

Protocolos de colaboración Dermatología-Atención Primaria

Yolanda Gilaberte

Servicio de Dermatología

Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Aragón

Zaragoza

45% de los pacientes derivados en primaria se envían a dermatología

¿Dónde deriva más atención primaria?

Pacientes que precisaron interconsulta por cada mil atendidos



Un 28% de pacientes que acude a AP precisa una interconsulta con especializada

MED GEN Y FAM. 2016;5(4):139-143



medicina general y de familia edición digital

www.elsevier.es/mgyf



Original

Análisis de las derivaciones realizadas a dermatología desde atención primaria y su concordancia diagnóstica

Álvaro Pérez Martín^{a,*}, María José Agüeros Fernández^b, Alfredo Avellaneda Fernández^c, Maravillas Izquierdo Martínez^d, José Ramón López Lanza^a y Mirna Lizzeth Centeno Cabrera^b

^a Centro de Salud Centro, Santander, Cantabria, España

^b Centro de Salud Zapatón, Torrelavega, Cantabria, España

^c Centro de Salud Los Cármenes, Madrid, España

^d Ministerio de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, Madrid, España

Actas Dermosifiliogr. 2018;109(5):416-423



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Análisis de los diagnósticos realizados en la actividad ambulatoria dermatológica en España: muestreo aleatorio nacional DIADERM



A. Buendía-Eisman^a, S. Arias-Santiago^{a,b,*}, A. Molina-Leyva^b, Y. Gilaberte^c, P. Fernández-Crehuet^d, H. Husein-ElAhmed^e, A. Viera-Ramírez^f, P. Fernández-Peñas^g, R. Taberner^h, M.Á. Descalzoⁱ e I. García-Doval^{i,j}

Tabla 1 – Principales causas de derivación desde atención primaria al dermatólogo de los documentos con orientación diagnóstica realizada

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nevus	50	19,8	19,8
Verruga vulgar	25	9,9	29,6
Dermatitis seborreica	23	9,1	38,7
Queratosis actínica	17	6,7	45,5
Acné vulgar	15	5,9	51,4
Mollusco contagioso	15	5,9	57,3
Papiloma	14	5,5	62,8
Dermatitis atópica	10	4,0	66,8
Psoriasis	9	3,6	70,4
Fibroma pendulado	8	3,2	73,5
Acne rosácea	7	2,8	76,3
Carcinoma basocelular	7	2,8	79,1
Alopecia	6	2,4	81,4
Quiste sebáceo	6	2,4	83,8
Onicomycosis	5	2,0	85,8
Lentigo	4	1,6	87,4
Dermatofitosis	4	1,6	88,9
Queloides	3	1,2	90,1

Tabla 3 Distribución de los diagnósticos estimados en España según categorías de la CIE-10, para los 6 días que duró la encuesta

Categorías CIE-10	Número de diagnósticos	Límite inferior (intervalo confianza 95%)	Límite superior (intervalo confianza 95%)
L57: Alteraciones de la piel (queratosis actínica, etc.)	16.972	10.434	23.511
C44: Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular, etc.)	16.756	8.776	24.735
D22: Nevus melanocíticos	15.668	9.246	22.091
L82: Queratosis seborreica	15.224	9.253	21.195
D23: Otras neoplasias benignas de piel (nevus SAI)	12.991	7.512	18.471
L40: Psoriasis	10.344	6.260	14.428
L70: Acné	10.209	5.996	14.423
B07: Verrugas víricas (verruca vulgar)	8.970	4.940	13.001
L81: Otros trastornos de la pigmentación (lentigo solar/Melasma)	8.211	4.410	12.012
L30: Otras dermatitis y las no especificadas (eccema SAI)	7.215	4.012	10.418
L20: Dermatitis atópica	5.170	2.660	7.681
L50: Urticaria	1.653	910	2.396
Otros	78.758	47.933	109.577
Total	208.141	122.342	293.939

Tabla 4 – Concordancia diagnóstica entre los niveles de atención de las enfermedades más frecuentemente derivadas

Diagnóstico	Concordancia %
Nevus	66,7
Dermatitis seborreica	44,4
Dermatitis atópica	42,1
Molusco contagioso	81,3
Acné vulgar	100
Queratosis actínica	92,9
Garcinoma basocelular	61,5
Verruga vulgar	91,7
Papiloma	91,6
Psoriasis	81,8
Acné rosácea	87,5
Lentigo	57,1
Urticaria	57
Fibroma pendulado	66,7
Alopecia	100
Onicomycosis	100
Eccema	75
Dermatofitosis	100
Garcinoma epidermoide	85,7

- Acné 100%
- Queratosis actínicas 92,9%
- Verruga vulgar/Papiloma 91,7%
- Molusco contagioso 81,3%
- Psoriasis 81,8%
- Lesiones cancerosas (CBC, EC, melanoma): 52,9%

Características básicas de un buen protocolo



- Orientar en la toma de decisiones clínicas
- Mejorar la calidad de la práctica clínica
- Promover la adecuada utilización de los recursos sanitarios disminuyendo sus costes
- Disminuir la variabilidad, unificando los criterios de actuación entre profesionales
- Proporcionar protección legal a los profesionales frente a reclamaciones sobre la práctica asistencial

