



VIII Jornada de Patologia Cutània a l'Atenció Primària

PICADES I MOSSEGADES

Cinta Estrada Alifonso

Idaira Damas Pérez

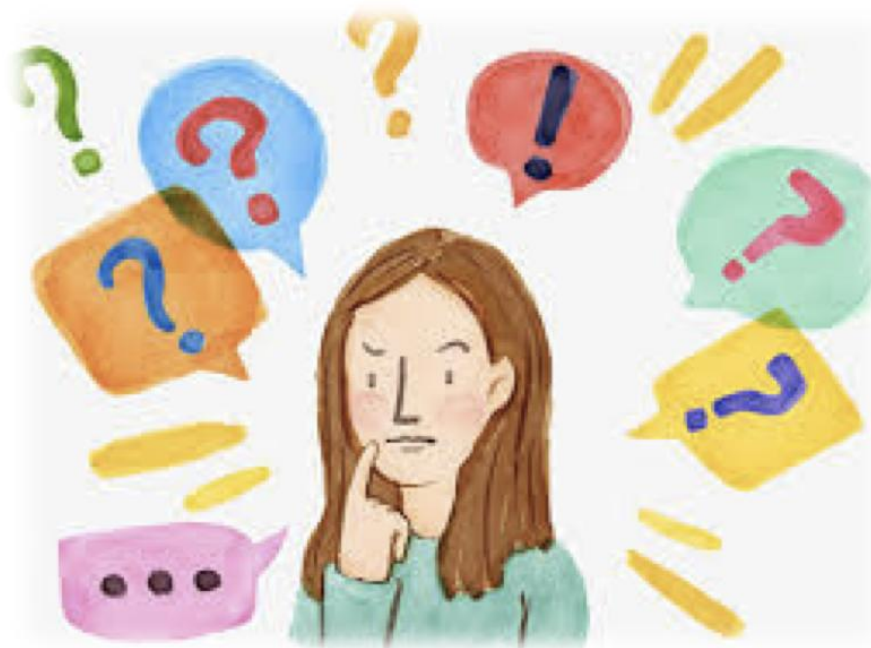
Àngels Casaldàliga Solà

Barcelona, 13 de juny de 2025

1. Conèixer l'abordatge dels diferents tipus de picades i mossegades més freqüents a la nostra zona
2. Realitzar una correcta anamnesi i plantejar-ne el diagnòstic diferencial en cada cas
3. Conèixer el tractament adient segons el tipus de patologia i la adequació de l'ús d'antibiòtics en cas necessari
4. Aplicar els coneixements adquirits en casos pràctics
5. Idees Claus per a sobreviure davant de picades i mossegades

- *Part 1: CONCEPTES GENERALS*
- *Part 2: CASOS CLÍNICS*
- *Part 3: RESUMEN i IDEES CLAUS*

El motiu de consulta serà “M’HA PICAT ALGO”, però amb freqüència no sabrem què.



PUNTS CLAU:

- 1. Història clínica: Què? On? Quan? Com? Què estava fent? Ha pres algun fàrmac? S'ha exposat al sol?
- 2. Exploració física: Sense roba!
- 3. Orientació clínica: cercar un possible diagnòstic definitiu o discriminar si la reacció és greu o no



TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC INICIAL:
(ÚTIL EN TOTA PICADA O MOSSEGADA)

- FRED LOCAL
- ANTISÈPTICS
- Si **dolor** >>>>> **ANALGESIA** (PCT/IBU)
- Si **edema local** >>>>> **CORTIS** (prednisona 0,5-1mg/kg/d)
- Si **sobreinfecció** >>>>> **AB** oral/tòpic.



- Si pruija >>>>> ANTIHISTAMÍNICS

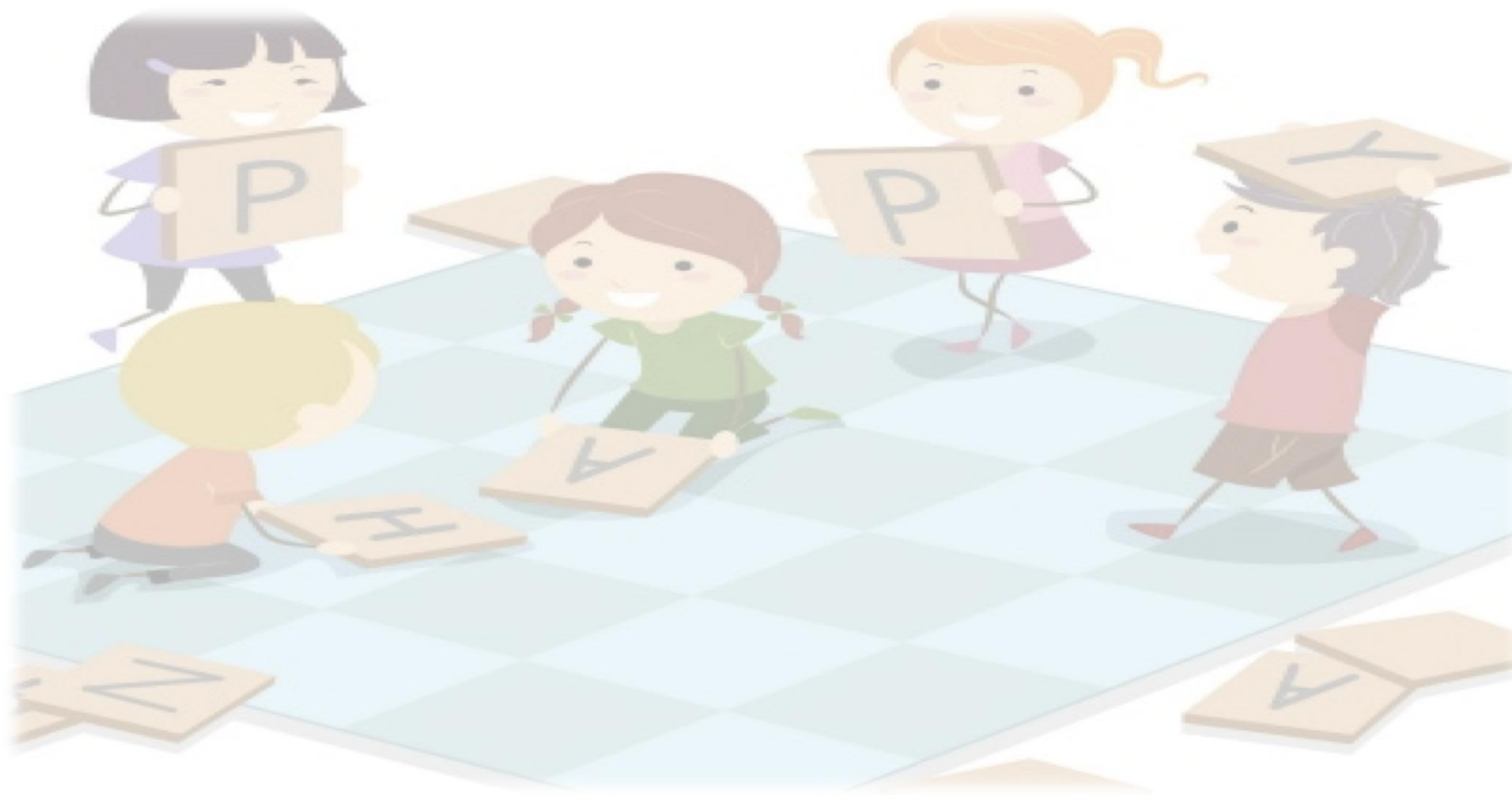


Antihistamínicos de 1.ª generación

Principio activo	Dosis en adultos	Dosis en niños	Nombre comercial
Difenihidramina	25-50 mg/6-8 h	> 1 a: 5 mg/kg/d, repartido en 4 dosis	Soñodor®
Dexclorfeniramina	2-6 mg/8-12 h vo 5-20 mg/d im	>2 a: 0,04 mg/kg/6 h	Polaramine®
Hidroxizina	25-100 mg/6-8 h	0,5 mg/kg/6 h	Atarax®
Clemastina	1 mg/ 12 h	< 3 a: 0,25 mg/12 h 3-11 a: 0,5 mg/12 h	Tavegil®
Prometazina	50-100 mg/d	> 2 a: 0,1 mg/kg/6 h	Frinova®
Azatadina	1 mg/12 h	6-12 a: 0,5-1 mg/12 h	-

Principio activo	Inicio del efecto	Vida media	Dosis en adultos	Dosis en niños	Nombre comercial
Cetirizina	1 h	7-9 h	10-20 mg/24 h	2-6 a: 2,5-5 mg/24 h > 6-12 a: 5-10 mg/24 h	EFG, Alerisin [®] , Zyrtec [®] , Alercina [®] , Coulergin [®] , Ratioalerg [®] , Reactine [®]
Ebastina	1-4 h	10-16 h	10 mg/24 h	2-5 a: 2,5 mg/24 h 6-11 a: 5 mg/24 h > 12 a: 10 mg/24 h	EFG, Bactil [®] , Ebastel [®] , Alastina [®]
Fexofenadina	1 h	14-18 h	120-180 mg/24 h	No recomendado	Telfast [®] , Fexofenadina Tevagen [®]
Loratadina	1-3 h	12-15 h	10 mg/24 h	< 30 kg: 5 mg/24 h > 30 kg: 10 mg/24 h	EFG, Civeran [®] , Clarityne [®]
Mizolastina	1 h	8-17 h	10 mg/24 h	No recomendado	Mizolen [®] , Zolistan [®]
Desloratadina	< 1 h	27 h	5 mg/24 h	2-5 a: 1,25 mg/24 h 6-11 a: 2,5 mg/24 h > 12 a: 5 mg/24 h	Aerius [®] , Azomyr [®]
Levocetirizina	< 1 h	7 h	5 mg/24 h	6-12 a: 5 mg/24 h	Aralevo [®] , Muntel [®] , Xazal [®]
Rupatadina	< 1 h	6 h	10 mg/24 h	No recomendado	Alergoliber [®] , Rinialer [®] , Rupafin [®]





Noi de 17 anys amb pruija generalitzada de setmanes d'evolució amb lesions molt pruriginoses a braços, tronc i cames.

Inicialment va consultar i es va orientar com a dermatitis inespecífica. Va rebre tractament tòpic amb corticoides, però...

NO MILLORA



Fuente: Marc Sagristà



- Paràsit humà **OBLIGAT**
- Contagi: **PERSONA-PERSONA** o per ROBA, LLENÇOLS...
 - Els àcars no viuen més de 3 dies sense pell humana
- SIMPTOMATOLOGIA:

PRUÏJA + PREDOMINI NOCTURN



- **Cicle vital** de 10-14 dies que es desenvolupa completament a l'epidermis, on la femella excava solcs on diposita els ous i excrements >>>> **reacció d'hipersensibilitat tipus IV** que és la responsable de la clínica: pruija, pàpules, nòduls, vesícules i fins i tot butllofes
- **Període d'incubació** fins a 4 setmanes, reinfestacions 1-3 dies. Això és degut al fet que la clínica de la sarna no és per picada sinó per aquesta reacció d'hipersensibilitat.



