

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

---

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFIA

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA

# PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

---



**Comunidad  
de Madrid**

## COORDINADOR:

- María González Martínez. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

## AUTORES (POR ORDEN ALFABÉTICO):

- Francisco Apolo Carvajal. Farmacéutico de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Paloma Baltuille Martín. Médico de Familia. Directora centro de salud Collado Villaba Estación-Alpedrete. Dirección asistencial noroeste.
- Silvia Buendía Bravo. Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Hospital del Sureste.
- Cristina Casado Reina. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial norte.
- M<sup>o</sup> Ángeles Cruz Martos. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial sureste.
- Juan Manuel Cuñarro Alonso. Enfermero. Jefe de Área Técnico Asistencial. Residencia de mayores Gran Residencia.
- Lucía Fito Jordán. Médico internista. Hospital de Torrejón.
- Francisco Javier López Gómez. Enfermero. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Carolina Mariño Martínez. Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Hospital de Fuenlabrada.
- María José Montero Fernández. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial este.
- Francisco Moreno Ramos. Farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Hospital Universitario La Paz.
- Sagrario Pardo López Fando. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial norte.
- Carolina Pozuelo González. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial centro.
- Paloma Roset Monros. Médico de Familia. Centro de salud El Pardo. Dirección asistencial norte.

## REVISORES EXTERNOS (POR ORDEN ALFABÉTICO):

- José Manuel Izquierdo Palomares. Farmacéutico. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Lucía Jamart Sánchez. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial noroeste.
- José María Molero García. Médico de Familia. Centro de salud San Andrés. Dirección asistencial centro.

**Edita:** Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.  
Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

**Edición:** 1/2018

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia del SERMAS.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

## ABREVIATURAS

CI	Contraindicaciones
ClCr	Aclaramiento de creatinina
cm	Centímetro/s
CPI	Criterios de prescripción inapropiada
csp	Cantidad suficiente para
D	Administración en personas con problemas de deglución
G-6-PDH	Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
I	Interacciones
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
IH	Insuficiencia hepática
IM	Vía intramuscular
IMC	Índice de masa corporal
IR	Insuficiencia renal
IV	Intravenosa
Kg	Kilogramo/s
mg	Miligramo/s
ml/min	Mililitros/minuto
P	Precauciones
R	Recomendaciones
RA	Reacciones adversas
SAMR	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina
V. A.	Vía de administración
VO	Vía oral

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

## GENERALIDADES

En el tratamiento de los principios activos utilizados en dermatología tiene particular importancia el vehículo de administración, que debe elegirse en función del estado de la piel y de la zona de aplicación. Podemos diferenciar:

**Lociones, soluciones:** presentan mayor contenido líquido. Utilizados principalmente en desinfección, limpieza de exudados, costras y úlceras, así como para vehicular fármacos aplicados en el cuero cabelludo. Apropriadas para zonas pilosas y extensas. Bajo poder de penetración.

**Emulsiones:** sistema heterogéneo generalmente compuesto de dos líquidos no miscibles.

**Geles:** son bases con alto contenido en agua en general que se licúan en contacto con la piel. Apropriados para zonas pilosas y cuero cabelludo.

**Cremas:** con mayor contenido en grasa que las emulsiones, se recomiendan en procesos exudativos. Fácil absorción. Son las indicadas en pliegues y manos.

**Pomadas:** con alto contenido en grasas y bajo en agua. Mayor poder oclusivo que las cremas. Útiles para lesiones secas y crónicas.

**Pastas:** polvo incorporado en una base, con propiedades protectoras y menos oclusivas que las anteriores. En general actúan como secantes en zonas húmedas y pliegues.

**Ungüentos:** preparaciones semisólidas a base de grasas. Útiles en pieles secas y muy secas en las que se quiera obtener cierto grado de oclusión.

## DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

Tener siempre en cuenta las medidas higiénicas generales: sequedad y evitar la acumulación de la orina. Las pomadas recomendadas deben aplicarse siempre en capa fina después de haber limpiado y secado la zona afectada. Es necesario implantar un protocolo de cuidado de la piel basado en evitar la exposición con absorbentes y cambios frecuentes; limpieza preferiblemente con un producto de pH=5,4-5,9 que no necesite secado con toalla; hidratación con una crema no cosmética y protección con una crema barrera.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
LANOLINA/ÓXIDO DE ZINC/ACEITE DE ALMENDRAS	2-4 aplicaciones cada 24 horas	Tópica	<b>RA:</b> lesiones granulomatosas. <b>CI:</b> hipersensibilidad a alguno de sus componentes. <b>R:</b> retirarla dando masajes con vaselina o aceite. No financiado por el Sistema Nacional de Salud.
UREA.....10% LANOLINA..... 5% GLICERINA..... 5% EMULSIÓN O/W..... csp	2 aplicaciones cada 24 horas	Tópica	<b>CI:</b> hipersensibilidad. Formulación magistral.

## HERPES SIMPLE

### 1. HERPES LABIAL

La aplicación tópica de aciclovir no ha demostrado ser eficaz en el herpes labial ni genital, en la reducción del dolor, la disminución de la duración de las lesiones, la supresión de la propagación ni en la reducción del número de recidivas.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
SULFATO DE ZINC AL 1 POR MIL	2-4 veces al día. Duración: 7 días	Tópica	<b>CI:</b> alergia. <b>RA:</b> irritación de la piel. Formulación magistral.

### 2. HERPES OFTÁLMICO

En conjuntivitis con sospecha de virus de herpes simple están contraindicados los corticoides.

