'Actualizar', 'Exportar', and 'Borrar'.



© Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya 2016

Editado por: EdikaMed, S.L.

Josep Tarradellas, 52 - 08029 Barcelona

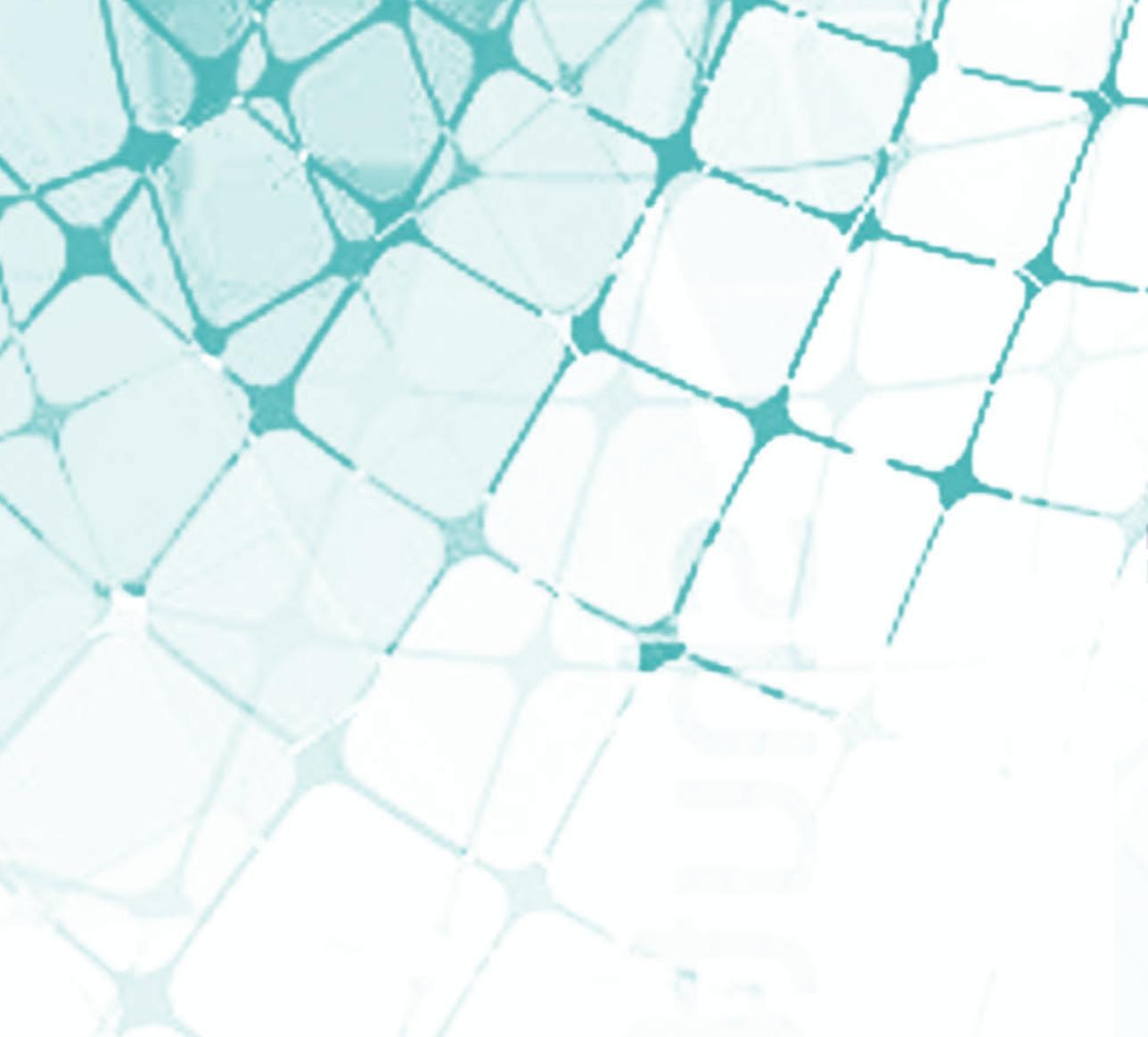
[www.edikamed.com](http://www.edikamed.com)

ISBN: 978-84-7877-777-8

Impreso por:

Depósito legal:

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, la reproducción (parcial o total), distribución, comunicación pública o transformación de esta obra, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a EdikaMed, S.L. ([www.edikamed.com](http://www.edikamed.com); 93 454 96 00) o a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com); 91 702 19 70 / 93 272 04 45) si necesita fotocopiar o escanear fragmentos de esta obra.



Soluciones pensando en ti