



## XIII Curso ONLINE

Acreditado por el  
Consell Català de Formació Continuada  
de les Professions Sanitàries-  
Comisión de Formación Continuada del  
Sistema Nacional de Salud con  
**6,2 créditos**



Evaluación y acreditación en:  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)



## Síndromes menores

1	Aftas
2	Fiebre
3	Conjuntivitis y sequedad ocular
4	Estreñimiento
5	Prurito vaginal
6	Diarrea
7	Cefalea
8	Dermatitis
9	Gripe y resfriado
10	Lumbalgia
11	Insomnio
12	Pirosis
13	Tos
14	Hemorroides
15	Prurito

## Atención farmacéutica

TEMA 8

# Dermatitis

Aida Iglesias

Farmacéutica comunitaria. Bilbao

**D**ermatitis es un término general que se aplica a la inflamación de la piel, cualquiera que sea su causa y forma de presentación. Por lo general, la piel está enrojecida e inflamada, produce picor y puede presentar ampollas, supuración y costras.

Existen diferentes tipos de dermatitis, pero las que originan mayor número de consultas en las farmacias son la dermatitis atópica, la seborreica, la de contacto y la del pañal.

### Dermatitis atópica

La dermatitis atópica es una patología cutánea inflamatoria crónica de carácter hereditario que afecta a la epidermis. Los síntomas más característicos son prurito intenso, sequedad cutánea (xerosis), eritema, exudación, descamación y excoriaciones debidas al rascado intenso.

Se presenta mayoritariamente en niños con predisposición genética o con antecedentes personales o familiares de asma, rinitis y alergia alimentaria. La asociación de asma, rinoconjuntivitis y dermatitis atópica es lo que se conoce como tríada atópica.

### Etiopatogenia

Aunque es de causa desconocida, existen varios factores que se relacionan con ella:

- Predisposición genética: determinadas mutaciones alteran la estructura de las células epidérmicas, provocando una disfunción de la barrera cutánea y alte-



© aniaostudio/iStock/Thinkstock

raciones del pH que facilitan la penetración de sustancias irritantes y alérgenos.

- Trastornos inmunológicos: los atópicos presentan niveles elevados de:
  - a) IgE responsable de la hipersensibilidad inmediata.
  - b) Monocitos, eosinófilos, macrófagos y mastocitos.
- Factores ambientales: exceso de higiene, presencia de ácaros, temperaturas extremas, tejidos sintéticos.

Todos estos factores pueden disminuir la hidratación y el contenido de ácidos grasos y ceramidas, y dar lugar a microfisuras y alteraciones del estrato córneo que facilitan la entrada de alérgenos y otras sustancias, produciendo todo ello la inflamación permanente de la piel.

Aunque no es una patología infecciosa, con frecuencia se asocia a la presencia de *Staphylococcus aureus*, que desencadena el estímulo del sistema inmunológico activando los linfocitos T.

### Epidemiología

La prevalencia de la dermatitis atópica en la población general es difícil de precisar, pero se calcula que en los países desarrollados afecta del 15% al 30% de los niños. Un 60% de los casos son diagnosticados antes del año de edad, y en torno al 85% aparecen antes de los 5 años de edad.

Su frecuencia es similar en ambos sexos hasta los 6 años, y a partir de dicha edad la prevalencia es mayor en niñas que en niños.

La dermatitis atópica es más prevalente en los países industrializados, lo que se debe probablemente a factores ambientales y a los cambios en el estilo de vida.

### Clínica

Lo más característico de la dermatitis atópica es el intenso prurito. Las lesiones pueden ser pápulas, placas eritematosas, vesículas (que pueden ser exudativas), costras, fenómenos de liquenificación y abrasiones, debidas al

rascado, que pueden dar lugar a sobreinfecciones.

Las características clínicas varían según la edad, suelen tener un curso crónico y a brotes y mejoran generalmente con la edad.

Localización del eccema	
Menores de 2 años	Mayores de 2 años
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara o cuello</li> <li>• Tronco</li> <li>• Caras extensoras de los miembros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara y cuello</li> <li>• Zonas de flexión</li> <li>• Pliegues antecubitales y poplíteos</li> <li>• Muñecas y tobillos</li> <li>• Manos y pies</li> </ul>

### Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la presentación clínica; el método más utilizado es el propuesto por Hanifi y Rajka en 1980, que consiste en valorar una serie de criterios que se agrupan en mayores y menores.