Protocolos de tratamiento y criterios de derivación

Acné

Psoriasis

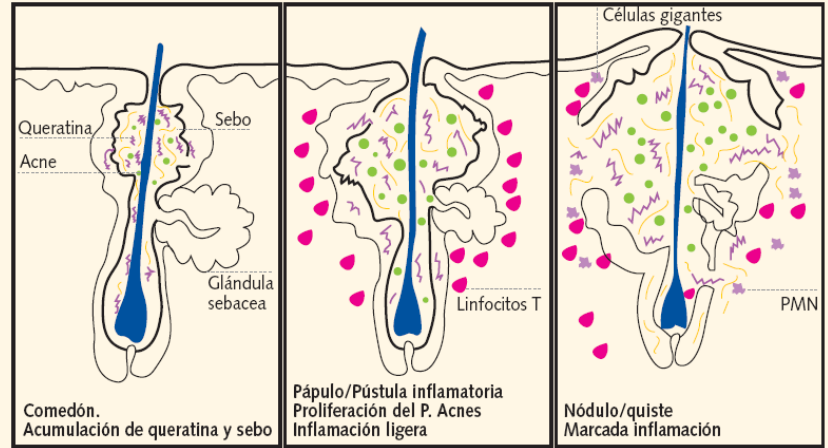
Verrugas

Moluscos contagiosos

Fisiopatología del Acné

HIPERSEBORREA

**ALTERACIÓN
QUERATINIZACIÓN
FOLICULAR**



**COLONIZACIÓN
*P. acnes***

**PROCESO
INFLAMATORIO**

Comedones



Pápulas



Pústulas

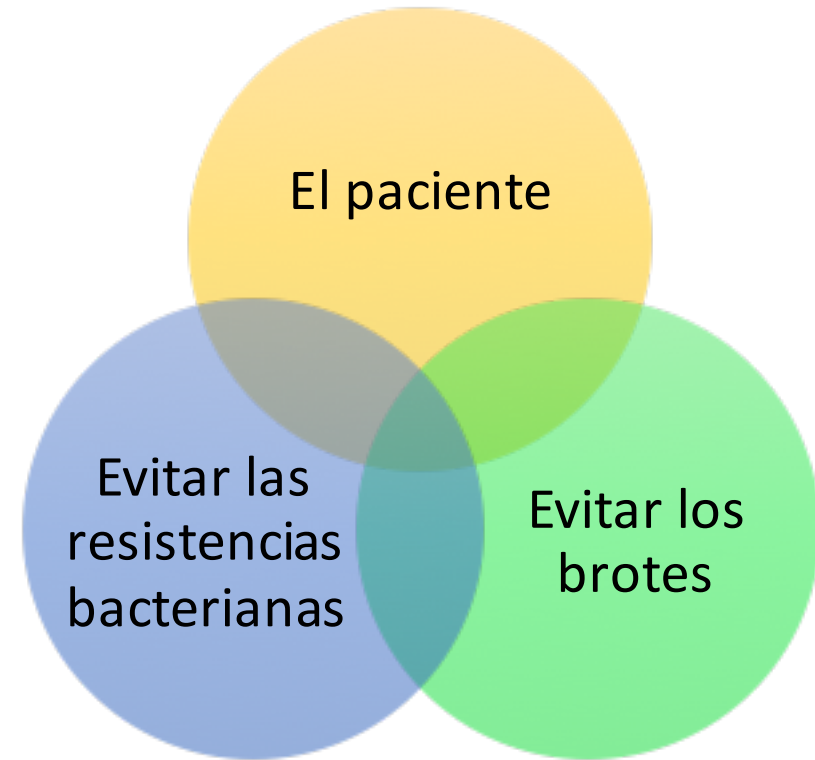


Nódulos y Quistes



Tratamiento en el acné

- Eficacia
- Tolerancia
- Cosmético
- Adherencia



Resistencias y uso racional de antibióticos en el acné



No es recomendable la administración de antibióticos tópicos o sistémicos en monoterapia por un periodo mayor de 3 meses

PBO

Combinar antibióticos tópicos con PBO disminuye el potencial de crear resistencias



Las guías europeas y americanas recomiendan no combinar antibiótico tópico con sistémico

El paciente



Edad

- Isotretinoína contraindicada en menores de 12 años
- Tetraciclinas contraindicadas en menores de 8 años



Afectación psicológica



Comorbilidades

- Hiperandrogenismo/SOP/SAHA en mujeres
- Tratamientos inductores de acné: corticoides, antimicrobianos, ...



Presencia de factores agravantes

¿Qué factores empeoran el acné?



© 2003 PETER BRUNKE

Cosméticos en el acné



- Complementan el tratamiento
- Adecuados para acné (“oil free”)
- Limpieza

TRATAMIENTO TÓPICO



RETINOIDES

- Isotretinoína
- Adapaleno

PERÓXIDO de BENZOILO

ANTIBIÓTICOS

- Eritromicina
- Clindamicina

ÁCIDO AZELAICO

ÁCIDO SALICÍLICO

TRATAMIENTO TÓPICO-ASOCIACIONES

RETINOIDES

Adapaleno

+

P. Benzoilo

Epiduo/Tactuoben®

PERÓXIDO
de
BENZOILO

Isotretinoína

+

Eritromicina

Isotrex-eritromicina®

P. Benzoilo

+

Clindamicina

Duac®

Tretinoína

+

Clindamicina

Treclinac®

ANTIBIÓTICOS

TRATAMIENTO SISTÉMICO



ANTIBIÓTICOS

- Tetraciclinas
- Macrólidos
- Trimetoprim S.

ANOVULATORIOS

- Diane®
- Yasmin®
- Yasminelle®
- Yaz®
- Belara®
- Aylin®

ISOTRETINOINA

Protocolo para el tratamiento del acné

Equipo multidisciplinar

- Dr. Jaime Bona
- Dra. Nieves Porta
- Dr. Ricardo Martín
- Dra. Yolanda Gilaberte

Evidencia Revisada

[Actas Dermosifiliogr.](#) 2017 Mar;108(2):120-131. doi: 10.1016/j.ad.2016.10.001. Epub 2016 Nov 3.

Consensus-Based Acne Classification System and Treatment Algorithm for Spain.

[Article in English, Spanish]

López-Estebarez JL¹, Herranz-Pinto P², Dréno B³; el grupo de dermatólogos expertos en acné.



