



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

IX Jornada de Patologia Cutània a l'Atenció Primària

Urgències en dermatologia

Alejandro Alvarado, Cinta Estrada, Sonia Martinez, Montse Mullo

Barcelona, 1 de juny de 2026

- Picades
- Mossegades
- Sarna
- Impetigen
- Hidrosadenitis
- Dermatitis atòpica
- Abscés

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



Perquè són tant freqüents?

Clima Favorable

Estacionalitat marcada

Impacte assistencial

Risc de complicacions

El motiu de consulta serà "M'HA PICAT ALGO", però amb freqüència no sabrem què.



Principals grups d'insectes picadors



Mosquits

Inclou el mosquit tigre (*Aedes albopictus*), cada cop més prevalent a Catalunya.



Himenòpters

Abelles i vespes, responsables de les reaccions més severes per veri.



Dípters i altres

Mosca negra, tàvecs, puces, xinxes i paparres amb patrons diferents de lesió.



Casos especials

Formigues, aranyes, escorpins i eruga processionària del pi.



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 **pruïja** >>>> **ANTIISTAMÍNICS**



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	Sofnodor®
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, Alerlisin [®] , 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 [®]

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.

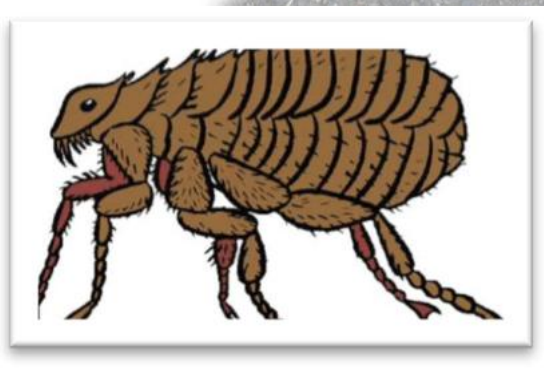


Fuente: Cinta Estrada

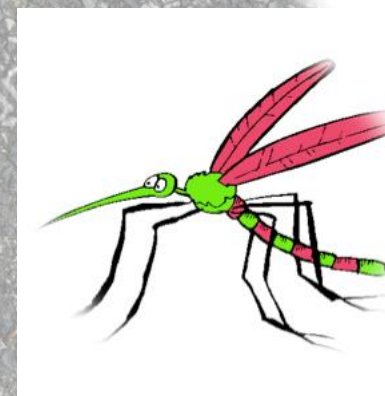




Xinxxa



Puça



Mosquit



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

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 2: PICADA DE MOSQUIT

Quin creieu que és el diagnòstic?



Contusions



Síndrome de Skeeter



Reacció al·lèrgica



SÍNDROME DE SKEETER

Gran reacció inflammatòria 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.

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





Font: Cinta Estrada

PICADA DE PAPARRA

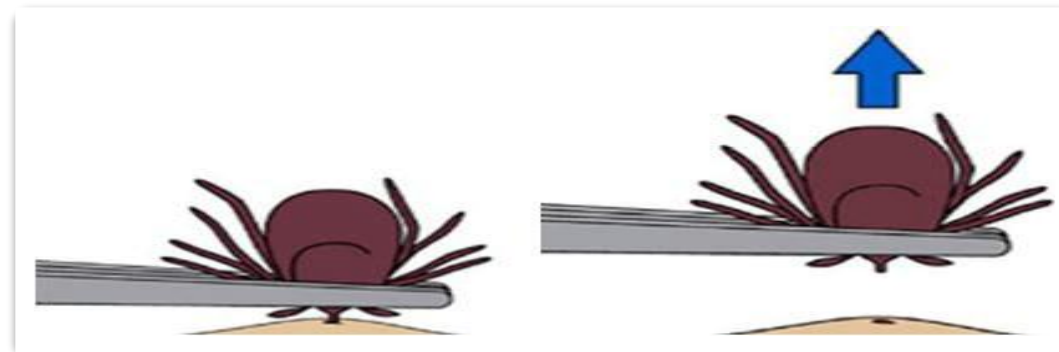
□ **Quan extreure-la?**

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)”



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

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



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

PINCES TICK TWISTER PER RETIRAR PAPPARRES



PICADA DE PAPARRA

Principals malalties transmiseses 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



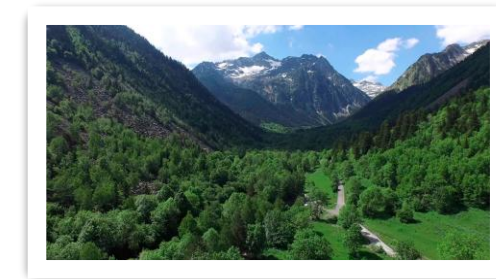
Consultar al metge

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 citriodiol
- ✓ 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>

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:



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*



✓ 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)

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 benzodíacenes el diazepam seria el més adequat (2-10mg/6-8h via oral)

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 afectad
- 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:

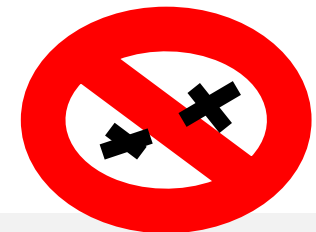
QUE FER:

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:



36 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

37 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.