En herpes oftalmológico se tiene que derivar al oftalmólogo para que evalúe la necesidad de tratamiento corticoideo si hay queratitis estromal.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
ACICLOVIR 3%	1 aplicación 5 veces al día. Duración: 7-10 días.	Tópica	<b>RA:</b> sensación de quemazón ocular, edema parpebral, prurito. <b>CI:</b> alergia. <b>R:</b> se recomienda usar un guante o un dedil de goma al aplicarla.
PREDNISOLONA 1%	1-2 gotas 2-4 veces al día. Duración: 7 días.	Tópica	<b>Sólo si queratitis estromal por VHS-1</b> asociado a aciclovir tópico. <b>RA:</b> visión borrosa, edema corneal, ojo rojo, irritación ocular, hipertensión ocular, fotofobia, lagrimeo, cataratas. <b>CI:</b> queratitis epitelial, fúngica o tuberculosis ocular. <b>P:</b> cataratas, glaucoma. <b>R:</b> lavarse las manos antes de utilizar el colirio para evitar la contaminación.

## 3. HERPES GENITAL

Se recomienda tratar la primoinfección y los episodios con tratamiento antiviral sistémico.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
VALACICLOVIR	Primoinfección: 1000 mg cada 12 h durante 7 días. Episodio: 500 mg cada 12 horas durante 5 días.	VO	<b>RA:</b> náuseas y cefaleas, diarrea, dolor abdominal, nefro y neurotoxicidad, aumento de transaminasas. <b>P:</b> en ancianos precaución con la función renal. Mantener hidratación adecuada. <b>I:</b> vacuna virus varicela-zoster. <b>IR:</b> ClCr menor que 30 ml/min: 1000 mg cada 24 horas en primoinfección y 500 mg cada 24 horas en episódico. <b>D:</b> los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua.
PODOXIFILINA	1-2 aplicaciones cada 12 horas durante 3 días como gel o solución; seguido de 4 días de descanso y repetir hasta 4 ciclos si precisa.	Tópica	<b>Indicación:</b> condiloma acuminado. <b>RA:</b> irritación importante en piel sana, IR, hepatotoxicidad. <b>CI:</b> heridas abiertas. <b>R:</b> área de condiloma debe ser menor de 10 cm por riesgo de toxicidad.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

## VIRUS VARICELA ZÓSTER

### 1. VARICELA

#### Grupos de riesgo de complicación por el virus de la varicela zóster:

- Grandes fumadores: algunos estudios demuestran que hasta un 50% desarrollan una neumonía por el virus de la varicela zóster.
- Pacientes con enfermedades pulmonares crónicas: parece ser que puede exacerbar las patologías de base.
- Personas inmunocomprometidas, ya sean por inmunodeficiencia adquirida o congénita o por fármacos inmunosupresores (citostáticos, inmunosupresores, esteroides). Dosis de prednisona de 2 mg/kg/día o equivalente tradicionalmente se han considerado seguras, aunque recientemente hay datos que apuntan que incluso a estas dosis tan bajas pueden suponer un riesgo para el paciente. Por lo que aquellos pacientes que hayan recibido corticoides en los tres meses anteriores, independientemente de la dosis, se considera que tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones.

Sólo ha sido estudiado aciclovir en el tratamiento de la varicela, que administrado en las primeras 24 horas de la aparición del rash consiguió disminuir el tiempo hasta desaparición de las costras y el número de lesiones (calidad de la evidencia moderada). Se recomienda tratar a los grupos con riesgo de complicaciones. Los síntomas se pueden paliar con paracetamol para disminuir la fiebre y lociones o cremas para reducir el picor.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
SULFATO DE ZINC AL 1 POR MIL	2-4 veces al día. Duración: 7 días.	Tópica	<b>RA:</b> irritación de la piel. <b>CI:</b> alergia. Formulación magistral.
ACICLOVIR	800 mg 5 veces al día. Duración: 7 días.	VO	<b>RA:</b> náuseas y cefaleas, diarrea, dolor abdominal, nefro y neurotoxicidad, aumento de transaminasas. <b>P:</b> en ancianos precaución con la función renal. Mantener hidratación adecuada. Epilepsia. <b>I:</b> vacuna virus varicela zóster. <b>IR:</b> ClCr menor que 10 ml/min: 800 mg cada 12 horas. <b>D:</b> los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua. En pacientes inmunocompetentes no precisa tratamiento con aciclovir. <b>El tratamiento debe iniciarse en las primeras 24 horas de la aparición de las lesiones.</b>

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFÍA

## 2. HERPES ZÓSTER

Tanto el herpes zóster como la afectación oftalmológica del herpes zóster deben tratarse con antiviral por vía sistémica. El herpes zóster oftálmico y ótico se debe derivar al especialista.

La terapia antiviral disminuye la severidad y duración de la enfermedad aguda y el dolor agudo de la fase eruptiva, aunque no se ha podido demostrar que disminuya el riesgo de neuralgia postherpética. La asociación de coirticoides al antivírico no reduce ni la duración, ni los síntomas agudos, ni la neuralgia postherpética, e incluso puede predisponer a la diseminación de las lesiones.

En el tratamiento del herpes zóster oftálmico se podría asociar corticoide tópico al antiviral sistémico si hay presencia de queratitis estromal, uveítis, queratouveítis o escleritis aunque la evidencia es muy escasa.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
VALACICLOVIR	1000 mg cada 8 horas. Duración: 7 días.	VO	En pacientes inmunocompetentes no precisa tratamiento con antiviral. <b>El tratamiento debe iniciarse en las primeras 72 horas de la aparición de las lesiones o después si continúan apareciendo nuevas lesiones.</b> <b>IR:</b> ClCr: 30-50 ml/min: 1000 mg cada 12 horas; ClCr: 10-30 ml/min: 1000 mg cada 24 horas; ClCr menor que 10 ml/min: 500 mg cada 24 horas. Ver Herpes genital.
PREDNISOLONA 1%	1-2 gotas 2-4 veces al día. Duración: 7 días.	Tópica	<b>R:</b> Asociar a antiviral sistémico en herpes zóster ocular si queratitis estromal, uveítis, queratouveítis o escleritis Ver herpes oftálmico.



## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

## MICOSIS CUTÁNEAS

LUGAR DE LA INFECCIÓN	MICROORGANISMO	TIPO	TRATAMIENTO 1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA
PIEL	Dermatofitos	<i>Tinea pedis</i> <i>Tinea corporis</i> <i>Tinea cruris</i>	TÓPICO: terbinafina 1% 1-2 aplicaciones al día durante 2-4 semanas. SISTÉMICO VO: terbinafina 250 mg cada 24 horas durante 2 semanas.	TÓPICO: miconazol 1-2 aplicaciones al día 2-4 semanas. SISTÉMICO VO: itraconazol 100 mg cada 24 horas 2 semanas.
		<i>Tinea capitis</i>	TÓPICO: ketoconazol champú 1% las primeras dos semanas junto con: SISTÉMICO VO: terbinafina 250 mg cada 24 horas durante 4 semanas.	TÓPICO: sulfuro de selenio 2 semanas. SISTÉMICO VO: itraconazol 100 mg cada 24 horas 6 semanas.
	Candidiasis		TÓPICO: miconazol 1-2 aplicaciones al día 2 semanas SISTÉMICO VO: itraconazol 100 mg cada 24 horas 1-2 semanas.	TÓPICO: terbinafina 1% 1-2 aplicaciones al día 2-4 semanas. SISTÉMICO VO: fluconazol 50 mg cada 24 horas 2 semanas.
	Pitiriasis versicolor		TÓPICO: champú de ketoconazol 5 días o sulfuro de selenio 2,5% una vez al día si localizada. SISTÉMICO VO: itraconazol 200 mg cada 24 horas 7 días en formas extensas.	TÓPICO: terbinafina 1% 2 aplicaciones al día 7 días. SISTÉMICO VO: fluconazol 300 mg a la semana durante 2-3 semanas.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos,  
antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFIA

LUGAR DE LA INFECCIÓN	MICROORGANISMO	TIPO	TRATAMIENTO 1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA
UÑAS	Dermatofitos	<i>Tinea unguium</i>	TÓPICO: amorolfina 5% barniz de uñas 6 meses en manos y 12 meses en pies. SISTÉMICO VO: terbinafina 250 mg cada 24 horas durante 6 semanas en manos, 12 semanas en pies.	TÓPICO: ciclopirox 8% barniz de uñas 6 meses en manos y 12 meses en pies. SISTÉMICO VO: itraconazol. - Pauta pulsátil: 200 mg cada 12 horas una semana al mes durante 2 meses en manos y durante 3 en pies. - Continuado: 200 mg cada 24 horas durante 6 semanas en manos y 12 en pies.
	Candidiasis		TÓPICO: amorolfina 5% barniz de uñas 6 meses en manos y 12 meses en pies. SISTÉMICO VO: itraconazol. - Pauta pulsátil: 200 mg cada 12 horas una semana al mes durante 2 meses en manos y durante 3 en pies. - Continuado: 200 mg cada 24 horas durante 6 semanas en manos y 12 en pies.	TÓPICO: ciclopirox 8% barniz de uñas 6 meses en manos y 12 meses en pies. SISTÉMICO VO: terbinafina 250 mg cada 24 horas 6 semanas en manos, 12 semanas en pies.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFÍA

## 1. ANTIMICÓTICOS DERMATOLÓGICOS TÓPICOS

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
KETOCONAZOL	1-2 aplicaciones al día durante 3-4 semanas en champú o gel al 2%. En dermatitis seborreica 2 aplicaciones a la semana durante 2-4 semanas en champú al 2%.	Tópica	<b>RA:</b> dermatitis de contacto, prurito. <b>R:</b> lavar y secar zona antes de tratar y esperar 3-5 minutos antes de aclarar el gel. No utilizar vendajes oclusivos. Esperar 2 semanas tras aplicación de corticoides tópicos de forma prolongada.
MICONAZOL	1-2 aplicaciones al día durante 3-4 semanas en crema, gel o polvo al 2%.	Tópica	<b>R:</b> lavar y secar zona antes de tratar.
TERBINAFINA	1 aplicación cada 24 horas durante 2-4 semanas.	Tópica	<b>RA:</b> prurito, sequedad de piel, urticaria.
AMOROLFINA	1-2 aplicaciones a la semana durante 6 meses (manos) ó 9-12 meses (pies).	Tópica	<b>RA:</b> despigmentación de uñas, onicodistrofia, dermatitis por contacto. <b>R:</b> antes de aplicar, lavar, cortar y limar las uñas.
CICLOPIROX	1er mes → Aplicaciones cada 2 días. 2º mes → 2 veces a la semana 3er mes y sucesivos → 1 vez a la semana.	Tópica	<b>RA:</b> enrojecimiento y descamación de la piel periungueal.
SULFURO DE SELENIO 2,5 %	1 aplicación diaria de 30 min, 2 semanas o 2 aplicaciones de 12 h separadas 1 semana.	Tópica	<b>RA:</b> sequedad o grasa no habitual. Es irritante en cara y genitales, por lo que en estas localizaciones debe usarse un imidazol en crema.

## 2. ANTIMICÓTICOS DERMATOLÓGICOS SISTÉMICOS

Sólo recomendados vía oral en:

- Onicomycosis, *tinea capitis* y *tinea pedis* hiperqueratósica.
- Infecciones extensas que no responden a tratamiento tópico.

