

# QUÈ NO FER EN DERMATOLOGIA?



**Anna Escalé**

**Elisabet González**

**Anna Estapé**

# Contingut

- Què no fer en URTICÀRIA
- Què no fer en la SARNA
- Què no fer en les ONICOMICOSIS
- Què no fer en FOTOPROTECCIÓ
- Què no fer en PEDIATRIA

# QUE NO FER EN URTICÀRIA



Anna Escalé Besa

# Cas Clínic 1:


Dona de 60 anys. Treballa en una floristeria des de fa 6 mesos. Consulta per:

- **Favasses** en tronc i extremitats des de fa 24 hores (evanescència).
- **Pruïja** intensa.
- **No angioedema.**
- No ha pres cap medicament en els últims dies.
- **Episodis similars des de fa 1 any** atesos a urgències del CAP i a l'hospital, tractats amb Polaramine® IM + Urbason® IM.



# Cas Clínic 1:


- **Quin és el diagnòstic més probable en aquest moment?**



Al·lèrgia a pol·len



Toxicodèrmia



Urticària aguda

# Cas Clínic 1:

- **Quin és el diagnòstic més probable en aquest moment?**

Al·lèrgia a pol·len

Toxicodèrmia

Urticària aguda

- **URTICÀRIA:** trastorn dermatològic caracteritzat per l'aparició sobtada de faves pruriginoses i/o angioedema.
- **AGUDA:** < 6 setmanes (prev 20%)



- **Al·lèrgia:** reacció d'hipersensibilitat iniciada per mecanismes immunològics específics.
  - L'al·lèrgia es pot manifestar com a asma, rinitis, anafilaxi, èczema, urticària o angioedema.
  - Però **no tota urticària o angioedema implica al·lèrgia.**
- **Pruïja:** símptoma consistent en la sensació desagradable que provoca el desig de gratar-se.
  - Molt freqüent en la urticària
  - Però **no tota pruija implica urticària.**

# Clínica de la urticària:

## FAVASSA



✓ Lesió cutània amb **elevació o edema central** de mida variable, sol estar rodejada d'eritema.

✓ Histologia: edema dermis superior i mitja.

✓ **Evanescent** (desapareix en < 24 hores, sense deixar lesió residual).

✓ Solen associar-se a pruija i a sensació d'escalfor.



Font: Dermatoweb

## ANGIOEDEMA

✓ **Tumefacció o edema sobtat eritematós o que produeix coloració de la pell.**

✓ Histologia: Inflamació de la dermis profunda i teixit cel·lular subcutani i submucós.

✓ Pruija menys intensa (**+ dolor que picor!**)

✓ Resolució més lenta (pot durar fins a 72h)

✓ Localitzacions més freqüents: parpelles, llavis, llengua, mans, peus i genitals.



Font: Dermatoweb



# Cas Clínic 1:

- **Quines proves complementàries sol·licitaries?**

Derivar a Al·lergologia per realitzar proves d'al·lèrgia

Analítica de sang (hemograma, BQ, VSG, triptasa, ANA, AntiTPO, VHC, VHB, C3, C4, CH50) + VSG + Analítica d'orina 24h (proteïnes, creatinina)

No cal fer cap exploració complementària

# Cas Clínic 1:

## ▪ Quines proves complementàries sol·licitaries?

Derivar a Al·lergologia per realitzar proves d'al·lèrgia

Analítica de sang (hemograma, BQ, VSG, triptasa, ANA, AntiTPO, VHC, VHB, C3, C4, CH50) + Analítica d'orina 24h (proteïnes, creatinina)

**No** cal fer cap exploració complementària

# Diagnòstic → Clínic

## Anamnesis

- AP i medicació habitual. **Algun fàrmac nou?**
- Antecedents familiars d'urticària, angioedema i atòpia
- Dermografisme
- Hàbits tòxics
- Antecedents laborals
- **Possibles factors desencadenants**
- Temps d'evolució
- Síntomes associats: Pruija, dolor, cremor ...
- **Favasses** (morfologia, mida, localització i distribució)
- **Angioedema**
- **Clínica sistèmica associada:** cefalea, hipotensió, picor faringi, dificultat per la deglució, broncoespasme, dolor abdominal, mareig, febre, artràlgies... → anafilaxia?

## Factors desencadenants

- **Idiopàtica (50%)**
- **Infeciosa (40%):** infecció de vies respiratòries altes, estreptococs, anisakis, hepatitis B...
- Estímuls físics: pressió, temperatura corporal, dermatografisme...
- Fàrmacs (9%):
  - Intolerància: aspirina i altres antiinflamatoris no esteroides (AINE), contrastes, dextrans, codeïna...
  - Al·lèrgia: penicil·lina...
- Aliments (1%):
  - Més freqüent en nens
  - Comprenen els additius, salicilats naturals...
  - Al·lèrgia: fruits secs, marisc, fruites...

# Exploració física:

- Constants
- Pell i mucoses
- Sistèmica



## Exploracions complementàries en URTICÀRIA AGUDA:


**NO EN NECESSITA !**

La majoria no són de causa al·lèrgica per tant no necessiten estudi d'al·lèrgia de rutina


Cal estudi si hi ha **un fàrmac o aliment sospitós**

# Cas Clínic 1:

## ▪ Quin tractament proposaries?



Anti-H1 de 2a generació (1 o 2 comp/dia VO) + seguiment en 2-4 setmanes



Anti-H1 de 1a generació (1 comp/nit VO 9 dies) + Prednisona VO (a dosis descendents 9 dies)



Anti-H1 de 1a generació IM + Metilprednisolona 1 ampolla IM

# Cas Clínic 1:

## ▪ Quin tractament proposaries?

Anti-H1 de 2a generació (1 o 2 comp/dia VO) + seguiment en 2-4 setmanes

Anti-H1 de 1a generació (1 comp/nit VO 9 dies) + Prednisona VO (a dosis descendents 9 dies)

Anti-H1 de 1a generació IM + Metilprednisolona 1 ampolla IM

# Tractament:



## Eliminar factor causal i evitar possibles desencadenants (\*AINEs, codeïna...)

\* Fàrmacs que afavoreixen l'alliberació d'histamina

### Anti-H1 selectius 2a generació

Si els símptomes persisteixen, **augmentar dosis** en 2-4 setmanes o abans (x2-4)  
(tractament de 2a línia)

Si persisteix: derivar especialista per tractaments de 3a línia (omalizumab, ciclosporina A, antagonistes de leucotriens)

### Si **exacerbació**: Corticoides sistèmics (màxim 10 dies)

(\*exacerbació de la urticària crònica: situació clínica en la que es produeix un empitjorament dels símptomes sobre el nivell habitual del pacient)

### Anti-H1 selectius 2a generació

Levocetirizina	5-20 mg/d
Cetirizina	10-40 mg/d
Desloratadina	5-20 mg/d
Fexofenadina	120-480 mg/d
Loratadina	10-40 mg/d
Rupatadina	10-20 mg/d
Bilastina	20 mg/d
Ebastina	10-40 mg/d

Zuberbier T. *et al.*; EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of Urticària. The 2017 revision and update. *Allergy*. 2018;73:1393-1414

Ferrer M. *et al.* *Clinical and Experimental Allergy* 2015; 45(4): 731-743

Els antihistamínic H1 sedants (primera generació) han deixat d'estar recomanats per tractar la urticària:

- Efectes anticolinèrgics i sobre el SNC i interferència amb el son REM
- Interaccions amb fàrmacs (els que afecten el SNC, com analgèsics, hipnòtics, sedants, antidepressius) i alcohol

# Tractament:

- **GESTACIÓ I LACTÀNCIA:**

- **Loratadina** (B)
- **Desloratadina** (B)
- **Cetirizina** (B)
- **Levocetirizina** (B)



- **PEDIATRIA**

- Loratadina
- Desloratadina
- Cetirizina
- Levocetirizina
- Bilastina



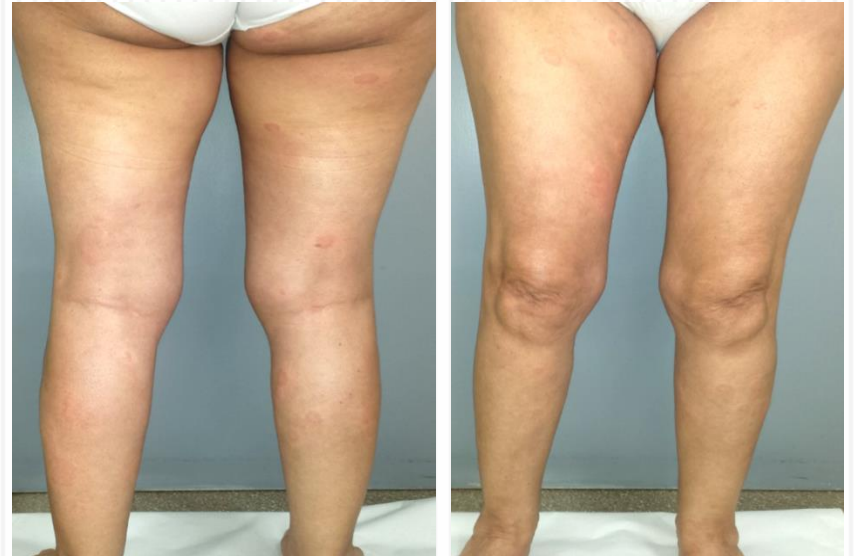


# Algoritme tractament urticària:



# Cas Clínic 1:

- Passades **7 setmanes**, acut de nou a la consulta del seu MF per persistència d'aparició de favasses, sense angioedema.