✓ Sospita d'infecció necrotitzant

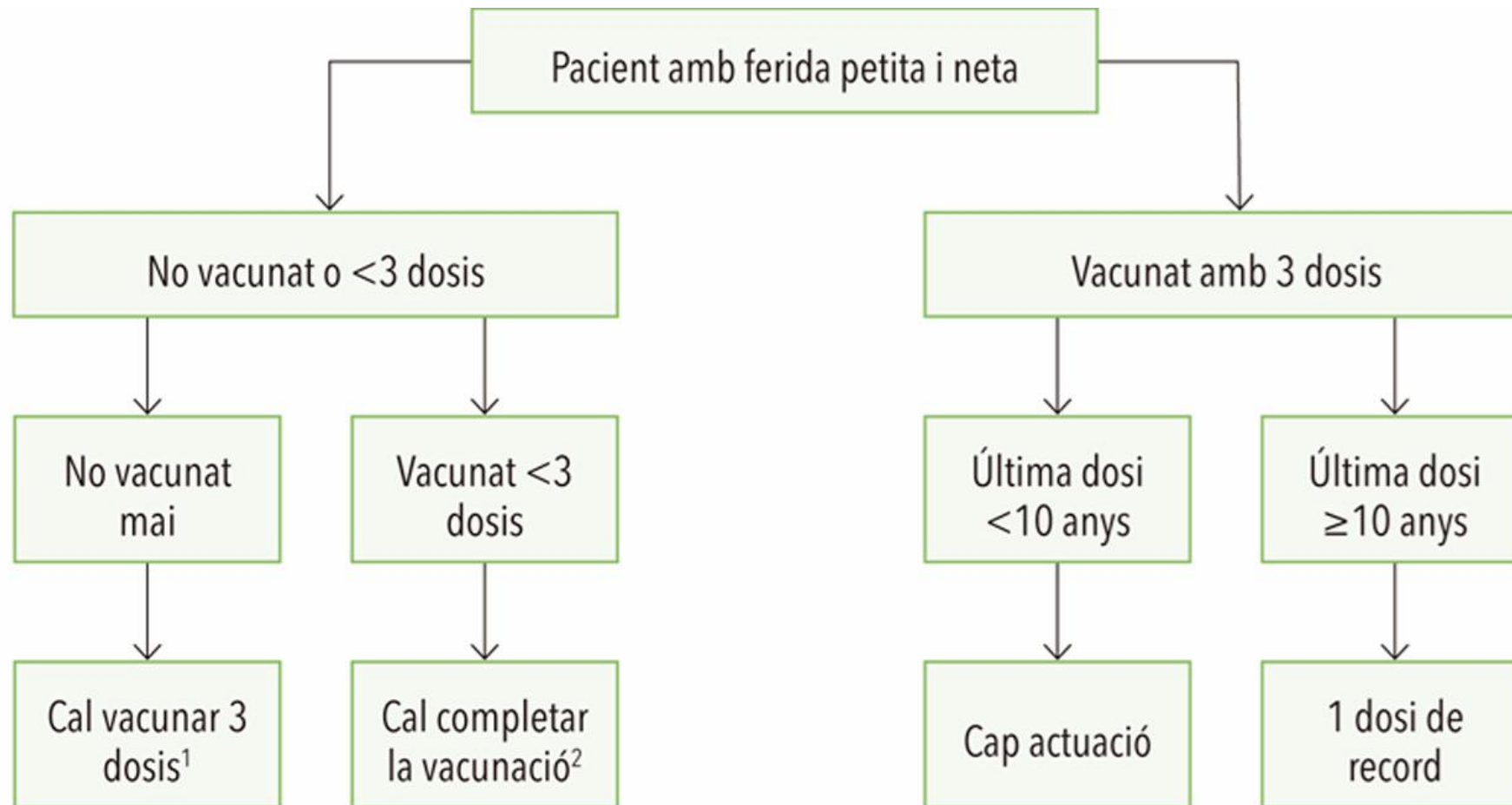
✓ Artritis

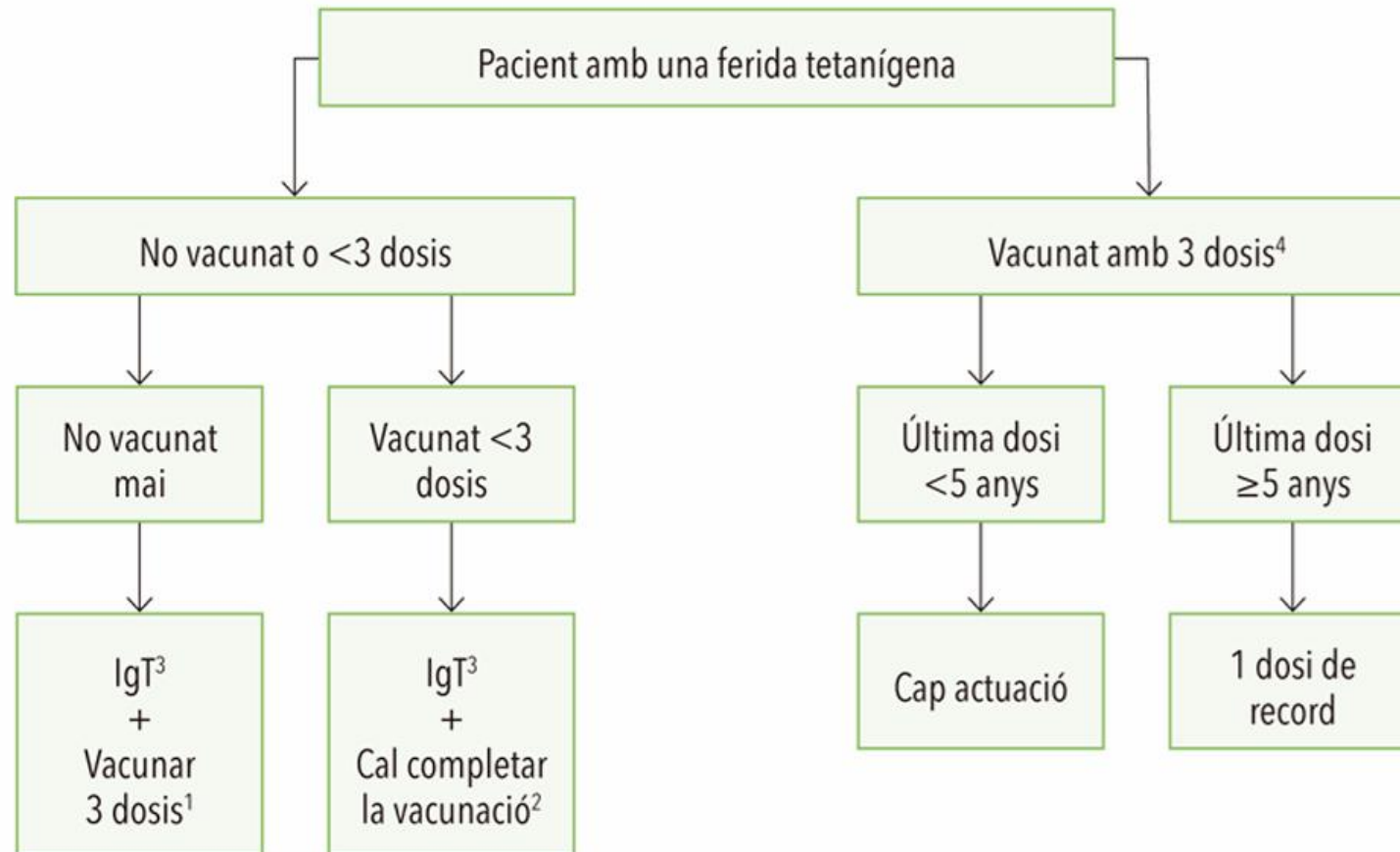
✓ Osteomielitis o lesió del nervi o tendó

✓ 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.

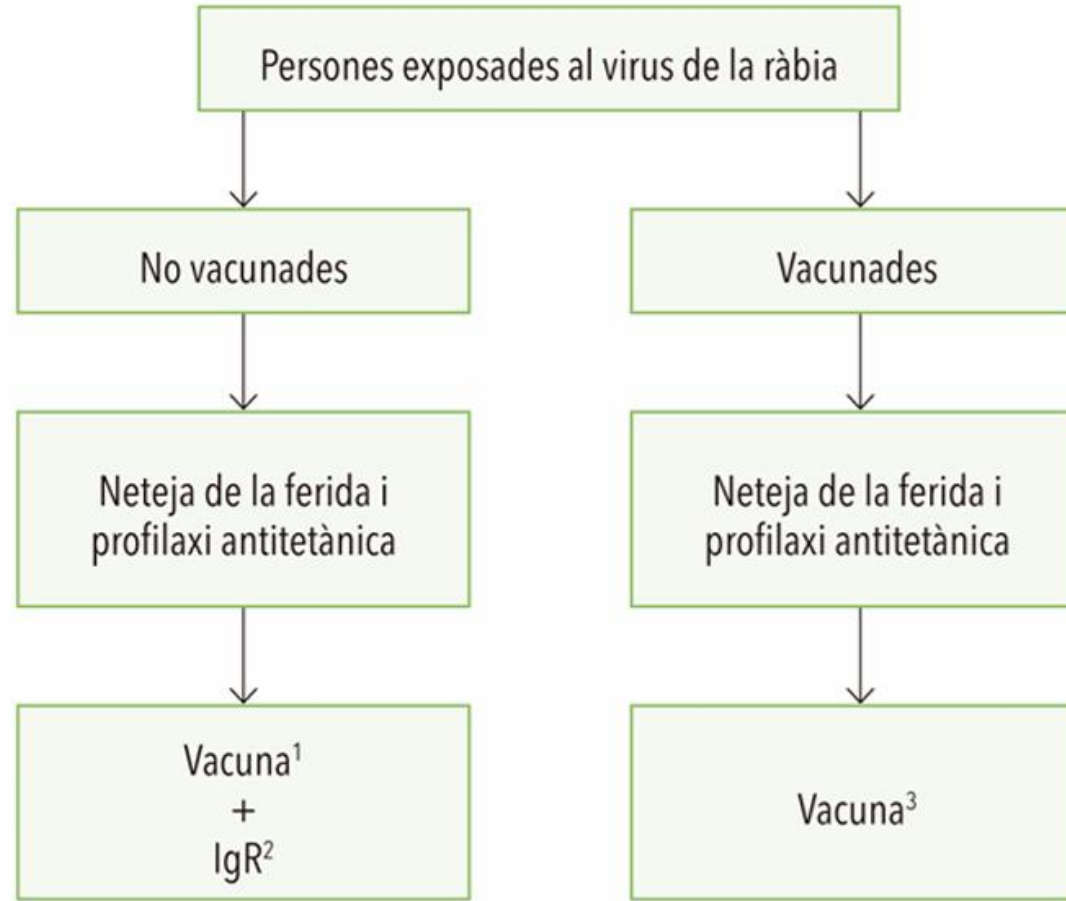
3. IgT, immunoglobulina antitetànica.

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 tetanigènes, 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'enzootia, les espècies afectades, la vacunació anterior i la possibilitat d'observació de l'animal. Les agressions produïdes per **animals terrestres nadius no requereixen profilaxi postexposició 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 enzootica, s'ha de valorar cada cas i cal consultar el servei de vigilància epidemiològica¹.

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.

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 Sagrilà

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





Font: rfrojasdermatologo.comunidadcoomeva.com

Test diagnòstic: *Test de Müller*

Dermatoscòpia: *Ala Delta*

Principal complicació: *Impetigen*



SARNA (dermatoscòpia)

Surco acarino (tunel que deja en la piel)

Signo del ala delta
(cabeza del ácaro)

Acaro (Sarcoptes Scabiei)