REALIZAR MICOCULTIVO ANTES DE INSTAURAR TRATAMIENTO SISTÉMICO.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
TERBINAFINA	250 mg cada 24 horas. Onicomycosis: 6-12 semanas. Otras dermatofitosis: 2-6 semanas.	VO	<b>RA:</b> cefalea, trastornos del gusto, sensación de plenitud, anorexia, dispepsia, erupciones exantemáticas, fotosensibilidad. <b>CI:</b> IR e IH graves. <b>P:</b> psoriasis. <b>I:</b> pimoza, <i>Saccharomyces boulardi</i> , simeprevir, tamoxifeno, tioridazina. <b>IR:</b> ClCr mayor que 50 ml/min: 125 mg cada 24 horas; ClCr menor que 50 ml/min: no recomendada. <b>D:</b> el laboratorio fabricante no recomienda administrarlo por sonda.
ITRACONAZOL	Dosis para cápsulas (ver observaciones): <u>Onicomycosis manos:</u> 200 mg en cápsula cada 12 horas durante 1 semana al mes, dos meses seguidos. <u>Onicomycosis pie:</u> 200 mg en cápsulas cada 24 horas durante 12 semanas ó 400 mg cada 24 horas durante 1 semana al mes 3 meses seguidos.	VO	<b>RA:</b> náuseas, dolor abdominal, prurito, hepatotoxicidad, angioedema, edema. <b>CI:</b> ICC, administración concomitante de fármacos que prolonguen el intervalo QT. <b>P:</b> IH, IR, hipoclorhidria, trasplante, neutropenia. <b>I:</b> inhibidor muy potente del CYP3A4, verificar interacciones. <b>IR:</b> ClCr menor que 30 ml/min no utilizar. <b>R:</b> las dosis de la solución oral y de las cápsulas no son intercambiables por diferencias en la biodisponibilidad. <b>D:</b> las cápsulas se pueden abrir y dispersar en agua y la solución se puede administrar directamente. Comprobar dosis si se cambia de presentación por no ser equivalentes.
FLUCONAZOL	50 mg cada 24 horas durante 2 semanas.	VO	<b>RA:</b> náuseas, vómitos, dolor abdominal, hepatotoxicidad (raro), exantema (Steven-Johnson), cefalea, mareo. <b>CI:</b> intolerancia a la lactosa. <b>P:</b> IR, IH. <b>I:</b> bosutinib, cisaprida, citalopram, conivaptan, ivabradina, mifepristona, pimoza, quinidina, ranolazina, <i>Saccharomyces boulardii</i> , simeprevir, tolvaptan. <b>IR:</b> en dosis única no es necesario ajustar la dosis, en dosis múltiples y ClCr menor que 50 ml/min dar el 50% de la dosis. <b>D:</b> las cápsulas se pueden abrir y dispersar en agua.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

## INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

En la actualidad cada vez son más frecuentes las infecciones comunitarias originadas por *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SAMR) que añaden a los factores de riesgo clásicos de SAMR, otros como personas institucionalizadas, con ingresos hospitalarios frecuentes y que forman una parte importante de la población geriátrica objeto de esta guía. El diagnóstico es clínico en la mayoría de las infecciones, no estando indicada la toma rutinaria de muestras para diagnóstico microbiológico.

INFECCIÓN	PATÓGENOS FRECUENTES	PRIMERA ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Impétigo	<i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i>	TÓPICO: Mupirocina tópica 3 aplicaciones cada 24 horas durante 10 días. SISTÉMICO (si extensión grande o fracaso al tópico): - Cloxacilina 250-500 mg cada 6 horas durante 7 días. - Cefalexina 500 mg cada 6-8 horas durante 7 días. - Si <i>S. pyogenes</i> : Penicilina V 250-500 mg cada 6 horas durante 5-7 días.	TÓPICO: ácido fusídico 2-3 aplicaciones cada 24 horas durante 10 días. SISTÉMICO: - Amoxicilina/clavulánico 500/125 mg cada 8 horas durante 7-10 días. - Clindamicina 300 mg cada 8 horas durante 7-10 días en alérgicos a betalactámicos.
Celulitis o erisipela	<i>S. aureus</i> , <i>Streptococcus</i> spp.	- Cloxacilina 500 mg cada 6 horas durante 7-14 días. - Cefalexina 500 mg cada 6-8 horas durante 7-14 días. - Si <i>S. pyogenes</i> : Penicilina V 250-500 mg cada 6 horas durante 5-7 días.	- Amoxicilina/clavulánico 500-875/125 mg cada 8 horas durante 7-14 días. - Clindamicina 300 mg cada 8 horas durante 7-14 días en alérgicos a betalactámicos.
Rosácea	<i>D. folliculorum</i> , <i>H. pylori</i>	- Papulopustulosa: metronidazol gel tópico 0,75% 1-2 aplicaciones cada 24 horas durante 12 semanas junto con doxiciclina VO 100 mg cada 24 horas durante 2 semanas si lesiones extensas. - Eritema-telangiectásica: reducir el eritema con brimonidina tópica. - Rinofima; láser, cirugía. - Ocular: colirio de eritromicina.	- Papulopustulosa: ácido azelaico 15-20% 2 aplicaciones cada 24 horas durante 12 semanas. - Eritema telangiectásica: hipotensores como propranolol. - Ocular: ácido fusídico gel oftálmico 1% 1 gota cada 12 horas.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

