

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN DERMATITIS Y PRÚRITO

1. DERMATITIS ATÓPICA (DA).

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa en brotes, Dermatitis o Eczema, y tiene una elevada prevalencia en niños. Se caracteriza por una alteración en la función barrera de la piel con una elevada tasa de pérdida de agua transepidérmica; disminuye la capacidad de retención en la epidermis y existe una menor cantidad de lípidos y ceramidas intraepidérmicas. > Ig E.

El objetivo del tratamiento es reducir los síntomas y el número de brotes que se manifiestan con piel seca, eritema y prurito, con una morfología y distribución de las lesiones diferente según la edad:

- **Lactantes:** Se inicia entre los 2-6 meses hasta los 2 años. Afecta a las mejillas y el cuero cabelludo pudiéndose extender al tronco. Las lesiones son eritemas, vesículas/exudativas/costras.
- **Niños:** Puede comenzar de Novo hasta los 10 años. Se manifiesta con sequedad y prurito intenso. Lesiones en flexuras, nuca y dorso de las manos y pies. Disminuyen las lesiones de la cara.
- **Adulto:** Hay muy pocos inicios después de los 10 años. Piel seca, sobre todo en invierno. Cara (párpados, frente, perioral, nuca, pecho).

TRATAMIENTO.

Mantenimiento de la piel entre brotes:

Emolientes (1): Mezclas de varios (vaselina, glicerina, Ac. Láctico, Ac. Grasos Omega 3 y 6...). Son compuestos que ayudan a < la inflamación y el prurito: glicerofosfoinositol colina, proantocianidinas y ácido glicirretínico. En DA leve son eficaces y a veces suficientes.

Antibióticos tópicos: Indicados cuando las lesiones están infectadas: Ac. Fusídico, Eritromicina, cloxacilina, Mupirocina, Gentamicina.

Antibióticos orales: Ej. Ac. Fusídico, en sobreinfecciones importantes y extensas.

Probióticos: Se usan como prevención durante el embarazo en madres de alto riesgo (DA Familiar), y como tratamiento en los primeros meses de vida. Parece que especialmente *L. rhamnosus* podría ser efectivo en la prevención de la DA, pero aún son necesarios más estudios.

Corticoides tópicos: Son de 1ª elección en DA entre moderada y grave. La elección se realiza según la edad, zona de aplicación, gravedad de lesiones y potencia del corticoide. (3)

C. Orales: Se usan en ciclos cortos para brotes graves.

Inmunomoduladores: Inhibidores tópicos de la calcineurina, sin la capacidad atrofica de los corticoides. TACROLIMUS (0,03%) Y PIMECROLIMUS (1%) se utilizan en mayores de 2 años, tienen una actividad muy similar, produciendo menos escozor en las primeras aplicaciones pimecrolimus. Existe una nueva pauta con Tacrolimus entre brotes, en <2 años, de 2 veces por semana, con mejoría y disminución de brotes. En Adultos Tacrolimus 0,1%.

Antisépticos: Sulfato de cobre al 1 x 1000, permanganato potásico al 1x10.000, en lesiones exudativas.

Anestésico tópico: Policodanol, para el prurito.

Fototerapia: Ha presentado efectividad en las diferentes modalidades, < del prurito e inflamación, recidiva al suspender el tratamiento, es una alternativa como coadyuvante al tratamiento tópico, en DA grave.

Inmunosupresores:

Ciclosporina: En DA Grave, se ha mostrado eficaz, es capaz de inhibir la activación de las células T. Eficaz en niños y adultos, a dosis de: 2,5-5mg/Kg/día, en Ttos. de 3-4 meses con suspensión posterior o más tiempo a dosis más bajas.

Biológicos: Efalizumab parece ser el Anticuerpo Monoclonal que ofrece mejores resultados.

RECOMENDACIONES GENERALES Y PRECAUCIONES.

R. Generales: Limpieza sin detergentes (Syndet), bases lavantes que no agreden el manto hidrolipídico de la piel. La temperatura del agua debe ser templada, con baños o duchas cortas, secar en toques, dejar húmeda la piel e

hidratar con repitalizantes toda la piel, sin frotar y en toques, si es necesario 2 veces/día. Mantener las uñas cortas para evitar lesiones por rascado. No usar en los brotes, son ineficaces y PROVOCAN ESCOZOR.