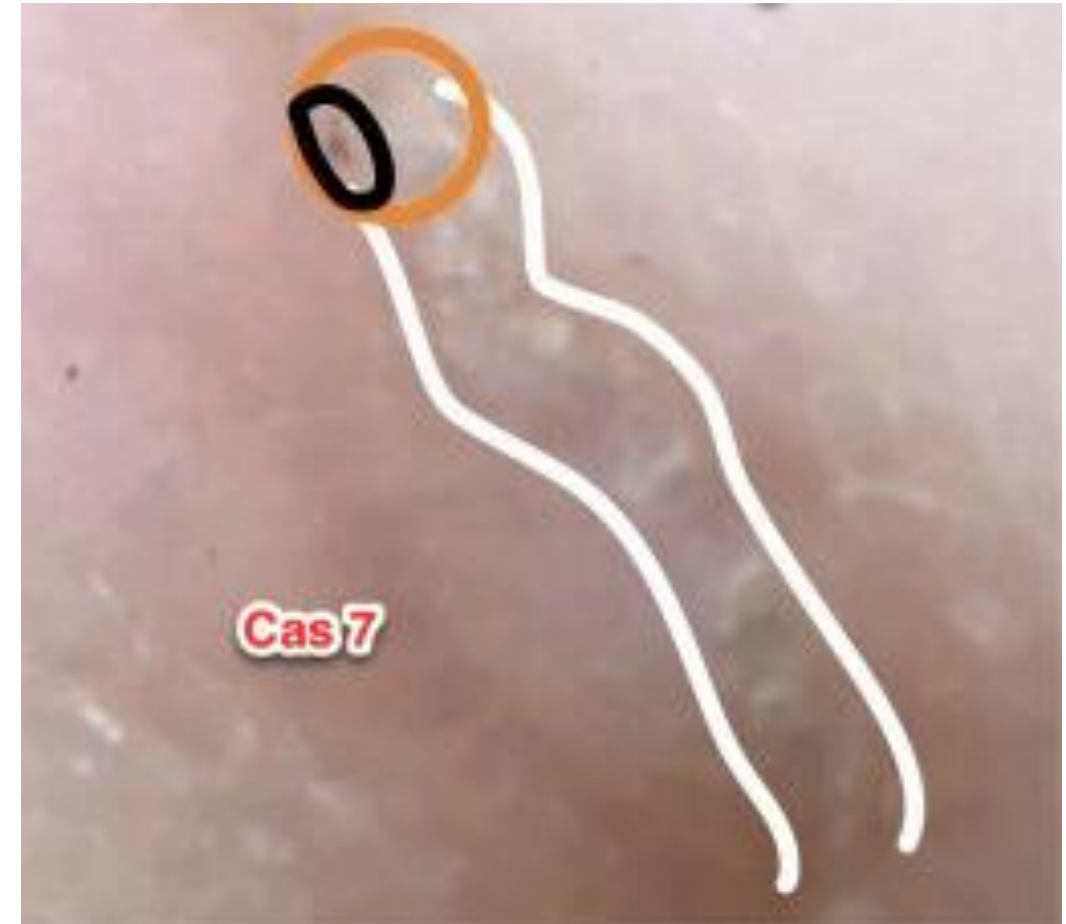
Font: rfrojasdermatologo.comunidadcoomeva.com

Test diagnòstic: *Test de Müller*

Dermatoscòpia: *Ala Delta*

Principal complicació: *Impetigen*





PRIMERA LÍNIA

- **Permetrina tòpica 5% (GR A)**
 - Moment actual i als 7 dies.
 - Capa fina, a la nit després de la dutxa
 - Des de la barbeta fins els peus (incloent les ungles)
 - Mantenir-la 8-14h i retirar-la amb la dutxa.
 - Lactant >2m
 - Cat B en EMB i LACT
- **Ivermectina oral**
 - Moment actual i als 7 dies.
- **Benzoato de benzilo 25% FM**



- TRACTAR TAMBÉ ELS **CONTACTES**:
 - **Convivents SIMULTÀNIAMENT.**
 - **Contactes sexuals** de les últimes 8 setmanes prèvies a l'inici dels símptomes.
- **Evitar RRSS** fins passades 24h post tractament. ES CONSIDERA UNA ITS.
- Evitar contacte social 24h.

IVERMECTINA ORAL 200MCG/KG 2 DOSIS

- D'ELECCIÓ en **BROTS a INSTITUCIONS** o comunitats d'alta prevalença.
- Indicació: adults i infants >15kg
- NO OVICIDA, sí ESCABICIDA.
- Ben tolerat amb RAM lleus (GI, eczèmes, parestèsies i cefalea) i autolimitats.
- VIGILAR INTERACCIONS! (metabolització hepàtica x citocrom P450)
- Comprimits disponibles amb dosificació de 12mcg.

Pes corporal en kg	Comprimits d'ivermectina
15-24	Un
25-35	Dos
36-50	Tres
51-65	Quatre
66-80	Cinc
>80	Sis

Tratamiento de la escabiosis (2021). Atencion Primaria 54 (2022) 102231

TRACTAMENT TRIPLE (TÒPIC, ORAL i MESURES HIGIÈNIQUES)

- **IVERMECTINA 200 MCG:** Segons la gravetat clínica:
 - 3 dosis: els dies 1, 2 i 8.
 - 5 dosis: els dies 1, 2, 8, 9 i 15.
 - 7 dosis: els dies 1, 2, 8, 9, 15, 22 i 29.

- **PERMETRINA 5%:** cada nit durant 7 dies i després 2 vegades/set fins a resolució clínica.

- **MESURES HIGIÈNIQUES SIMULTÀNIES.**

¡Nunca olvidar los corticoides tópicos! No empezar la casa por el tejado

¡ERROR FRECUENTE!



QUAN **NO** HEM DE PRENDRE CORTIS?

- **NO** cortis tòpics en **rosàcea** o **dermatitis perioral** (empitjoren)
- **NO** cortis tòpics en **urticària** (sense utilitat)
- **NO** cortis sistèmics en **psoriasis** (pot causar brot)
- **NO** cortis en **infeccions** (tinya, VHS, VHZ) o **tumors** (no milloren, i de vegades empitjoren, com la tinya)



QUINS SÍMPTOMES O SIGNES MILLOREN AMB ELS CORTIS?

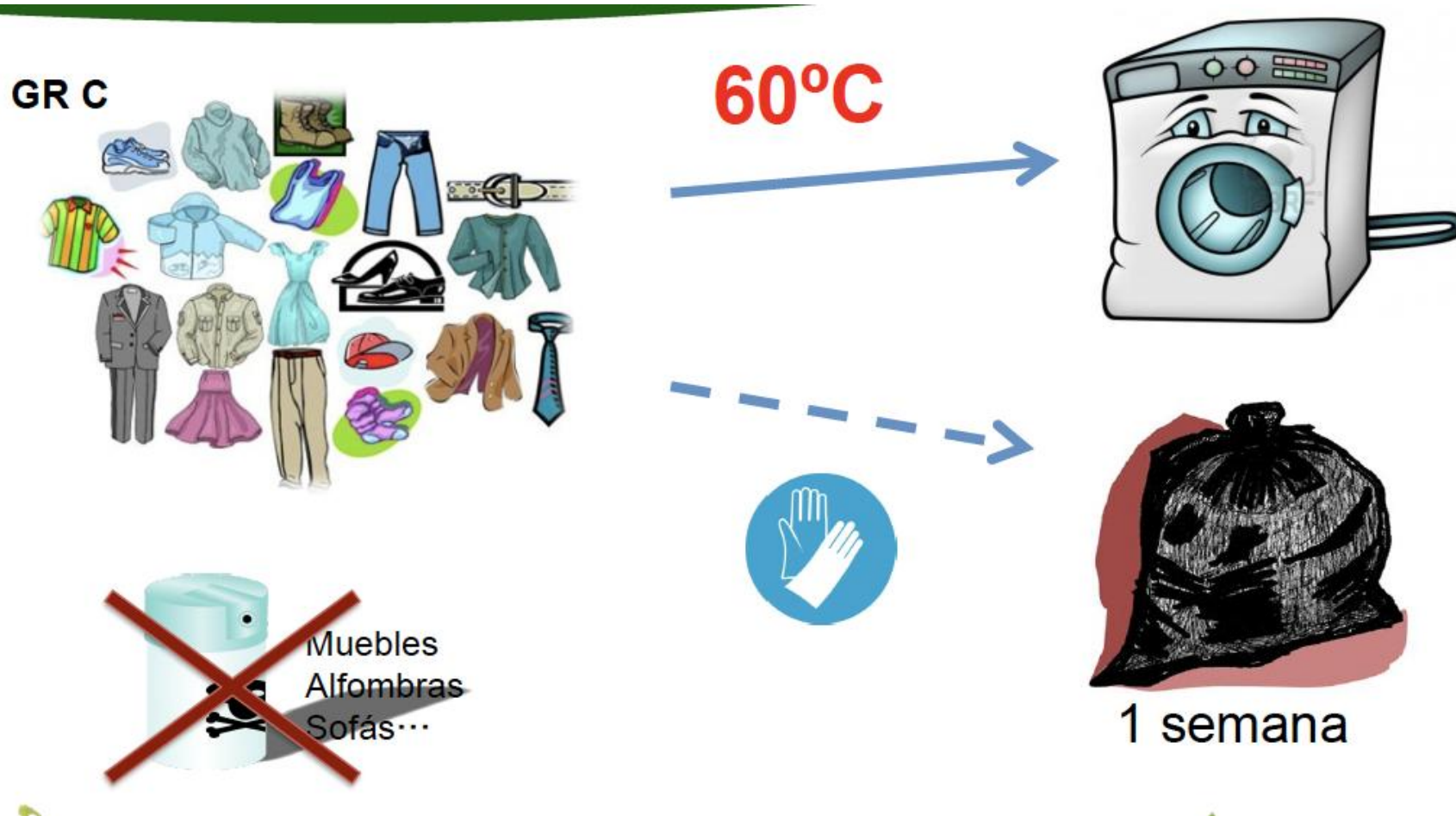
- PRUÏJA
- ERITEMA

Per tant, si té pruija o eritema i no hi ha cap de les anteriors “contraindicacions relatives” >>>>>
Podem donar CORTIS, encara que no tinguem un diagnòstic clar >>>>> **Tractament empíric.**

Comentarios	Tratamiento	Dosis adulto	Dosis pediátrica	GR
La permectrina al 5% en cre	Permetrina (dermo)	DU aplicada durante 8-12 h	DU aplicada durante 8-12 h (a partir de los 2 meses)	A
	+ Dexclorfeniramina o bien	2-6 mg/8-12 h vo	0,15-0,30 mg/kg/d (en 3-4 tomas) vo	A
La permectrina al 5% en cre	Permetrina (dermo)	DU aplicada durante 8-12 h	DU aplicada durante 8-12 h (a partir de los 2 meses)	C
	+ Hidroxizina	25 mg/6-8 h vo (máx. 100 mg/d)	2 mg/kg/d (en 2-3 tomas) vo	C

Font: Guia terapéutica en Atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos

*Hidroxizina: **NO** EMB ni LACT





Sarna (Escabiosis)

¿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.

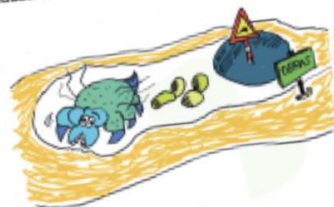
¿Cómo se transmite?

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 los síntomas que tiene la persona infestada. Después del contacto infeccioso, las molestias pueden tardar de 2 a 3 semanas en aparecer.

- Erupción, enrojecimiento y picor generalizado de la piel 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 perlas.



¿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 °C.
- 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 y alrededor de los dedos, incluyendo yemas y uñas de manos y pies, evitando el lavado inmediato posterior.
- Debe dejarse en contacto con la piel entre 8 y 14 horas; luego, tórmese 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.

Autores: Francisco Javier Fernández Segura, Ángela González Solís, María Antonia Martí, Alba Martínez Soriano, Lorena Díaz García y Anna Escaló Bonet. Grupo de Dermatología de la CAMFiC.

Revisión científica y editorial: Roger Sadó y el Grupo de Educación Sanitaria de la CAMFiC.

Puedes encontrar más hojas en nuestro web: www.camfic.cat

Traducción: Quatre Serveis d'Imatge

Ilustraciones: Joan Josep Capel

126



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Qui som Fes-te soci Activitats ▾ Borsa de treball ▾ Ciutadans ▾ Línia

Inici / Fulls per a pacients

- 128 Polls al cabell. Pediculosi capitis
- 127 Berrugues
- 126 Sarna (escabiosi)
- 125 Mol·lusc contagiós
- 124 Crioteràpia
- 123 Sífilis
- 122 Infecció genital pel virus del papil·loma humà d'alt risc
- 121 Condilomes genitals
- 120 Infeccions de transmissió sexual
- 119 Desprescripció

<http://www.camfic.cat/Fullspacients.aspx>

LISTADO DE COMPROBACIÓN



Tratamiento médico

- ☐ Inicio del tratamiento de contactos estrechos y convivientes a la vez (en un periodo de 24h).
- ☐ Cortarse las uñas antes de comenzar el tratamiento.
- ☐ Lavarse todo el cuerpo con agua y jabón abundante previo a la aplicación de la crema acaricida.
- ☐ Aplicación de una capa de crema de permetrina al 5% sobre toda la superficie del cuerpo recién duchada y bien seca, desde el cuello hasta los pies (incluidos).
- ☐ Insistir en zonas con mayor concentración de ácaros: entre los dedos, en las muñecas, debajo de las uñas, entre las nalgas, bajo los pechos y los genitales externos.
- ☐ Dejar actuar la crema durante toda la noche (de 8 a 12 horas), sin enjuagar.
- ☐ Por la mañana, después de 8 a 12 horas de la aplicación del tratamiento, nuevo lavado de todo el cuerpo con agua y jabón abundante preferiblemente con agua fría o templada.
- ☐ Utilizar ropa limpia después.
- ☐ Repetición de el mismo procedimiento al cabo de 7 días.