INFECCIÓN	PATÓGENOS FRECUENTES	PRIMERA ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Foliculitis y furunculosis	<i>S. aureus</i>	Calor húmedo en foliculitis; incisión y drenaje en forunculosis. - Si signos de infección: mupirocina tópica 3 aplicaciones cada 24 horas durante 7 días. - Si lesiones numerosas y extensas: cloxacilina 500 mg cada 6 horas durante 7 días.	Ácido fusídico 2-3 aplicaciones cada 24 horas durante 7 días. Cefalexina 500 mg cada 6-8 horas durante 7-10 días.
Infecciones de heridas no quirúrgicas,	<i>S. aureus</i> , <i>Streptococcus</i> , Enterobacterias, <i>Bacteroides</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Peptoestreptococcus</i>	Limpieza y desbridamiento, no utilizar de forma rutinaria antibióticos tópicos o sistémicos. Si signos de infección progresiva o celulitis, sepsis u osteomielitis tratar con antibióticos de amplio espectro. No utilizar sulfadiazina argéntica en prevención de infección en quemaduras.	Dependiendo del lugar y complejidad de la infección. Si hay signos sistémicos de infección con estabilidad clínica: - Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 7 días. - Clindamicina 300 mg cada 8 horas + Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 7 días. Si inestabilidad clínica derivar al hospital.
Mordeduras	Humanas: <i>Streptococcus</i> , <i>Bacteroides</i> , <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Eikenella corrodens</i> Animales: <i>Pasteurella</i> , <i>Bacteroides</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Bacteroides</i>	Limpiar y desbridar. Humanas: iniciar profilaxis en las primeras 12 horas con amoxicilina/clavulánico 500-875/125 mg cada 8 horas durante 7-10 días. Animales: si signos de infección amoxicilina/clavulánico 500-875/125 mg cada 8-12 horas.	Doxiciclina dosis de carga 200 mg, seguido de 100 mg cada 24 horas. Clindamicina 300 mg cada 8 horas + ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 7 días en alérgicos a betalactámicos. Considerar tratamiento antirrábico.
Infecciones del pie diabético	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus</i> spp. Si úlcera crónica, grave: etiología polimicrobiana incluyendo anaerobios, SAMR, gram negativos y cocos gran positivos.	- Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 7-14 días en infecciones leves-moderadas. En infecciones graves derivar al hospital.	- Clindamicina 300 mg cada 8 horas durante 7-14 días en infecciones leves. - Clindamicina 300 mg cada 8 horas + Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 7-14 días en infecciones moderadas. En infecciones graves derivar al hospital. Ver capítulo de Úlceras Cutáneas Crónicas si presencia de úlcera.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
FUSÍDICO, ÁCIDO	3 aplicaciones al día durante 1 semana.	Tópica	<b>RA:</b> prurito, urticaria, erupciones exantemáticas, sequedad de la piel.
MUIPIROCINA	1 aplicación cada 8 horas durante 7-10 días.	Tópica	<b>RA:</b> prurito, eritema, sequedad de la piel.
CLOXACILINA	250-500 mg cada 6 horas durante 7-14 días.	VO	<b>RA:</b> diarrea, náuseas, vómitos, dermatológicas, aumento de transaminasas. <b>P:</b> enfermedad inflamatoria intestinal, IR grave. <b>I:</b> simeprevir, probenecid, BCG, tetraciclinas. <b>D:</b> abrir la cápsula y dispersar en agua. <b>R:</b> administrar preferentemente en ayunas.
CEFALEXINA	500 mg cada 6-8 horas durante 7-14 días.	VO	<b>RA:</b> diarrea, náuseas, vómitos, dermatológicas, aumento de transaminasas. <b>P:</b> enfermedad inflamatoria intestinal, IR grave. <b>I:</b> BCG, tetraciclinas. <b>IR:</b> ClCr menor que 10 ml/min: 250-500 mg cada 12-24 horas. <b>D:</b> abrir la cápsula y dispersar en agua.
AMOXICILINA/CLAVULÁNICO	500/125- 875/125 mg cada 8-12 horas	VO	<b>RA:</b> diarrea, náuseas, vómitos, sobreinfecciones (candidiasis vaginal e infección por <i>C. difficile</i> ). <b>CI:</b> mononucleosis infecciosa, leucemia linfocítica crónica, alergia a betalactámicos. <b>P:</b> hepatotoxicidad, asma, IR, colitis pseudomembranosa. <b>I:</b> BCG, probenecid, tetraciclinas. <b>IR:</b> ClCr 10-30 ml: 500/125 mg cada 12 horas; ClCr menor que 10 ml/min: 500/125 mg cada 24 horas. <b>D:</b> utilizar la suspensión oral; los comprimidos de 500/125 mg y de 800/125 mg se pueden pulverizar y dispersar en agua.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
PENICILINA V (FENOXIMETILPENICILINA)	250-500 mg cada 6 horas durante 5-7 días	VO	<b>RA:</b> diarrea, náuseas, vómitos, dermatológicas, aumento de transaminasas. <b>P:</b> enfermedad inflamatoria intestinal, IR grave. <b>I:</b> probenecid, tetraciclina. <b>IR:</b> ClCr menor que 10 ml/min: 250 mg cada 6 horas.
CLINDAMICINA	300 mg cada 8 horas durante 7-14 días.	VO	En pacientes alérgicos a betalactámicos, SAMR adquirido en la comunidad y anaerobios. <b>RA:</b> sobreinfección por <i>C. difficile</i> , candidiasis vulvovaginal, diarrea, náuseas, vómitos, sabor metálico, dermatológicas. <b>CI:</b> meningitis, alergia a lactosa. <b>P:</b> diarrea, colitis pseudomembranosa, colitis ulcerosa. <b>I:</b> BCG, eritromicina. <b>D:</b> abrir y dispersar en agua.
CIPROFLOXACINO	500 mg cada 12 horas durante 7-14 días.	VO	En combinación con clindamicina en infecciones polimicrobianas, tiene actividad frente a <i>P. aeruginosa</i> . <b>RA:</b> diarrea, náuseas, vómitos, mareo, cefalea, disminución del umbral convulsivo, alucinaciones, cristaluria, dermatológicas. <b>CI:</b> miastenia gravis. <b>P:</b> déficit de G-6-PDH, epilepsia, colitis pseudomembranosa, tendinitis, IR. <b>I:</b> agomelatina, BCG, clozapina, fármacos que prolongan el QT, ivabradina, mifepristona, pimizida. <b>IR:</b> ClCr 30-60 ml/min: 250-500 mg cada 12 horas; ClCr menor que 30 ml/min: 250-500 mg cada 24 horas. <b>D:</b> los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua. <b>R:</b> en tratamientos prolongados valorar disminuir la dosis un 25-50%.
DOXICICLINA	Dosis de carga: 200 mg. Dosis de mantenimiento: 100 mg cada 24 horas.	VO	<b>RA:</b> gastrointestinales, sobreinfecciones, cefalea, dermatológicas. <b>CI:</b> porfiria, intolerancia a la fructosa y lactosa. <b>P:</b> alcoholismo, colitis pseudomembranosa, fotosensibilidad, IH. <b>I:</b> BCG, pimizida, derivados del ácido retinoico. <b>D:</b> utilizar la suspensión oral, si no es posible las cápsulas se pueden abrir.



## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

## MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

### 1. ANTIPRURIGINOSOS, INCLUIDOS ANESTÉSICOS, ANTIHISTAMÍNICOS Y OTROS

El tratamiento del prurito es el de la enfermedad de base. Como medida general: hidratar correctamente la piel y si es necesario un antihistamínico, utilizar loratadina por vía oral, ya que los preparados tópicos pueden producir hipersensibilidad y fotosensibilidad.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
LORATADINA	10 mg cada 24 horas.	VO	<b>RA:</b> efectos anticolinérgicos y sedantes mínimos aunque en las personas mayores pueden aparecer con mayor frecuencia. <b>CI:</b> porfiria, alérgicos a la lactosa. <b>P:</b> IR, IH, epilepsia, fotosensibilidad. <b>I:</b> otros fármacos anticolinérgicos, se debe intentar disminuir la carga anticolinérgica en la persona mayor. <b>IH:</b> 10 mg a días alternos en IH grave. <b>D:</b> los comprimidos se pueden triturar y dispersar en agua.

### 2. ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES EXCLUIDOS APÓSITOS

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
CLORHEXIDINA	1-3 aplicaciones al día. Crema al 0,5%-1% máximo 2 aplicaciones al día.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antiséptico de quemaduras leves.</li> <li>- Desinfección de piel en el preoperatorio.</li> </ul> De elección en quemaduras. Se inactiva con corcho y suero fisiológico. Las diluciones más adecuadas son al 0,05% y agua destilada. Desecharse al cabo de 1 semana. No aplicar en ojos ni oídos. <b>RA:</b> reacciones alérgicas, dermatitis, ototoxicidad, sordera. <b>P:</b> proteger de la luz.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
POVIDONA YODADA	Solución: 1-3 aplicaciones al día cubriendo posteriormente la zona.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antiséptico para zonas de punción y heridas superficiales.</li> <li>- Dermatitis bacterianas y fúngicas.</li> </ul> <b>R:</b> No usar en grandes heridas o úlceras abiertas (retrasa la cicatrización) y puede producir acidosis metabólica, hipernatremia y alteraciones de la función renal. <b>I:</b> derivados mercuriales e hidrógeno. <b>P:</b> alteraciones tiroideas y uso de litio. Evitar el contacto con mucosas y oídos.
ALCOHOL 70%	1 aplicación cada 12-24 horas.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> desinfección de la piel.

## 3. CORTICOIDES TÓPICOS

La potencia va a depender de varios factores:

- Características de la molécula: la doble esterificación (prednicartrato) y la inserción de un halógeno originan mayor potencia, siendo los fluorados más potentes y atrofogénicos que los halogenados no fluorados (mometasona).
- Concentración del principio activo.
- Fórmula galénica (ungüento> pomada> crema> gel> loción> aerosol> polvo) y lugar de aplicación (mucosa/escroto/párpados/cara/pecho> espalda/brazos> muslos/antebrazos> piernas/dorsos de las manos> pies/palmas> plantas/uñas).

Los corticoides tópicos están **contraindicados** en infecciones, parasitosis y úlceras. Las personas mayores son más susceptibles a las reacciones adversas debido a que se ve aumentada su absorción por la presencia de una capa más fina del estrato córneo de la piel. No se recomienda uso de corticoides en zonas próximas a los ojos. Tampoco se recomiendan los de potencia moderada-alta en cara. Las **reacciones adversas sistémicas** en general son raras, aumentando la probabilidad al aumentar la potencia. Pueden dar lugar a la aparición de reacciones dermatológicas como eritema, telangiectasia, atrofia cutánea, foliculitis, hirsutismo, hiperpigmentación y dermatitis de contacto; reacciones endocrinas muy rara vez como Cushing o hiperglucemia; supresión del eje hipotálamo-hipofisario y cataratas.

Se recomienda **usar regímenes intermitentes durante cortos espacios de tiempo**. Los tratamientos prolongados deben suprimirse de forma gradual. La duración del tratamiento no debería exceder, si es posible:

- Potencia muy alta: 3-4 semanas. Esperar 4 semanas antes de un nuevo ciclo.
- Potencia alta y moderada: 6-8 semanas.
- Potencia baja: 1-2 semanas en la cara, área genital e intertriginosa.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

### UTILIZACIÓN DE CORTICOIDES EN FUNCIÓN DE LA FÓRMULA GALÉNICA

La duración de la acción y la absorción del principio activo son mayores cuanto más graso es el excipiente. La potencia va disminuyendo según el siguiente orden: ungüento>pomada>crema>gel>loción>aerosol>polvo.

FÓRMULA GALÉNICA	UTILIZACIÓN RECOMENDADA
UNGÜENTOS Y POMADAS	- Lesiones secas y escamosas. De elección en las personas de edad avanzada.
CREMAS	- Lesiones húmedas y áreas de intertrigo.
GELES, SOLUCIONES EN AEROSOL, LOCIONES, EMULSIONES Y ESPUMAS	- Áreas pilosas y extensas.