Evitar sobreinfecciones: En el 90% de los niños con DA hay un > Staphylococos Aureus, con posible efecto sobre la expresión de Linfocitos T y Macrófagos por sus toxinas secretadas en la piel. Los cuidadores o familiares pueden ser portadores nasales de S. Aureus y necesitarían tratamiento con Mupirocina Intranasal (2 veces/D. durante 10 días). También hay una mayor prevalencia de infecciones herpéticas (herpes simple, Papilomavirus vulgar (verrugas vulgares) o poxvirus como el Molluscum contagiosum. *Mayor prevalencia también en infecciones fúngicas*, existe un aumento de la IgE específica contra *Malassezia*.

Dieta: Solo si existe un diagnóstico de alergia a algún alimento debe realizarse una dieta restrictiva.

F. Medioambientales: El calor excesivo, la exposición al frío y el sudor pueden desencadenar brotes de DA. La exposición solar suele tener un efecto beneficioso, siempre con la protección adecuada y nunca en brotes, ya que aumenta la sensación de escozor. Los Ácaros de alfombras, colchones, sofá, peluches..., no parecen estar relacionados con la DA.

Ropa: Es recomendable el uso de algodón, hilo, tejidos suaves para que la piel transpire con facilidad, siempre suelta no ajustada, se deben evitar la lana y fibras sintéticas, así como el uso de lejías y suavizantes.

EFFECTOS ADVERSOS DE CORTICOIDES TOPICOS. (2)

Inmunomoduladores: Su seguridad ha sido demostrada en relación al desarrollo de neoplasias a largo plazo que recogía una alerta de la FDA. Se debe evitar su empleo en pacientes inmunodeprimidos, o en infecciones víricas. Se utilizan mucho como ahorradores de exposición a corticoides.

Fototerapia: No aconsejado en < de 12 años. Los efectos adversos son el fotoenvejecimiento de la piel y fotocarcinogenesis.

Inmunosupresores: Con cilosporina se debe monitorizar la Tensión Arterial y la toxicidad Renal.

2. DERMATITIS DEL PAÑAL (DP):

Es un tipo de dermatitis que afecta, sobretodo, a niños y ancianos. Dermatitis asociada a la incontinencia. Dermatitis por Humedad. Respuesta reactiva de la piel por la exposición crónica a orina y heces, con inflamación y eritema,

con o sin erosión y exudado. Es una DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA.

Los síntomas incluyen dolor, escozor y prurito. Puede producirse una infección secundaria por Candida que se manifiesta con piel con eritema intenso y rojo vivo, en glúteos y zona perianal y genital. Los factores implicados en el desarrollo de estas lesiones son fricción, oclusión, humedad, orina y heces, > del PH y temperatura.

TRATAMIENTO.

Preventivo: Uso de absorbentes transpirables. Deben mantener la piel seca y tener un bajo retorno de humedad. A nivel de higiene se pueden utilizar toallitas de limpieza especialmente formuladas para este fin, tanto en bebés/niños como en mayores o emulsiones de limpieza. También se pueden usar cremas y bálsamos barrera como pastas al agua de óxido de zinc o apósitos líquidos.

Corticoides: Potencia débil/baja, su absorción esta > por la oclusión del pañal.

Antimicóticos: nistatina, imidazoles.

Antisépticos: Solución de sulfato de cobre al 1x1000.

RECOMENDACIONES Y PRECAUCIONES.

Recomendaciones generales: La Frecuencia de cambio de pañal debe ser la necesaria, igual que la higiene de la zona genital y perianal. La limpieza con agua y jabón daña la barrera hidrolipídica de la piel, daña los corneocitos y arrastra lípidos de protección.

En mayores: la incontinencia es un factor de riesgo para la aparición de úlceras por presión. Revisión de la piel en cada cambio de pañal. La DP es siempre superficial y difusa. Cuanto mayor sea el paciente más fina es su piel y > es el riesgo. Especial cuidado en Diabéticos, inmunodeprimidos, estado nutricional precario, movilidad comprometida, toma medicamentos: corticoides, antibióticos, diuréticos, infecciones urinarias...