# Cas Clínic 1:




Font: Dr. David García Hernández

# Cas Clínic 1:

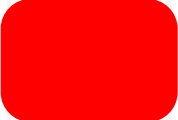
- Quin **tractament** recomanaries ara?



Augmentar la dosi d'Anti-H1 (x2-4 VO) + Evitar factors agreujants



Afegir un Anti-H1 de 1a generació VO a la nit



Administrar Metilprednisolona IM i pautar Prednisona VO (en dosis descendents durant 9 dies)

# Cas Clínic 1:

- Passades 7 setmanes, acut de nou a la consulta del seu MF per persistència d'aparició de favasses, sense angioedema. Quin tractament recomanaries?

Augmentar la dosi d'Anti-H1 (x2-4 VO) + Evitar factors agreujants

Afegir un Anti-H1 de 1a generació VO per la nit

Administrar Metilprednisolona IM i pautar Prednisona VO (en dosis descendents durant 9 dies)


# Factors agreujants en urticària CRÒNICA

- ❑ Aspirina i altres **AINE** (empitjoren el 20-30% de les UCE)
- ❑ Infecció vies respiratòries altes i altres virasis
- ❑ Estímuls físics: pressió, T<sup>a</sup> corporal, dermatogrfisme...
- ❑ Període premenstrual en dones
- ❑ Estrès
- ❑ Alcohol
- ❑ Pseudoal·lèrgens alimentaris



# Cas Clínic 1:

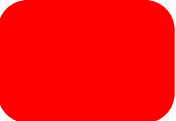
- La pacient no millora amb l'augment de dosis d'antihistamínics fins a 4 compr/dia. Què faries ara?



Dir-li que tingui paciència



Derivar a dermatologia



Demandar una analítica amb hemograma, BQ, perfil hepàtic, VSG, dímer D, tiroides, triptasa, ANA, antiTPO, IgE, serologies VHC, VHB, C3, C4... + derivar a dermatologia.

# Cas Clínic 1:

- La pacient no millora amb l'augment de dosis d'antihistamínics.  
Què faries ara?

Dir-li que tingui paciència

Derivar a dermatologia

URTICÀRIA CRÒNICA

Demandar una analítica amb hemograma, BQ, perfil hepàtic, VSG, dímer D, tiroides, triptasa, ANA, IgG antiTPO, IgE, serologies VHC, VHB, C3, C4 (si angioedema)... + derivar a dermatologia.



# Críteris de derivació a dermatologia:

- Angioedema com a principal manifestació.
- Urticària aguda o crònica refractària a dosis màximes d'antihistamínic (4 comp/dia).
- Si precisa més de 2 o 3 cicles curts de corticoides.
- Quadre urticariforme atípic.



# Cas Clínic 2


Pacient dona de 39 anys. Treballa d'administrativa. Després d'una excursió a la muntanya, presenta **des fa 7 hores**:

- Lesions tipus **faves** de distribució a les cuixes.
- **No angioedema.**
- Intensa **pruija**.
- **Dermografisme** amb el gratat.




# Cas Clínic 2:


- **Quin diagnòstic i pla consideres més adequats?**



Urticària “urgent”: antihistamínic anti-H1 i corticoides.



Urticària aguda: tractament estàndard amb antihistamínic anti-H1.



Urticària crònica: tractament estàndard amb antihistamínic anti-H1.

# Cas Clínic 2:

- **Quin diagnòstic i pla consideres més adequats?**

Urticària “urgent”: antihistamínics anti-H1 i corticoides.

Urticària aguda: tractament estàndard amb antihistamínics anti-H1.

Urticària crònica: tractament estàndard amb antihistamínics anti-H1.

# Cas Clínic 2:

6 mesos després torna a la consulta. Refereix notar-se els llavis més pesats i “inflats”.

- No presenta antecedents medicoquirúrgics significatius.
- No realitza cap tractament de manera habitual.
- Fumadora de 7 cig/dia.
- Bevedora ocasional. No consumeix altres tòxics.
- No refereix antecedents epidemiològics d'interès.



# Cas Clínic 2:

- Tenint només aquestes dades, creieu que es tracta d'un/a:



Angioedema.



Cel·lulitis.



Picada d'artròpode.

# Cas Clínic 2:

- **Quin diagnòstic consideres més probable?**

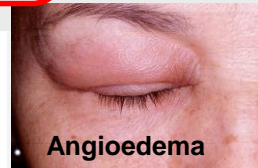
Angioedema

Cel·lulitis

Picada d'artròpode.

# Diagnòstic diferencial:

Diagnòstic diferencial	Urticària	Picaduras por insectos	Eccema agudo difuso	Sarna	Toxicodermia	Angioedema	Celulitis	Eccema localizado
Lesiones elementales	Habones ± angioedema	Pápulas con vesícula central excoriada/ lesiones urticariformes	Placas eritema-toedematosas + vesículas o costras	Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones	Exantema maculopapular/urticariforme	Placa eritema-toedematosa Duración 48 h	Placa eritematosa, dolorosa y caliente	Placas eritema-toedematosas + vesículas o costras
Claves diagnòsticas	Lesiones fugaces (duran < 24 h)	Agrupación de 3-4 lesiones <b>Distribución lineal</b>	Lesiones persistentes Exudación	Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones <b>Prurito intenso nocturno</b>	<b>Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues</b>	Párpados, labios, genitales, periarticular	Dolor Fiebre, malestar general	Prurito Exudación
	Polimorfo y figurado		Distribución parcheada o flexural		Tendencia a la confluencia de las lesiones	Sensación de quemazón/ardor > prurito	AS: leucocitosis, elevación de PCR...	Distribución artefacta
	Distribución «caprichosa»							
Interrogar	Factores desencadenantes/ agravantes	Estancia en campo/contacto con animales	Antecedentes de dermatitis atópica Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)	Prurito en convivientes	Fármacos en las últimas 6 semanas	<b>Asociación con habones (urticaria)</b>  Otras causas: -Fármacos (IECA, ARA II, sitagliptina...) -Casos en familiares	Puerta de entrada Factores predisponentes (diabetes, alcoholismo, tratamiento inmunosupresor,	Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)





# Cas Clínic 2:

En la **anamnesis** destaca:


- **Dispnea** i dolor toràcics lleu-moderats.
- No refereix febre, ni malestar general.
- No hi ha signes d'infecció.
- No s'evidencien punts de picades d'artròpodes.
- No ha utilitzat cosmètics labials diferents als habituals.
- No refereix cap altra dada epidemiològica significativa.

En l'**exploració física** s'evidencia:


- No macroglòssia ni edema d'úvula.
- No tiratges.
- Auscultació cardíaca: **taquicàrdia** a 110bpm.
- Auscultació pulmonar: **discreta taquipnea**.  
Espiració allargada, sense altres sorolls.

# Cas Clínic 2:


- Quina opció diagnòstic-tractament consideres més apropiada?



Angioedema “urgent”. Antihistamínicos anti-H1.



Angioedema “urgent”. Antihistamínicos anti-H1 i corticoides per via intramuscular.



Angioedema “urgent”. Antihistamínicos anti-H1 i corticoides per via oral.

# Cas Clínic 2:

- Quina opció diagnòstic-tractament consideres més apropiada?

Angioedema “urgent”. Antihistamítics anti-H1.

Angioedema “urgent”. Antihistamítics anti-H1 i corticoides per via intramuscular.

Angioedema “urgent”. Antihistamítics anti-H1 i corticoides per via oral.



# Què NO fer en URTICÀRIA?

- NO considerar tota urticària = al·lèrgia
- NO considerar totes les pruija = urticària (sobrediagnòstic)
- No etiquetar d'urticària crònica aquelles que duren < 6 setmanes.
- NO fer exploracions complementàries de forma sistemàtica a totes les urticàries.
- No utilitzar la via intramuscular si la via oral està preservada
  - Absorció erràtica i més lenta
  - Efecte rebot
- En quan al tractament de la urticària, NO:
  - Utilitzar anti-H1 de 1a generació
  - Utilitzar corticoide oral com a primera opció d'entrada a no ser que (cicles curts Prednisolona o Prednisona):
    - Quadres molt extensos o simptomàtics
    - Angioedema com a principal manifestació
    - Afegir en casos d'exacerbacions



# Què SI fer en URTICÀRIA?

- ❑ Estudiar aquelles urticàries en que hi ha un fàrmac o aliment sospitós
- ❑ En quan al tractament de la urticària, SI:
  - ❑ Eliminar el factor causal i evitar possibles desencadenants si són coneguts
  - ❑ Utilitzar anti-H1 selectiu de 2a generació
  - ❑ Mantenir 15-20 dies el tractament d'entrada amb anti-H1
  - ❑ Si els símptomes persisteixen en 2-4 setmanes: augmentar dosis x2-4 → augment gradual 1 comp cada 1-4 setmanes fins màxim de 4 comp/dia.
  - ❑ Ajustar el tractament antihistamínic recomanat en cas d'embaràs, lactància i nens.