Medidas higiénicas y conductuales

- ☐ Inicio el mismo día que se empieza el tratamiento médico.
- ☐ Ropa o material lavable, se pondrá en la **lavadora** con agua caliente, mínimo 10 minutos a 60°C; o utilizar la secadora en un ciclo caliente durante 20 minutos.
- ☐ Ropa o material que no se pueda lavar (mantas y cojines, por ejemplo) directamente se debe poner en una **bolsa de plástico** bien cerrada durante 7 días como mínimo y a continuación ventilar durante 24 horas.
- ☐ Sofás, muebles, asientos del coche: limpiar con agua y jabón o **insecticidas** y, posteriormente pasar la **aspiradora** a fondo, preferentemente con boquillas pequeñas. La bolsa de la aspiradora y los filtros deben cambiarse después de cada actuación.
- ☐ Superficies duras del mobiliario: limpieza y desinfección rutinaria con **lejía** o **sistemas de limpieza a vapor** en que se pueden alcanzar temperaturas de vapor de más de 120°C.
- ☐ No compartir ropa ni toallas.
- ☐ No asistir a la escuela o lugar de trabajo hasta pasadas 24 horas de haber hecho la primera tanda de tratamiento.

<http://webs.academia.cat/societats/dermato/?p=page/html/documents>

> Manejo

Antes de empezar el tratamiento debemos asegurar qué tratamiento y qué medidas higiénicas van a realizarse simultáneamente por casos índices y contactos estrechos, especialmente en caso de ser convivientes⁴. Se recomienda que haya un profesional que lidere todo el proceso, así como proporcionar información por escrito (tabla 4):

Tabla 4. Check list: medidas higiénicas y tratamiento de la sarna

Lea atentamente las instrucciones. Actúe por orden, **no pase al punto siguiente hasta completar el actual** 

Para **cada persona** que va a realizar el tratamiento será necesario preparar:

- ☐ 2 juegos de ropa de cama
- ☐ 2 juegos de toallas
- ☐ Pijama limpio
- ☐ Una muda de ropa limpia
- ☐ Asegurar que todos los casos, convivientes y contactos estrechos realizarán el tratamiento simultáneamente en un periodo de 24 horas

La noche del tratamiento:

- ☐ Cortarse las uñas
- ☐ Tomar una ducha con agua templada
- ☐ Secarse bien con una toalla limpia, que posteriormente pondremos a lavar
- ☐ Realizar el tratamiento farmacológico
- ☐ Vestirse con el pijama limpio
- ☐ Cambiar sábanas
- ☐ Dormir con sábanas limpias

Elaboración propia

La mañana después del tratamiento:

- ☐ Poner pijama y sábanas a lavar
- ☐ Tomar una ducha con agua templada
- ☐ Secarse bien con una toalla limpia, que posteriormente pondremos a lavar
- ☐ Vestirse con ropa limpia
- ☐ Cambiar sábanas

Evitar mantener **contactos estrechos** durante las **24 horas** posteriores al tratamiento

- ! Guarderías, parvularios, escuelas
- ! Relaciones sexuales y prácticas deportivas de contacto
- ! Valorar actividad laboral

Desinfestar toda la ropa utilizada la semana anterior, incluyendo toallas, ropa de cama, peluches, almohadones, calzado...

Disponemos de tres alternativas:

- ☐ Lavar a 60 °C
- ☐ Cerrar herméticamente en una bolsa durante 5-7 días
- ☐ Secadora > 20 minutos

Una semana después del primer tratamiento:

- ☐ Repetir todas las anteriores

Font: Associació Espanyola de Dermatologia i Venerologia

A TENIR EN COMPTE

- COMUNICAR A SALUT PÚBLICA QUAN:
 - 2 o + casos en una mateixa unitat familiar
 - Entorn laboral de risc (escoles, centre sociosanitari, treballadors familiars...)
- CAR: 17€ (PVP crema 50g). 1 tractament complet serien x 2-3 vegades el preu per a cada persona.



Diagnòstic

Prurit intens de predomini nocturn:

- Apareix a les 2-4 setmanes a la primoinfecció (reacció hipersensibilitat) i immediatament a les reinfestacions.

Lesions específiques:

- Solc acarí → Lesió lineal (o zig-zag) sobre elevada de 5-15mm.
- Eminència acarina → Formació sobre elevada, uns mm per davant del solc.
- Vesícula perlada → laterals dits.

Lesions inespecífiques:

- Excoriacions, impetiginitzacions.
- A la zona genital poden aparèixer els nòduls escabiòtics (pàpules o petits nòduls molt pruriginosos), que poden persistir setmanes després de la infecció (per reacció inflamatòria localitzada enfront del paràsit).



Nòduls escabiòtics persistents a gland.
Font:
Dra Alba Martinez
@lapellcamfic

Dermatoscòpia:

- Signe de l'ala delta.



Solc acarí i cap del sarcptes
Font: @lapellcamfic



Sarna crostosa o noruega

- Infestació molt agressiva.
- En **immunodeprimits** (VIH, leucèmies, corticoides potents) i/o mal nodrits.
- Risc de contagi molt elevat.
- **No respecta pol cefàlic.**



Observem lesions crostoses i múltiples sarcptes a cada solc.
Font: Dra Alba Martinez @lapellcamfic



Tractament:

- Permetrina tòpica + ivermectina oral (200 mcg/kg dies 1, 2 i 8 (i valorar continuar els dies 9, 15, 22, 29).

Bibliografia

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.

Amb el patrocini de:

GalenicumDerma



Sarna o escabiosi

Infestació per ectoparàsit *Sarcoptes Scabiei*



Contagi exclusivament entre humans per contacte perllongat pell amb pell.



Els animals no propaguen la sarna humana. Un animal amb sarna NO pot transmetre-la a una persona, donat que es tracta de variants d'acar diferents.



Pot afectar persones de qualsevol edat, origen, condició social o hàbits higiènics.



Malaltia desatesa, s'estima que, en qualsevol moment en què es calculi, la xifra de persones a tot el món que pateixen sarna és de 200 milions.



Fins al 10% dels infants de les zones amb pocs recursos es veuen afectats per la sarna.



Infradiagnòstic, retard diagnòstic i errors al tractament són freqüents.

Autors/res: Alba Martinez Satorres
Carme Saperas Pérez
Marta Arcarons Martí
Francisco Javier Fernández Segura
Carme Roca Saumell
Núria Serre Delcor
Mireia Serrano Manzano



En representació de la Comissió de Cooperació i Salut Internacional i del Grup de treball de Dermatologia de la CAMFIC



CAMFIC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Biblioteca



Videos



Documents



Enllaços

Material

Activitats formatives





Tractament dels casos i dels contactes

- Tractar **convivents i contactes sexuals**, de les últimes 8 setmanes prèvies a l'inici dels símptomes.
- Tractament **SIMULTANI DE CONVIVENTS** dins les mateixes 24h.
- **Evitar relacions sexuals** fins passades 24 hores post tractament.
- Evitar contacte social 24h: escola, feina, valorar necessitat d'IT.
- És important **explicar bé el tractament i les mesures** a prendre i assegurar-se que s'ha entès.
- Fer suport emocional.



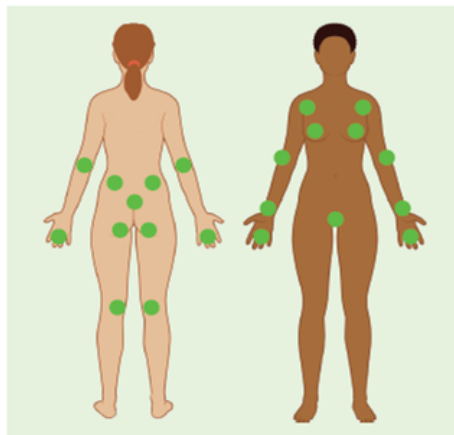
Mesures higièniques

La sarna també es pot transmetre de manera indirecta mitjançant fòmits (objectes), com ara la roba de vestir, roba de llit o les tovalloles contaminades recentment, ja que els àcars poden sobreviure fora del cos humà entre 2 i 4 dies. Per tant, és **imprescindible**:

- Rentar amb aigua calenta (>60°C) o bullir la roba en contacte amb pell o evitar el seu contacte amb pell almenys 72 hores.
- Aquelles coses que no es puguin rentar (sabates, cinturons...), posar-los en una bossa tançada durant 5-7 dies.
- Desinfecció de superfícies amb lleixiu.



Permetrina tòpica al 5%



Aplicar a tot el cos insistint a les zones d'afectació més freqüent. (marcades amb verd). Font: @lapellcamfic

1. Canviar llençols, pijama...
2. Tallar ungles.
3. Dutxa amb aigua calenta.
4. Aplicar la crema del coll fins als peus, insistint en plecs, mans, sota les ungles i genitals.
5. En immunodeprimits, ancians i infants tractar també al cap, especialment darrera les orelles.
6. No rentar-se les mans o tornar a aplicar-hi crema.
7. Deixar actuar tota la nit 8-14h (dormir amb pijama net).
8. Dutxar-se amb aigua tèbia.
9. Rentar tota la roba, llençols, etc.
10. Repetir-ho TOT al cap de 7 dies.

D'elecció en embarassades i durant la lactància perquè s'absorbeix molt poc a través de la pell i s'elimina ràpidament.
Evitar contacte amb ulls, mucoses o ferides.



Ivermectina oral

Tractament de segona línia en casos que no van bé o no podem aplicar permetrina:

- Brots epidèmics: residències, centres de dia...
- Situacions socials que dificultin la realització del tractament tòpic (sempre assegurant abans l'aplicació de mesures d'higiene o fracassarà el tractament).
- Casos complicats o resistents.
- 200 mcg/kg en dosis única.
- Repetir a la setmana.
- Les mesures no farmacològiques són imprescindibles.
- Efectes secundaris sobretot a nivell renal, tenir en compte comorbiditats.
- Evitar en pacients procedents de zones endèmiques de Loa Loa.



Encara pica!

- El prurit i els nòduls escabítics poden persistir 2-6 setmanes.
- Cal advertir al pacient i tractar, si cal, amb emol·lients i antihistamínics.
- Control a les 4 setmanes. Descartar reinfestació per convivents o tractament inadequat.
- **Abans de pensar en resistències** al tractament descartar errors:
 - no aplicar bé la crema
 - rentar-se les mans o genitals durant la nit (cal tornar-la a aplicar si anem al wc)
 - no fer les mesures d'higiene de roba i fòmits
 - no tractar contactes
 - reinfestació...

Biblioteca



Videos



Documents



Enllaços

Material

Activitats formatives



- Pautar ivermectina en monodosi, com que no és ovocida cal repetir el tractament a la setmana.
- Tractar de forma esglaonada els convivents:
 - El tractament ha de ser simultani (24 hores).
 - Cal tractar tots els convivents, simptomàtics o no.
 - 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.



- Assumir resistència al tractament sense descartar abans fracàs terapèutic:
 - En infants: llepar-se els dits o les mans
 - Rentar-se les mans o els genitals abans de 8h d'aplicació del tractament
 - Aplicar incorrectament o insuficientment la crema
 - Us de corticoides tòpics simultàniament durant el tractament
 - Contacte continuat amb persones infestades: reinfestació



- Fer el control post tractament massa aviat:
 - La pruija, ocasionada per reacció d'hipersensibilitat, pot perdurar unes 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
 - Descartar que hi pugui haver reinfecció

- 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
 - Dermatitis irritativa o al·lèrgica pels tractaments
 - Reinfestació
 - Diagnòstic incorrecte
 - Delirium parasitorium (delusió parasitària)





Dona de 34 anys que consulta per pàpules eritematoses amb distribució lineal en ambdós braços després de tornar de viatge d'Itàlia.

Refereix que el primer dia, van aparèixer 6 lesions, el segon dia va aparèixer una altra lesió a l'altre braç i el tercer dia li va començar a les cames.

A l'interrogatori ens va comentar que va dormir a diferents hostals i albergs.