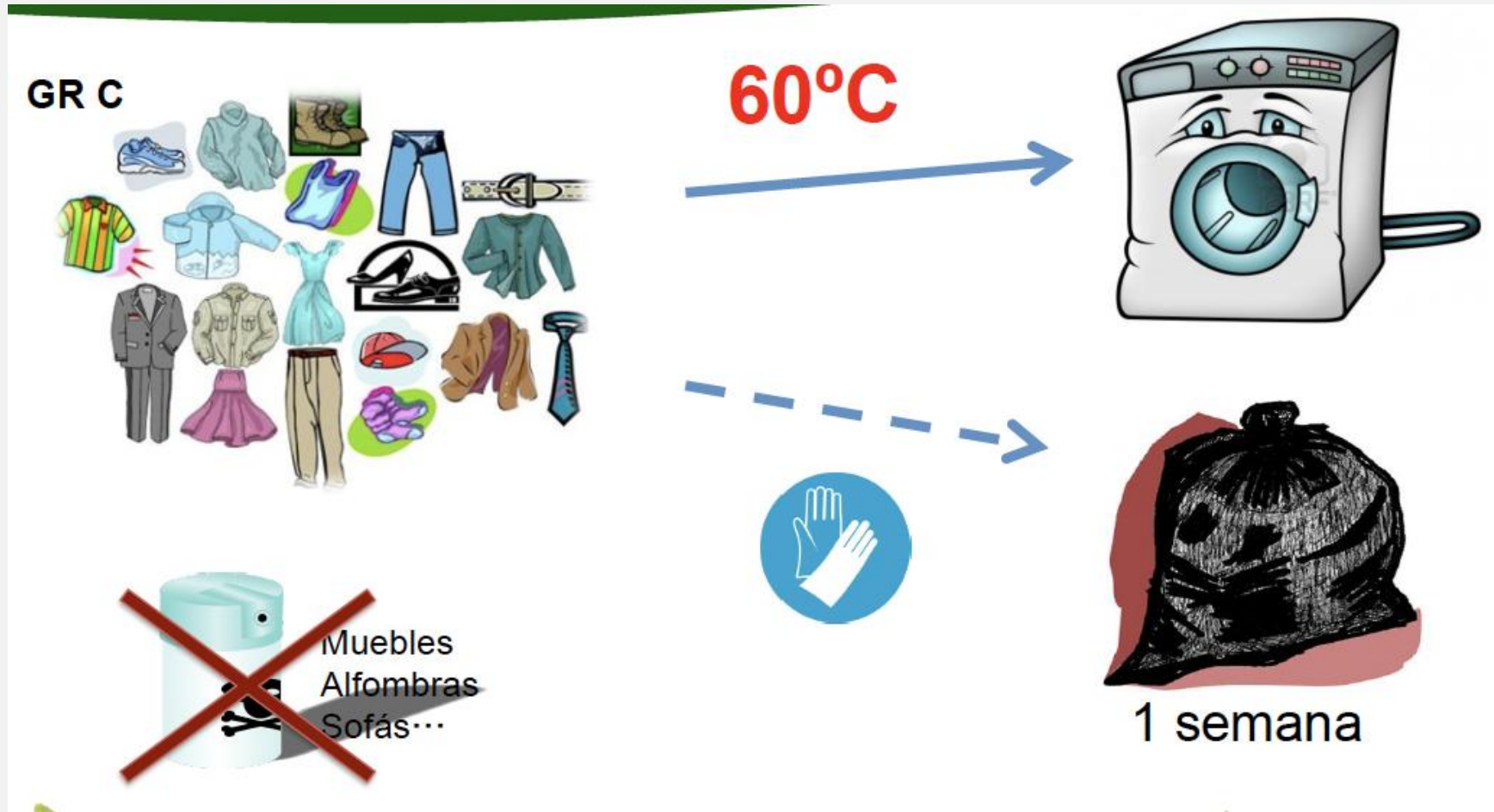


PRIMERA LÍNIA

- **Permetrina tòpica 5% (GR A)**
 - Moment actual i als 7 dies.
 - Capa fina, a la nit després de la dutxa
 - Des de la barbata 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**



SEMPRE ACOMPANYAT DE LES MESURES!!!



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 sarcoptes
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 sarcoptes 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



El Xavi de 4 anys, ve a la consulta acompanyat de la seva mare.

Fa 3 dies li van sortir unes lesions al nas. Diu la seva mare que cada cop les ferides estan més “lletges” i ens demana una valoració.

Afebril, TAP (Triangle d’Avaluació Pediàtrica) estable i amb bon estat general.

Exploració de les lesions: lesions eritematoses amb lleugera crosta mel·licèrica, localitzades en zona perinasal.



Recomanacions no farmacològiques:

- Cultiu de pus o exudats per identificar l'agent etiològic
- Utilitzar roba ampla i de coto
- Aïllament domiciliari especialment en nens preescolars per evitar transmissió creuada. És molt contagiós, especialment en nens i en formes molt extenses
- No es recomana l'ús d'antisèptics tòpics (povidona iodada, clorhexedina) ni com tractament únic ni complementari

Tractament

El tractament inicial de l'impetigen és tòpic.

El tractament sistèmic s'ha de reservar per les següents situacions: impetigen ampul·lós, febre o aspecte de malaltia, lesions múltiples o profundes o fracàs amb el tractament tòpic.

primera línia són l'àcid fusídic i la mupirocina.

57 Impetigen

Indicarem tractament oral quan en 5-7 dies no va bé amb el tòpic, té una gran extensió o afectació sistèmica (febre, malestar general...)

Tractament antibiòtic:

Elecció:

Cefadroxil oral, 30 mg/kg/día, en 2 preses (dosis màxima: 2 g/día), 7 dies (GR A).

Cloxacilina oral (estómac buit), 50 mg/Kg/día en 4 preses (dosis màxima: 4 g/dia), 7 dies (GR A).

Quan es disposi de dades del cultiu, continuar el tractament segons antibiograma.

Alternativa:

Al·lèrgics a penicilines:

Clindamicina oral, 20-30 mg/Kg/dia, en 3 preses (dosis màxima: 1,8 g/dia), 7 dies (GR B).

Trimetoprim/sulfametoxazol oral, 8-12 mg (dosis de trimetoprim)/kg/dia, en 2 preses (dosis màxima: 320 mg trimetoprim/día; 1600 mg de sulfametoxazol), 5-10 dies (GR B).

La Cristina és una nena que ha tornat de campaments d'estiu i, com cada any, li pica el cap. Li revisen que no tingui polls, però no hi veuen res estreny, i pensen que s'ho està "inventant".

Al cap d'uns dies, ja que no es parava de gratar i queixar, la tornen a revisar, i en revisar-la, la seva mare li veu el següent:



Els polls (*pediculus humanus*) o pediculosi, són insectes diminuts que s'alimenten de la sang humana. Viuen sobre tot al cuir cabellut i del pèl dels humans. Habitualment es localitzen a la zona nual i retroauricular.

Poden viure 1 mes en humans, i fins a 5 dies quan l'hoste no és humà. Cada femella pot posar fins a 200 ous o liendres durant la seva vida.

Tot i que solena afectar a zones pobres i nivells socioeconòmics baixos, es poden presentar a qualsevol grup social, i afecten tant a nens com adults.

Es contagien principalment amb el contacte directe i perllongat entre persones. L'ús d'objectes infectats (pintes, gorres,...) té poca importància epidemiològica.

Tenen predilecció per cabells nets.



Únicament s'ha de tractar les persones amb infecció activa, i mai com a prevenció (resistències).

El tractament d'elecció són els pediculicides (preparats amb permetrina tòpics al 1% i locions de malatió en diluncions al 0'5%), eliminació mecànica dels polls i liendres, i mesures ambientals per evitar la reinfestació.

En menors de 2 anys, no es recomana el tractament farmacològic (inicialment).

El tractament s'aplica en cabell sec. Preferiblement cremes i locions a xampús (diluit). Es pot posar gorro de plàstic durant 10-30 minuts per augmentar-ne l'eficàcia.

S'ha d'eliminar polls i liendres manualment o amb un pinte especial (0'1mm de separació entre púes). Cal repetir el pentinat amb liendrerera cada 3-4 dies durant 2 setmanes.

si es troben a celles o pestanyes, cal retirar-los amb pinces un per un. .

Si es troben a barba o pubis, lo més convenient és l'afaitat.

A més del tractament directe, cal fer una neteja dels estris personals, roba, llançols, tovalloles, a 50°C durant un mínim de 5 minuts, i aspirar totes aquelles superfícies que puguin contenir liendres o polls.

Els polls humans NO afecten altres animals, i els paràsits animals no afecten els humans.



61 Cas 10

La Laia consulta perquè té molt mal al dit, el té molt sensible, i se li ha posat vermell.



62 Panadís

També conegut com Paroniquia, és una infecció dels teixits tous que envolten les ungles.

Poden apareixer tant als dits de les mans com dels peus.

A vegades, es formen col·leccions de pus periungueals.

Es classifiquen en:

- Agut: afecta les zones de la vora de la unglà. Principalment de causa bacteriana (Estafilococ). Després de manipulació de la zona (mossegar-se les ungles, manicura...). Més comú a les mans.
- Crònic: afecta les zones de sota i al voltant de la unglà. Habitualment causats per fongs. Causes comuns: exposició perllongada a ambients humits, complicació d'onícomicosi, calçat inadequat. Canvis en el color i forma de la unglà; a vegades despreniment ungueal.

63 Panadís

El tractament inclou:

- mesures higièniques: banys aigua tibia
- Antibiòtic tòpic (mupirocina, àcid fusídic)
- Antifúngics tòpics

En casos severos, es pot requerir antibiòtic oral (amoxicilina-clavulànic o cefalosporines), drenatge quirúrgic o exèresis de la unglà.

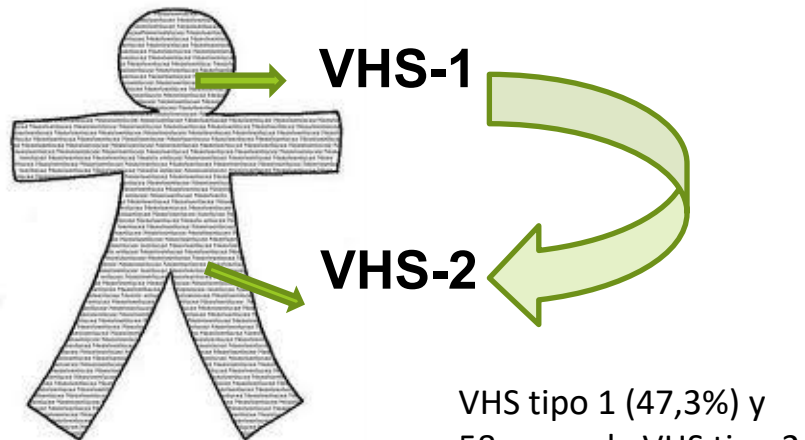
Es poden prevenir amb una bona higiene de les ungles, evitar mossegar-les, evitant ambients humits i utilitzant calçat adequat.

64 Cas 11

La Julia té 17 anys i ve a consulta perquè des de fa dos dies presenta febre, malestar general i petites butllofes doloroses als llavis i a la boca. També té dificultat per menjar i ganglis inflamats al coll. Explica que fa una setmana va compartir begudes amb amics.



- L'herpesvirus humà (VHS) és un virus ADN que pertany a la família Herpesviridae, serotips: el **VHS-1** i el **VHS-2**.