3. DERMATITIS DE CONTACTO

Irritativa: La más frecuente a todas las edades. Entre ellas está la DP y la D. Perioral, en este caso el irritante es la saliva. **Síntomas:** Eritema, escozor, prurito y dolor, pápulas y pústulas que evolucionan a vesículas. Muchos desencadenantes: disolventes, ácidos, plantas...

Alergica: Contacto prolongado, la sensibilidad puede aparecer tras múltiples exposiciones o ser muy rápida. Sínto-

mas: Vesículas, prurito intenso, escozor, solo zona de contacto o generalizada. Se puede extender el alérgeno con las manos a la cara, párpados... **NIQUEL:** En joyas, bisutería, cierre del reloj, pendientes. **CROMO:** calzado de piel, **GOMAS y PLÁSTICOS. MERCURIALES, PERFUMES, TINTES DE ROPA.**

Fototóxica: Asociación sustancia de contacto y acción Lumínica. No hay sensibilización previa. **Síntomas:** Eritema, edema, vesículas, Hiperpigmentación resistente de la zona Las más comunes por plantas, después de un día de campo..., el aceite de bergamota de los perfumes, deja manchas con el recorrido en la piel y medicamentos (orales y/o tópicos), ver ficha 17 fotoprotección.

Fotoalérgica: Necesita de una sensibilización previa, aparece en zonas expuestas al sol. Puede reaparecer el brote de sensibilidad de forma crónica con la exposición a la luz. Ver ficha 17 Fotoprotección. Toda sustancia que pueda ser fotoalérgica tiene también potencial fototóxico.

TRATAMIENTO.

DIAGNOSTICO CLÍNICO: según datos aportados por el paciente (zona de erupción expuesta o no a la luz, zona debajo de la ropa, zona de contacto con joyas, zona de contacto de colonia... y en La D. Alérgica según estudios dermatológicos Prueba de Provocación o prueba del parche...

TRATAMIENTO:

Preventivo: Evitar el contacto siempre que sea posible y si se identifica la sustancia.

Las Dermatitis Alérgicas y Fotoalérgicas se deben derivar al Dermatólogo siempre para identificar la causa.

Utilizar barreras: guantes con algodón si es alergia a las GOMAS, si es al CALZADO existen calcetines aislantes. Pomadas o ungüentos para aislar la zona.

NO FARMACOLÓGICO: Compresas de agua fría, calma el prurito, sobre la zona como primera medida.

FARMACOLÓGICO:

CORTICOIDES: siguiendo las pautas descritas para un URM Solución de sulfato de cobre al 1x1000, solución de Burow, Calamina: Si hay exudado en las lesiones.

INMUNOMODULADORES: Tacrolimus, Pimecrolimus

ANTIBIOTICOS TOPICOS: Si existen fisuras en la piel y se estima sobreinfección bacteriana.

ANTIISTAMINICOS TOPICOS: Se utilizan poco y si la zona está expuesta a la luz pueden provocar reacciones de fotoalergia y/o fototoxicidad.

ANTIISTAMINICOS: Con efecto sedante Clorfeniramina, Hidroxicina. No existe una evidencia clara como tratamiento de elección.

RECOMENDACIONES Y PRECAUCIONES.

TODAS LAS DESCRITAS PARA CORTICOIDES E INMUNOMODULADORES

En la **DERMATITIS PERIORAL**, se trata como una Dermatitis irritativa, puede ser un efecto secundario del uso de corticoides en la cara y se debe aconsejar no usar pastas fluoradas.

4. DERMATITIS SEBORREICA.

Edad: Entre las dos primeras semanas y los 3 meses (mucho antes que una DA). Adultos entre los 30-60 años, > en varones.

Factores desencadenantes: > secreción grasa, > Malassezia Globosa relacionada con la respuesta inflamatoria, Tensión emocional, estrés, frío, ambientes secos. > su presencia en Parkinson y pacientes con parálisis facial. En pacientes con VIH pueden ser extensas las lesiones y en brotes graves.

Costra lactea del recién nacido: Cuero cabelludo con escamas adheridas, grandes, olor a leche rancia.