### 3.1 CORTICOIDES TÓPICOS CLASIFICADOS POR POTENCIA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ATC

BAJA	MODERADA	ALTA	MUY ALTA*
Hidrocortisona acetato 0,5%-2,5%	Fluocinolona acetónido 0,01% Clobetasona butirato 0,05% Fluorometolona 0,05% Triamcinolona 0,1%	Betametasona valerato 0,1% Betametasona dipropionato 0,05% Mometasona fuoato 0,1% Prednicarbato propionato 0,25% Fluocinolona acetónido 0,025% Metilprednisolona 0,1% Diflucortolona valerato 0,1% Fluclorolona acetónido 0,1% Fluticasona propionato 0,05% Beclometasona dipropionato 0,025% Diflorasona diacetato 0,05% Fluocinonida 0,05% Fluocortolona 0,2%	Clobetasol propionato 0,05% Diflucortona valerato 0,3% Fluocinolona acetónido 0,2%

\*Corticoides tópicos con potencia 50 veces superior a la hidrocortisona 1%. Su uso debe ser evaluado por el especialista en dermatología.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

### 3.2 INDICACIONES SEGÚN LA POTENCIA

BAJA	MODERADA	ALTA	MUY ALTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prurito e irritación</li> <li>- Dermatitis irritativa de contacto</li> <li>- Picaduras de insectos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatitis alérgica de contacto</li> <li>- Dermatitis atópica</li> <li>- Quemaduras localizadas de 1º y 2º grado</li> <li>- Reacciones alérgicas a picaduras de insectos artrópodos</li> <li>- Dermatitis irritativa de contacto</li> <li>- Eczemas no ulcerados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liquen plano</li> <li>- Liquen simple crónico</li> <li>- Psoriasis</li> <li>- Lupus eritematoso discoide</li> <li>- Eritrodermia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liquen plano</li> <li>- Liquen simple crónico</li> <li>- Psoriasis</li> <li>- Lupus eritematoso discoide</li> <li>- Eczema recalcitrante</li> </ul>

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
<b>CORTICOIDE DE POTENCIA BAJA</b>			
HIDROCORTISONA, ACETATO 1-2,5%	2-4 aplicaciones al día.	Tópica	RA: atrofia cutánea, telangiectasias, estrías dérmicas, hipertrichosis, acné, rosácea, hipopigmentación, fragilidad cutánea, sobreinfección, glaucoma, cataratas. Efecto rebote, taquifilaxia, dermatitis de contacto.
<b>CORTICOIDE DE POTENCIA MODERADA</b>			
CLOBETASONA, BUTIRATO 0,05%	1-3 aplicaciones al día.	Tópica	Ver corticoides de potencia baja.
<b>CORTICOIDES DE POTENCIA ALTA</b>			
BETAMETASONA, DIPROPIONATO 0,05%	2-3 aplicaciones al día.	Tópica	Ver corticoides de potencia baja.
BETAMETASONA, VALERATO 0,1%	En cura oclusiva 1 aplicación al día.	Tópica	
PREDNICARBATO, PROPIONATO 0,25%	2 aplicaciones al día.	Tópica	

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
<b>CORTICOIDE DE POTENCIA MUY ALTA</b>			
CLOBETASOL 0,05%	1-2 aplicaciones al día.	Tópica	Ver corticoides de potencia baja.
<b>CORTICOIDES TÓPICOS ASOCIADOS A ANTIBIÓTICOS O A ANTIMICÓTICOS</b>			
No se aconsejan estas asociaciones. Es preferible determinar si la dermatosis está contaminada e iniciar tratamiento etiológico.			

### 4. EMOLIENTES

Los emolientes aumentan el grado de hidratación cutánea proporcionando suavidad a la piel.

**No utilizar en lesiones inflamatorias húmedas.**

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
ACEITES, EMULSIONES	Aplicar capa fina sobre zona afectada.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Xerosis.</li> <li>- Ictiosis.</li> <li>- Dermatitis atópica.</li> <li>- Psoriasis.</li> <li>- Esclerodermia.</li> <li>- Prurito.</li> <li>- Atrofia cutánea por esteroides tópicos.</li> </ul> No financiado por el Sistema Nacional de Salud.
UREA (emulsiones)	Aplicar capa fina sobre zona afectada.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> Ver Aceites, emulsiones. <b>RA:</b> Puede producir dermatitis irritativa, irritación y prurito.
VASELINA (o PARAFINA)	Aplicar capa fina sobre zona afectada.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> Ver Aceites, emulsiones.
Cremas ricas en grasas	Aplicar capa fina sobre zona afectada.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Xerosis.</li> <li>- Prurito.</li> <li>- Intertrigo pañal.</li> </ul>

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFÍA

## 5. PROTECTORES

Los protectores disminuyen la humedad local y proporcionan protección mecánica contra el roce, principalmente en zonas de pliegues.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
ÁCIDO SALICÍLICO/ ÓXIDO DE ZINC/ VASELINA	Aplicar capa fina sobre zona afectada.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> Afecciones irritativas de la piel: dermatitis del pañal, intertrigo, quemaduras de primer grado. Prevención de maceraciones. Psoriasis. No financiado por el Sistema Nacional de Salud.
LANOLINA/ ÓXIDO DE ZINC/ ACEITE DE ALMENDRAS	1-2 aplicaciones al día	Tópica	Ver Dermatitis asociada a incontinencia. <b>Indicaciones:</b> Ver Ácido salicílico/ óxido de Zinc/ Vaselina.

## 6. OTROS PREPARADOS DERMATOLÓGICOS

### 6.1 CALICIDAS Y ANTIVERRUGAS

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
ÁCIDO SALICÍLICO 5%	1 aplicación al día al acostarse hasta desaparición de callo o verruga o máximo 6 días en callos o 12 semanas en verrugas	Tópica	<b>Indicaciones:</b> - Verrugas si no disponibilidad de crioterapia. - Eliminación de callos. <b>CI:</b> diabetes, problemas circulatorios periféricos. <b>R:</b> Limar zona previamente a la aplicación. Aplicar con espátula y dejar secar. Cubrir después con esparadrapo. Proteger con crema la piel sana.