TRATAMIENTO DEL ACNÉ

	LEVE		MODERADO	GRAVE
	<u>Comedoniano</u>	<u>Papulo-pustuloso</u>	Papulo-pustuloso	Nodular/ Conglobata
1ª elección	<p align="center">RETINOIDES TÓPICOS Adapaleno (<i>Differine</i>) o Isotretinoína (<i>Isotrex</i>) o Tretinoína (<i>Retirides 0,025-0,05-0,1%</i>)</p>	<p align="center">Retinoide + Antibiótico tópicos (<i>Treclinac o Isotrex-Eritromicina</i>) (opcional retinoide noche y antibiótico mañana) o Retinoide + Peróxido benzoilo 2,5-10% (PB) o PB + Antibiótico tópico (<i>DUAC</i>, o bien, peróxido benzoilo noche y antibiótico tópico mañana)</p>	<p align="center">Antibiótico oral (doxiciclina 100 mg/24h) Max. 3 meses (en alérgicos azitromicina o josamicina) + Retinoide tópico y/o PB (noche)</p>	Dermatología
alternativas	<p align="center">Ac. <u>Azelaico</u> (<i>Finácea, Zeliderm</i>) o Peróxido <u>benzoilo</u> (PB) o PB/<u>Adapaleno</u> (<i>Epiduo, Tactuoben</i>)</p>	<p align="center">Ac. <u>Azelacio</u> (mañana) + Antibiótico tópico (noche) (<u>Azelac ó Zeliderm</u> + <u>Eritromicina o Clindamicina</u> tópicas)</p>	<p align="center">Derivar a Dermatología en caso de mala evolución con <u>tto</u> de 1ª elección</p>	
Mantenimiento	<p align="center"><u>Retinoide Tópico</u> o <u>Retinoide tópico</u> + Peróxido de <u>benzoilo</u> o Peróxido <u>Benzoilo</u> (en los tres)</p>			


Notas al protocolo del acné

- Los tratamientos se aplicarán preferiblemente por la noche una sola vez
- En verano aplicar fotoprotector para pieles acnéicas por la mañana si exposición solar
- Aplicar crema hidratante para pieles acnéicas por la mañana
- EXCIPIENTES:
 - **Pieles grasas:** Lociones alcohólicas, hidroalcohólicas o geles efecto secante, pero también mayor efecto irritante
 - **Pieles secas y sensibles:** emulsiones de aceite en agua (emulsiones O/W o cremas), menor irritación y efecto hidratante.
- DOXICICLINA: tomar con la comida principal del día y evitando los lácteos

Protocolo de acné

USO DE TRATAMIENTO EN EDAD PEDIÁTRICA Y EMBARAZO

	Embarazadas (categoría FDA)	Lactancia	Edad inicio
Adapaleno tópico	C	Usar con precaución sólo si es necesario	12 años
Isotretinoína tópica	C	Contraindicada	No se ha establecido antes de la pubertad
Tretinoína tópica	C	Evitar	No se recomienda en niños y adolescentes < 18 años. La asociación tretinoína + clindamicina autorizada > 12 años
Ácido azelaico tópico	B	Precaución	12 años
Peróxido Benzoilo	C	Uso precautorio	12 años
Antibiótico tópico (clindamicina)	B	Se desconoce si se excreta en leche humana	12 años
Antibiótico tópico (eritromicina)	B	Precaución	Todas edades
PB + Adapaleno	C	Usar con precaución	12 años
Doxiciclina oral	D	Contraindicada	9 años



¿Cuál es la principal causa
del fracaso del
tratamiento en el acné?

Seguimiento del acné

- Cada 12 semanas
- **Preguntar** como realiza el tratamiento
- **Recordar** que la respuesta terapéutica es lenta
- **Modificar** el tratamiento según la evolución del cuadro.



Recomendaciones para pacientes

¿CÓMO SE RECONOCE?

El acné se reconoce por la presencia de espinillas también llamadas comedones, puntos blancos también llamados pústulas y otras lesiones como las pápulas, nódulos, quistes, y cicatrices. Afecta con mayor frecuencia a la cara, pero también puede ocurrir en la espalda, el pecho, los hombros y el cuello. Aunque no es una enfermedad grave, puede ser desagradable y desfigurante. Cuando el acné es importante puede dejar cicatrices permanentes.

¿CÓMO SE FORMA EL ACNÉ?

Las investigaciones efectuadas sobre el acné lo asocian con los cambios que ocurren durante el desarrollo, cuando se pasa de la niñez a la adolescencia (pubertad). Las concentraciones crecientes de hormonas causan que las glándulas sebáceas, que son las que producen la grasa de la piel aumenten de tamaño, especialmente en áreas donde el acné es más común (la cara, la parte superior de la espalda y el pecho). Las glándulas sebáceas producen una sustancia oleosa, denominada sebo que se vacía a través de las aberturas de los folículos pilosos y se deposita en la superficie de la piel. El sebo parece estimular el recubrimiento interior del folículo haciendo que las células se desprendan con mayor rapidez y se adhieran entre sí, obstruyendo la abertura cutánea del mismo. Además, la mezcla del sebo y células fomenta la proliferación de las bacterias presentes en los folículos que pueden lesionar la pared del mismo. Cuando esta pared se rompe se escapa todo su contenido dando lugar a la formación de granos y nódulos grandes.

¿ES IMPORTANTE LA LIMPIEZA?

El acné no es una afección causada por la suciedad. El color oscuro de un punto negro no se debe a suciedad, sino a aceites secos y células de piel desecadas, presentes en las aberturas de los folículos pilosos. Para el cuidado normal de la piel, es necesario lavarse la cara con jabón y agua tibia dos veces al día. Es importante evitar el lavado demasiado frecuente, que puede empeorar el acné. También se recomienda lavarse regularmente el cabello con champú. Si el cabello es graso, tal vez sea necesario lavarlo con mayor frecuencia.

¿CÓMO DEBEN AFEITARSE LAS PERSONAS CON ACNÉ?

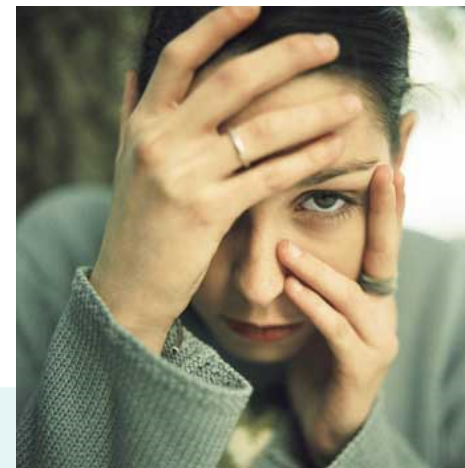
Los hombres con acné que se afeitan deben probar las maquinillas eléctricas y las hojas de afeitar para ver cuál es la forma más cómoda. Si usa una cuchilla de afeitar, ablande bien la barba usando jabón y agua tibia. Para evitar despellejar los granos, afeítese tan suavemente como sea posible, solamente cuando sea necesario, y siempre usando una cuchilla bien afilada.