**És la causa més freqüent
d'úlcer genital**

VHS tipo 1 (47,3%) y
58 casos de VHS tipo 2
(52,7%) Magdaleno-
Tapial et al.

VHS-1

- Agent causal de la majoria de les lesions localitzades a **llavis**, mucosa oral, faringe o còrnia
- També pot causar lesions genitals (estan augmentant arribant gairebé al 50%)

VHS-2

- Agent causal més freqüent de les lesions herpètiques **genitals**
- També lesions extragenitals, com cavitat oral
- Més greu, més recurrències i major infectivitat

El virus roman latent al cos després de la infecció i es pot reactivar en situacions d'estrès, febre o baixada de defenses.

Es pot transmetre per contacte directe amb lesions o saliva, petons o compartir objectes personals. Contacte sexual en el cas del VHS-2.

La primera infecció acostuma a aparèixer durant la infància o adolescència i en alguns casos no produeix símptomes, tot i que pot produir una erupció aftosa a la mucosa bucal.

Els símptomes més habituals són:

- Lesions vesiculo-costroses doloroses als llavis o genitals.
- Febre i malestar general.
- Dolor en menjar o empassar.
- Ganglis inflamats.
- Picor o cremor abans de les lesions.

Moltes persones poden transmetre el virus encara que no tinguin lesions visibles.

No existeix una cura definitiva, però el tractament ajuda a controlar els símptomes.

Es poden utilitzar tractaments antivirals com l'aciclovir o valaciclovir.

Analgèsics en cas que es presenti dolor i/o febre.

Assegurar una bona hidratació i evitar el contacte directe durant els brots son també mesures importants.

Per tal de prevenir contagis, és molt important no compartir gots, pintallavis o tovalloles evitar petons o relacions sexuals i mantenir una bona higiene durant els brots.

INDICACIONS	FÀRMAC	POSOLOGIA	VIH
PRIMOINFECCIÓ HERPÈTICA	Aciclovir	400 mg/8h, 5 dies *	400 mg 5 vegades al dia 7-10 dies
	Valaciclovir	1g/12h, 5 dies	1g/12h 10 dies
	Famciclovir	250mg/8h, 5 dies	250-750mg/12h 10 dies 250-500mg/8h 10 dies
HERPES GENITAL RECURRENT	Aciclovir	400mg/8h, 5 dies * o 800mg/12h, 5 dies o 800mg/8h, 2 dies	400mg/8h, 5 dies o 800mg/12h, 5 dies o 800mg/8h, 2 dies
	Valaciclovir	500mg/12h, 3 dies o 1g/24h, 5 dies	500mg/12h , 3 dies o 1g/24h, 5 dies
	Famciclovir	1g/12h, 1 dia o 125mg/12h, 5 dies o 500mg 1 dosi, seguida de 250mg/12h, 2 dies	125mg/12h, 5 dies o 1g/12h, 1 dia o 500mg 1 dosi, seguida de 250mg/12h, 2 dies

INDICACIONS	FÀRMAC	POSOLOGIA
TERÀPIA SUPRESSIVA PER EPISODIS D'HERPES GENITAL RECURRENT	Aciclovir	400mg/12
	Valaciclovir	500mg/24h o 1g/24h
	Famciclovir	250mg/12h
TERÀPIA SUPRESSIVA DURANT L'EMBARÀS (començar a la setmana 36 de gestació)	Aciclovir	400mg/8h
	Valaciclovir	50mg/12h

Valorar-ho quan el pacient presenta 6 o més episodis d'herpes en un any.

Durada d'un any, que es pot allargar.

Experiència amb **Aciclovir fins 7 anys** i Valaciclovir i Famciclovir fins 1 any.

Elecció del fàrmac:

- ❑ Igualtat d'eficàcia
- ❑ Diferència de preu
- ❑ Diferència de posologia

FÀRMAC	POSOLOGIA	PREU	€/dia
Aciclovir	400mg/8h o 200 mg/4h	9,8€ 25 comp de 200 mg	2,5€
Valaciclovir	1 g/ 12 h	48,49€ 21 comp d'1 g	4,8€
Famciclovir	250 mg/8 h	65,5 € 21 comp de 250 mg	9€

Una dona de 68 anys consulta perquè des de fa tres dies presenta dolor intens i sensació de cremor a la part dreta de l'esquena. Al cap d'unes hores apareixen petites butllofes agrupades en una franja de pell vermella. També refereix cansament i febrícula.



L'herpes zòster és una infecció causada per la reactivació del virus de la varicel·la-zòster, el mateix virus que provoca la varicel·la.

Després de superar la varicel·la, el virus queda latent als ganglis nerviosos i es pot reactivar anys després.

Factors de risc:

- Edat avançada
- Estrès intens
- Sistema immunitari debilitat
- Malalties cròniques

Les lesions solen aparèixer només en un costat del cos seguint el recorregut d'un nervi.

Aproximadament 1 de cada 3 persones patirà herpes zòster al llarg de la seva vida.

L'herpes zòster no es transmet directament com a herpes zòster, però el contacte amb les lesions pot transmetre el virus de la varicel·la a persones que no l'han passat.

Els primers símptomes inclouen: Dolor o cremor a la pell, picor o hipersensibilitat, febreta, cansament....

Els símptomes de les lesions "florides", inclouran: Butllofes agrupades, erupció dolorosa, dolor intens i sensació de punxades.

Si es complica, poden apareixer:

- Neuràlgia postherpètica (dolor persistent)
- Problemes oculars si afecta la cara
- Infeccions bacterianes
- Pèrdua de sensibilitat

El dolor pot durar mesos o fins i tot anys en alguns pacients, i en alguns casos, és de molt difícil maneig que inclou actuacions per part de la clínica del dolor.

El tractament és efectiu si s'inicia durant les primeres 72 hores. Es tractaran pacients >50 anys, amb DM, immunodeprimits, herpes oftàlmic, òtic, dolor intens o reacció cutània severa.

FÀRMAC	POSOLOGIA
Valaciclovir	1g/8h, 7 dies

Altres mesures terapèutiques inclouen analgèsics per controlar el dolor, mantenir les lesions netes i seques, descans i hidratació

Existeix una vacuna recomanada especialment per a persones grans o amb defenses baixes que pot reduir molt el risc de patir herpes zòster i les seves complicacions.

Prevenció del HZ i la NPH en >65 a i en >18 a que tenen factors de risc o 2 o més episodis.

2 dosis separades 2 mesos

Si episodi agut → esperar 1 any (persones sanes)



- Acumulació de pus localitzada a la pell i/o teixit subcutani que pot aparèixer en qualsevol localització.
- Els signes i símptomes inclouen dolor i inflor fluctuant o ferma i dolorosa i generalment eritematosos
- L'agent principal causant és el **S. Aureus** en uns 75% dels casos.
- Un abscess cutani pot ser causat per més d'un patogen i en aquests casos afecta a la zona perioral, perirectal i/o vulvovaginal.
- A les regions no tropicals, té una predilecció estacional pels mesos més càlids

<https://sites.jamanetwork.com/spanish-patient-pages/2018/hoja-para-el-paciente-de-jama-180403.pdf>

- Cal explicar a la persona que si l'abscess drena espontàniament cal mantenir la pell neta amb el rentat de la lesió i l'àrea circumdant amb aigua i sabó i/o **antisèptics tòpics** (clorhexidina al 4% en solució o povidona iodada).
- Quan l'abscess fluctua pot requerir **desbridament instrumental**. Si les lesions esdevenen extenses o es produeixen en localitzacions d'alt risc de complicacions (a la cara) cal valorar la derivació per ingrés hospitalari.
- Abans de començar, cal explicar el procediment i els possibles **riscos** i conseqüències.
- S'ha d'informar de les possibles cicatrius, inclosa la possibilitat de formació de queloides.
- La recurrència és relativament freqüent, especialment en persones amb **hidroadenitis supurativa** o quist sebaci infectat.
- Les persones que estan en tractament amb anticoagulants orals i que necessitin d'un desbridament instrumental de l'abscess cutani han de ser avaluades amb precaució realitzant un **INR previ**.

Tractament antibiòtic ???

Només està indicat si hi ha múltiples lesions, cel·lulitis associada, comorbiditats importants o immunosupressió, o bé si no hi ha una bona evolució després del drenatge.

Gases humides i tèbies a la zona durant 15 minuts, aproximadament 4 vegades al dia

En Marc, de 51 anys, sense antecedents personals rellevants excepte tabaquisme actiu:

- Consulta perquè des de fa 15 dies, es nota **uns bultos dolorosos** a les aixelles. . Explica que inicialment notava una petita inflamació, però que progressivament ha augmentat de mida i dolor. Aquest matí ha observat supuració espontània amb secreció purulenta i una olor desagradable que li ha tacat la roba interior.
- Refereix que no és la primera vegada que presenta lesions similars. Comenta que en els darrers anys ha consultat diverses vegades tant al seu metge de família com al servei d'urgències per episodis semblants localitzats tant a l'engonal com a la zona glutis. En algunes ocasions ha rebut tractament antibiòtic amb millora parcial, mentre que altres lesions han drenat espontàniament i s'han resolt sense consultar.
- En revisar la història clínica, consten antecedents d'acné severa durant l'adolescència i múltiples visites per abscessos cutanis recurrents en diferents localitzacions, sense un diagnòstic definitiu establert fins al moment.