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

- Herpes labial
- Herpes oftálmico
- Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

- Varicela
- Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

- Antimicóticos Dermatológicos Tópicos
- Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

- Antipruriginosos, incluidos anestésicos, antihistamínicos y otros
- Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos
- Corticoides tópicos
- Emolientes
- Protectores
- Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

### 6.2 CHAMPÚS MEDICINALES Y PREPARADOS ANTISEBORREICOS

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V.A.	OBSERVACIONES
SULFURO DE SELENIO	1 aplicación al día, dejar 10 min y lavar posteriormente.	Tópica	<b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pitiriasis versicolor.</li> <li>- Dermatitis seborreica.</li> </ul> <b>RA:</b> decoloración de pelo teñido por aclarado insuficiente. <b>R:</b> evitar contacto con mucosas y ojos.
KETOCONAZOL	En gel: 2 veces a la semana, durante 2-6 semanas.	Tópica	Ver antimicóticos tópicos. <b>Indicaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatitis seborreica</li> <li>- <i>Pitiriasis capitis</i> (caspa)</li> </ul>

## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos,  
antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

### BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFÍA

- Centros de Salud de Leganés, Fuenlabrada y Humanes, Hospital Severo Ochoa, Hospital de Fuenlabrada. Guía de uso de antimicrobianos. Comunidad de Madrid; 2010.
- Clinical Knowledge Summaries. Fungal skin infection – foot, scalp, nail, body and groin. Candida skin, Pitiriasis versicolor [Internet]. NHS Evidence; 2013 [cited 2014 May 26]. Available from: <http://cks.nice.org.uk>
- Goldstein A, Goldstein B. Dermatophyte (tinea) infections [Internet]. 2014 [cited 2014 May 22]. Available from: <http://uptodate.com>
- Parker E. Candidal intertrigo [Internet]. 2013 [cited 2014 May 22]. Available from: <http://uptodate.com>
- Goldstein A. Onychomycosis [Internet]. 2014 [cited 2014 May 22]. Available from: <http://uptodate.com>
- Crawford F, Hollis S. Topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2007 [cited 2014 May 23];3. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001434.pub2/pdf/standard>
- Rotta I, Ziegelmann PK, Otuki MF, Riveros BS, Bernardo NL, Correr CJ. Efficacy of topical antifungals in the treatment of dermatophytosis: a mixed-treatment comparison meta-analysis involving 14 treatments. JAMA Dermatol. 2013;149(3):341–9.
- Rotta I, Otuki MF, Sanches ACC, Correr CJ. Efficacy of topical antifungal drugs in different dermatomycoses: a systematic review with meta-analysis. Rev Assoc Médica Bras. 2012;58(3):308–18.
- Rotta I, Sanchez A, Gonçalves PR, Otuki MF, Correr CJ. Efficacy and safety of topical antifungals in the treatment of dermatomycosis: a systematic review. Br J Dermatol. 2012 May;166(5):927–33.
- Gray M. Optimal management of incontinence-associated dermatitis in the elderly. Am J Clin Dermatol. 2010;11(3):201–10.
- Worrall G. Herpes labialis. Clin Evid. 2009;2009.
- Hollier LM, Straub H. Genital herpes. Clin Evid. 2011;2011.
- Barker NH. Ocular herpes simplex. Clin Evid. 2008;2008.
- Watson PN. Postherpetic neuralgia. Clin Evid. 2010;2010.
- Breuer J, Fifer H. Chickenpox. Clin Evid. 2011;2011.
- Wilhelmus KR. Antiviral treatment and other therapeutic interventions for herpes simplex virus epithelial keratitis. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(12):CD002898.
- Gan EY, Tian EAL, Tey HL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia. Am J Clin Dermatol. 2013 Apr;14(2):77–85.
- McDonald EM, de Kock J, Ram FSF. Antivirals for management of herpes zoster including ophthalmicus: a systematic review of high-quality randomized controlled trials. Antivir Ther. 2012;17(2):255–64.
- Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJG, Armstrong DG, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2012 Jun;54(12):e132–173.
- Servicio Madrileño de Salud. Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas de la Comunidad de Madrid, Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. 2010.
- Koning S, van der Sande R, Verhagen AP, van Suijlekom-Smit LWA, Morris AD, Butler CC, et al. Interventions for impetigo. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD003261.
- Kilburn SA, Featherstone P, Higgins B, Brindle R. Interventions for cellulitis and erysipelas. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(6):CD004299



## PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

### GENERALIDADES

#### DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA

#### HERPES SIMPLE

Herpes labial  
Herpes oftálmico  
Herpes genital

#### VIRUS VARICELA ZÓSTER

Varicela  
Herpes zóster

#### MICOSIS CUTÁNEAS

Antimicóticos Dermatológicos Tópicos  
Antimicóticos Dermatológicos Sistémicos

#### INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS

#### MEDICAMENTOS EN DERMATOLOGÍA

Antipruriginosos, incluidos anestésicos,  
antihistamínicos y otros  
Antisépticos y desinfectantes excluidos apósitos  
Corticoides tópicos  
Emolientes  
Protectores  
Otros preparados dermatológicos

#### BIBLIOGRAFÍA

23. Van Zuuren EJ, Kramer S, Carter B, Graber MA, Fedorowicz Z. Interventions for rosacea. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(3):CD003262.
24. Barajas-Nava LA, López-Alcalde J, Roqué i Figuls M, Solà I, Bonfill Cosp X. Antibiotic prophylaxis for preventing burn wound infection. Cochrane Database Syst Rev. 2013;6:CD008738.
25. Gurusamy KS, Koti R, Toon CD, Wilson P, Davidson BR. Antibiotic therapy for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in non surgical wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2013;11:CD010427.
26. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. J Adv Nurs. 2009 Jun;65(6):1141–54.
27. Foureur N, Vanzo B, Meaume S, Senet P. Prospective aetiological study of diaper dermatitis in the elderly. Br J Dermatol. 2006 Nov;155(5):941–6.
28. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1:CD003557.
29. National Institute of Health and Clinical Excellence. Psoriasis. The assessment and management of psoriasis. NICE Clinical Guideline 153 [Internet]. 2012. Available from: <http://www.guidance.nice.org.uk/cg153>.
30. Goldstein BG, Goldstein AO. General principles of dermatologic therapy and topical corticosteroid use [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 11]. Available from: <http://uptodate.com>.