# Bibliografia

1. J.F. Silvestre Salvador, M. Serrano Manzano, E. Serra Baldrich, D. Palacios Martínez, E. Gómez de la Fuente, J.A. Heras Hitos, J.C. Armario Hita, D. García Hernández. Recomendaciones para el manejo de la urticaria en Atención Primaria, vol . Núm 4, pàg 270-276 2020. DOI: [10.1016/j.semerg.2019.12.006](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.12.006)
2. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al; EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of Urticaria. Allergy. 2021 Sep 18. doi: 10.1111/all.15090. Versión digital previa a la impresión.
3. J.F. Silvestre Salvador, M. Serrano Manzano, E. Serra Baldrich, D. Palacios Martínez, E. Gómez de la Fuente, J.A. Heras Hitos, J.C. Armario Hita, D. García Hernández. Guía para el manejo de la urticaria en Atención Primaria. [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_8166.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_8166.pdf)

# QUE NO FER EN LA SARNNA



**Anna Escalé Besa**

# Cas Clínic 1

La Maria de 22 anys, viu en un pis d'estudiants amb 2 companyes. Presenta prurit de **predomini nocturn** des de fa un mes, sobretot a les mans, cara interna dels canells, colzes i a les mames.

Les companyes estan asimptomàtiques, no fan gaire vida juntes.

EF: pàpules perlades i solcs acarins a les mans.


Dermatoscòpia: solc i signe de l'ala delta.






# Cas Clínic 1:


## ▪ Què NO fem amb la Maria?



Proposar tractament tòpic amb Permetrina al 5% o oral amb Ivermectina 200mcg/kg vo monodosis



Tractar avui la Maria i citar un altre dia les companyes de pis per valorar indicació de tractament.



Preguntar a la Maria sobre els contactes i practiques sexuals dels darrers 2 mesos.

# Cas Clínic 1:

## ▪ Què NO fem amb la Maria?

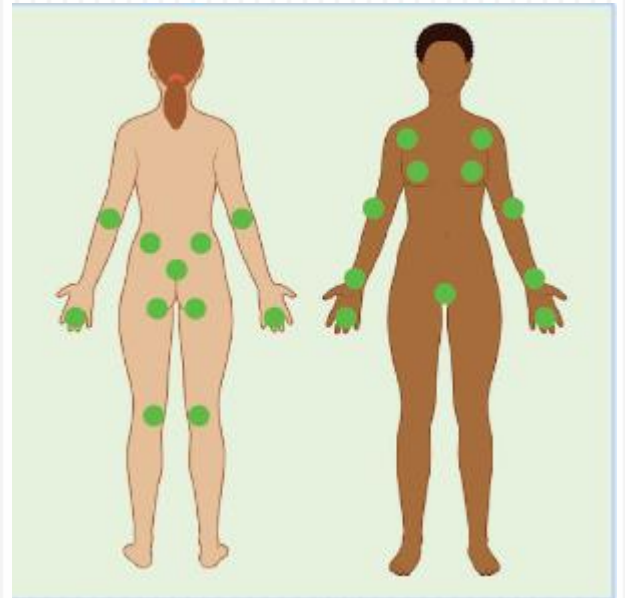
Proposar tractament tòpic amb Permetrina al 5% o oral amb Ivermectina 200mcg/kg vo monodosis

Tractar avui la Maria i citar un altre dia les companyes de pis per valorar indicació de tractament.

Preguntar a la Maria sobre els contactes i practiques sexuals dels darrers 2 mesos.

# Diagnòstic

- **Anamnesi** → **Pruïja** intensa **nocturna** que respecta pol cefàlic (pot trigar unes 4 setmanes post exposició i 24 hores si és reexposició). Afectació de **convivents**.
- **Exploració** → **Lesions específiques** (solc acarí, eminències acarines, pàpula perlada i nòduls escabiòtics) i **inespecífiques** (excoriacions i impetiginitzacions del rescot i nòduls postescabiòtics).
- **Microscòpic** (test de Muller) → Material del solc acarí en porta amb cureta.
- **Dermatoscòpia** → Surcs acarins amb el signe de “l’ala delta”.



Font: @pellcamfic

# Tractament: mesures farmacològiques



## PERMETRINA AL 5%

- ✓ Aplicació (nit): tallar-se les ungles, dutxa aigua tèbia → aplicar des de coll fins a peus (cuir cabellut <2 anys) (no en mucoses) → 8-14h → retirar → **repetir als 7 dies**
- ✓ S'aconsella dormir amb roba i llençols nets i canviar-los després de la dutxa del matí.
- ✓ Si es renten les mans després d'aplicar-se la crema, caldrà una nova aplicació.

- D'elecció en **embaràs, lactància** (rentar el pit, de forma escrupolosa, prèviament a les preses) i **lactants majors de 2 mesos**

- **Dificultats d'aplicació** → cal explicar-ho molt bé (suport material)


## IVERMECTINA ORAL

- ✓ **200mcg/kg** en una sola toma
- ✓ **Comprimits de 3mg** (p.e entre 66-80 kg de pes = 5 comp)
- ✓ **Repetir** una segona presa als **7 dies**

- Fàrmac d'elecció en brots a institucions o comunitats d'alta prevalença.
- Casos complicats o resistents
- Aprovada per la OMS en **adults i infants amb pes > 15Kg.**
- Contraindicat en pacient procedents de zones endèmiques de loasis → reacció al·lèrgica greu per la mort de les larves en infeccions parasitàries subcutànies
- Major comoditat
- En general, és un fàrmac ben tolerat, amb efectes adversos lleus (síntomes GI, èczemes, parestèsies i cefalea) i autolimitats.
- És de metabolització hepàtica a través del citocrom P450 → vigilar interaccions

# Tractaments de segona línia



<p><b>Sofre precipitat al 6-33%</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Grau de recomanació A, nivell d'evidència Ib</li><li>▪ Fórmula magistral de: Sofre precipitat 5-10%, emulsió O/W o loció fluida c.s.p. 200 ml.</li><li>▪ Aplicar 3 nits consecutives i si cal repetir en 7-14 dies. Es poden aplicar i rentar 24h després.</li><li>▪ S'utilitza principalment en dones embarassades.</li><li>▪ Ús limitat perquè sol causar irritació, fa una olor desagradable i coloreja la pell.</li></ul>
<p><b>Bencil benzoat al 25% (tòpic)</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Inhibeix l'aparell respiratori del paràsit.</li><li>▪ Fórmula magistral: bencil benzoat 10-25%, emulsió O/W c.s.p 200g</li><li>▪ Mode d'aplicació: aplicar-se'l <b>2 o 3 dies seguits a la pell</b>, com la permetrina, i <b>repetir la mateixa pauta 7 dies després.</b></li><li>▪ Ef 2aris: èczema, coïssor i mala olor.</li><li>▪ Segur en embarassades, lactància i menors de 2 mesos.</li><li>▪ En nens cal diluir la loció i en &lt; 2anys i embarassades disminuir el temps de contacte de la loció a 12h.</li></ul>

# Tractaments coadjuvants



- ✓ **Antihistamínicos:** fins a la resolució de la pruíja
- ✓ **Corticoids tòpics o orals:** en casos de sensibilització
- ✓ **Injeccions intralesionals dels nòduls amb corticoids:**  
si persisteixen molt simptomàtics
- ✓ **Antibiòtics tòpics/orals:** si impetiginització



# Tractament: aspectes a tenir en compte

Tractar els convivents  
SIMULTÀNIAMENT  
encara que estiguis  
asimptomàtics =  
tractament precoç

Tractar els contactes sexuals  
de les últimes 8 setmanes

Les mesures higièniques  
són IMPRESCINDIBLES!

Evitar RRSS fins passades 24  
hores post tractament

Evitar contacte social 24h:  
escola, feina...



## Material de suport

### LLISTA DE COMPROVACIÓ



#### Tractament mèdic

- Inici del tractament de contactes estrets i convivents a la vegada (en un període de 24h)
- Tallar-se les ungles abans de començar el tractament.
- Rentat de tot el cos amb aigua i sabó abundant previ a l'aplicació de la crema acaricida.
- Aplicació d'una capa de crema de permetrina al 5% sobre tota la superfície del cos acabat de dutxar i ben sec, des del coll fins als peus (inclosos).
- Insistir en zones amb més concentració d'àcars: entre els dits, als canells, sota les ungles, entre les natges, sota els pits i als genitals externs.
- Deixar actuar la crema durant tota la nit (de 8 a 12 hores), sense esbandir.
- Pel mati, després de 8 a 12 hores de l'aplicació del tractament, nou rentat de tot el cos amb aigua i sabó abundant preferiblement amb aigua freda o tèbia.
- Utilitzar roba neta després.
- Repetició del mateix procediment al cap de 7 dies.

Font: Associació Espanyola de Dermatologia i Venerologia

#### ¿Qué es la sarna?

La sarna (o escabiosis) es una enfermedad causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, que parasita la piel de los humanos.

La sarna no está relacionada con la raza, la edad, el estatus social o la higiene personal.