El diagnòstic de la **hidradenitis supurativa** és eminentment clínic. Segons les guies europees, els criteris majors de diagnòstic de la hidradenitis supurativa són tres i han de donar-se tots tres:

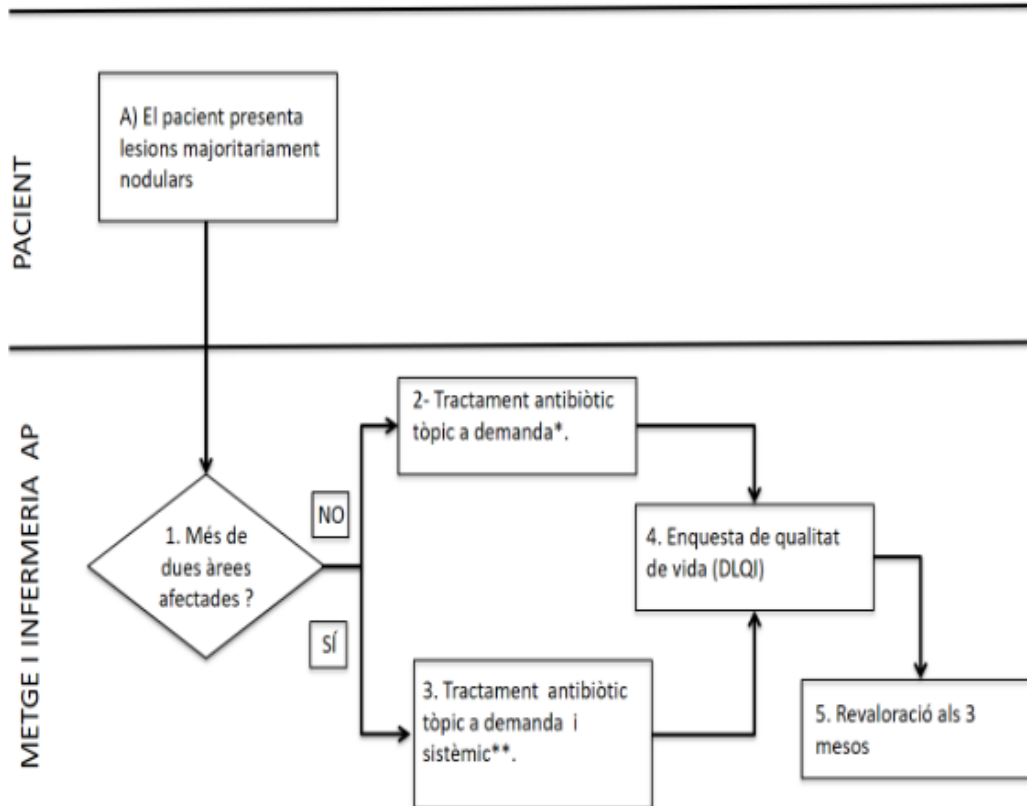
1. Lesions recurrents doloroses o supuratives en dues o més ocasions en els darrers 6 mesos.
2. Que aquestes lesions es localitzin en alguna de les següents àrees: **axil·lar, genitofemoral, perineal i perianal, glutis o regió submamària, i intermamària** en el cas de les dones.
3. I que el tipus de lesions sigui: nòduls (inflamats o no inflamats), abscessos i cicatrius (atròfiques, en malla, vermelles, hipertròfiques o lineals).

Davant de **lesions típiques en localitzacions típiques** que mostren un curs **crònic i recurrent** podem fer el diagnòstic d'hidradenitis supurativa.

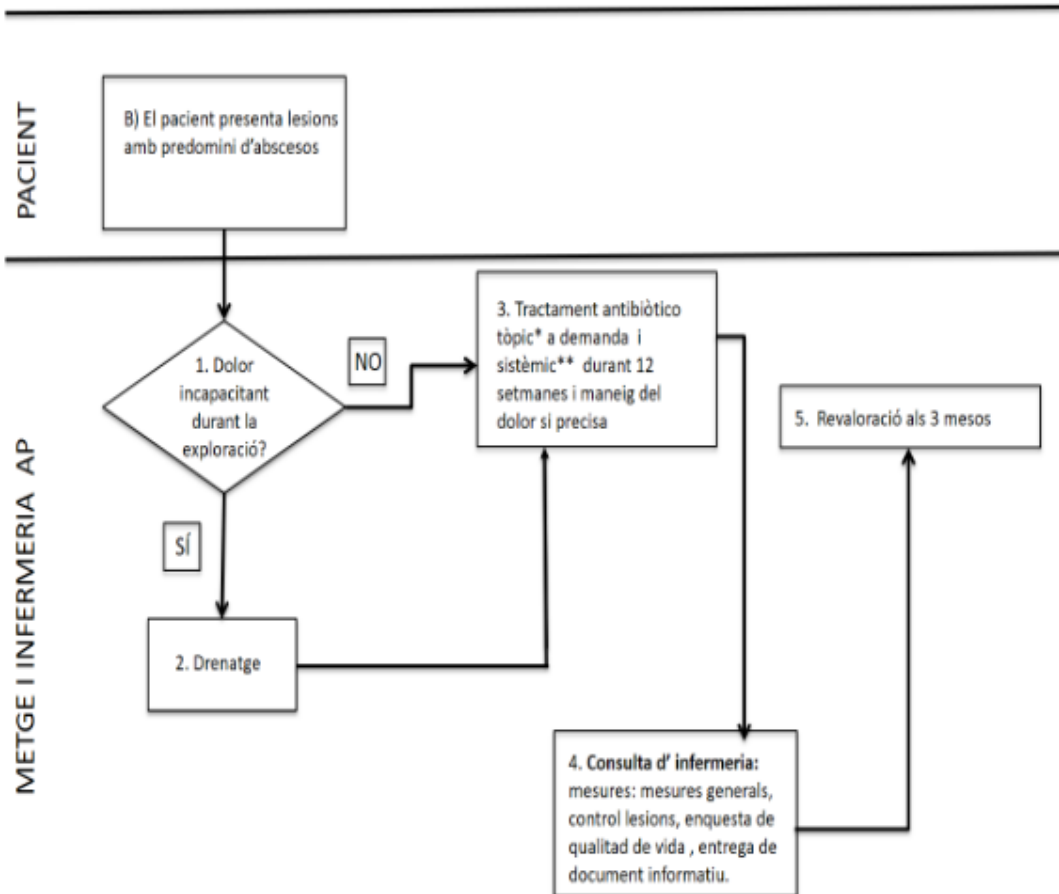
SEVERITAT HURLEY	HIDRADENITIS
I	≥1 abscessos sense formació de fistules ni cicatrius.
II	Abscessos recurrents amb formació de túnels cicatrius; úniques o múltiples lesions separades àmpliament.
III	Múltiples abscessos comunicats per túnels i cicatrius afectant a tota un àrea .

Maneig del pacient amb HS en AP. Hurley I

ALGORITME 1

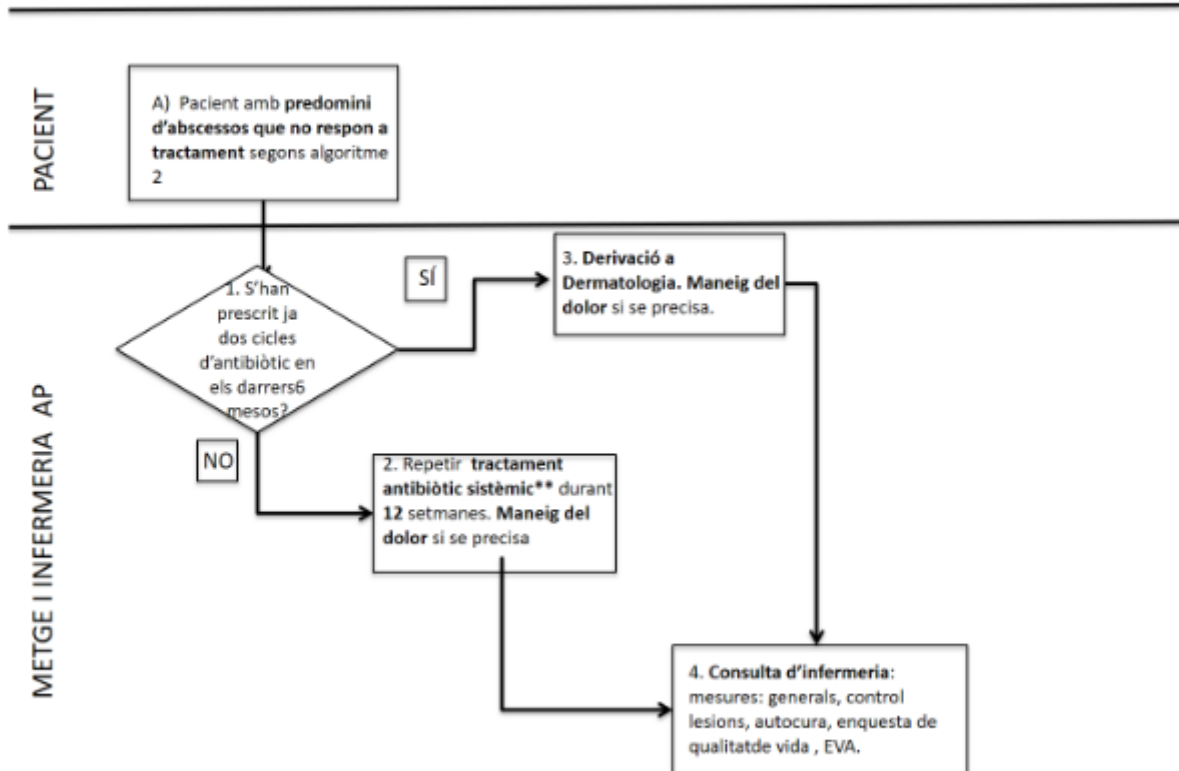


- **Tractament tòpic antibiòtic a demanda (Clindamicina 1% loció/ 12h en >12 anys ó Resorcinol 15% en excipient O/W))**
- Si no s'assoleix el control: **Tetraciclina 500 mg/12 hores** durant **12 setmanes**. En cas de bona resposta pot suspendre tractament oral i pautar la clindamicina tòpica diària com a manteniment.
- ** Si el pacient presenta lesions en més de dues àrees, es prescriurà **tractament antibiòtic tant tòpic, com sistèmic (Tetraciclina 500 mg/12 hores ó Doxiciclina 100 mg/día ó Minociclina 100 mg/día)**
- Es pautarà el tractament sistèmic per a **12 setmanes**.