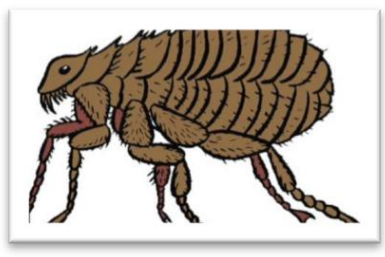


Fuente: Cinta Estrada

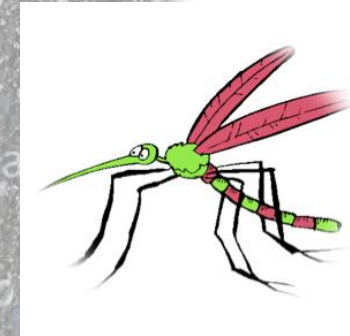




Xinxà



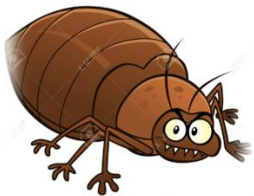
Puça



Mosquit

- Difícil identificar el causant: ANAMNESI DIRIGIDA!
- Pàpuls eritematoses pruriginosos +/- lineals en EE
- MOSQUIT: No distribució lineal, insecte volador

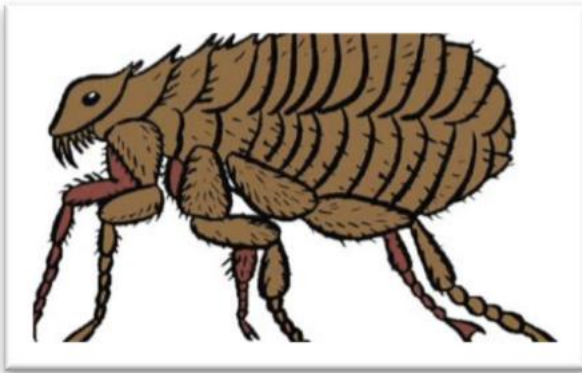
- S'amaguen a les esquerdes i les estructures dels llits.
- Llocs de risc: hotels, hospitals, albergs, creuers...
 - Pàpules eritematoses +/- vesícula central
 - Pruriginoses
 - Disposades en una línia ampla o en grup (DE-CO-CE)
 - Ubicació: cara, coll, braços i mans.



Font: Dermatitis by Cimicids
Bites (Bed Bugs) Vera et al.



- Pàpules eritematoses pruriginoses amb punt central.
- Poden transmetre malalties (Peste o Rickettsies).
- Es desplacen saltant, fins a 100 vegades la seva longitud
- Poden adherir-se a la pell i s'han de treure amb pince



Font: Babiano Fdez MA.
Picaduras de pulgas

TABLA 2. Características distintivas de chinches y pulgas^{3,6,9,12}

Características	Chinches	Pulgas
Generalmente infestan	Lugares con alta tasa de recambio de individuos, muebles, colchones.	Mascotas, lugares deshabitados.
Modo de desplazamiento	Caminan (lineal).	Saltan (errático).
Situación del hospedero ante la picadura	Reposo nocturno, actividad quiescente.	Cualquier situación ante la exposición al insecto.
El insecto evita la luz solar	Sí	No
Picaduras: localización habitual	Sitios descubiertos.	MMII, tobillos y desde allí se extienden a proximal.
Picaduras: otras localizaciones	Sitios cubiertos, se desplazan bajo la ropa.	No hay compromiso de grandes pliegues ni genitales.
Picaduras: caracteres clínicos	Edematosas, inflamatorias. Vesícula central. Ampollas.	Punto hemorrágico central, menos inflamatorias. Ampollas.
Disposición lineal en grupos de 3	Frecuente en grandes extensiones corporales.	Posible, sobre un área de pocos cm.

Font: Dermatitis by Cimicids Bites (Bed Bugs) Vera et al.

- ANTIHISTAMÍNICS si pruija
- CORTIS TÒPICS de potència mitjana/alta (+ AB si lesió sobreinfectada per rascat)
- AB orals si gran sobreinfecció

Lesions que cronifiquen: valorar si el diagnostic és correcte

- ERRADICAR PUÇA: tractar animals domèstics (veterinari) + ventilar + insecticides..
- ERRADICAR XINXA: acudir a professionals (estan als marcs, llits, parets, ...)



ANTIISTAMÍNICS TÒPICS PER IRRITACIÓ I SENSIBILITZACIÓ DE LA PELL

CAS CLÍNIC 3



CAS 3

Dona de 65 anys que consulta per lesió a la cara de 3 setmanes d'evolució que no millora després de l'aplicació de diverses pomades.

Durant la visita ens explica que estava a l'hort quan va notar la picada.

Al principi pensava que havia estat un mosquit, ja que n'hi ha molts i ja li havia passat altres vegades, però al no millorar, ha decidit consultar.



Font: dermatoweb

Quin diagnòstic creieu que és el més probable?

- a) Picada de mosquit
- b) Picada de xinxa
- c) Reacció al·lèrgica
- d) Picada de paparra



Quin diagnòstic creieu que és el més probable?

- a) **Picada de mosquit:** lesió local amb picor i inflamació. En unes hores pot aparèixer una fava de consistència dura que normalment desapareix en 2-3 dies. Pot transmetre malalties.
- b) Picada de xinxa: acostumen a ser varies, habitualment lineals. És estrany una única lesió.
- c) Reacció al·lèrgica: acostuma a presentar rash (no una lesió única) i s'acompanya de pruija.
- d) Picada de paparra: habitualment trobem l'agent causal

CAS 3: PICADA DE MOSQUIT

Els mosquits poden transmetre leishmanosi:

- LEISHMANIOSI VISCERAL
- LEISHMANIOSI MUCOCUTÀNIA
- LEISHMANIOSI CUTÀNIA: **BOTÓ D'ORIENT**

A la conca del mediterrani, l'espècie més freqüentment identificada és *L. infantum*, que causa formes viscerals i cutànies

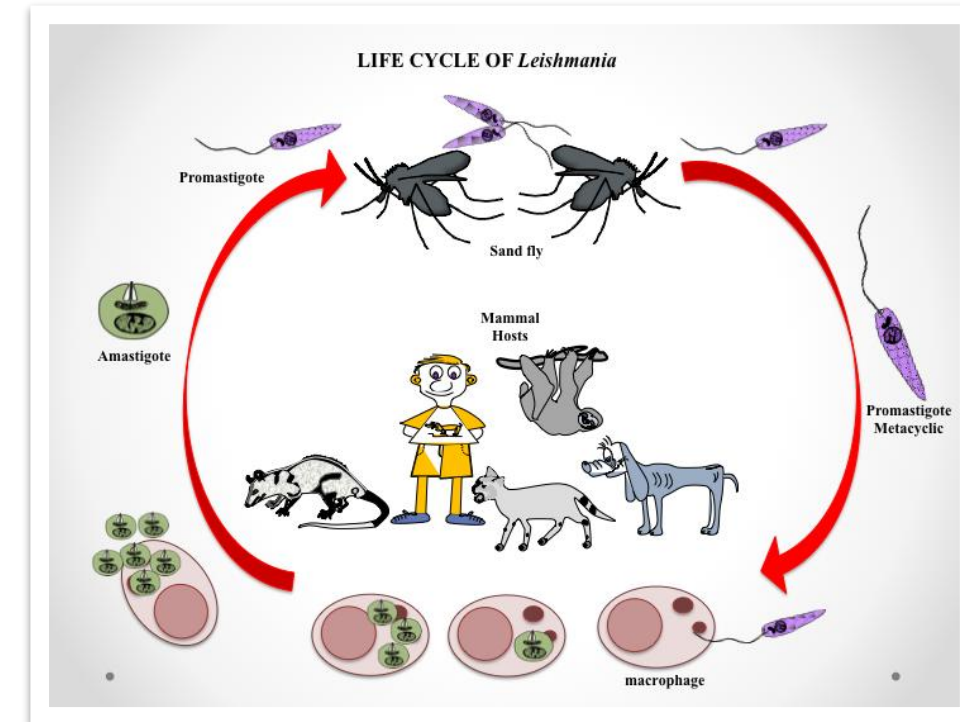
El reservori principal de *L. infantum* és el gos

Altres animals com les llebres o rates també són un gran reservori.



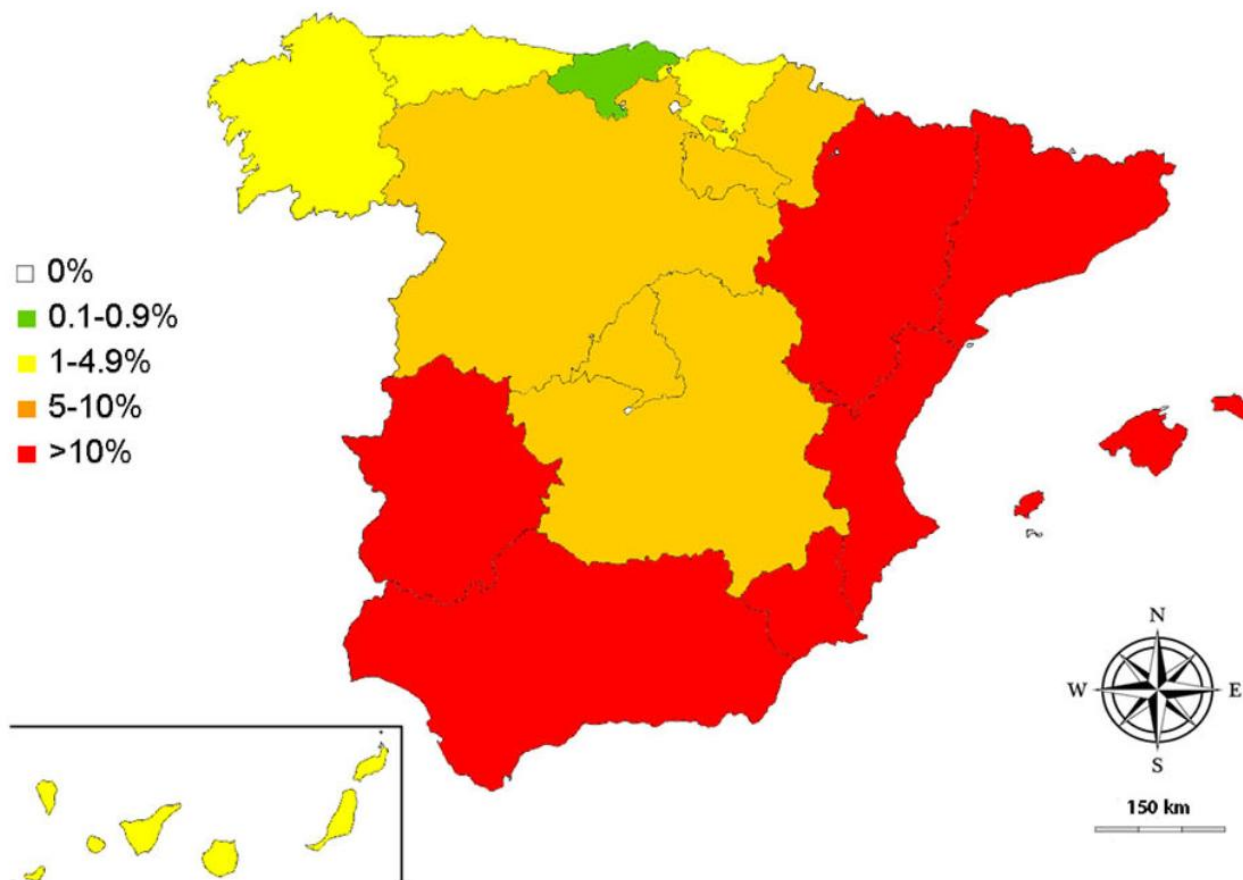
Mosquit del gènere *Phlebotomus*

Font: Dermanpixel



Font: <https://steemit.com/>

CAS 3: PREVALENÇA LEISHMANIOSI CANINA



Font: Montoya-Alonso JA, Morchón R, Costa-Rodríguez N, Matos JJ, Falcón-Cordón Y, Carretón E. Current Distribution of Selected Vector-Borne Diseases in Dogs in Spain. Front Vet Sci. 2020 Oct 22;7:564429. doi: 10.3389/fvets.2020.564429. PMID: 33195540; PMCID: PMC7643126.