Adulto: Costras untuosas, blancoamarillentas, zonas de secreción grasa elevada: Cara, cuello, conducto auditivo externo, zona posterior auricular, zona central del pecho y espalda, cejas, alrededor de la nariz, zonas de pliegues (intergluteos, axilas, debajo del pecho en mujeres) genitales.

En el cuero cabelludo, puede aparecer como pequeñas escamas sueltas, PITIRIASIS SECA o escamas grandes que separan el cabello en mechones, mal olor a grasa rancia.

TRATAMIENTO.

Los tratamientos tienen como objetivo disminuir los brotes y las lesiones. Es una erupción de la piel de curso prolongado, recidivante.

Según zona afectada:

Cuero cabelludo

Leve: champú antifúngico cada 2 o 3 días, dejar actuar al menos 5 minutos, con uno o varios pa: ciclopirox olamina 1-1,5%, piritionato de zinc 2%, piroctona olamina 0,3-3%, sulfuro de selenio 2.5%, ketoconazol 1-2%,sertaconazol 2%. Como alternativa: keloamida, ictiol, alquitran de hulla.

Moderado a grave:

Corticoides: potencia moderada/intermedia, valorar mejoría. Combinar con champú alternando.

Calcipotriol: 2 veces al día sobre las áreas afectadas de la piel y reducir según mejoría.

Queratolíticos: asociados a antifúngicos, el más común el ac. Salicílico.

Dermatitis facial:

Leve: lavar la zona con un gel o champú antifúngico. Lociones, geles que contengan: alfa hidroxiácido, ictiol, keluamida.

Moderada a grave: combinando con los ttos. De las formas leves, corticoides de moderada/intermedia potencia y evaluar.

Otras zonas:

Genitales: siempre corticoides de baja potencia. Antifúngicos imidazólicos, una o dos/ día y evaluar.

Resto: corticoides seleccionados según zona, gravedad... Pacientes VIH y formas extensas de lesiones:

Antifúngicos orales: itraconazol 100 o 200mg /día durante 9 o 18 días.

Corticoides orales: prednisona en dosis de 0,5-1mg/kg/día. Inmunomoduladores: son efectivos, y seguros tanto el tacrolimus como el pimecrolimus.

RECOMENDACIONES Y PRECAUCIONES.

Recomendaciones generales:

Higiene con arrastre firme en las zonas de lesiones, no utilizar cosméticos grasos. Una vez conseguida la remisión es importante continuar con los productos de higiene, cosméticos sin grasa. En niños la keluamida es eficaz, por su efecto queratolítico, calma el picor y arrastra las escamas.

Calcipotriol: cuando se aplique junto con corticosteroides tópicos, se recomienda su aplicación alternativamente, una opción es aplicar uno por la mañana y el otro por la noche. Riesgo de hipercalcemia. No en embarazo o lactancia. Recomendar a los pacientes lavarse las manos después de aplicar la solución en el cuero cabelludo, para así evitar el traspaso inadvertido al rostro: irritación local.

PRURITO.

Sensación subjetiva, de intensidad variable, que induce al rascado. Puede ir acompañado de enrojecimiento, sarpullido..., también puede existir prurito sin ninguna lesión cutánea visible.

Origen dermatológico: Infecciones (Varicela, rubeola, Herpes Zoster). Parasitosis (piojos, sarna, oxiuros). Dermatitis (Todas las descritas, las picaduras de insectos, psoriasis, quemadura solar...).

Origen sistémico: Muchas veces el prurito es el primer síntoma de una afección sistémica, es un prurito generalizado y se acentúa por la noche: Hepatobiliares, Diabetes, Hipo/Hipertiroidismo, Hematológicas (ferropenia, policitemia vera...), Alergias, Hiperuricemia.

Origen desconocido: Tras dos semanas de evolución y estudios no se identifica la causa.

MANEJO.

Prevención: Piel hidratada, esta es una recomendación incluso para una piel sana, elegir hidratantes de elevada capacidad emoliente, con activos como Urea, Ac. Láctico. Evitar el CALOR, evitar los IRRITANTES, recomendaciones de DA.

Tratamiento: El objetivo es detectar la causa para evitar el ciclo: prurito/rascado/prurito/escoriaciones.