Maneig del pacient amb HS en AP. Hurley I
ALGORITMO 2


- **Tractament tòpic antibiòtic a demanda (Clindamicina 1% loció/ 12h en >12 anys ó Resorcinol 15% en excipient O/W))**
- **I sistèmic (Tetraciclina 500 mg/12 horas ó Doxiciclina 100 mg/día ó Minociclina 100 mg/día)**

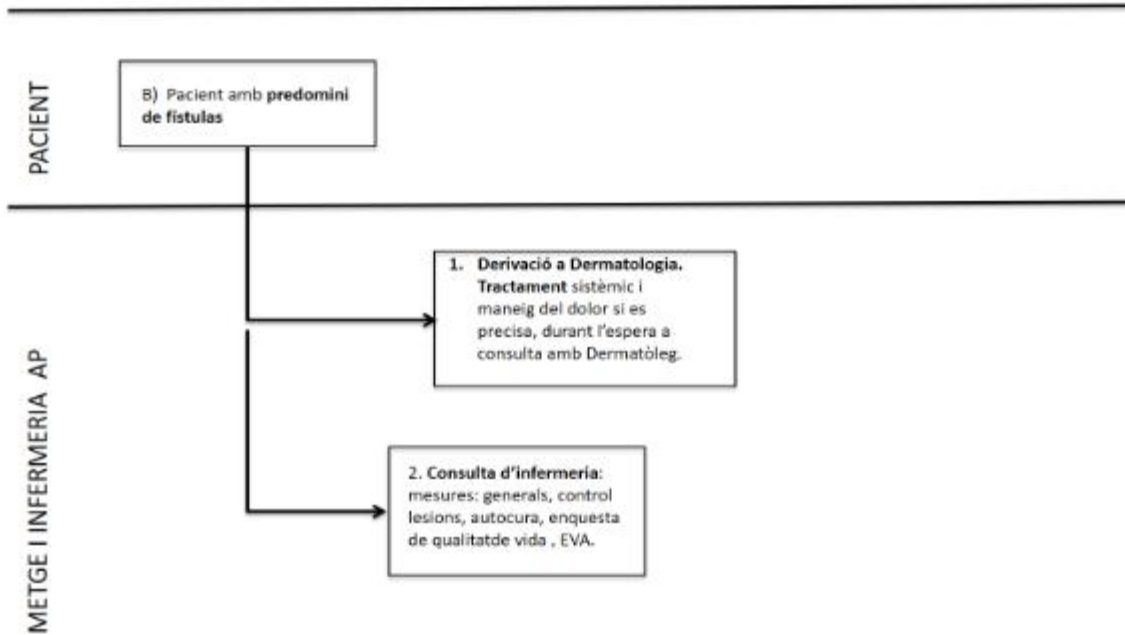
Es pautarà el tractament sistèmic per a **12 setmanes**.

Maneig del pacient amb HS en AP. Hurley II
ALGORITME 3


Tractament tòpic antibiòtic a demanda (Clindamicina 1% loció/ 12h en >12 anys ó Resorcinol 15% en excipient O/W))

I **sistèmic** (Tetraciclina 500 mg/12 horas ó Doxiciclina 100 mg/día ó Minociclina 100 mg/día) Es pautarà el tractament sistèmic per a **12 setmanes**.

A Dermatologia !

Maneig del pacient amb HS en AP. Hurley II**ALGORITME 4****A Dermatologia !**



- L'Aleix ens consulta per pruija molt marcada en zona poplitea bilateral.
- Es un motiu de consulta frequent ...

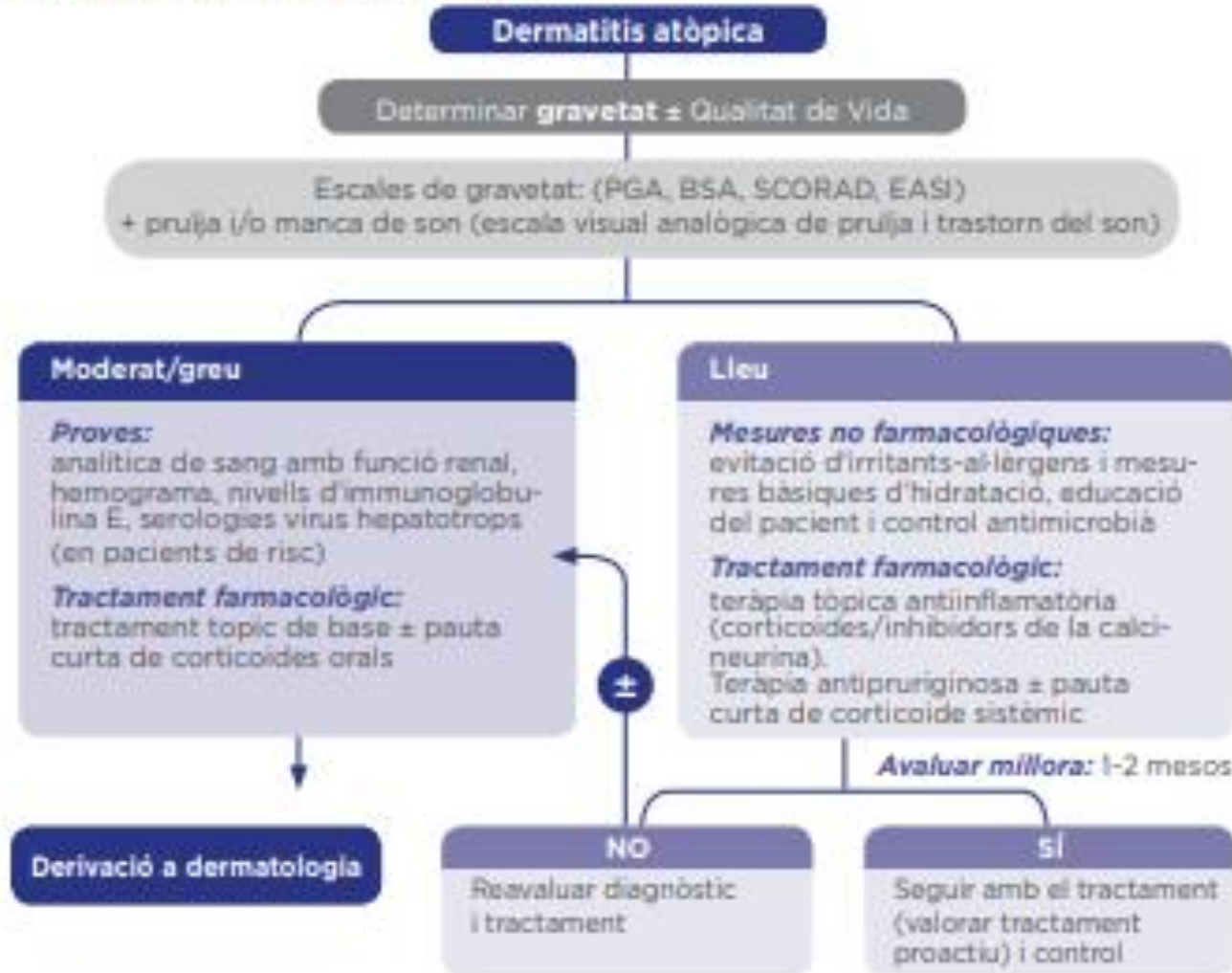
CRITERIS MAJORS

- Pruïja
- Morfologia i distribució característiques:
 - Liquenificació en plecs en adults
 - Afectació de cara, plecs i superfícies d'extensió en infants i joves
 - Combinació d'aquests patrons en infants i adults
- Caràcter crònic i recidivant
- Història personal i familiar d'atòpia

CRITERIS MENORS

- Xerosi
- Ictiosi, exageració de plecs palmars, queratosi pilar
- Reactivitat cutània immediata (tipus I) a les proves cutànies
- Elevació de valors sèrics d'immunoglobulina E
- Edat precoç d'inici
- Tendència a infeccions cutànies i dèficit de la immunitat cel·lular
- Tendència a les dermatitis inespecífiques de peus i mans
- Èczema de mugró
- Quilitis
- Conjuntivitis recidivant
- Plec infraorbitari de Dennie-Morgan
- Queratocon
- Cataracta subcapsular anterior
- Ulleres o enfosquiment periocular
- Pal·lidesa facial o eritema a la cara
- Pitiriasi alba
- Plecs a part anterior del coll
- Pruïja provocada per la sudoració
- Intolerància a la llana i els solvents dels greixos
- Accentuació perifol·licular
- Intolerància a alguns aliments
- Evolució influenciada per factors ambientals i emocionals
- Dermografisme blanc

Actuació segons la gravetat



Urticària i Angioedema

- **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.**

Cas Clínic

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.