#### ¿Cómo se transmite?

La transmisión más habitual es el contacto directo de piel a piel, pero también mediante la ropa, sábanas, toallas, peluches, etc. Por ello es muy frecuente la transmisión entre miembros de la misma familia o de una misma institución.

#### ¿Cómo se puede diagnosticar?

El diagnóstico se realiza a partir de lo que le ocurre a la persona afectada. Después del contacto infeccioso, las molestias pueden tardar de 2 a 3 semanas en aparecer.

- Erupción, irritación y prurito generalizados, de predominio nocturno.
- La sarna excava un túnel debajo de la piel, en forma de línea. Esta es la lesión clásica de la escabiosis, sobre todo entre los dedos y en los pliegues, como ingles y axilas. También causa unas pequeñas vesículas perladadas.



#### ¿De qué opciones de tratamiento se dispone?

Además del tratamiento de la piel, es muy importante:

- Lavar la ropa, sábanas, toallas, peluches, etc. infestados a 60 oC.
- Lo que no se pueda lavar, debe aislarse en bolsas cerradas durante 10 días.
- Debe cambiarse la ropa de vestir y la ropa de cama cada día.
- Hay que aspirar alfombras, telas de sofá, tapicerías... y ventilar las habitaciones.

Para la piel, la **permetrina** al 5% es el tratamiento de elección.

#### ¿Cómo se aplica la permetrina?

- Una única aplicación es suficiente para eliminar el parásito. No obstante, se puede repetir a los 7 días.
- Se aplica la crema **por todo el cuerpo**, excepto en la cabeza y en la cara. Se insiste en las zonas más afectadas y se evita el contacto con los ojos y la boca.
- También debe aplicarse entre las yemas de los dedos y en las uñas de las manos y de los pies.
- Debe dejarse en contacto con la piel entre 8 y 14 horas; luego, tómesese una ducha o un baño con agua templada o fría (el agua caliente empeora los picores de la piel).
- Es necesario tratar simultáneamente a todo el grupo familiar y a las parejas sexuales.
- Pueden persistir picores residuales incluso semanas después del tratamiento, debido a una reacción inmunitaria a los restos de ácaros.


# Cas Clínic 1

Al cap de **10 dies** la Maria torna perquè tot i haver fet dues vegades el tractament amb permetrina, encara té prurit i pàpules a les mans.




# Cas Clínic 1:


- **Què NO fem davant la persistència de pruija de la Maria?**



Tornem a pautar permetrina o ivermectina



Pautem un antihistamínic, emolient i tornem a citar la Maria d'aquí 2-3 setmanes.



Preguntem a la Maria com va fer el tractament i el rentat de la roba, si les companyes s'han tractat...

# Cas Clínic 1:

- **Què NO fem davant la persistència de pruija de la Maria?**

Tornem a pautar permetrina o ivermectina

Pautem un antihistamínic, emolient i tornem a citar la Maria d'aquí 2-3 setmanes.

Preguntem a la Maria com va fer el tractament i el rentat de la roba, si les companyes s'han tractat...

# Cas Clínic 1:

- **Quan la pruija persisteix més de 4 setmanes, cal pensar en:**



Relacionat amb el tractament: Dermatitis al·lèrgica o irritativa, mal compliment del tractament farmacològic i de les mesures higièniques de roba i fòmits



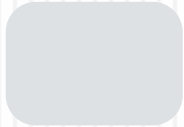
Reinfestació



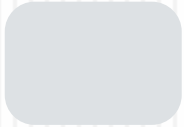
Totes són correctes

# Cas Clínic 1:

- **Quan la pruija persisteix més de 4 setmanes, cal pensar en:**



Relacionat amb el tractament: Dermatitis al·lèrgica o irritativa, mal compliment del tractament farmacològic i de les mesures higièniques de roba i fòmits



Reinfestació



Totes són correctes



# Què NO fer en la sarna

- ❑ Infradiagnosticar-la
- ❑ Fer un abordatge individual sinó poblacional o grupal.
- ❑ Tractar de forma esglaonada els convivents:
  - ❑ El tractament ha de ser simultani (24 hores).
  - ❑ Cal tractar tots els convivents, simptomàtics o no.
  - ❑ Tractar també els nens i les dones embarassades o lactants.
  - ❑ Tots han de fer les mesures no farmacològiques.
- ❑ Donar tractament sense fer la resta de mesures: primer cal assegurar la logística, especialment en institucions o espais d'alta convivència.



# Què NO fer en la sarna

- Fer el control post tractament massa aviat (abans de les 4 setmanes):
  - La pruija, ocasionada per reacció d'hipersensibilitat, pot perdurar unes 2-4 setmanes.
  - Els nòduls escabiòtics poden persistir setmanes post-tractament.
  - L'ala delta (sarcoptes) es pot observar dins el solc acarí fins que es fa el recanvi epidèrmic (40-50 dies).
- Diagnosticar de sarna resistent sense:
  - Esperar que passin 4 setmanes perquè resolgui la reacció d'hipersensibilitat
  - Assegurar que tots els convivents han fet el tractament i les mesures no farmacològiques
  - No hi ha hagut reinfecció





# Què NO fer en la sarna

- Quan la pruija persisteix més enllà de les 4 setmanes pot ser per diversos motius, NO tractar altra vegada sense tenir en compte totes les causes:
  - Persistència de sarcoptes
    - Tractament incorrecte (inclou manca de mesures o no tractament de contactes)
    - Resistència al tractament
    - Reinfestació per convivents
  - Dermatitis irritativa o al·lèrgica pels tractaments
  - Diagnòstic incorrecte
  - Delirium parasitorium (delusió parasitària)

Fracàs terapèutic  
≠  
Resistència  
terapèutica

# Bibliografia

- Martínez-Satorres A, Turmo-Tristan N. Sarna, ¿epidemia dentro de la pandemia?. AMF 2022;18(7):396-404
- Robert L, Diego L. Permetrina, Ivermectina...¿cuál es el tratamiento de elección de la sarna? BIT. Vol. 30, núm. 8, 2019.
- Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017
- Tríptic Sarna de la Comissió de Cooperació i Salut Internacional i del Grup de treball de Dermatologia de la CAMFiC.  
[http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_15413.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_15413.pdf)

# QUE NO FER EN LES ONICOMICOSIS



Font: Dermatoweb®

**Anna Escalé Besa**

# Cas clínic 1:

Pacient de 63 anys que consulta per presentar des de fa anys diverses ungles dels peus opaques, desamades i doloroses. El podòleg li ha aconsellat una visita mèdica.

No explica cap tractament recent ni aplicació de cap producte tòpic.

Com antecedents patològics: glicèmia basal alterada.

A l'exploració: No altres lesions cutànies. Destaca onicodistròfia unguial a quasi totes les ungles dels peus.



Font: Dermatoweb®

# Cas Clínic 1:

- Davant la sospita clínica, quin és el diagnòstic més probable?



Distròfia ungueal traumàtica



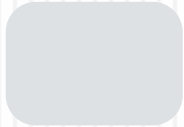
Onicomycosis



Psoriasis ungueal

# Cas Clínic 1:

- Davant la sospita clínica, quin és el diagnòstic més probable?



Distròfia ungueal traumàtica



Onicomycosis



Psoriasis ungueal

# Onicomycosis

- Les onicomycosis tenen una prevalença del 2-13% de la població i són més freqüents en adults i gent gran i especialment en pacients immunodeprimits i/o diabètics.
- Estan afavorides per la presència de distròfies unguials. En aquest cas, el traumatisme constant pel calçat inadequat, pot ser la porta d'entrada.
- Constitueixen la patologia unguial més freqüent (entre un 40% a un 60% segons les fonts).
- Les causes principals són:
  - **Dermatòfits** (80-90%): *T. rubrum* (70% peus, 50% mans), *T. mentagrophytes* (20%).
  - **Llevats** (5-17%): *Candida albicans*
  - **No dermatòfits** (2-11%): *Scopulariopsis brevicaulis*

# Cas Clínic 1:

- Davant aquesta sospita clínica, què hauríem de fer?



Tractament tòpic



Tractament oral

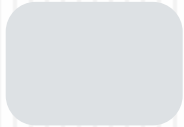


Fer un cultiu previ al tractament

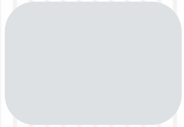


# Cas Clínic 1:

- Davant aquesta sospita clínica, què hauríem de fer?



Tractament tòpic



Tractament oral



Fer un cultiu previ al tractament

# Onicomicosis: Diagnòstic Diferencial

**Onicodistròfia  
traumàtica**



**Psoriasis**



**Liquen pla  
ungueal**



**Línies de  
Beau**



**Onicolisis  
idiopàtica**



**Afectació  
tumoral de les  
ungles**



# Onicomicosis: Diagnòstic

S' aconsella conèixer  
l'etiologia abans  
d'iniciar tractament

- Es recomana realitzar **cultiu** amb abundant mostra de la zona més central i proximal de la unglà.
- Positiu en un 30-50% dels casos
- Una alta sospita i resultats negatius, no exclou el diagnòstic.