Refrescantes:

Calamina: refrescante, astringente, puede ir asociada a avena, aloe vera. A demanda.

Mentol: 0,25%-2% en formas diferentes (gel, emulsión, loción de calamina...), no en niños <2 años. Aplicar cada 2 horas. Tb. Se utiliza el alcanfor.

Anestésicos locales (al):

Pramoxina o pramocaina al 1%, con menos efectos adversos que otros, tetracaína, lidocaína. En niños >2 años en loción, gel o emulsión.

Corticoides: Cuando existe inflamación, enrojecimiento, además de prurito. De elección hidrocortisona, también asociado a loción de calamina.

Combinaciones: Loción de calamina, además de las medidas preventivas, si el prurito continuo, utilizar AL y si hay inflamación Hidrocortisona eligiendo la dosis entre 0,25% y el 2%.

Niños <2 años derivar al médico e indicar loción de calamina y baños refrescantes de avena. Esta indicación también es útil en embarazadas.

Derivar al Médico:

- Si es un prurito generalizado.
- Si aparecen lesiones por rascado.
- Si el paciente toma medicamentos y estos tienen descrito el prurito como un efecto adverso (Amiodarona, Anticonceptivos orales, Captopril, clorpropamida, tolbutamida, AAS...).
- Prurito en zona perianal.
- Lactantes y < 2 años.

- Lesiones que no evolucionan con el tratamiento indicado en la farmacia.
- **SIGNOS DE ALARMA:** Además de prurito el paciente presenta...
- Pérdida de peso, fatiga, sudores nocturnos.
- Coloración amarillenta de la piel, puede indicar una causa hepático biliar.
- Sed excesiva y micción frecuente, pueden indicar diabetes.
- Entumecimiento, hormigueo, puede indicar una causa neurológica.

PRURITO Y/O DERMATITIS ASOCIADO A MEDICAMENTOS.

TOXICODERMIAS: Mayoritariamente relacionadas con fármacos administrados por cualquier vía, son muchos los tipos de lesiones y algunas graves, tanto en piel como en mucosas. Siempre que el paciente tome uno o varios medicamentos, si ha habido un cambio de pauta o se ha introducido uno nuevo o incluso si lleva tiempo utilizándolos, podemos estar ante una sensibilización y hay que estudiar su tratamiento y derivar al médico, si es posible con un estudio previo de su medicación e información sobre la posible relación.

FACTORES PARA LA ELECCIÓN DE UN CORTICOIDE TOPICO:

- **EDAD DEL PACIENTE:** La piel del anciano es más susceptible de presentar telangiectasias, púrpura y atrofia. Los niños y adolescentes presentan con más frecuencia la aparición de estrías
- **ZONA DE APLICACIÓN:**
 - La piel fina de cara y pliegues, genitales, mucosas, párpados, zona interna de los muslos: Corticoides de potencia débil/baja o moderada/intermedia mayor riesgo de absorción y efectos adversos locales.
 - Tronco, Extremidades: Corticoides de Potencia moderada/ Intermedia y si no hay mejoría alta, reducir tiempo o tratamientos intermitentes.
 - Pliegues, áreas de flexión, zona interna de brazos y cuero cabelludo: Débil/ Baja o Moderada, incluso alta. Reducir la potencia tan pronto como sea posible
 - Pecho y espalda, brazos y muslos, piernas, dorsos de manos y pies: Intermedia/ moderada alta o muy alta durante periodos cortos de tiempo.
 - Codos y rodillas, palmas y plantas, uñas: Alta-muy alta. Atención a los posibles efectos secundarios.
- **ABSORCION SEGÚN ZONAS DE MAYOR A MENOR:** Mucosas, Escroto, Párpados, Cara, Pecho y espalda, Brazos y muslos, Antebrazos y piernas, Dorso de las manos y los pies, Palmas y plantas, Uñas.
- **PAUTA DE TRATAMIENTO:** Potencia débil/Baja: dos veces al día, P. Intermedia/Moderada: una o dos veces al día, Potencia Alta/muy alta: una vez al día.
- **TIEMPO DE APLICACIÓN:** Hasta resolución del brote agudo (según pauta médica, si no hay remisión reevaluar). Puede prolongarse según la potencia y la zona de las lesiones. En cara o pliegues no más de 2 o 3 semanas.
- **TECNICA DE APLICACIÓN:** Siempre en capa fina, la epidermis actúa como reservorio permitiendo una penetración gradual. Es muy importante mantener la piel bien hidratada, mejora la penetración y la eficacia. La aplicación oclusiva aumenta hasta 100 veces la absorción, no más de 12 horas y siempre contraindicada en lesiones infectadas, cara, zonas con foliculitis, en áreas extensas de la piel o antecedentes de efectos adversos a corticoides.