CAS 3: DISTRIBUCIÓ LEISHMANIOSI I RESERVORI

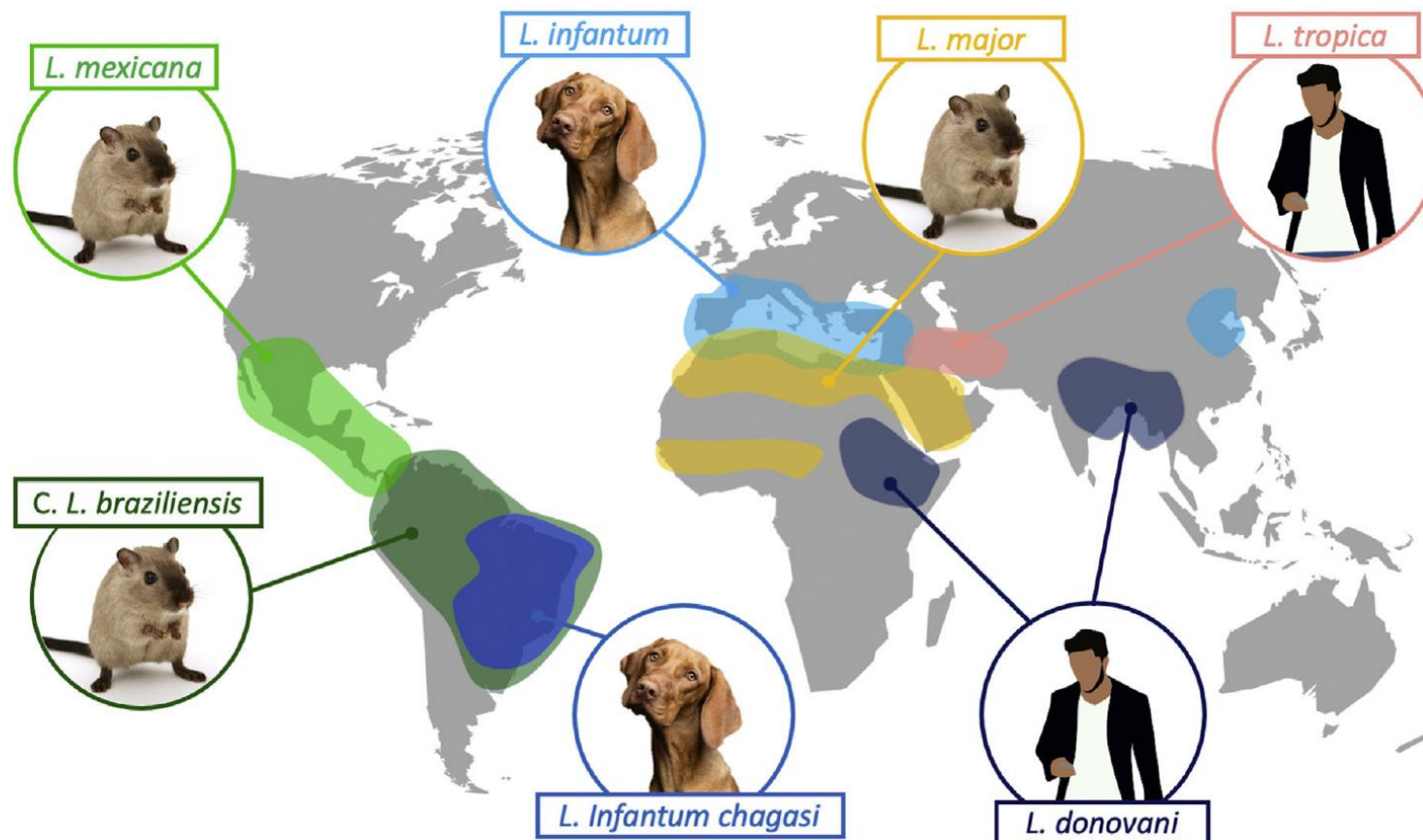


Figura 1 Distribución geográfica de las principales especies de *Leishmania* con su respectivo reservorio fundamental.

Font: Abadías-Granado, I., Diago, A., Cerro, P. A., Palma-Ruiz, A. M., & Gilaberte, Y. (2021). *Leishmaniasis cutánea y mucocutánea*. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(7), 601–618.
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>

CLÍNICA:

- Pàpula o nòdul eritematós a la zona de la picada (zones exposades, com la cara o extremitats)
- Lesió única o múltiple
- Entre 1 setmana – 3 mesos pot aparéixer la lesió cutània: pàpula eritematosa, crosta adherida, úlcera...
- Algunes lesions poden ser autorresolutives en mesos i curen deixant cicatriu. Algunes, es tornen cròniques o disseminades



DIAGNÒSTIC:

- Aspirat amb agulla fina, raspat, biòpsia:
 - Frotis: Tinció Giemsa → es visualitzen els amastigots
 - Cultiu
 - PCR
- Dermatoscòpia: *eritema, estructures vasculars, (vasos polimorfs, en forquilla o arboriformes), crosta, erosió/ulceració, estructures en llàgrima blanc-groguenques, patró en esclat d'estrelles blanques*
- Serologia: no té interès en les formes cutànies per falta de sensibilitat i especificitat



CAS 3: LEISHMANIA CUTÀNIA - TRACTAMENT

- **Injecció intralesional** d'antimonials pentavalents (Antimoniato de Meglumina IL - *Glucantime*®)
- Crioteràpia
- Alternatives terapèutiques: observació, termoteràpia, teràpia fotodinàmica, imiquimod, paromomicina tòpica
- En cas de leishmania cutània complicada → **tractament sistèmic** (*anfotericina B liposomal* - *Ambisome*® o Antimoniato de Meglumina EV o IM - *Glucantime*®)

CAS 3: LEISHMANIA CUTÀNIA - TRACTAMENT

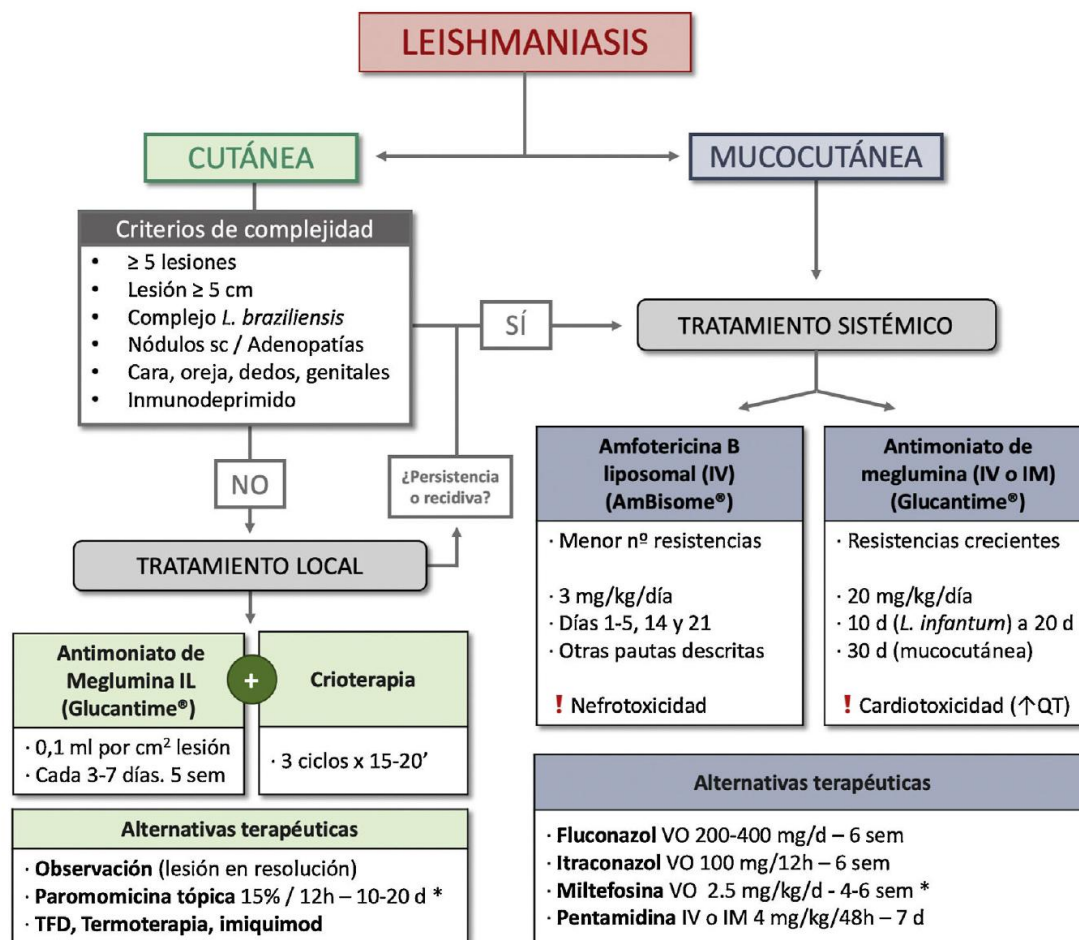


Figura 5 Algoritmo terapéutico de la leishmaniasis cutánea y mucocutánea. d: días; IL: intralesional; IM: intramuscular; IV: intravenoso; sc: subcutáneo; sem: semanas; TFD: terapia fotodinámica; VO: vía oral. *medicación extranjera.

Font: Abadías-Granado, I., Diago, A., Cerro, P. A., Palma-Ruiz, A. M., & Gilaberte, Y. (2021). *Leishmaniasis cutánea y mucocutánea*. *Actas Dermato-Sifiliográficas*, 112(7), 601–618. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>

Ús de repel·lents sobre la pell que queda exposada, mosquiteres, fumigació, tractament dels animals convivents...

REPEL·LENTS QUÍMICS:

- DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida)
- IR3535 (3-N-butil-n-acetil aminopropionato de etilo)
- Icaridin (carboxilado de hidroxietil isobutil piperidina)

REPEL·LENTS NATURALS (derivats de plantes):

- Oli de citronela
- Oli d'eucaliptus
- Citrionol o PMD (p-mentano-3,8 diol)
- Piretrina o permetrina



Llistat de repel·lents AEMPS (actualitzat 24/03/25): <https://www.aemps.gob.es/biocidas-y-cuidado-personal/biocidas-aemps/relacion-de-repelentes-de-insectos-de-uso-humano-autorizados-por-la-aemps/?lang=ca>

CAS 3: LEISHMANIA – PREVENCIÓ

PEDIATRIA:

Fins a 12 anys: 1-2 aplicacions al dia

A partir de 12 anys: fins a 3 aplicacions



- < 2mesos: Utilitzar sempre barreres físiques (mosquiteres per cobrir bressol i cotxet)
- > 2mesos: Prioritzar barreres físiques. En cas de necessitar repel·lents consultar les recomanacions del fabricant. Intentar evitar repel·lents en menors de 2 anys



CAS 3: PICADA DE MOSQUIT

QUÈ NO ES ÚTIL PER EVITAR LES PICADES DE MOSQUIT:

- Consumir aliments que desprenguin fortes olors: ceba, all,...
- Consumir complements vitamínics
- Aparells elèctrics: NO han demostrat eficàcia contra els mosquits
- Pulseres impregnades amb insecticides: NO son efectives,
independentment de
- l'insecticida que tinguin



CAS 3: ESTEM DAVANT D'UNA ALTRA PICADA DE MOSQUIT?

Nena de 4 anys que ha estat al parc tota la tarda.

Ella no recorda traumatisme i no sap si li ha picat cap insecte.

Es visualitza una lesió eritematosa i edematosa amb crosta central per gratat a la zona del braç i edema i eritema a la zona ocular.



Font: Revista Alergia México

CAS 3: PICADA DE MOSQUIT

Quin creieu que és el diagnòstic?

- a) Contusions
- b) Síndrome de Skeeter
- c) Reacció al·lèrgica
- d) Picada de paparra



CAS 3: PICADA DE MOSQUIT

Quin creieu que és el diagnòstic?

- a) Contusions
- b) Síndrome de Skeeter**
- c) Reacció al·lèrgica
- d) Picada de paparra

CAS 3: SÍNDROME DE SKEETER

Gran reacció inflamatòria local induïda per la picada d'un mosquit.

SIGNES I SÍMPTOMES: edema, augment de la temperatura local, eritema, pruija o dolor amb +/- símptomes sistèmics (febre o vòmits)

TRACTAMENT: prevenció de les picades, administració antihistamínics orals i/o en alguns casos, corticoides tòpics i/o orals.

SEMPRE PRIMER CORTICOIDES TÒPICS. I SI ÉS NECESSARI, AFEGIR ELS ORALS.

CAS CLÍNIC 4



Nen de 7 anys que és portat a urgències perquè han vist que té alguna cosa enganxada al tòrax. Podria fer 4-6 hores que ho té, tot i que no ho saben del cert. Com a antecedent, expliquen que acaben d'arribar de fer una excursió de senderisme amb els pares i la mascota per una zona boscosa de la Vall d'Aran.





Font: Cinta Estrada

Quin diagnòstic creieu que és el més adequat?

- a) Picada de mosquit
- b) Picada de xinxa
- c) Reacció al·lèrgica
- d) Picada de paparra



Quin diagnòstic creieu que és el més adequat?