¿ES IMPORTANTE LA DIETA EN EL ACNÉ?

El acné no es causado por la ingestión de ciertos alimentos. Los dermatólogos presentan opiniones diferentes sobre la importancia de las dietas en el tratamiento pero están de acuerdo en una cosa: una dieta estricta no es suficiente para curar el acné. Por otra parte, algunas personas observan que su acné empeora cuando comen ciertos alimentos. Si ese es su caso, debe evitar los alimentos que evidentemente agraven su acné. Se sabe que el pan, el arroz, las patatas, la pasta y los dulces pueden aumentar los requerimientos de insulina y esta a su vez agravar el acné por lo que no es recomendable abusar de ellos.

¿ES ÚTIL PROTEGERSE DE LA LUZ SOLAR EN EL TRATAMIENTO DEL ACNÉ?

El acné leve puede mejorar después de la exposición al sol, pero la luz solar sólo ayuda por un tiempo pudiendo, a la larga, empeorar la afección haciendo que se noten más las cicatrices. Además, el exceso de sol continuado durante años puede causar envejecimiento prematuro y cáncer de la piel.



Criterios de derivación

- Formas graves
- Repercusión psicológica
- Riesgo o desarrollo de cicatrices
- Formas moderadas sin respuesta al tratamiento
- Intolerancia al tratamiento oral o tópico
- Sospecha de trastorno endocrino (derivación al especialista)

Protocolos de tratamiento y criterios de derivación

Acné

Psoriasis

Verrugas

Moluscos contagiosos

Psoriasis

- Dermatitis inflamatoria crónica
- Factores genéticos (PSOR1, PSOR6)
- Factores ambientales (infecciones, fármacos, estrés...)
- Prevalencia de 2,3% de la población
- Extensión y curso muy variables



Actas Dermosifiliogr. 2014;105(5):504-509



ACTAS
Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Psoriasis in Spain in the Age of Biologics[☆]

C. Ferrándiz,* J.M. Carrascosa, M. Toro

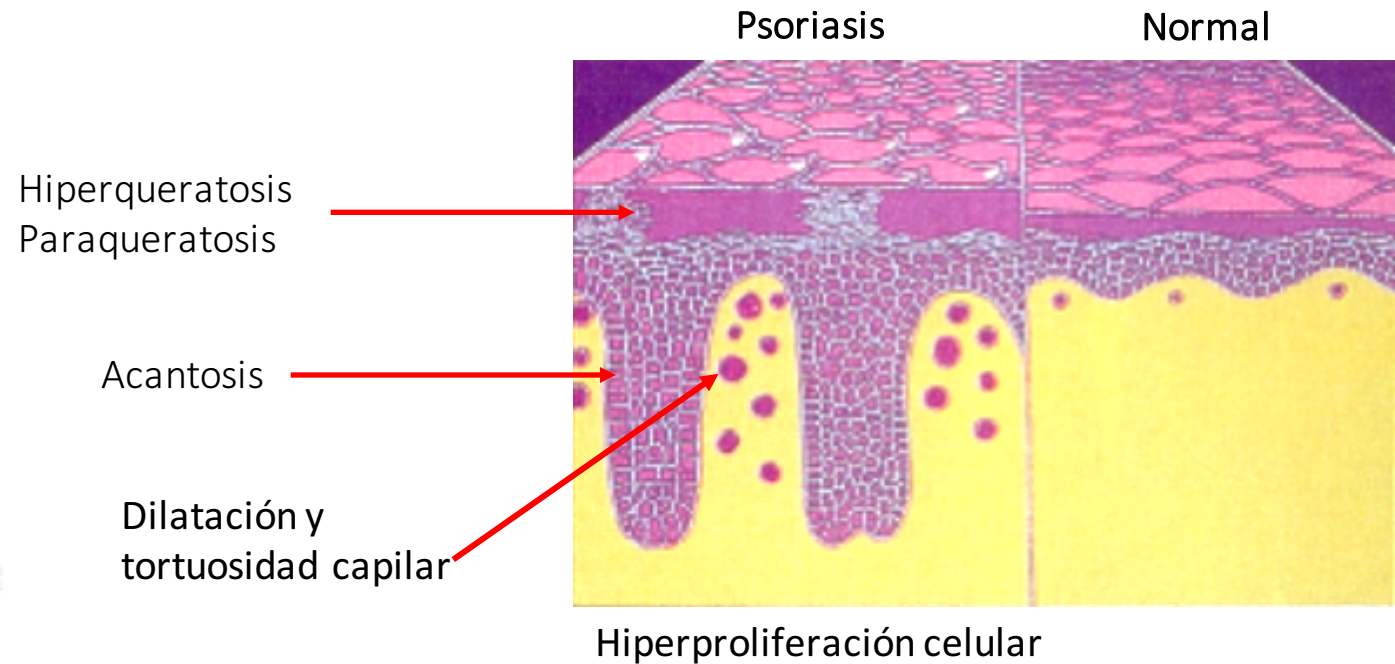


Factores desencadenantes

- **Trauma físico:** pañal, rascado, incisión, vestido ajustado
- **Estrés**
- **Infección** estreptocócica (amigdalitis): psoriasis en gotas
- **Fármacos:** litio, AINE, antihipertensivos (IECA, betabloqueantes, etc)
- **Tóxicos:** consumo de alcohol o tabaco
- **Clima:** frío y seco

Etiopatogenia

La psoriasis es una enfermedad autoinmune **mediada por células T** que conducen a hiperqueratosis¹, paraqueratosis¹ y acantosis



(1) Chandra et al. Genetic and epigenetic basis of psoriasis pathogenesis. Molecular Immunology. 2015;64:313-323

Psoriasis en placas o vulgar



Psoriasis en gotas

- Forma eruptiva
- Frecuente en jóvenes
- Antecedentes de infección estreptocócica
- Pronóstico incierto



ERITRODERMIA PSORIÁSICA

PSORIASIS PUSTULOSO



Psoriasis inversa

- Límites bien definidos
- Eritema vivo
- Presencia de lesiones de psoriasis en otras localizaciones/historia previa
- A veces sobreinfectado !!