URTICÀRIA: Clínica

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)

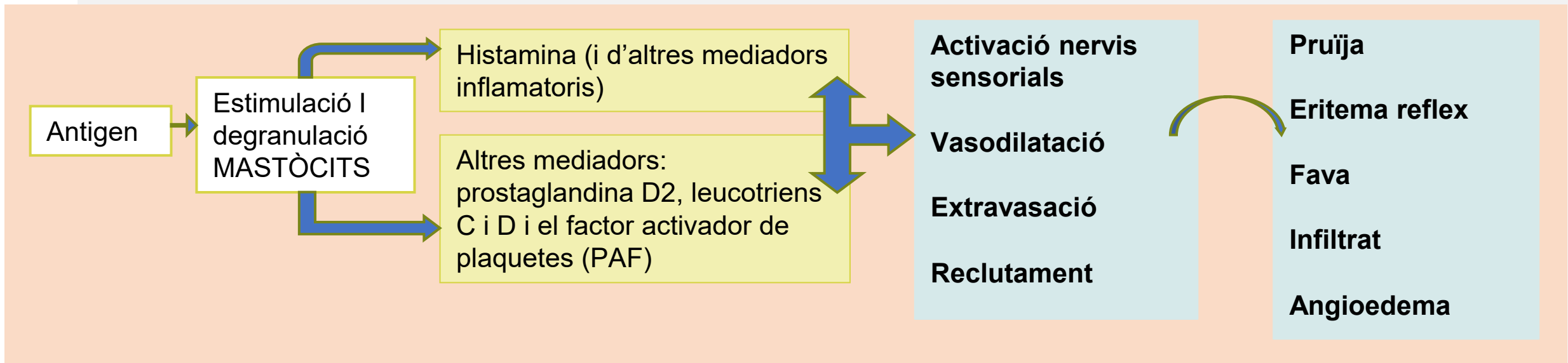
✓ Localitzacions més freqüents: parpelles, llavis, llengua, mans, peus i genitals.



Font: Dermatoweb

Patogènia de la urticària:

Els **mastòcits** son les cèl·lules efectores clau en la inducció dels símptomes de la urticària:



URTICÀRIA: 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**

URTICÀRIA: Diagnòstic

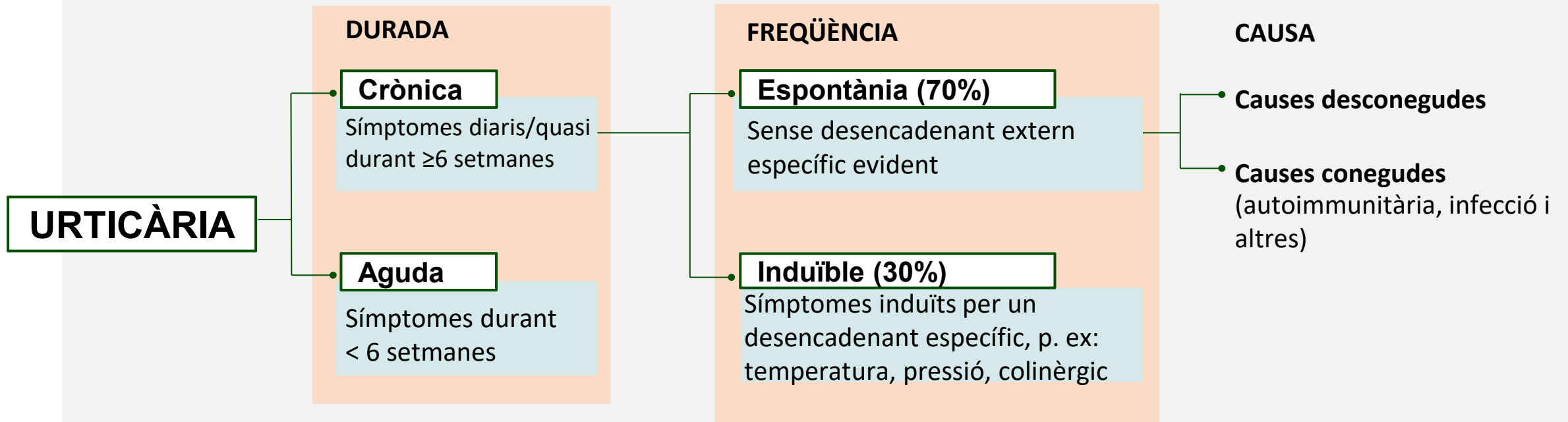
Anamnesis

- 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?

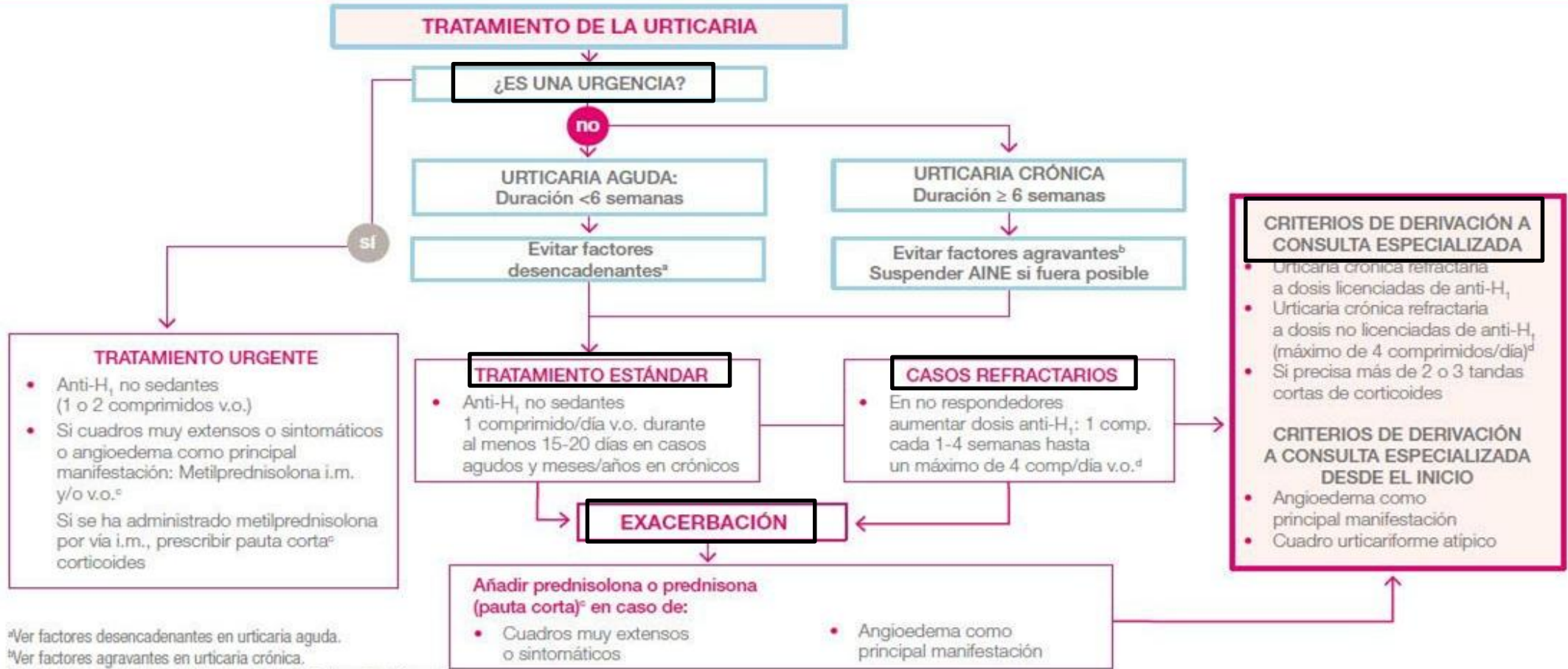
Factors desencadenants

- **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 esteroïdes (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...

Classificació de la urticària:



URTICÀRIA: Algoritme tractament



^aVer factores desencadenantes en urticaria aguda.


^bVer factores agravantes en urticaria crónica.

^cPrednisolona o prednisona durante 5 días (0,5-1 mg/kg/día v.o.).

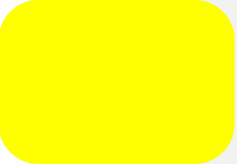
^dLa derivación a consulta especializada se podrá llevar a cabo desde el primer aumento de dosis de anti-H₁ o en cualquier momento del mismo.

Cas Clínic

▪ 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 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)

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

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/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of Urticaria. The 2017 revision and update. *Allergy*. 2018;73:1393–1414
Ferrer M. *et al.* *Clinical and Experimental Allergy* 2015; 45(4): 731-743

Els antihistamínics 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

L'objectiu és el **control complet** dels símptomes (prurit, faves i angioedema). El tractament de les formes cròniques és llarg i ha de ser segur.

Quan s'identifica un agent causant sospitós, aquest s'ha d'eliminar, com en el cas de les urticàries no al·lèrgiques provocades per AINE, que poden ser causa o agreujar la urticària crònica espontània. Ocasionalment, les infeccions poden contribuir a desencadenar i exacerbar la urticària crònica (SARS-CoV-2, Helicobacter pylori) i, en aquests casos, cal l'erradicació de la infecció.

Els aliments, rarament, estan implicats en la causa de la urticària crònica espontània, per això no es recomana de manera sistemàtica una dieta restrictiva basada en aliments lliures d'histamina.