- a) Picada de mosquit
- b) Picada de xinxa
- c) Reacció al·lèrgica
- d) **Picada de paparra**



CAS 4: PICADA DE PAPARRA

- **Quan extreure-la?**

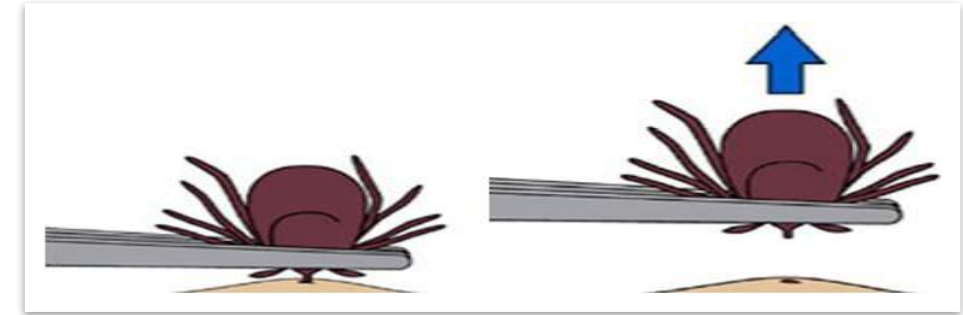
El més aviat possible. Primeres 48-72 hores.

- **Com retirar-la?**

Ús de pinces fines i de marge llis:

“Clavar a la zona del cap i arrancar-la de forma suau però amb una força constant i ferma (GR B)”

→ **QUÈ NO FER?:** utilitzar olis, vaselina, alcohol, cremar-les, manipular-les amb agulles, etc.



Fuente: Rev Clin Esp 2006; 196:584-587

Poden augmentar la salivació o regurgitació de secrecions i això augmentar el risc de transmissió de malalties.

CAS 4: PINCES TICK TWISTER PER RETIRAR PAPARRES



CAS 4: COM RETIRAR LA PAPARRA?



<https://www.youtube.com/watch?v=j36Cw7utM7E&t=21s>

CAS 4: PICADA DE PAPARRA

Principals malalties transmeses per la paparra:

- *Malaltia de Lyme*
- *Febre botonosa mediterrània*

Principals recomanacions que hem de donar als pacients després de la picada de paparra:

Control de signes i símptomes durant 4 setmanes després de la picada (GR A):

- Febre
- Cefalea
- Malestar general
- Dolors musculars i/o articulars
- Exantema



Consultar al metge

CAS 4: PICADA DE PAPARRA - TRACTAMENT

- No es recomana profilaxi antibiòtica de forma sistemàtica*. En cas d'estar indicat:

- ❖ Doxiciclina 200mg dosi única (GR B) o 100mg/12h x 10 dies

- ❖ Pediatria:

- ❖ Doxiciclina 4,4 mg/kg/dia vo o iv cada 12 hores (màx. 100 mg/dosis)

- ❖ Amoxicilina v.o. 250 mg/8 h o a 50 mg/kg/dia

- La prevenció és la profilaxi primària (GR A)

** Únicament en zones endèmiques de malaltia de Lyme (només la zona del nord d'Espanya) podria estar justificada una dosi de doxiciclina 4 mg/ kg (màx. 200 mg) si s'administra en les primeres 72h després de la picada, de cara a prevenir fases més tardanes de la malaltia.*

En nens, si es sospita malaltia de Lyme, en casos cutanis lleus es pot iniciar amoxicilina o doxiciclina. Si es sospita rickettsiosis, en nens és preferible doxiciclina.

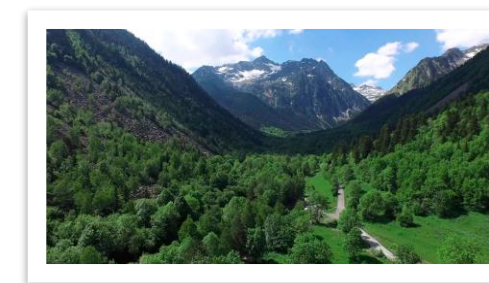


CAS 4: PICADA DE PAPARRA - PREVENCIÓ

- ✓ Utilitzar roba i indumentaria adequada (gruixuda i que cobreixi al màxim el cos, roba clara que permeti la identificació de l'artròpode)
- ✓ Revisar el cos i cuir cabellut després d'una excursió
- ✓ Administració de repel·lents específics: DEET, IR3535, icaridina o citrionol
- ✓ Desparasitació d'animals de companyia



MÉS FREQUENT EN ZONES BOSCOSES o DEL CENTRE D'EUROPA



Llistat de repel·lents AEMPS (actualitzat el 24/03/25): <https://www.aemps.gob.es/biocidas-y-cuidado-personal/biocidas-aemps/relacion-de-repelentes-de-uso-humano-autorizados-en-el-registro-de-la-agencia-espanola-de-medicamentos-y-productos-sanitarios-eficaces-frente-a-garrapatas/?lang=ca#https://www.aemps.gob.e>

CAS CLÍNIC 5



Dona de 42 anys que consulta perquè mentre es banyava a la platja amb el seu fill va notar una sensació de pruija sobtada a la cara interna de la extremitat superior dreta.

Ja que persistia la pruija hores després de sortir de l'aigua, va consultar al centre d'urgències d'atenció primària. Presentava aquestes lesions:



Quin creieu diagnòstic que és el diagnòstic més adequat?

- a) Mossegada de gos
- b) Fitofotodermatosi
- c) Dermografisme
- d) Picada de medusa



Quin creieu diagnòstic que és el diagnòstic més adequat?

- a) Mossegada de gos: important l'anamnesi
- b) Fitofotodermatosi: antecedent d'exposició solar i contacte amb plantes o arbres de l'entorn
- c) Dermografisme: lesions liniale que apareixen després d'un gratat
- d) **Picada de medusa:** es poden presentar com a lesions serpinginoses, com la que trobem en aquesta pacient

CAS 5: PICADA DE MEDUSA

Es presenten com a lesions lineals-edematoses, serpiginoses



Poden passar a vesícules-ampolles



Finalment poden evolucionar a lesions ulcerades (poden deixar cicatriu o discromies)

** És rara la simptomatologia sistèmica o shock anafilàctic*



CAS 5: PICADA DE MEDUSA

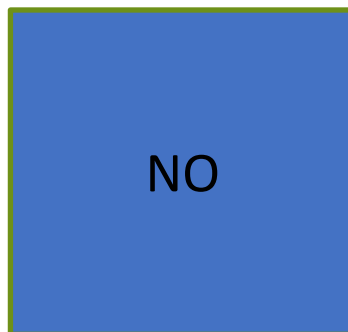
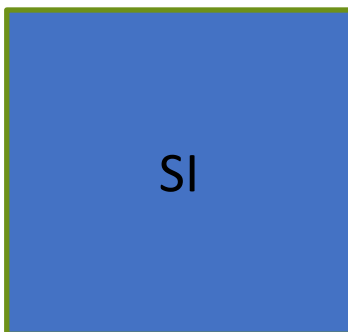


Els cnidocits injecten una toxina
mitjançant les seves cèl·lules
urticariants

Plelagia noctiluca

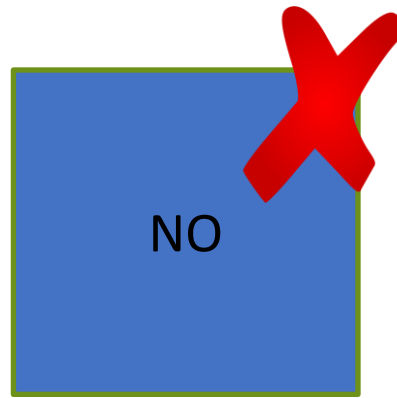
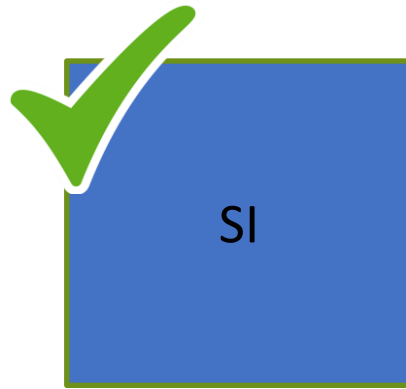
CAS 5: PICADA DE MEDUSA

Pot picar encara que la medusa estigui morta (per exemple al trepitjar-la)?



CAS 5: PICADA DE MEDUSA

Pot picar encara que la medusa estigui morta (per exemple al trepitjar-la)?



Sí, pot continuar causant picades i erupcions mitjançant els tentacles, ja que encara tenen actives les cèl·lules urticariants

✓ QUÈ FER:

- NO fregar o rascar la picada.
- Extreure les restes de tentacles que quedin a la pell (amb pinces o targeta de crèdit)
- Rentar amb aigua de mar
- Aplicar aigua calenta a temperatura entre 43-45°C (aplicar per immersió o dutxa d'aigua calenta durant aproximadament entre 20-45 minuts) (Grau IIa, Nivell B) → ha demostrat millora significativa del dolor en moltes picades de medusa, en particular en les causades per *Physalia physali*
Si no tenim aigua calenta disponible, es poden aplicar compreses calentes o fred local per aliviar el dolor, però no és tan efectiu com l'aigua calenta (Grau IIb, Nivell B)
Si no tenim termòmetre disponible, utilitzar la temperatura de l'aigua més calenta tolerada en una extremitat no afectada
- Tractament simptomàtic

✗ QUÈ NO FER:

- Netejar amb aigua dolça
- Rascar la picada amb arena, tovallola...
- Aplicar gel directament
- Aplicar orina, alcohol... (els canvis de pH activen els cnidocits i produeixin més dolor)

CAS 5: PICADA DE MEDUSA - TRACTAMENT

El tractament és principalment **SIMPTOMÀTIC**, motiu pel qual podrien ser útils:

- Corticoides tòpics
- Antihistamínics orals
- Antisèptics tòpics i/o antibiòtics tòpics si hi ha alteració de la integritat cutània
- En cas d'anafilaxia s'ha d'actuar segons el protocol.



Evitar els antihistamínics tòpics (poden irritar la pell i tenir efectes de toxicitat anticol·linèrgica per absorció erràtica).

En cas de requerir benzodíacepines el diazepam seria el més adequat (2-10mg/6-8h via oral)

CAS CLÍNIC 6



Cas 6: MOSSEGADES

Consulta el Joan de 8 anys perquè fa una hora l'ha mossegat el gos de la veïna a la cama.



Mossegada gat-gos

Agents més freqüentment implicats:

- **Mossegada gos:**

- *Pasteurella multocida* (50%)
- *Staphylococcus aureus*
- *Bacteroides sp*
- *Capnocytophaga **

- **Mossegada gat:**

- *Pasteurella multocida*(75%)
- *Staphylococcus aureus*

Factors de risc per valorar tractament antibiòtic:

- Immunocompromesos
- Asplènics
- Pacients amb malaltia hepàtica avançada
- Edema preexistent o resultant en la zona afectada
- Lesions moderades o greus, sobretot en cara o mà o si es sospita que hagin pogut penetrar en periosti o càpsula articular



Tractament de les mossegades de gat i gos sense factors de risc:

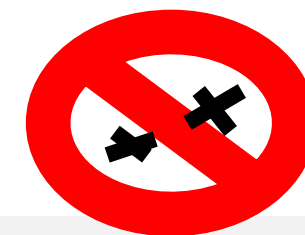
QUE FER:

1. Neteja de la ferida amb suero i extracció de cossos estranys si hi ha. Afegir povidona iodada
2. Retirada del teixit necròtic o desvitalitzat si existeix
3. Mantenir extremitat elevada



QUE NO FER:

1. NO pendre mostres de cultiu de forma rutinària
2. No suturar les ferides. Només es recomana suturar les ferides de cara recents (<6hores) i que estiguin netes i sense signes d'infecció. MAI en mans (GR D)
3. NO ANTIBIÒTIC DE FORMA EMPÍRICA



Mossegada gat-gos amb factors de risc o sobeinfectedes:



- Mesures no farmacològiques
- Tractament empíric:
 - Amoxicilina/clavulànic 875/125mg /12 hores durant 3-5 dies (GR C)
 - Al·lèrgia a penicilina:
 - Cefuroxima (al·lèrgia no anafilàctica) 500/12h + clindamicina 300mg/8hores, 3-5 dies
 - Trimetoprim/sulfametoxazol 160-800 / 12hores, 5-7 dies + Clindamicina 300mg/8h o Metronidazol 250-500/ 8h, 3-5 dies

99 Mossegada gat-gos en NENS amb factors de risc o sobeinfectedes:

- Mesures no farmacològiques
- Tractament empíric:
 - Amoxicilina/clavulànic 50-60mg/kg/d en 2-3 preses(max 3g/d) durant 3-5 dies (GR C)
 - Al·lèrgia a penicilina:
 - Cefuroxima (al·lèrgia no anafilàctica)
 - 3mesos -5 anys: 15mg/kg/d en dos preses(max 4g/d) 5-7dies.
 - 5-12 anys: 125mg/12h
 - >12 anys: 250mg/12h (GR D) + Clindamicina 10-30mg/kg/d en 3 preses (dosis màx) 1'8g/d) 5-7 dies.
 - Si al·lèrgia anafilàctica: Trimetoprim/sulfametoxazol 6-12mgTMP/Kg/d en dos preses (dosis màx. 320 TPM i 1600 STX) + Clindamicina 10-30mg/kg/d en 3 preses (dosis màx) 1'8g/d) 5-7 dies.