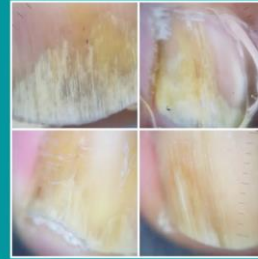


Font: sciencedirect.com

- La **DERMATOSCÒPIA** també ens pot ajudar:

## 1 Líneas blancas y amarillas

Onicosis con borde con "espigas" y líneas longitudinales en su interior



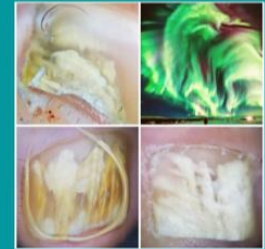
## 2 Hiperqueratosis subungueal "en ruinas"

Hiperqueratosis desorganizada o con borde aserrado



## 3 Signo de la "aurora boreal"

Manchas onduladas superpuestas de varios colores



Font: @drcauherma

# Cas Clínic 1:

- Un cop recollida la mostra pel cultiu, com ho tractaríeu?



Tractament tòpic



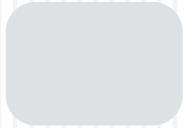
Tractament oral



Mesures higièniques

# Cas Clínic 1:

- Un cop recollida la mostra pel cultiu, com ho tractaríeu?



Tractament tòpic



Tractament oral



Mesures higièniques

# Onicomycosis: Tractament

## TRACTAMENT TÒPIC

- ✓ Lesions incipients
  - ✓ Afectació:
    - **Blanca superficial**
    - **Distal i lateral inicial < 80% làmina**
    - **Afectació de 1 o 2 ungles i sense afectació de la matriu**
  - ✓ Pacients polimedicats
  - ✓ Contraindicació tractament oral
- 
- Es un tractament llarg i amb una taxa de curació <50%.
  - Duració: **6 mesos a mans i 9-12 mesos a peus**

### Fàrmacs:

- Amorolfina 5% laca: 1-2 aplicacions/ setmana
- Urea al 40% + bifonazol 1% pomada (queratolítics)
- Tioconazol 28% solució: 2 aplicacions / setmana
- Ciclopiroxolamina 8% laca: 1 aplicació / dia

## TRACTAMENT ORAL

### Afectació:

- **Si afectació de >2 ungles o de la matriu unguial**
  - **Afectació distal i lateral > 80%**
  - ✓ Distròfia total
  - ✓ Onicomycosi resistent al tractament tòpic
  - ✓ Immunodeprimits
  - ✓ Cultiu: no dermatòfits i candida (major eficàcia)
- 
- Freqüents interaccions medicamentoses
  - Contraindicat en la gestació i la lactància
  - Monitorització de la funció hepàtica

### Fàrmacs:

- Terbinafina 250mg/dia 6 setmanes a mans i 12 setmanes a peus.
- Itraconazol 50mg en pauta contínua 100mg/dia 3mesos o pauta pulsàtil 100mg/12h 1 setmana al mes, 3 mesos.
- Fluconazol: 150-300mg/setmana



# QUÈ NO FER EN ONICOMICOSIS



- NO orientar totes les lesions que afecten a les ungles com a onicomicosis. Cal fer un bon diagnòstic diferencial.
- NO tractar directament sense realitzar un cultiu previ o la dermatoscòpia.
- NO fer tractament tòpic en tots els casos.
- NO tenir en compte la duració dels tractament en funció de la localització → continuar fins que creixi ungha no infectada i substitueixi la infectada o fins a obtenir un cultiu negatiu després d'un mínim de 3 mesos de tractament.

# Bibliografia



1. Denning DW. Fortnightly Review: Fungal nail disease: a guide to good practice (report of a Working Group of the British Society for Medical Mycology) *BMJ* 1995; 311:1277
2. Haghani I. Comparison of diagnostic methods in the evaluation of onychomycosis. *Mycopathologia*. 2013; 175:315-21
3. Subías Loren P, Calvet Combelles I. Obtención del material para descartar una micosis. *FMC* 2009; 16 (7): 406-8
4. García Hernández D, Ballester Torrens M, Valle Cruells E. Infecciones cutáneas. *AMF-Actualización en Medicina de Familia*. 2018;14(4):184-197.
5. Pereiro Ferreirós M, García-Martínez FJ, Alonso-González J. Actualización en el tratamiento de las micosis cutáneas. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(9):778-783.
6. Maddy AJ, Tosti A. What's New in Nail Disorders. *Dermatol Clin*. 2019 Apr;37(2):143-147. doi: 10.1016/j.det.2018.12.004. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30850036.
7. Rubin AI y Baran R. "Physical Signs", en: R. Baran, D.A.R. de Baker, et al. *Diseases of the Nails and their Management*, Londres: John Wiley & Sons, 2012, pp. 51-100



# QUE FER I NO FER EN FOTOPROTECCIÓ



**Elisabet González García**

# Cas clínic:

- La família Vidal González ha decidit que es un bon dia per anar a la platja. El pare de la família, és diu Joan i la mare és la Sara. Tenen 3 fills: l'Alba que té 5 mesos, el Pol que té 2 anys i el Nil que té 5 anys.
- Volen celebrar que per fi el Joan es troba bé ja que ha estat una setmana de baixa per prostatitis i està en tractament amb ciprofloxací.
- Agafen les joguines dels pekes, les tovalloles i el protector solar i es dirigeixen cap allà.



# Cas Clínic 1:

- Hi ha algun membre de la família que no seria convenient que s'exposés al sol?



Joan ( pare)



Sara (mare)



Alba (nadó) i Pol ( nen de 2 anys)



Joan (pare) i Alba (nadó)

# Cas Clínic 1:

- Hi ha algun membre de la família que no seria convenient que s'exposés al sol?

Joan (pare)

Sara (mare)

Alba (nadó) i Pol (nen de 2 anys)

Joan (pare) i Alba (nadó)

# Cas Clínic:

El Joan no hauria d'exposar-se al sol ja que pren ciprofloxací i és un fàrmac fotosensibilitzant  
L'Alba no hauria d'exposar-se al sol ja que és un nadó menor de 6 mesos.

# Fàrmacs fotosensibilitzats

- La fotosensibilitat és una reacció cutànea produïda per l'interacció entre el fàrmac i l'exposició a la radiació electromagnètica d'espectre comprés entre la llum visible i la radiació ultravioleta
- Els fàrmacs fotosensibilitzants són:
  - - AINE
  - - Anticonceptius orals
  - - Hipnòtics: benzodiazepines
  - - Antiacneics: retinoides i peròxids
  - - Antihistaminics
  - - Antihipertensius: IECA, ARA II
  - - Antibiòtics: macròlids i quinolones
  - - Corticoides
  - - Antiàcids: inhibidors de la bomba de protons
  - - Hipolipemians: estatines
  - - Antidepressius: ISRS
  - - Diurètics: sulfonamides



Fotosensibilidad: ver prospecto

# Fàrmacs fotosensibilitzants

- És una reacció no immunològica
- No precisa de sensibilització prèvia
- La reacció depèn de la dosi i sol ser immediata a l'exposició
- Sembla una cremada solar intensa
- Es localitza només a zones fotoexposades

# Nens

- No exposar als menors de 6 mesos al sol i limitar-ne l'exposició en menors de 3 anys ja que:
  - El 80% de l'exposició solar es rep durant la infantesa.
  - Els efectes biològics en la pell dels infants són més pronunciats en comparació amb el dels adults
  - La pell del nen sobretot fins als 3 anys té una concentració més baixa de melanina protectora i un estrat corni més prim permetint que la RUV penetri més profundament i més rics de cremada solar
  - La capa de cèl·lules basals és rica en cèl·lules mare més susceptibles a mutacions per RUV





# Cas Clínic 1:

- Que és cert del FPS?



Fa referencia al poder de reducció dels efectes de la RUV d'un fotoprotector sobre la pell



A més elevat més protecció



Indica el valor de protecció és de RUV B



Totes són certes

# Cas Clínic 1:

## • Que és cert del FPS?

Fa referència al poder de reducció dels efectes de la RUV d'un fotoprotector sobre la pell

A més elevat més protecció

Indica el valor de protecció és de RUV B

Totes són certes

# FACTOR DE PROTECCIÓ SOLAR (FPS)



- El FPS és el quocient entre la dosi eritematògena mínima en una pell protegida i la dosi eritematògena mínima en la mateixa pell sense protegir.
- Indica el temps que la pell protegida pot estar exposada al sol fins l'aparició del eritema en comparació a la pell no protegida.
- El valor numèric es refereix sobretot a la radiació UVB.
- La protecció solar ha de ser efectiva a UVA i UVB.

# ÍNDEX ULTRAVIOLETA (UVI)

- Indica el nivell de radiació UV que arriba a la superfície terrestre en una determinada zona geogràfica i hora del dia concrets.
- Serveix d'**indicador del dany solar**.
- Creat per la OMS el 1995 en col·laboració amb altres organitzacions mundials com a **eina educativa** de conscienciació poblacional del risc de l'exposició solar.
- A major número, major risc i rapidesa de dany de la pell per l'exposició solar.
- 3 premisses que se li atribueixen: salva vides, protegeix la salut i ajuda a mantenir un aspecte jove.



# Cas Clínic 1:

- Si tot i això decideixen anar-hi que haurien de portar a la bossa?



Fotoprotector



Ulleres solars



Barret i teixits amb FPP



Tots els anteriors

# Cas Clínic 1:

- Si tot i això decideixen anar-hi que haurien de portar a la bossa?