(1) EMOLIENTES: su uso responde a tres principios:

Acción Filmogena: Frena la evaporación de agua del extracto corneo. Vaselina, Parafina...

Acción Humectante: Aportar agua y ligarla a los corneocitos. Urea, compuestos Hidrotropicos (Lanolina, ceramidas).

Acción Restructurante: Ac. Grasos poliinsaturados (Linoleico, Linolénico...)

(2) EFECTOS ADVERSOS (EA): Los corticoides tópicos son una herramienta terapéutica muy eficaz, siempre bien utilizados, según edad del paciente, zona de lesiones, extensión de las mismas y gravedad, todo esto hace muy importante sensibilizar sobre un correcto uso de los mismos, ni en exceso ni cortar el tratamiento antes de lo indicado por el médico.

Se pueden disminuirlos EA con una buena selección y tiempo de duración, por ejemplo en niños y ancianos, utilizar corticoides de potencia baja/débil o moderada y controlar el tiempo mínimo necesario, otra opción es realizar tratamientos intermitentes, cuando mejora la lesión bajar la potencia del corticoide y finalmente pasar a hidratación de la piel y reparación lipídica de la piel.

- Efectos locales reversibles: Petequias (> de la fragilidad capilar), Hipertriosis, Fragilidad cutánea, Acné corticosteroide o, dermatitis perioral.
- Efectos locales irreversibles: Telangiectasias, Atrofia epidérmica y dérmica.
- Efectos oculares: Glaucoma.
- Efectos sistémicos (excepcionales): Retraso del crecimiento, Efecto mineralocorticoide, Cushing ya-trogénico.
- Efecto Rebote, Taquifilaxia, Sensibilización.

(3) POTENCIA DEL CORTICOIDE: Depende de varios factores:

- características de la molécula, concentración y vehículo, La concentración tiene sus limitaciones, la curva dosis/respuesta tiene su meseta y mayor concentración no mejora la efectividad y si los efectos adversos.
- Vehículo y técnica de aplicación.
- Los corticoides no fluorados, con similar actividad antiinflamatoria tienen una menor actividad antimitótica.
- Asociación con queratolíticos en lesiones secas: Ac. Salicílico, Urea, Aumentan la penetración del corticoide, mejoran su efectividad.

POTENCIA MUY ALTA	POTENCIA ALTA	POTENCIA INTERMEDIA/MODERADA	POTENCIA DEBIL/BAJA
Betametasona dipropionato 0,05%	Betametasona dipropionato 0,025%, 0,05% y 0,1% (*)	Betametasona dipropionato 0,25%	Desonida 0,05%
Clobetasol propionato 0,05%	Betametasona valerato 0,05% -0,1%	Betametasona valerato 0,1%: (*)	Dexametasona 0,1-0,2%
Difluocortolona valerato 0,3%	Beclometasona dipropionato 0,025%	Beclometasona dipropionato 0,025%	Fluocortina 0,75%
Diflorasona acetato 0,05%	Budesónida 0,025%	Clobetasona butirato 0,05%	Hidrocortisona acetato 0,25-0,5-1 y 2,5%
Fluocinolona acetónido 0,2%	Desoximetasona 0,25%	Desoximetasona 0,05%	Metilprednisolona acetato 0,25%
Halometasona 0,05%	Difluocortolona valerato 0,1%	Dexametasona 0,2%	
Halcinónido 0,1%	Fluocortolona valerato 0,1%	Diclorisona acetato 0,25% y 1%	
	Fluocinolona Acetónido 0,025%	Flucortina butilesterato 0,75%	
	Fluocinonido 0,05%	Flumetasona pivalato 0,025%	
	Fluocortolona monohidrato 0,2%	Fluocinolona acetónido 0,01%	
	Fluticasona propionato 0,05%	Fluorcinolona acetónido 0,01%	
	Hidrocortisona butirato 0,1% (*)	Fuorato de mometasona 0,1%	
	Metilprednisolona aceponato 0,1%	Hidrocortisona aceponato 0,1%	
	Mometasona furoato 0,1%	Hidrocortisona butirato 0,1%	
	Prednicarbamato 0,25% (*)	Hidrocortisona valerato 0,2%	
	Triamcinolona acetónido 0,1% (*)	Metilprednisolona aceponato 0,1%	