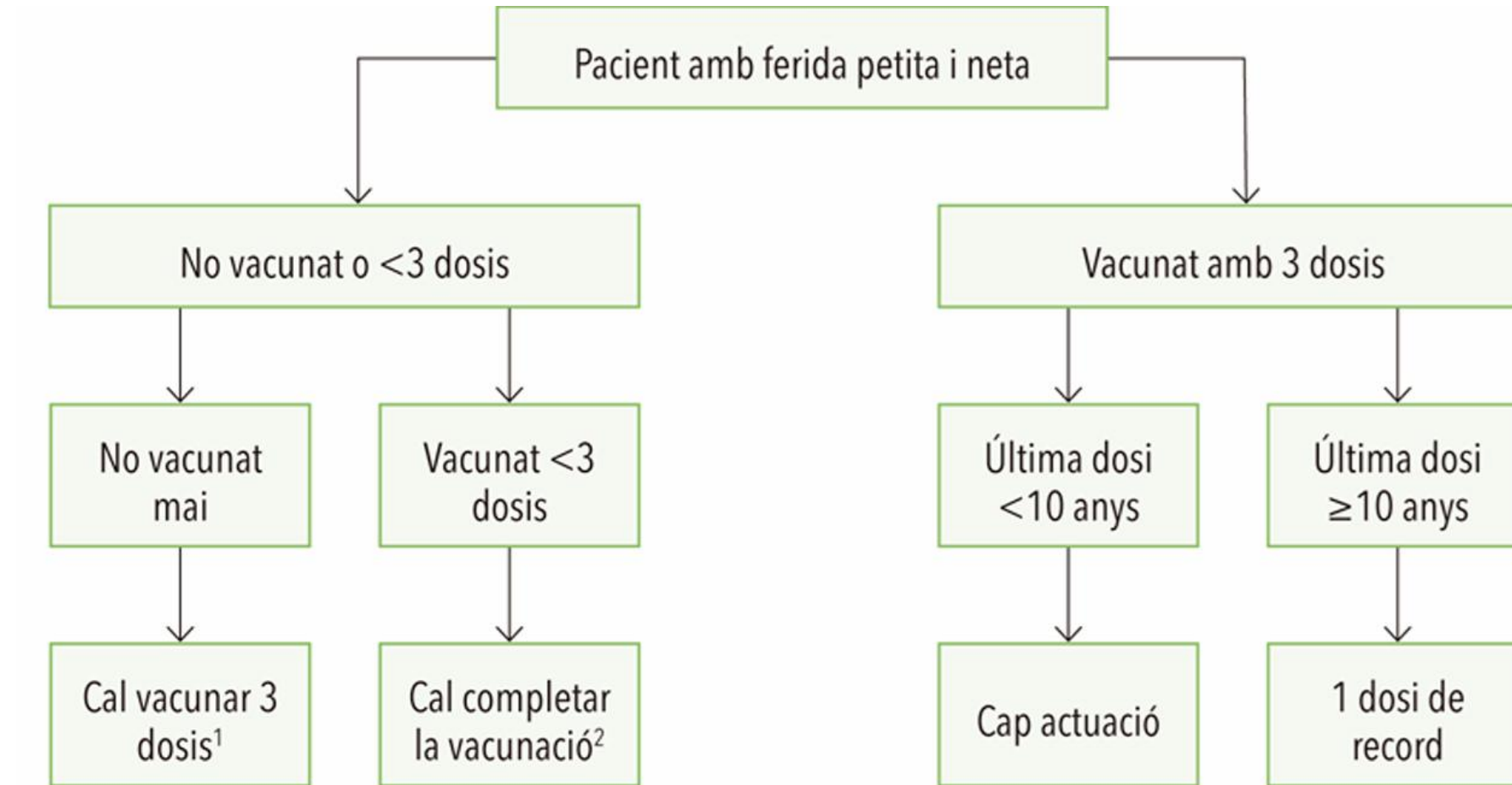
Altres coses que valorar

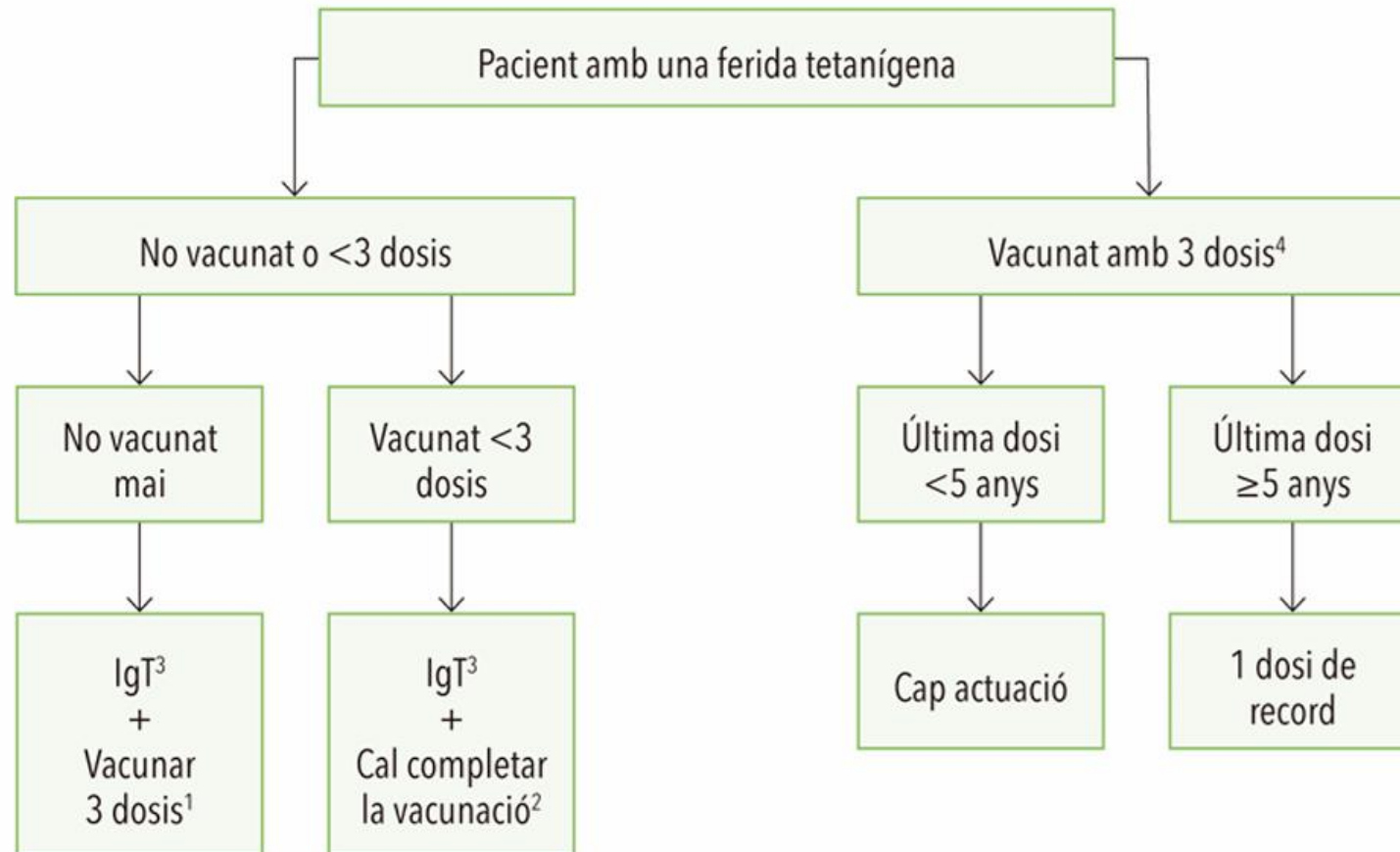


- **Sospita d'infecció necrotitzant**
- **Artritis**
- **Osteomielitis o lesió del nervi o tendó**
- **Immunodeprimit o signes d'infecció sistèmica**

QUE MÉS HEM DE TENIR PRESENT?

Recomanacions profilaxis antitetànica en cas de ferides:





1. 0, 1-2 mesos, 6-12 mesos de vacuna Td.

2. Si no s'han respectat els intervals establerts, no cal reiniciar la pauta vacunal, i només s'han d'administrar les dosis que falten.

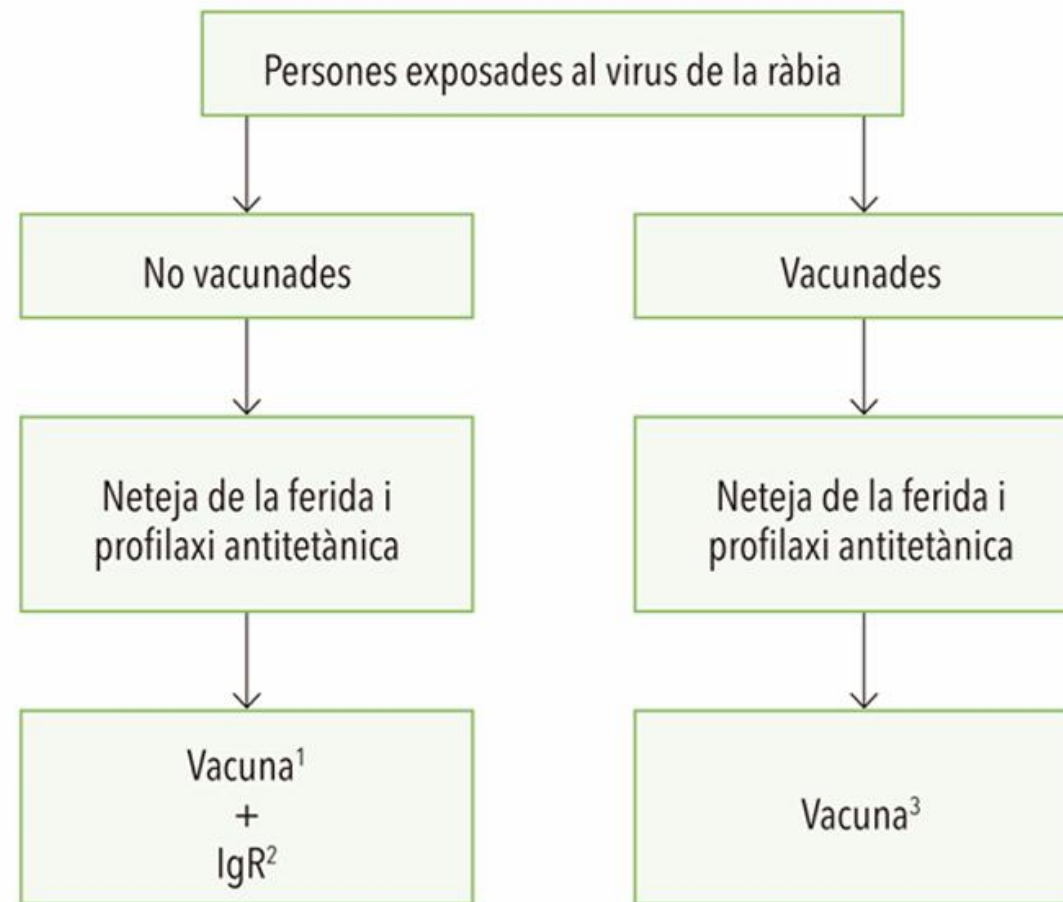
3. IgT, immunoglobulina antitetànica.

4. Pel que fa a les persones immunodeprimides i usuàries de drogues per via parenteral, s'ha d'administrar una dosi d'immunoglobulina antitetànica (IgT) en el cas de ferides tetanígenes, independentment de l'estat vacunal.