Fotoprotector

Ulleres solars

Barret i teixits amb FPP

Tots els anteriors

# FOTOPROTECTORS

- Els fotoprotectors protegeixen la pell dels efectes nocius de la radiació.
- Contenen filtres solars que són substàncies químiques o físiques que absorbeixen o reflecteixen les radiacions solars per protegir la pell dels efectes perjudicials de les radiacions solars.

# FOTOPROTECTORS

Filtres químics (Orgànics)	Filtres físics (Inorgànics)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Són compostos químics, aromàtics d'origen orgànic.</li><li>• Penetren a l'epidermis.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Són substàncies d'origen mineral</li><li>• S'interposen entre el sol i la pell.</li><li>• Actuen com una barrera física.</li><li>• No s'absorbeixen.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Absorbeixen raigs UVA i UVB.</li><li>• L'absorció d'un o altre raig UV pot variar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reflecteixen i dispersen els raigs UV com un mirall.</li><li>• Protegeixen enfront UVA, UVB, UVC i IR.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Actuen 20-30 minuts després d'aplicar-los.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fotoestables: actuen des de l'inici de la aplicació.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Són més cosmètics.</li><li>• Poden causar dermatitis al·lèrgiques.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menys cosmètics: deixen restes blanques.</li><li>• No causen al·lèrgies.</li><li>• Segurs en nens, embarassades i pells sensibles.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Avobenzona (UVA)</li><li>• Octil Salicilat, Homosalat (UVB)</li><li>• Octocrilè, Oxibenzona (UVA + UVB)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Òxid de Titani</li><li>• Òxid de Zinc</li></ul>

Fórmules de filtres solars combinats físics i químics (2-6 filtres solars) + excipients com a vehicle.



# FOTOPROTECTORS SISTÈMICS



- Administració per via oral; la seva distribució seria uniforme a tot el cos
- Destaca els betacarotens, el polipodium leucotomus i les combinacions d'antioxidants orals. Conclusions contradictòries en estudis
- No hi ha estudis d'eficàcia i seguretat en nens.
- Sempre com a mesura complementària.

# Cas Clínic 1:

- Quin fotoprotector haurien d'utilitzar?



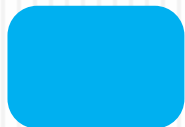
Fotoprotector químic tots



Fotoprotector físic el nen de 2 anys



Qualsevol fotoprotector



Fotoprotector físic al nen de 2 anys i el bebe de 5 mesos

# Cas Clínic 1:

- Quin fotoprotector haurien d'utilitzar?



Fotoprotector químic tots



Fotoprotector físic el nen de 2 anys



Qualsevol fotoprotector



Fotoprotector físic al nen de 2 anys i el bebe de 5 mesos

- S' aconsella utilitzar fotoprotector físic fins als 3 anys
- No utilitzar fotoprotectors en menors de 6 mesos ( tenen la pell més sensible i no s'han d' exposar al sol)

# Fotoprotectors pediàtrics

- Tenir la màxima protecció (FPS50+)
- Incloure excipients i ingredients cosmètics que produeixen una fórmula més resistent:
  - Water resistant: el fotoprotector no ha perdut la capacitat protectora després de 40 minuts d'immersió a l'aigua.
  - Water proof: el fotoprotector actua durant 80 minuts després d'entrar en contacte amb l'aigua
  - Sweet proof: el fotoprotector és resistent a la suor.
  - Rub proof: el fotoprotector és resistent a la fricció.
- Requereixen una acció adicional hidratant per cobrir les necessitats del nen.
- Utilitzar fotoprotectors específics pediàtrics

# FOTOPROTECTORS

Tipus de fotoprotector	Indicadors d'efectivitat
Baix	2,4,6
Mitjà	8,10,12
Alt	15,20,25
Molt alt	30,40,50
Ultra	+50

# FOTOTIPS DE PELL

- Indica la sensibilitat de la pell a la radiació UV i la formació d'eritemes.

	I	II	III	IV	V	VI
<b>Fototip IV</b>						
Pell	Molt clara	clara	clara	morena	Fosca	fosca
Pell	Molt clara	Clara	Clara	Morena	Fosca	Fosca
Es bronzeja	Mai	A vegades	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
Es bronzeja	Mai	A vegades	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
Es crema	Sempre	A vegades	Rarament	Mai	Mai	mai
Es crema	Sempre	A vegades	Rarament	Mai	Mai	mai
Cabells	Blau	Ros	Ros/castany	Castany	Castany	Castany/negre
Cabells	Blau	Ros	Ros/castany	Castany	Castany	Castany/negre
Ulls	Blau	Blau/verd	Gris/marró	Marró	Fosc	fosc



- És important:
  - L'elecció correcta del fotoprotector depenent de les característiques de la persona i les condicions ambientals
  - Preparar la pell amb una bona neteja evitant colònies, maquillatges...
  - Protegir-se també els dies nuvolats



		<b>Exposició</b>	Extrema		Alta		Diària
			En viatges al tròpic	En fer esports a l'exterior	Cabines solars de tractament estètic	A la platja o al mar i exposicions prolongades	En sortir al carrer
<b>Vulnerabilitat</b>							
<b>Major</b>	Amb medicació fotosensibilitzant	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+
	Amb factors de risc (R2 o R3)	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+
	Fototipus I	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+
<b>Intermitja</b>	Fototipus II	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 30
	Fototipus III	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 50+	SPF 30
<b>Menor</b>	Fototipus IV	SPF 50+	SPF 30	SPF 30	SPF 30	SPF 30	SPF 15
	Fototipus V	SPF 50+	SPF 30	SPF 30	SPF 30	SPF 30	SPF 15
	Fototipus VI	SPF 50+	SPF 30	SPF 30	SPF 30	SPF 30	SPF 15

## Què em diu l'envàs?

### Quin factor de protecció necessito?

El factor de protecció solar (FPS) indica el grau de protecció davant la radiació ultraviolada B.

El tipus de protecció pot ser:

**Baixa:** FPS de 6 a 10

**Mitjana:** FPS de 15 a 25

**Alta:** FPS de 30 a 50

**Molt alta:** FPS 50+

El símbol (UVA) indica que és eficaç contra l'exposició a radiacions UVA.

### El protector solar actua després de mullar-me?

Cada protector indica la resistència que té a l'aigua:

**Wet skin:** es pot aplicar amb la pell mullada.

**Water resistant:** és resistent a banys curts, llàgrimes, suor i humitat.

**Waterproof:** la protecció es manté després de banys de llarga durada.

Atenció   
pell 365

Protector solar

FPS UVB

(UVA) IRA

50+

Protecció molt alta

Gel crema

Dermatològicament testat

Per a pells sensibles o al·lèrgiques

Water resistant

### Els protectors solars actuen contra totes les radiacions del sol?

Cada protector solar ha d'especificar sobre quines radiacions solars actua:

- Ultraviolada B (UVB)
- Ultraviolada A (UVA)
- Infraroja A (IRA)
- Llum visible d'alta energia (HELV)

### Com escollir el protector solar que em pot anar més bé?

Cada protector té una textura diferent adequada a cada tipus de pell, activitat i exposició al sol.

Demana al farmacèutic que t'aconselli el millor protector solar per tu.


### Són productes segurs?

Tots els protectors solars i els cosmètics de les farmàcies compleixen la normativa vigent que en garanteix la qualitat i la seguretat.


# Què em diu l'envàs?


## Com utilitzar el protector solar?

L'envàs inclou les instruccions d'ús del producte solar.

Sovint apareix el símbol  que significa que cal llegir el prospecte per saber millor com fer-ne un ús adequat.


## Fins a quan puc guardar un protector solar?


Els protectors solars també caduquen. El símbol  assenya la data a partir de la qual no és possible assegurar l'eficàcia de la protecció.

El símbol  alerta que un cop obert el protector no és possible assegurar-ne l'eficàcia, p. ex. si hi diu 12 M, significa que no convé utilitzar-lo passats 12 mesos.

Pren nota de la data quan obris l'envàs.


 [farmaceuticonline.com](http://farmaceuticonline.com)


 [farmaceuticsbcn](https://twitter.com/farmaceuticsbcn)

 [#AtencióPell365](https://www.facebook.com/AtencióPell365)

## Ingredients

Aqua, C12-15 Alkyl Benzoate, Pentylene Glycol, Titanium Dioxide (nano), Butyl Methoxydibenzoylmethane, Dodecylene, Diethylamino Hydroxybenzoyl Hexyl Benzoate, Alcohol Denat., Diethylhexyl Butamido Triazone, Bis-Ethylhexyloxyphenyl Methoxyphenyl Triazine, Phenylbenzimidazole Sulfonic Acid, Tromethamine, Tocopheryl Acetate, Vitis Vinifera Seed Extract, Ascorbyl Tetraisopalmitate, Tocopherol, Ubiquinone, Diisopropyl Adipate, Glycerin, Isosteric Acid, Xanthan Gum, Acrylate/C10-30 Alkyl Acrylate Crosspolymer, Trimethoxycaprylylsilane, Disodium EDTA.