(3) CORTICOIDES TOPICOS MAS UTILIZADOS SEGÚN POTENCIA

(*) diferentes valoraciones entre potencia intermedia/moderada y Potencia alta según diferentes clasificaciones

ELECCIÓN DE FORMA GALENICA SEGÚN ZONA Y LESIONES

F. GALENICA	ACCION	LOCALIZACIÓN Y TIPO DE LESIÓN
UNGUENTO	Casi solo grasa, oclusiva, emoliente, hidratante.	En palmas y plantas, zonas sin pelo. Piel muy seca, seca, descamativa. Las lesiones son secas, escamosas, liquenificadas, costrosas, profundas, crónicas.
POMADA	Elevada proporción de grasa, pueden ser hidrófilas o hidrófobas. Acción emoliente y lubricante.	En palmas y plantas, zonas sin pelo, tronco. Piel seca y Lesiones igual que em Ungüentos.
CREMA	Contiene diferentes proporciones de agua y humectantes, se extienden bien. Acción emoliente y refrescante.	En cara, zonas Intertriginosas, zonas sin pelo, zonas de flexión de extremidades. Indicadas en Lesiones HUMEDAS, extensas, inflamadas.
GEL	Consistencia gelatinosa que funde en contacto con la piel. Acción refrescante.	En cara, cuero cabelludo, zonas pilosas. En Lesiones tipo dermatosis agudas, discontinuas.
SOLUCIONES	El vehículo predominante es agua, alcohol, propilenglicol, polietilenglicol. Pueden deshidratar la piel, no permanencia o muy reducida.	En cara, zonas intertriginosas, cuero cabelludo, zonas pilosas. En lesiones húmedas, exudativas, inflamatorias agudas.
AEROSOL Y ESPUMAS	Son soluciones con un gas propulsor.	En zonas pilosas, extensas. Lesiones tipo quemadura solar, dermatosis extensas, permiten una aplicación sin fricción.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tratamiento de la Dermatitis. The Pharmaceutical Letter 2003; 5 (4): 25-32.
2. Protocolo para el tratamiento de la dermatitis. The Pharmaceutical Letter 2007. Protocolos.
3. Tratamiento del prurito anal. Farmacia Profesional. 2004; 18: 44-45.
4. Dermatitis del pañal. Farmacia Profesional 2010; 24(1): 60-62.
5. Dermatitis seborreica y caspa: valoración por el farmacéutico. Panorama Actual Med 2012; 36 (351): 206-209.
6. Tipos de dermatitis de contacto. Farmacia Profesional 2011: 25(4); 40-44.
7. Impétigo: causas, tratamiento y prevención. La revue Prescrire 2018; 33 (361): 829.
8. Aditivos para baños emolientes en el tratamiento del eczema infantil. BMJ 2018; 361: k1332.
9. Consejos Farmacéuticos. Dermatitis atópica, ¿Cómo aliviar los síntomas? Actualités Pharmaceutiques 2020: 59 (598); 10-11.
10. Dermatitis atópica del niño, medidas profilácticas basadas en la evidencia. FAROS Sant Joan de Déu 2019; Dermatitis atópica en niños: qué es, cómo se manifiesta y cómo tratarla. Acceso Agosto 2019 Pediatrics 2018; 29 (2): 32-34.
11. Emolientes para la prevención de la dermatitis atópica en la infancia. The Lancet 2020; DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33174-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33174-5).

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ª Edición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>