Recomanacions profilaxis antiràbica:

Espanya és un país lliure de la ràbia denominada terrestre, excepte Ceuta i Melilla, però s'ha de considerar afectada per la ràbia aèria, ja que s'ha aïllat virus de la ràbia en ratpenats. Els factors que cal considerar per decidir la profilaxi postexposició són el tipus de contacte amb l'animal, el grau d'enzoòtia, les espècies afectades, la vacunació anterior i la possibilitat d'observació de l'animal. Les agressions produïdes per **animals terrestres nadius no requereixen profilaxi postexpo sició o seguiment de l'animal.** Al contrari, en les **agressions causades per ratpenats s'ha de començar la profilaxi tan aviat com sigui possible.** En altres situacions, especialment els atacs a viatgers per animals d'una zona enzoò tica, s'ha de valorar cada cas i cal consultar el servei de vigilància epidemio lògica¹.

¹ [Manual de vacunacions. Versió dinàmica. Agència de Salut Pública de Catalunya \(ASPCAT\)](#)



1. S'apliquen 4 dosis de vacuna antiràbica, als 0, 3, 7 i 14-28 dies. En immunodeprimits, 5 dosis (0, 3, 7, 14 i 21-28 dies).
2. IgR (immunoglobulina antiràbica humana): s'ha d'aplicar com més aviat millor; la meitat de la dosi, al voltant de la ferida, i la resta, al gluti, en dosi de 20 UI per kg de pes.
3. Se n'apliquen 2 dosis als 0 i 3 dies. En immunodeprimits severos cal administrar sempre l'IgR.

Mossegada humana:

- *Streptococcus grup viridans*(80%)
- *Staphylococcus epidermidis*
- *Corynebacterium sp*
- *Staphylococcus aureus*
- *Eikenella corrodens*
- *Bacteroides sp*

Mossegada humana en adults

- Mesures no farmacològiques
- Tractament antibiòtic:
 - ✓ Amoxicilina/clavulànic 875/125 / 12h, 5-7 dies (GR B)
 - ✓ Al·lèrgics a la penicilina: Moxifloxacino 400mg/dia, 5-7 dies (GR B)

Mossegada humana en NENS

- Mesures no farmacològiques
- Tractament antibiòtic:
 - Amoxicilina/clavulànic 50-60mg/kg/d en 2-3 preses(max 3g/d) durant 5-7 dies – Iniciar tractament antibiòtic precozment (GR B)
 - Al·lèrgia a penicilina:
 - Cefuroxima (al·lèrgia no anafilàctica)
 - 3mesos -5 anys: 15mg/kg/d en dos preses(max 4g/d) 5-7dies.
 - 5-12 anys: 125mg/12h
 - >12 anys: 250mg/12h (GR D) + Clindamicina 10-30mg/kg/d en 3 preses (dosis màx) 1'8g/d) 5-7 dies.
 - Si al·lèrgia anafilàctica: Trimetoprim/sulfametoxazol 6-12mgTMP/Kg/d en dos preses (dosis màx. 320 TPM i 1600 STX) + Clindamicina 10-30mg/kg/d en 3 preses (dosis màx) 1'8g/d) 5-7 dies.

CAS CLÍNIC 7



Home de 35 anys que consulta perquè fa 3 setmanes, mentre es vestia, va notar que “algo” li va picar.

Explica que al principi no tenia dolor però, poc a poc, la lesió s’ha posat més morada i des de fa 4 dies ha canviat d’aspecte, està més vermella i presenta com una crosta lletja.



Font: Actitudfem



Passa de pàpula eritemtosa amb halo inflamatori perilesional a
nòdul amb zona necròtica central

Quin diagnòstic penseu que podria adequar-se més?

- a) Picada de mosquit
- b) Picada d'aranya
- c) Reacció al·lèrgica
- d) Picada de paparra

CAS 7: Picada d'aranya

Aquesta espècie és la més problemàtica

Té forma de violí

Al inici és INDOLORA, però pot evolucionar a:

- **Forma necròtica**: va des de placa purpùrica a gangrena seca (curació més lenta).
- **Forma edematosa** (5%): presentarà edema doloròs, extens i desfigurant. És més freqüent si pica a la cara.



Aranya reclusa parda mediterranea o violinista.
Loxocles rufescens

CAS 7: Picada d'aranya

Té un **verí neurotòxic** que fa **efecte ràpid (5-15min)**.

La simptomatologia és molt variada:

- DOLOR localitzat e INTENS
- Cefalea
- Suor freda
- Febre...

En casos greus també es pot acompanyar de dolor toràcic, taquicardia, distress respiratori, paràlisis temporal...

Vídua negra mediterrànea



Latrodectus tredecimguttatus



Latrodectus lilianae

CAS 7: Picada d'aranya

També hi ha aranyes grans amb actitud desafiant.

En aquests casos la picada és dolorosa però no és greu excepte si es produeix una reacció al·lèrgica.



Falsa Taràntula Europea

CAS 7: Tractament

Netejar la ferida i posar fred local.



Valorar vacuna del tètanus:

- En cas de lesions profundes, necròtiques, lletjes: record de la vacuna si fa >5 anys de l'última.
- Si presenta lesions sense alteracions greus: record de la vacuna si fa >10 anys de l'última.



Corticoides Orals:

- Prednisona 1mg/kg.
- En cas de reacció moderada/greu: Mantenir el tractament 3-5 dies.
- Requereix pauta descendente en cas de dependència corticoidea i insuficiència suprarrenal.



En el cas de picada d'aranya Vidua Negra podria ser necessari l'ús d'antídot

En el següent enllaç podeu trobar els antídots i la xarxa virtual d'antídots

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/gestio-del-coneixement/antidots>

CAS 7: Antídoto picada vídua negra

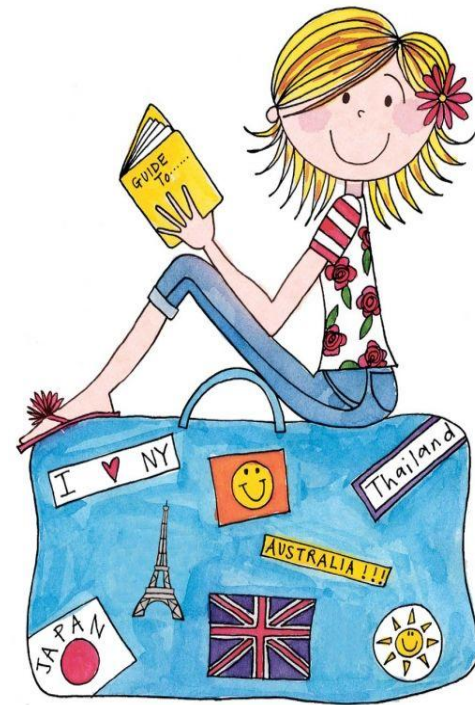
Gluconat càlcic al 10%

Indicació toxicològica :

Intoxicacions per antagonistes dels canals de calci (ACC) que presentin hipotensió o bradicàrdia (FFT).

Hipocalcèmia secundària a la intoxicació per etilenglicol, àcid fluorhídric, fluorurs, fosfats o altres agents. Intoxicació per magnesi. Picadura per l'aranya vídua negra (FFT).

- Hem d'intentar IDENTIFICAR al culpable (visualitzar-lo, fotografiar-lo, capturar-lo...)
- Aplicar FRED davant qualsevol picada
 - Excepcions: AIGUA CALENTA en la picada de *peix aranya i de medusa*
- Aplicar AIGUA DE MAR a la *picada de medusa* **MAI** aigua dolça.
- Revisar l'estat vacunal i valorar si requereix la VACUNA ANTITETÀNICA.
- El tractament és simptomàtic (amb analgèsia, antiinflamatoris...)
- Rentar amb abundant aigua i sabó les mossegades



- Es poden utilitzar antisèptics o cremes antibiòtiques* si precisa.
- NO utilitzar *antihistamínics tòpics* (provoquen irritació i neurotoxicitat).
- Podria ser necessari l'ús d'ANTIBIÒTIC oral en algunes situacions.
- Davant una COMPLICACIÓ greu hem de DERIVAR a *Centre Hospitalari*.
- Si existeixin DUBTES sobre el diagnòstic hem de valorar la DERIVACIÓ.



- SARNA: Prurit nocturn
- XINXA/PUÇA: Lesions lineals
- LEISHAMANIA: Lesió que no cura + picada de mosquit prèvia
- PAPARRA: Extreure amb pinces <48-72h + control símptomes les properes 4 setmanes
- MEDUSA: Lesions serpiginoses després del bany al mar. Aplicar AIGUA DE MAR (NO orina ni aigua dolça) i aigua calenta
- ARANYA: Vigilar evolució, pot necrozar-se
- Mossegades gat/gos: en casos lleus i sense factors de risc mesures no farmacològiques

- Ana Varela-Veiga, , Alejandro Vilas-Sueiro, Benigno Monteagudo, Beatriz Fernández-Jorge. Lesiones hiperqueratósicas y prurito en paciente inmunodeprimida. *Reumatol Clin* 2016;12:107-8 - Vol. 12 Núm.2
- J.Arroyo Fernández de Aguilar, Sonia Flores Silva. Anafilaxia. *AMF* 2010;6(8):448-449
- BMJ best practice. Insect bites and sting. Last updated Mar 20, 2017.
- B. González-Llavonaa, G. Biosca-Echeniqueb, A. Soto-Díaza, M.J. Naranjo-Díaza, B. Espadafor-López y V. García-Mellado. Leishmaniasis cutánea en paciente senegalés. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:54-8
- Mar Noguerol Álvarez, Pilar Aparicio Azcárraga. Leishmaniasis. *AMF* 2012;8(9):509-516
- Marina Escofet Peris, Xavier Moncosí de Borbón. Pequeña patología «playera». *AMF* 2017;13(2):107-109
- Núria Camprodon Tuneu. ¿Qué debemos hacer ante una picadura de garrapata. *AMF* 2017;13(1):44-46
- **Guía terapéutica en Atención Primaria. 6ª edición. 2016. SEMFYC ediciones**
- Rosa Mª Taberner Ferre. *Dermapixel: Blog de dermatología cotidiana*. 1ª Edición 2014.
- Síndrome de Skeeter. Pérez-Vanzini R y col. *Revista Alergia México* 2015;62:83-87
- A. Díez Mayayo, M. Gallardo Arenas, R. Sáenz Ortigosa. Mordeduras, picaduras y parasitosis cutáneas. *AMF* 2020;16(9):504-516
- L. Robert i Sabaté, L. Diego. Permetrina, Ivermectina... Quinés el tractament d'elecció per a la sarna. *BIT*. Vol30, núm 8, 2019
- Sunderkötter C, Aebischer A, Neufeld M, Löser C, Kreuter A, Bialek R, Hamm H, Feldmeier H. Increase of scabies in Germany and development of resistant mites? Evidence and consequences. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019 Jan;17(1):15-23. doi: 10.1111/ddg.13706. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30480868.
- Abadías-Granado, I., Diago, A., Cerro, P. A., Palma-Ruiz, A. M., & Gilaberte, Y. (2021). *Leishmaniasis cutánea y mucocutánea*. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(7), 601–618. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>
- Guillén Martín S, Callejas Caballero I, Oteo Revuelta JA. Enfermedades transmitidas por garrapatas. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:421-439.
- Nevot Falcó S, Gómez Galán C, Ferré Ybarz L. Reacciones adversas e hipersensibilidad a venenos de insectos, artrópodos y otros invertebrados. *Protoc diagn ter pediatr.* 2019;2:341-61.
- *Banco de Preguntas Preevid. ¿Se debe usar agua fría o agua caliente para tratar la picadura de medusa en el Mediterráneo? Biblioteca Virtual Murciasalud, 2023. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/25039>*
- American Heart Association/American Red Cross (AHA/ARC) 2010 guideline on first aid, part 17 can be found in *Circulation* 2012 Apr 3;125(13):e540. [\[DOI 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971150\]](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971150)
- Dermapixel
- Guia d'antídots per els hospitals de la Generalitat de Catalunya. [Guia d'antídots](#)
- [Manual de vacunacions. Versió dinàmica. Agència de Salut Pública de Catalunya \(ASPCAT\)](#)
- Uptodate. Animal bites(dogs, cats, and other mammals): Evaluation and management. Larry M Baddour, MD Marvin Harper, MD. Marc 2025
- Guías PRANInfecciones secundarias de piel y partes blandas en adultos/niños. Mordeduras.