 Agiteu bé abans de fer-ne ús. Apliqueu-lo a la pell abans de l'exposició solar i renoveu-lo sovint. No exposeu directament al sol infants petits.

 Feu-ne ús abans de 2023/04

 Lot. 190417004

250 mL e


Atenció   
PEL 365

## Com s'indiquen els ingredients del protector solar?

Tots els protectors solars del món segueixen la Nomenclatura Internacional d'Ingredients Cosmètics (INCI). Així, si tens al·lèrgia a algun ingredient, el trobaràs escrit de la mateixa manera a qualsevol protector.


Els ingredients apareixen segons la quantitat, de més a menys i han de fer constar els perfums (parfum) i els protectors físics en nanopartícules (nano).

## Com sé si els protectors solars respecten el medi ambient?

 Alguns ingredients perduren i contaminen ja que no són biodegradables. En algunes platges o reserves naturals està prohibit l'ús d'alguns ingredients concrets, ja que poden afectar-ne l'equilibri ecològic.

Consulta els requeriments d'ingredients per als protectors solars de les platges on vagis.

Ara bé, tots els protectors solars que hi ha a la farmàcia compleixen la normativa per ser utilitzats arreu de la Unió Europea.

 Un cop acabats, els envasos s'han de reciclar al contenidor groc.

- Hem de pensar en el factor de protecció ultravioleta associat als teixits i ulleres com a mesura de fotoprotecció complementària.



# QUE HEM DE FER

- Repartir el fotoprotector de forma uniforme per tota la superfície cutània
- Utilitzar la quantitat adequada de fotoprotector: (quantitat idònia: 2mg/cm<sup>2</sup> o 30 ml per tot el cos (6 cullerades de cafè per tot el cos d'un adult de talla mitja).
- Aplicar el fotoprotector 20-30min abans de la fotoexposició

# QUE HEM DE FER

- Repetir l' aplicació cada 2h o després del bany, la sudoració...
- Utilitzar fotoprotectors labials o altres protectors físics
- Hidratar la pell després de la fotoexposició
- Fotoprotegir-nos quan anem amb cotxe

# QUE NO HEM DE FER

- ❑ No reutilitzar el fotoprotector si s'ha obert fa més de 12 mesos
- ❑ No oblidar-se d'algunes parts dels cos com les orelles, la nuca, parpelles, peus, esquena...
- ❑ No utilitzar el mateix fotoprotector per tota la família
- ❑ No considerar qualsevol teixit com un teixit amb FP
- ❑ No exposar al sol els lactants < 6 mesos

# Què no fer a pediatria

**Anna Estapé**  
Pediàtra



# Cas Clínic:

Nen de 4 anys que acut per taques blanques a la cara.

- Màcules hipopigmentades a cara de setmanes d'evolució
- Pruija lleu
- No ha pres cap medicament en els últims dies
- Dermatitis atòpica diagnosticada als 5 mesos



# Cas Clínic:

- **Quin és el diagnòstic més probable?**



Infecció fúngica



Pitiriasis alba



Vitiligen

# Cas Clínic:

- **Quin és el diagnòstic més probable?**

Infecció fúngica

Pitiriasis alba

Vitiligen

# Pitiriasis alba

- És la causa més freqüent de taques blanques a la cara
- Afecta sobretot a nens i nenes d'**edat escolar**. Més freqüent en **fototips alts**.
- Es considera una **hipopigmentació postinflamatòria**, on la fase inflamatòria prèvia sol passar desapercebuda. És freqüent que aparegui en nens que hagin tingut o tinguin **dermatitis atòpica**
- El diagnòstic és clínic: màcules o plaques hipopigmentades amb una descamació molt fina a la superfície i de **vores mal definides**. Afecta principalment a cara i extremitats. A l'estiu es fan més evidents
- Tractament: **emolients** de forma insistent + **fotoprotecció** +/- valorar inhibidors de la calcineurina vs corticoides tòpics de baixa potencia
- Poden persistir molts mesos

# Pitiriasis alba

PITIRIASIS ALBA	VITILIGEN
Taques hipocròmiques	Taques acròmiques
Vores mal definides	Vores ben definides
Descamació fina	Sense descamació



# Què no fer

---

**NO CONSIDERAR TOTA LESIÓ  
BLANCA UN FONG**

# Pitiriasis versicolor

## Micosis que es manifesta amb taques blanques

- Està causada per diverses espècies del gènere *Malassezia* (llevat comensal de la pell)
- Màcules o plaques rodones o ovalades, de tamany variable, amb una **descamació fina** (“furfurácea”, que es va visible al rascar, denominat signe de la unglada). Poden ser hipopigmentades, rosades o marró clar, hiperpigmentades (“versicolor”). Més habituals al terç superior del tronc, coll i EESS.
- Tractament **tòpic** (ciclopirox, azoles)
- Pot deixar una hipopigmentació residual que pot tardar mesos en desaparèixer



# Cas Clínic:

Nen de 2 anys que acut per dues lesions al braç.

- Dues lesions rodones eritematoses i descamatives localitzades al braç
- Prurit
- No ha pres cap medicament en els últims dies
- Conviuen amb un gos i un gat
- Fa una setmana va estar amb un quadre d'infecció respiratòria de vies altes sense febre





# Cas Clínic:

- **Quin tractament pautarieu?**



Antihistamínic tòpic



Antifúngic tòpic



Corticoide tòpic

# Cas Clínic:

- **Quin tractament pautarieu?**

Antihistamínic tòpic

Antifúngic tòpic

Corticoide tòpic

# Lesions anulars a pediatria:

La primera causa de lesió anular a pediatria és la infecció per fongs, tot i així s'ha de conèixer bé el diagnòstic diferencial:

- Eczema numular
- Granuloma anular
- Pitiriasis rosada de Gibert
- Urticària multiforme

# Lesions anulars a pediatria:

	Claus clíniques	Dades diferencials
<b>TINYA</b>	Placa seca, eritematosa, lleugerament sobreelevada i descamativa, que s'exté centrifugament i s'aclara en el centre	Transmissió: cuidadors amb infecció fúngica, animals domèstics o fòmites Prurit
<b>ECZEMA NUMULAR</b>	Placa eritematodescamativa que pot presentar aclarament central però no té vora elevada i ben delimitada. Forma de moneda. Apareix a les superfícies extensores de les EE, glutis, espatlles.	Molt pruriginós
<b>GRANULOMA ANULAR</b>	Lesió única constituïda per pàpules fermes, de superfície llisa, no descamatives, anulars, del color de la pell/eritematoses o violàcies. Solen aparèixer al dors de mans, peus, cames i avantbraços.	Assimptomàtica o lleu prurit Desencadenants: vacunes, traumatismes, picades d'insecte, exposició solar, paràsits intestinals o altres virus com VEB, VIH, VHZ
<b>PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT</b>	Erupció que presenta una placa heràldica, placa ovalada eritematosa típicament localitzada al tronc de 2-10cm. Presenta un collaret descamatiu a la perifèria. S'acompanya en els dies posteriors d'una erupció generalitzada a tronc i EE amb lesions descamatives ovals petites amb un patró d'arbre de nadal.	Més freqüent després dels 10 anys Antecedent IRVA Curso autolimitado en 6-12 semanas
<b>URTICARIA MULTIFORME</b>	Faves pruriginoses que creixen ràpidament formant plaques eritematoses policíclics o arciformes evanescents (<24h). Poden presentar un to equimòtic o hemorràgic. Dermografisme. Angioedema de cara, mans i peus.	Antecedent d'infecció vírica (adenovirus, VRS, rotavirus, enterovirus), bacteriana o fàrmacs. No afecta mucoses

# Cas Clínic:

- Quin és el diagnòstic més probable?



1



2



3



4



5

# Cas Clínic:

- **Quin és el diagnòstic més probable?**



Urticària multiforme, eczema numular, pitiriasis rosada de Gibert, tinya, granuloma anular

Urticària multiforme, tinya, pitiriasis rosada de Gibert, eczema numular, granuloma anular

Pitiriasis rosada de Gibert, tinya, urticària multiforme, eczema numular, granuloma anular

# Cas Clínic:

## ▪ Quin és el diagnòstic més probable?

Urticària multiforme, eczema numular, pitiriasis rosada de Gibert, tinya, granuloma anular

Urticària multiforme, tinya, pitiriasis rosada de Gibert, eczema numular, granuloma anular

Pitiriasis rosada de Gibert, tinya, urticària multiforme, eczema numular, granuloma anular

# Cas Clínic:

- Quin és el diagnòstic més probable?



Urticària  
multiforme



Tinya



Pitiriasis rosada  
de Gibert



Eczema  
numular



Granuloma  
anular



# Què no fer

**NO CONSIDERAR TOTA LESIÓ  
RODONA UN FONG**

# Cas Clínic:

Lactant nena de 12 mesos que acut per lesions a tronc i esquena.

- Plaques eritematodescamatives múltiples a tronc i esquena
- Irritabilitat, mal descans nocturn
- Fa lactància materna, introducció de l'alimentació complementària sense incidències
- No quadre infeccions concomitant



# Cas Clínic:

- **Quin és el diagnòstic més probable?**



Erupció viral, conducta expectant



Dermatitis atòpica, corticoides tòpics



Psoriasis infantil, derivació a dermatologia pediàtrica

# Cas Clínic:

- **Quin és el diagnòstic més probable?**

Erupció viral, conducta expectant

Dermatitis atòpica, corticoides tòpics

Psoriasis infantil, derivació a dermatologia pediàtrica

# Cas Clínic:

- Afegim un antihistamínic oral per millorar el descans nocturn?