6° Congreso SEMERGEN Aragón

Cuero cabelludo

ZARAGOZA 2018

World Trade Center

Innovando por un futuro saludable

30 nov | 01 dic



Psoriasis palmo plantar

- Afectación bilateral y simétrica
- Lesiones en el centro de la mano
- Onicopatía psoriásica
- Dorso de nudillos
- Otras localizaciones



Psoriasis ungueal



- *Pitting* o piqueteado
- Lesiones en mancha de aceite
- Hiperqueratosis
- Hemorragias en astilla etc.
- Se asocia frecuentemente a artropatía psoriásica

Cómo diagnosticar psoriasis en “casos difíciles”

- Pensar en esa posibilidad
- Buscar lesiones en zonas típicas
- Descartar otras posibilidades
- Buscar sus comorbilidades
 - 30% pacientes con psoriasis tienen artritis psoriásica
- Preguntar por antecedentes familiares

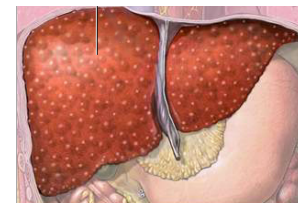
Comorbilidades en psoriasis

Cardiometabólicas

- Arteriosclerosis
- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Enfermedad vascular periférica
- Obesidad
- Diabetes Mellitus 2
- Fibrilación auricular (+artritis)
 - + Depresión: Ictus
- Aneurisma de Aorta

No cardiometabólicas

- Depresión/Ansiedad
- Enfermedad renal crónica
- SAOS
- Uveítis (*Ps grave o APs)
- Hígado graso no alcohólico
- Esclerosis múltiple
- Enf. Inflamatoria intestinal



Chui HY, et al. JAAD 2015;73:429-38. Lennberg AS, et al. JAMA Dermatol 2016; Egeberg A et al. JAAD 2015;73:829-35. Egeberg A et al. JID 2016;136:93-98. Egeberg A, et al. Br J Dermatol 2015;173:471-79. Egeberg A et al. JAMA Dermatol 2015;151:1200-1205. Van der Voort EAM, et al. Acta Dermatol Venereol 2016;96:213-217. Gisondi P, et al. JEADV 2016;30:282-287. Mayor S. BMJ 2016;353:i2159.

Khalid U, et al. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2016;36:1043-8. Camila H, et al. Int J Dermatol 2015;54:1352-1358.

Bhattacharya T et al.. JEADV 2016;30:83-85

Psoriasis: tratamiento tópico

- El **tratamiento tópico** sigue siendo un **pilar básico** en el tratamiento de la psoriasis, ya que hasta el **70%** de los pacientes con psoriasis leve-moderada reciben esta modalidad de terapia como única opción¹
- A pesar ello, entre un 40 y un 70% de los pacientes refieren **no adherencia**² al tratamiento tópico. L
- Las razones más frecuentes son:
 - baja eficacia ^{3,4}
 - la aplicación consume mucho tiempo ³
 - pobres características cosméticas de los agentes tópicos ³
 - aplicación incómoda o desagradable ⁴

(1) Carrascosa , et al. Tratamiento tópico de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2009;100: 190---200.

(2) Fouéré S, et al. How patients experience psoriasis: results from a European survey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 Nov;19 Suppl 3:2-6.

(3) Devaux S, et al. Adherence to topical treatment in psoriasis: a systematic literature review. JEADV. 2012;26(Suppl. 3), 61-67

(4) Lebwohl M. A clinician's paradigm in the treatment of psoriasis. J Am Acad Dermatol 2005; 53 (Supl 1): S59-69

Protocolo para el tratamiento tópico de la psoriasis

Equipo Multidisciplinar

- Dr. Jaime Bona
- Dr. Francisco Aganzo
- Dr. Mariano Ara
- Dra. Rosa García
- Dr. Javier García Latasa
- Dra. Yolanda Gilaberte
- Dra. Estrella Simal

Evidencia Revisada

- National Clinical Guidelines Centre. Psoriasis. Assessment and management of psoriasis. NICE clinical guideline 153. October 2012

DOI: 10.1111/jdv.13542

ORIGINAL ARTICLE

Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology

E. Daudén,^{1*} L. Puig,² C. Ferrándiz,³ J.L. Sánchez-Carazo,⁴ J.M. Hernanz-Hermosa⁵ on behalf of the Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology⁶

LESIONES LOCALIZADAS / MENOS DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL

LESIONES GENERALIZADAS / MAS 10% CORPORAL

PSORIASIS VULGAR

PSORIASIS DE CUERO CABELLUDO

PSORIASIS EN PLIEGUES Y GENITALES

PSORIASIS FACIAL

DERIVAR A DERMATOLOGÍA

Psoriasis vulgar

- *Emolientes
- *Queratolíticos
- *Combinación corticoide y ácido salicílico (hiperqueratosis)
- *Análogos a la vitamina D
 - Calcipotriol, tacalcitol y calcitriol
- *Combinación fija de calcipotriol + betametasona, pomada
 - Gel: zonas pilosas y cuero cabelludo
 - Espuma: mayor eficacia y cumplimiento terapéutico

Psoriasis de cuero cabelludo

- * Champú de brea
- * Corticoides tópicos en champú o en solución
- * Combinación betametasona+ ac. salicílico en caso de hiperqueratosis (solución)
- * Combinación dosis fijas calcipotriol+berametasona (gel)



Psoriasis en pliegues y genitales

*Emolientes

*Agudos: corticoides tópicos de baja potencia

*Crónicos:

- Análogos de la vitamina D: calcipotriol, tacalcitol
- Inhibidores de la calcineurina (fuera de indicación): tacrolimus o pimecrolimus)



Psoriasis facial

- *Emolientes
- *Corticoides tópicos de baja potencia
- *Inhibidores tópicos de la calcineurina
(No aprobado en ficha técnica)

ALGORITMO DE TRATAMIENTO Y DERIVACION DE LA PSORIASIS LEVE Y MODERADA

LESIONES LOCALIZADAS / MENOS DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL

LESIONES GENERALIZADAS / MAS 10% CORPORAL

SORIASIS VULGAR

PSORIASIS DE CUERO CABELLUDO

PSORIASIS EN PLIEGUES Y GENITALES

PSORIASIS FACIAL

*EMOLIENTES
*QUERATOLITICOS
*COMBINACION CORTICOIDE Y AC. SALICILICO (HIPERQUERATOSIS)
*ANALOGOS A LA VITAMINA "D"
CALCIPOTRIOL Y TACALCITOL
*COMBINACION FIJA DE CALCIPOTRIOL + BETAMETASONA, POMADA
GEL: ZONAS PILOSAS Y CUERO CABELLUDO
ESPUMA: MAYOR EFICACIA Y CUMPLIMIENTO TERAPAUTICO

*CHAMPU DE BREA
*CORTICOIDES TOPICOS EN CHAMPU O EN LOCION
*COMBINACION BETEMETASONA+AC. SALICILICO EN CASO DE HIPERQUERATOSIS (POMADA O SOLUCION)
*COMBINACION DOSIS FIJAS CALCIPOTRIOL+BETAMETASONA GALENICA EN FORMA DE GEL

*EMOLIENTES
*AGUDOS: CORTICOIDES TOPICOS DE BAJA POTENCIA
*CRONICOS: ANALOGOS DE LA VITAMINA "D" (CALCIPOTRIOL, TACALCITOL)

*EMOLIENTES
*CORTICOIDES TOPICOS DE BAJA POTENCIA
*INHIBIDORES TOPICOS DE LA CALCINEURINA (NO APROBADO EN FICHA TECNICA)

DERIVAR A DERMATOLOGIA

BUENA EVOLUCION

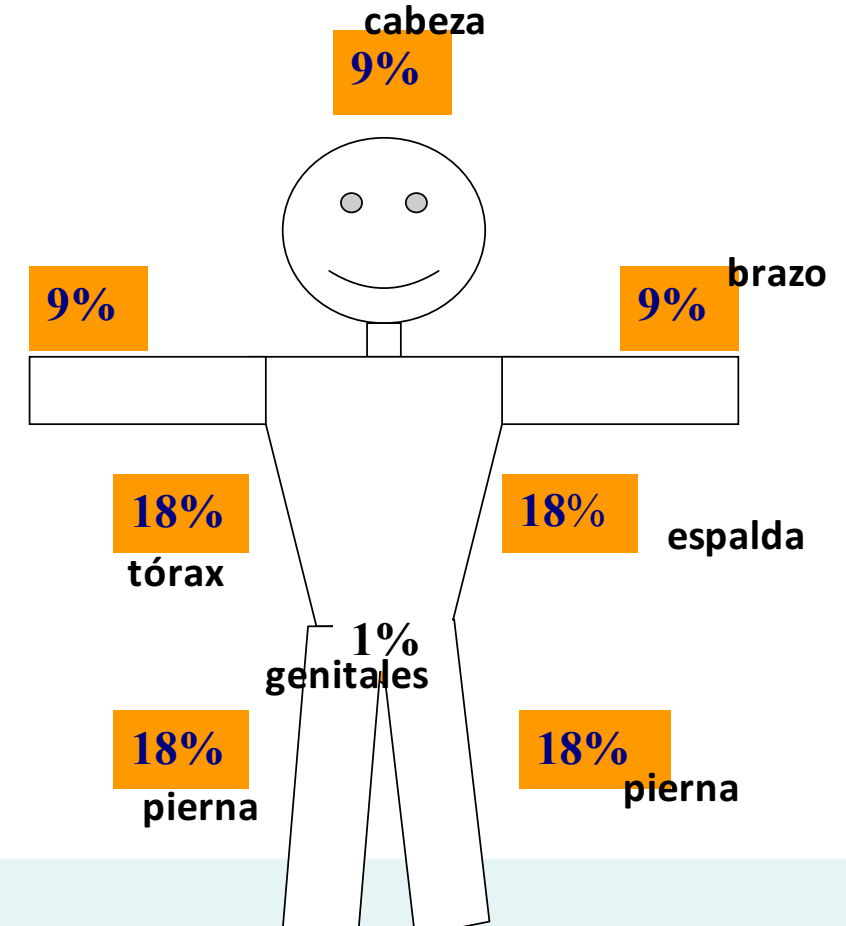
SI

NO

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

Criterios de derivación de Atención Primaria a Dermatología

- Necesidad de confirmación diagnóstica
- Falta de respuesta al tratamiento bien realizado
- BSA >10%
- Localizaciones especiales
- Psoriasis pustulosa y psoriasis eritrodérmico
- Psoriasis que de repente se vuelve inestable
- Impacto sobre la calidad de vida (DLQI >10)