Poden usar-se de **segona generació**: cetirizina, ebastina, loratadina, mizolastina, desloratadina, levocetirizina, rupatadina, bilastina...

Tractament del quadre agut (urgències-ApiC):

- Antihistamítics H1 orals de segona generació. En cas de no poder rebre antihistamítics H1 orals, es podrien administrar antihistamítics H1 per via parenteral (intramuscular o endovenosa).

-Corticoides orals. Si cal, es podrien administrar per via parenteral (intramuscular o endovenosa).

-**Si hi ha un angioedema amb gran component inflamatori o risc vital respiratori, adrenalina 1/1000: 0,3-0,5 ml via intramuscular (és possible repetir la dosi cada 5-**

UCT
URTICARIA CONTROL TEST

Por favor, lea la información explicativa que se presenta en el siguiente cuadro. Esta información le permitirá cumplimentar correctamente el cuestionario que se presenta a continuación.

INSTRUCCIONES

- Padeces urticaria. Las siguientes preguntas deberán registrar la situación actual de su enfermedad. Por favor, los detenidamente cada pregunta y elija una de las cinco respuestas que mejor se adapte a su situación. Deberá ceñirse a las últimas 4 semanas. La respuesta deberá ser instantánea, no meditada.
- Responda que conteste a todas las preguntas que se presentan en el reverso de esta página, y que elija para cada una de ellas únicamente una respuesta.

CÓMO RESPONDER (Ejemplo)

Nº	PREGUNTA / RESPUESTA
1	¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)? MUCHO = 0 BASTANTE = 1 REGULAR = 2 POCO = 3 NADA = 4
2	¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria? MUCHO = 0 BASTANTE = 1 REGULAR = 2 POCO = 3 NADA = 4
3	¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria? MUCHO = 0 BASTANTE = 1 REGULAR = 2 POCO = 3 NADA = 4
4	Globalmente, indique cómo de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas. NADA = 0 POCO = 1 REGULAR = 2 BASTANTE = 3 TOTALMENTE = 4

SUMA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL: **11**

PUNTUACIÓN MÍNIMA POSIBLE: **0**
PUNTUACIÓN MÁXIMA POSIBLE: **16**

En las 4 semanas previas a la visita a su médico, deberá indicar de forma diaria la puntuación correspondiente. El resultado final del cuestionario se compone de la puntuación total de estas 4 semanas.

Chronic urticaria: Management decisions and treatment adjustments*

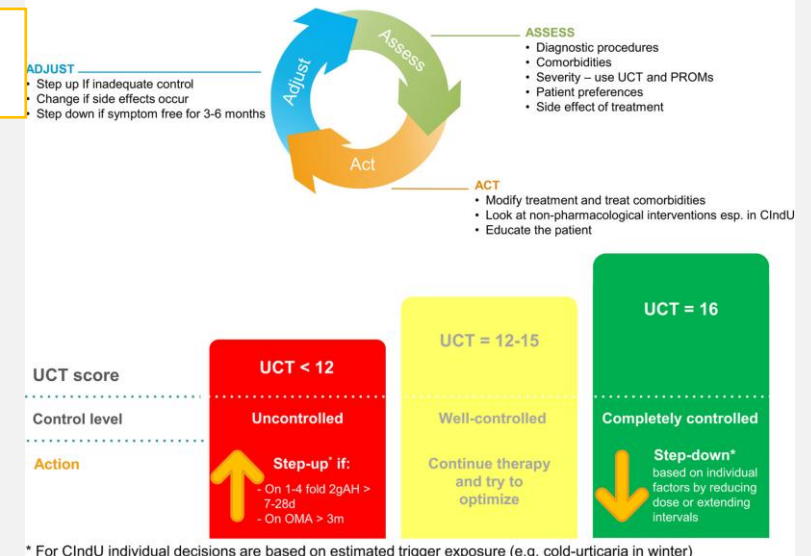
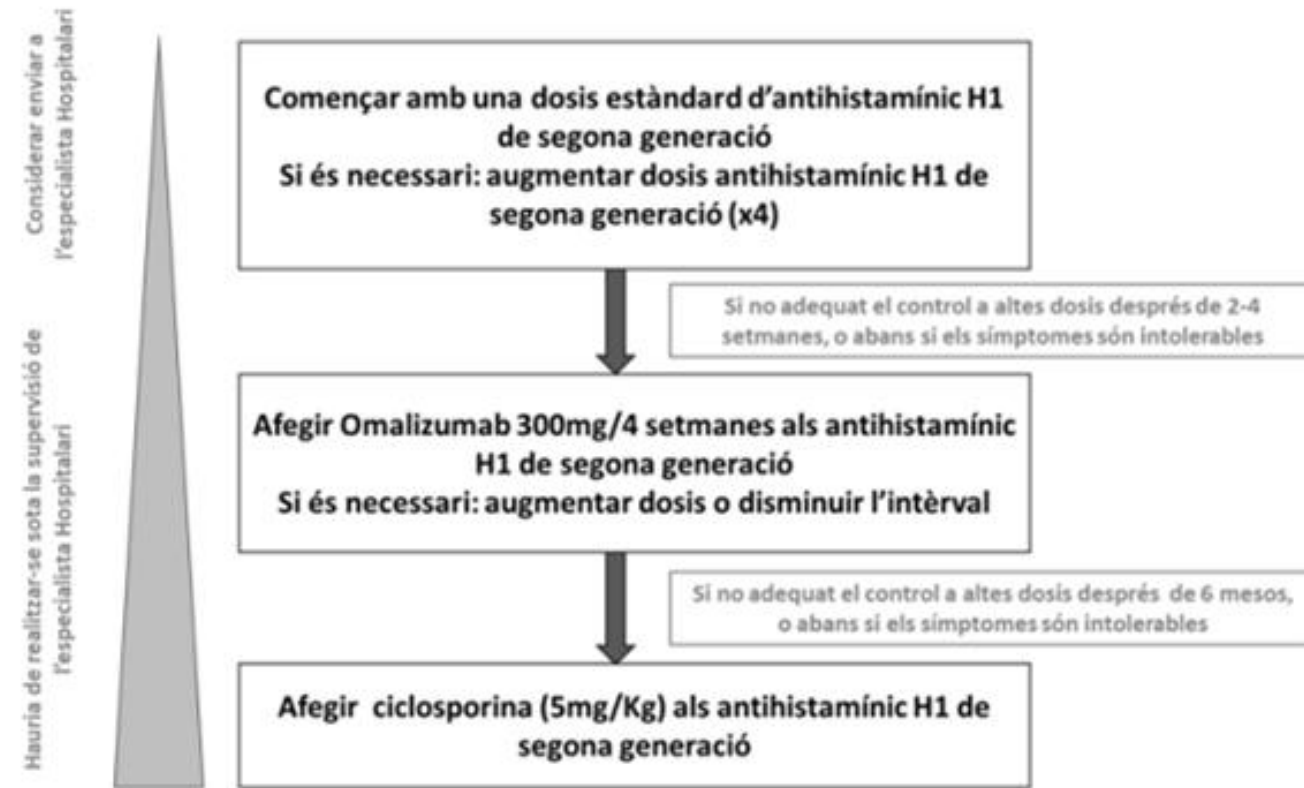


Figura 1. Tractament de la urticària crònica (1)




Cas Clínic

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




Cas Clínic


- 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

- 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

- 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.

L'historial clínic és un element important de l'avaluació.

- **Antecedents personals**

*Els pacients amb urticària espontània crònica (CUC) presenten una major prevalença de trastorns autoimmunes, especialment trastorns tiroïdals, celíacs, lupus, artritis reumatoide i diabetis tipus 1, així com anticossos antinuclears.

Tenir una malaltia autoimmune o autoanticossos no significa que siguin la causa de l'urticària. Sovint només reflecteixen una predisposició immune, i cal valorar-ho amb proves i seguiment clínic

- **Factors que agreugen.** Tot i que no són la causa principal dels símptomes, alguns factors poden empitjorar:

- Factors físics

- Medicaments antiinflamatoris – Els AINEs empitjoren els símptomes en el 25-50 % dels pacients.

- Estrès – Els pacients sovint reporten símptomes més intensos durant períodes d'estrès físic o psicològic, encara que no hi ha proves que l'estrès sigui una causa directa.

Per excloure causes específiques, preguntar als pacients sobre qualsevol medicament recent, incloent antibiòtics, antiinflamatoris no esteroïdals (AINE).

També cal investigar viatges recents, infeccions, canvis en l'estat de salut, altres condicions atòpiques, historial sexual i fer una revisió completa de sistemes.

Un cop s'exclouen aquestes causes conegudes, no s'identifica cap causa externa en el 80-90 % dels adults i nens amb urticària recurrent que persisteix més de sis setmanes.

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^a corporal, dermatografisme...
- Període premenstrual en dones
- Estrès
- Alcohol
- Pseudoal·lèrgics alimentaris



Cas Clínic

Noia de 25 anys 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

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



Angioedema.



Cel·lulitis.



Picada d'artròpode.

Cas Clínic

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

- **Quina opció diagnòstic-tractament consideres més apropiada?**

Angioedema “urgent”. Antihistamínics anti-H1.

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

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

Cas Clínic 4

- **Quina opció diagnòstic-tractament consideres més apropiada?**

Angioedema “urgent”. Antihistamícos anti-H1.

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

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

URTICÀRIA: Criteris 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.





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 x 2-4 □ 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.



Què NO fer en URTICÀRIA?

- NO considerar tota urticària = al·lèrgia
- NO considerar totes les pruiïja = 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