Sí, un antihistamínic sedant



Sí, un antihistamínic no sedant



No

# Cas Clínic:

- Afegim un antihistamínic oral per millorar el descans nocturn?

Sí, un antihistamínic sedant

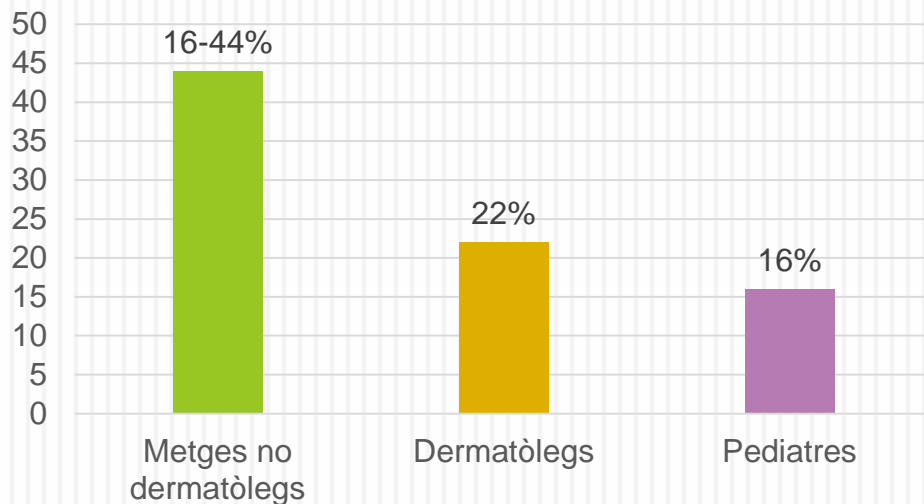
Sí, un antihistamínic no sedant

No

# Prurit i dermatitis atòpica

- El prurit és el símptoma principal de la DA i el que més morbiditat ocasiona. **S'observen alteracions en el descans nocturn en un 47-60% dels nens amb DA**
- La histamina no és el mediador principal del prurit a la atopia pel que els antihistamínics tenen generalment poc efecte sobre aquest en els pacients atòpics
- Els antiH1 de primera generació, en tenir una acció sedant, milloren la sensació subjectiva de confort i es donen amb l'objectiu de dormir millor, però provoquen una pitjor qualitat del son amb una disminució del son REM i a més a més, els seus efectes poden durar fins l'endemà, interferint en l'aprenentatge i la memòria.

# Prescripció d'antihistamínics



- Els dermatòlegs i pediatres utilitzen antihistamínics sedants (58-70%)
- Els metges de família i altres especialistes, antihistamínics no-sedants (55-100%).
- Poden millorar altres quadres relacionats amb l'atòpia: rinitis, conjuntivitis o al·lèrgia a aliments

**Actualment no hi ha evidència que recolzi la eficàcia o la seguretat de l'ús d'antihistamínics H1 vo en monoteràpia pel tractament del eczema (Cochrane)**



# Prurit i dermatitis atòpica



- Es podria recomanar prescriure un antihistamínic en un nen/a amb una dermatitis atòpica amb un prurit molt intens que manté el nen **despert la majoria de nits**
- El tractament hauria de ser de **curta durada**
- Es recomanaria un **antihistamínic sedant**
- Ajudarà a dormir per l'efecte sedant, però no tracta l'eczema ni resol el picor
- El propi tractament del eczema farà disminuir el picor

## ▪ Son útils els antihistamínics tòpics a pediatria?



Si, per les picades d'insecte



Si, per tota lesió pruriginosa



No

## ▪ Son útils els antihistamínics tòpics a pediatria?

Si, per les picades d'insecte

Si, per tota lesió pruriginosa

No

# Antihistamínics tòpics

- No s'han d'utilitzar antihistamínics tòpics pel seu caràcter sensibilitzant.



# Cas Clínic:

Nadó que acut a la primera revisió del recent nascut als 10 dies de vida i presenta un nevus melanocític congènit únic al canell de 2mm de diàmetre


- Embaraç i part sense incidències
- Període perinatal sense incidències
- Lactància materna a demanda
- No altres lesions cutànies
- No antecedents familiars de melanoma

La família està preocupada pel risc de que el nevus malignitzi.




# Cas Clínic:

- **Quina resposta donem a la família?**

 El risc és elevat, derivarem a dermatologia pediàtrica

 El risc és mitjà, cal un seguiment estret

 El risc és molt baix, farem seguiment a les revisions

# Cas Clínic:

- **Quina resposta donem a la família?**

El risc és elevat, derivarem a dermatologia pediàtrica

El risc és mitjà, cal un seguiment estret

El risc és molt baix, farem seguiment a les revisions

# Nevus melanocític congènit

Els NMC estan presents al nèixer, tot i que depen del seu tamany i color poden no fer-se evidents fins passats uns mesos

Es clasifiquen en funció de la seva mida projectada d'adult





# Nevus melanocític congènit

Es poden dividir en funció del seu fenotip clínic en:

- Cutanis: únics o múltiples
- Amb afectació extracutània ☒ **Síndrome NMC**



# NMC i melanoma

2.2%

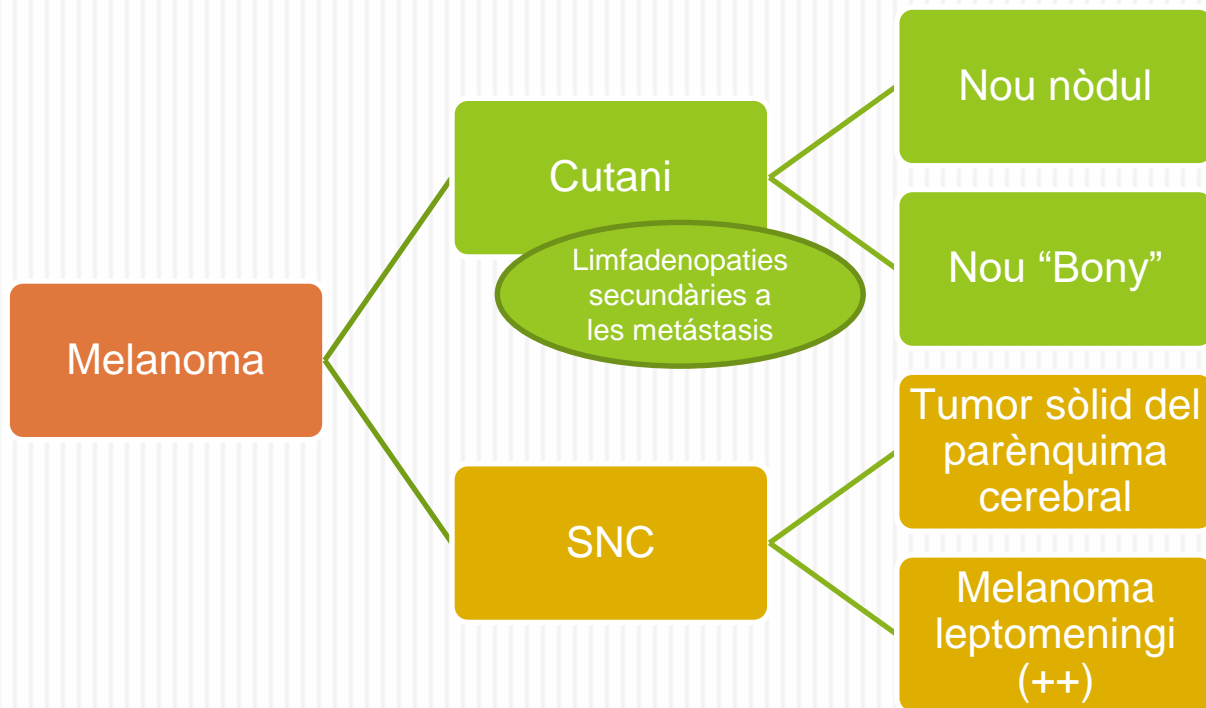
El risc de malignització d'un NMC solitari es molt baix, independentment del seu tamany i localització.

El risc d'un NMC >40 cm acompanyant de múltiples NMC més petits és del 10-15%

El factor de risc amb major potencia estadística pel desenvolupament de melanoma és la **trobada d'una RMN del SNC anormal durant el primer any de vida** (incidència de melanoma augmenta al 12%), que és més probable en **RN amb dos o més NMC**.



# NMC i melanoma



**Recomanen la realització d'una RMN del SNC a tots els RN amb més d'un NMC, sobretot si un d'ells és gegant**

# Punts clau

- No considerar tota lesió blanca un fong
- No considerar tota lesió rodona un fong
- No prescriure de forma indiscriminada antihistamínics vo per les dermatitis atòpiques. No hi ha evidència que ho recolzi.
- No prescriure antihistamínics tòpics pel seu risc sensibilitzant
- Parar especial atenció als NMC gegants i als múltiples. Els NMC solitaris tenen un risc de malignització molt baix.

Moltes gràcies