Protocolos de tratamiento y criterios de derivación

Acné

Psoriasis

Verrugas

Moluscos contagiosos

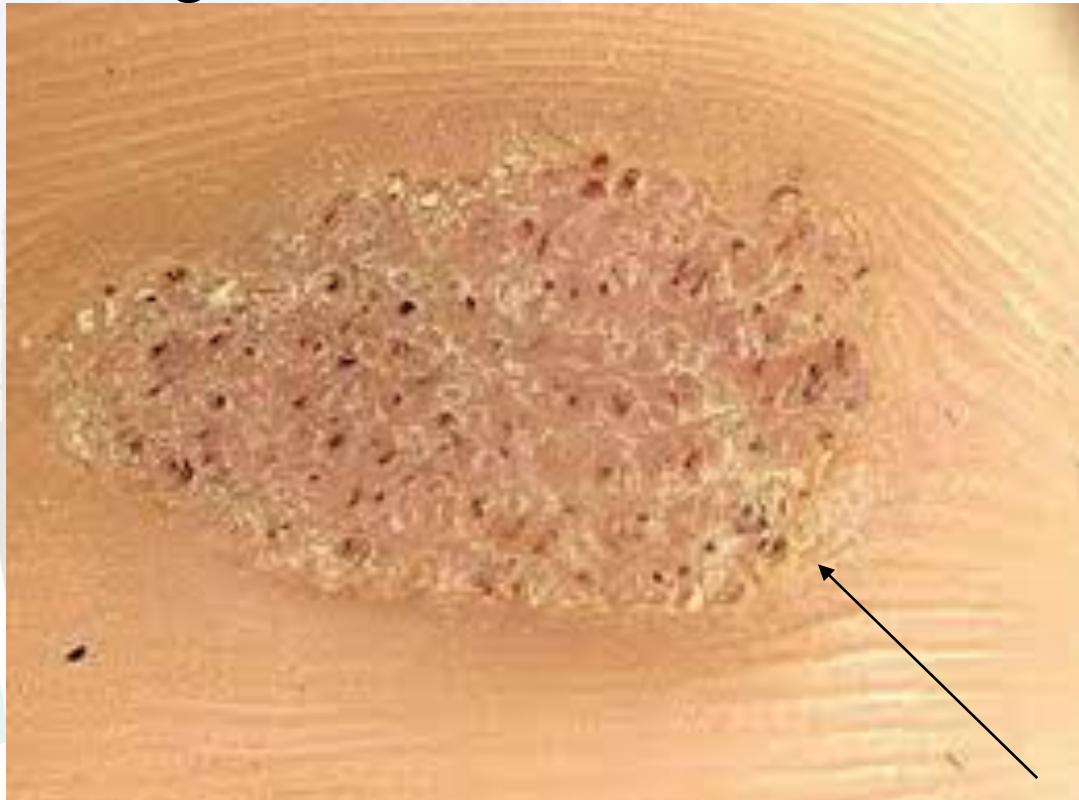
A

B



Diagnóstico diferencial

Verruga



Callos



Interrupción de los dermatoglifos

Diagnóstico diferencial



Poroma ecrino



Carcinoma escamoso



Melanoma



Melanoma

Verrugas planas



Objetivo del tratamiento en las verrugas

- Eliminar las lesiones
- Minimizar el dolor
- Evitar la secuela cicatricial
- Impedir la recurrencia



Consideraciones previas al tratamiento de las verrugas

- Muchos tratamientos no están basados en una evidencia sólida
- Algunos se usan fuera de indicación.
- La curación espontánea en niños es más rápida que en adultos
- Dos tercios se resuelven espontáneamente en 2 años y un 80% en 4 años

Actas Dermosifiliogr. 2016 Jul-Aug;107(6):533-5. doi: 10.1016/j.ad.2015.11.007. Epub 2016 Mar 19.

Spontaneous Remission of Recalcitrant Warts in Girls After Human Papillomavirus Vaccination.

[Article in English, Spanish]

Martín JM¹, Escandell I², Ayala D², Jordá E³.

La elección del tratamiento dependerá de:

- El número de lesiones
- La localización
- El tamaño
- La edad del paciente
- El grado de cooperación
- La experiencia personal del facultativo y los medios

Estrategias de tratamiento: ¡¡Advertir!!

- Riesgo de transmisión (evitar morderse las uñas)
- Alta probabilidad de fracaso
- Las recidivas frecuentes.
- **No se recomiendan tratamientos agresivos**



Una opción es no tratar

Ácido salicílico/Queratolíticos



- Antes de cada aplicación (por la noche) remojar con agua tibia durante 5 minutos y remover la queratina superficial con lima
- Proteger la piel circundante con vaselina
- Aplicar la sobre la lesión y dejar secar hasta que aparezca una película blanca
- Realizar cura oclusiva hasta la noche siguiente
- Repetir según tolerancia.

Crioterapia





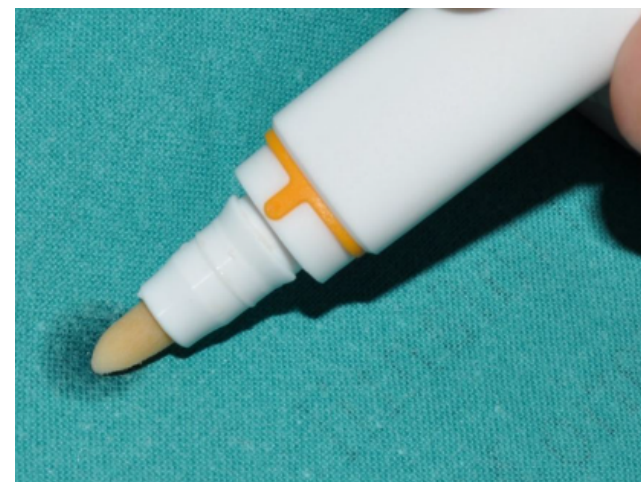
EndWarts

Componentes:

- ✓ Ácido Fórmico (>70%)
- ✓ Agua
- ✓ Glicerol
- ✓ Aceite de Limón

Solución bactericida y corrosiva olor irritativo

3 ml: Suficiente contenido para 30 tratamientos



PRODUCTO SANITARIO – CLASE IIb

PVP IVA Recomendado: 23,40€

Protocolo para el tratamiento de las verrugas

Equipo Multidisciplinar

- Dr. Jaime Bona
- Dra. Nieves Porta
- Dr. Ricardo Martín
- Dra. Yolanda Gilaberte

Evidencia Revisada

Actas Dermosifiliogr. 2016 Sep;107(7):551-8. doi: 10.1016/j.ad.2016.04.010. Epub 2016 May 27.

Treatment of Warts in Children: An Update.

[Article in English, Spanish]
Gerlero P¹, Hernández-Martín Á².



GUIDELINES

BJD
British Journal of Dermatology

British Association of Dermatologists' guidelines for the management of cutaneous warts 2014

J.C. Sterling,¹ S. Gibbs,² S.S. Haque Hussain,¹ M.F. Mohd Mustapa³ and S.E. Handfield-Jones⁴

Protocolo de tratamiento de verrugas

	1ª elección	Alternativa	Derivar a dermatología en caso de:	Observaciones	
VERRUGA VULGAR Y PLANTAR	<p>Queratolíticos (antiverrugas ISDIN, Verufile)</p> <p>o</p> <p>Ac fórmico (EndWarts)</p>	Crioterapia (combinada con tratamiento anterior)	<ul style="list-style-type: none"> - Fracaso terapéutico, tras 6 meses de tratamiento. - Dolor, impotencia funcional, lesiones faciales, inmunosupresión. 		
VERRUGA PLANA	<p>Tretinoína tópica (0.025-0,050-0,1%) (Retirides)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Fracaso terapéutico, tras 6 meses de tratamiento. - Dolor, impotencia funcional, lesiones faciales, inmunosupresión. 	Fotoprotección por la mañana	

CRIOTERAPIA = Histofreezer en el Centro de Salud y el paciente en casa complementa con tratamientos tópicos si la verruga persiste

Advertir a los pacientes que todos los tratamientos pueden causar algo de irritación que puede resultar beneficiosa para estimular la inmunidad frente al virus.

Protocolos de tratamiento y criterios de derivación

Acné

Psoriasis

Verrugas

Moluscos contagiosos

Moluscos contagiosos



Inflamación en los moluscos contagiosos



¿Que hacemos con la infección del molusco contagioso?



Consideraciones en el tratamiento del molusco contagioso

- No tratar ya que la resolución espontánea alcanza el 80% en 18 meses
- Es recomendable evitar compartir toallas, esponjas, piscinas...





HIDRÓXIDO POTASIO 5%

1 VEZ AL DÍA, DEJAR 2-3 MINUTOS

4-6 DÍAS (HASTA QUE APAREZCA IRRITACIÓN)



MOLUSCOS DESAPARECEN EN UNAS SEMANAS

HIDRÓXIDO POTASIO 10%

Protocolo para el tratamiento de los moluscos

Equipo Multidisciplinar

- Dr. Jaime Bona
- Dra. Nieves Porta
- Dr. Ricardo Martín
- Dra. Yolanda Gilaberte

Evidencia Revisada

7/6/2018

Guía clínica de Molluscum contagiosum



Molluscum contagiosum
Fecha de la última revisión: 14/07/2016

Actas Dermosifiliogr. 2018; 109(5):408-415



ACTAS
Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



REVISIÓN

Actualización sobre el tratamiento de moluscos contagiosos en los niños




P. Gerlero^a y Á. Hernández-Martín^{b,*}

Actualizaciones

Los 10 diagnósticos más frecuentes en dermatología

Cristina Martínez Morán, Begoña Echeverría García y Jesús Borbujo Martínez*
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.
*Correo electrónico: jborbujo@gmail.com

Protocolo del tratamiento de los moluscos contagiosos

	1ª elección	Alternativa	Derivar a dermatología en caso de:	Observaciones	
MOLUSCO CONTAGIOSO	Abstención terapéutica. o Hidróxido potásico 10% (<u>Molutrex</u> , <u>Molusk</u>). 1 aplic/día	Curetraje	<ul style="list-style-type: none">- Lesión facial- Inmunosupresión- Mala respuesta al tratamiento		

Información para los pacientes

Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología



CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DEL MOLUSCO CONTAGIOSO

LO QUE DEBEMOS SABER DEL MOLUSCO CONTAGIOSO

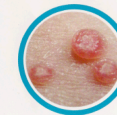
El **molusco contagioso** es una infección de la piel muy frecuente en los niños.

Está **producida** por un virus que se transmite por contacto directo piel con piel o a través de objetos como las toallas o la ropa compartida.

Los niños con dermatitis atópica y las personas inmunodeprimidas son más susceptibles.

El aspecto del molusco contagioso es característico y fácil de reconocer:

- Bultitos pequeños de 2-5 mm
- De forma hemisférica con una depresión central
- De color piel, brillantes. A veces redondeados
- En ocasiones se enrojecen o aparece una dermatitis a su alrededor
- Pueden ser únicos o múltiples



¿Puedo reducir su contagio?

Los niños con molusco contagioso NO deben ser excluidos de la guardería, escuela ni actividades deportivas.

Para disminuir el riesgo de contagio:

- Evitar compartir la ropa y las toallas
- Cuidar la piel utilizando productos de higiene no irritantes
- Usar cremas hidratantes
- Son preferibles las duchas a los baños
- Utilizar vestimenta que cubra las zonas afectadas
- Evitar traumatizar la piel (rascado, rasurado)
- Tratar adecuadamente la dermatitis atópica u otras posibles enfermedades cutáneas que estén presentes

El molusco contagioso se cura espontáneamente en menos de dos años.

Las complicaciones del molusco contagioso no son graves. Las más frecuentes son:

Compromiso estético, extensión a otras zonas de la piel, inflamación, sobreinfección, dolor o picor, y en los párpados, conjuntivitis.

¿Cuándo y cómo debe tratarse?

La elección del tratamiento depende de la edad y del estado inmunitario del paciente, de la localización y complicaciones del molusco y del entorno.

No tratar puede ser una opción en niños pequeños.

LAS MODALIDADES DEL TRATAMIENTO SON:

- Curetaje, muchos dermatólogos lo recomiendan por sus resultados rápidos. La aplicación de un anestésico tópico reduce las molestias.
- Crioterapia a intervalos de 2-3 semanas.
- Sustancias tópicas (hidróxido de potasio, retinoides) de uso domiciliario.
- Cantaridina, que requiere un uso cuidadoso por su acción vesicante.
- Imiquimod, fármaco de uso tópico con efectos inmunológicos.
- Cidofovir, antivirico útil en algunos pacientes inmunodeprimidos.



No se dispone de evidencia científica suficiente que demuestre la superioridad de un tratamiento frente a otro, y las reparaciones tras el tratamiento ocurren en un tercio de los pacientes.

Tras evaluar las distintas opciones terapéuticas, el médico y la familia consensuarán la que mejor se adapte a cada caso individual.

En adolescentes o adultos sexualmente activos, con lesiones en los genitales, se recomienda siempre un tratamiento activo y screening de otras infecciones.

Atención Primaria

Asistencia actualizada de dermatosis comunes en atención primaria

Formación Continuada
Protocolos en las patologías más frecuentes

Priorización de dermatosis potencialmente graves

Canales de asistencia en tiempo: Interconsulta virtual

Dermatología

Cartera de Servicios de Dermatología
Dermatología Comunitaria

Concienciar a la población de lo que sólo tiene importancia estética

Comunicación fluida entre Atención Primaria y Dermatología

Continuidad de cuidados

Agradecimientos

- Dirección Atención Primaria del Sector II:
 - Dr. Juan Carlos Palacín
 - Dr. Angel Aznar
- Subdirección de Servicios Quirúrgicos
 - Dra. Lourdes Lahuerta
- Leo Pharma apoyo en el protocolo de psoriasis

Gracias



ygilaberte@salud.aragon.es