#### Criterios mayores:

- Prurito.
- Morfología y distribución típicas.
- Dermatitis crónica y recurrente.
- Historia familiar o personal de atopia.

#### Criterios menores:

- Xerosis.
- Ictiosis.
- Test cutáneos positivos.
- IgE sérica elevada.
- Inicio en edad temprana.
- Dermatitis en manos y pies.
- Eccema del pezón.
- Conjuntivitis.
- Pliegues palpebrales (Dennie-Morgan).
- Queratocono (cambio en la estructura córnea, el ojo sobresale).
- Catarata subcapsular.
- Oscurecimiento orbital.
- Eritema o palidez facial.
- Pityriasis alba.
- Pliegues anteriores del cuello.
- Prurito con la sudoración.
- Intolerancia a la lana y jabones.
- Intolerancia a los alimentos.

- Dermografismo blanco.
- Curso influenciado por factores ambientales y emocionales.
- Tendencia a infecciones cutáneas.

Para considerar que existe una dermatitis atópica se deben presentar tres o más de los criterios mayores y tres o más de los criterios menores.

### Criterios de derivación al médico

Aunque debería derivarse al médico cualquier sospecha de dermatitis atópica, es especialmente importante hacerlo si:

- Las lesiones son extensas.
- Afectan a zonas críticas (cara, ojos).
- Hay signos de sobreinfección.
- Coexisten otras patologías (p.ej., varicela).
- Se producen alteraciones del sueño.

Además, se remitirán aquellos casos en los que no haya una respuesta favorable al tratamiento.

### Tratamiento

#### Tratamiento no farmacológico

Los principales objetivos del tratamiento no farmacológico son mantener la piel hidratada, disminuir el número de brotes, aliviar los síntomas durante éstos y romper el ciclo picor-rascado. También se debe ayudar al paciente a identificar los factores agravantes y a adoptar medidas preventivas para intentar controlar los brotes.

#### Higiene

Es preferible el baño a la ducha, porque con él, además de limpiar la piel, se ayuda a eliminar las costras y a aliviar el prurito. Se recomienda utilizar agua templada y productos de higiene específicos que respeten el manto hidrolipídico.

Después del baño el secado debe hacerse de forma suave, realizando leves toques con la toalla sin frotar.

El baño coloidal está indicado en casos de lesiones agudas y las lociones son más utilizadas en lesiones exudativas y en dermatitis atópica del cuero cabelludo.



Los aceites se pueden echar en el agua del baño o aplicarlos directamente sobre la piel húmeda; es una alternativa para la piel muy seca.

#### *Hidratación corporal*

Los productos de alto contenido lipídico se recomiendan en las lesiones secas y crónicas y los de bajo contenido lipídico en las lesiones exudativas agudas inflamatorias.

El uso de hidratantes y emolientes es fundamental para restaurar la capa córnea porque favorece la retención de agua en la piel y la mantiene hidratada, ayudando a espaciar los brotes.

Las leches tienen alto poder hidratante, así que se pueden recomendar como mantenimiento entre brotes; las cremas para las lesiones agudas no exudativas, y las pomadas para las lesiones secas, zonas de piel engrosada y liquenificaciones.

#### **Medidas generales**

- Las prendas de vestir deben ser de algodón o lino porque facilitan la transpiración; hay que evitar fibras sintéticas o de lana, ya que aumentan la temperatura corporal e incrementan el picor.
- Se debe lavar la ropa con detergentes hipoalérgicos y realizar siempre un buen aclarado.

- Es importante mantener las uñas cortas para evitar la aparición de lesiones por rascado.
- La temperatura y humedad de la habitación debe ser constante.
- Se recomienda utilizar cremas solares con filtros físicos, y ducharse después del baño, ya sea en playa o en piscina.
- No se dispone de datos concluyentes sobre la relación de la alimentación con la dermatitis atópica, pero se aconseja evitar los alimentos que liberan histamina (sobre todo si se consumen en grandes cantidades), como las fresas, melocotones y marisco, y excitantes como el café, cacao y alcohol, porque podrían incrementar el prurito.

#### **Tratamiento farmacológico**

##### *Tratamiento tópico*

La administración tópica de corticoides constituye la terapéutica más eficaz para el componente inflamatorio de la afección. Se suelen utilizar en las exacerbaciones, eligiendo los de potencia baja o media (hidrocortisona, dexametasona, fluocinolona acetónido, betametasona valerato) y aplicándolos durante varios días consecutivos hasta la resolución del eccema.

Los antibióticos se utilizan en casos de sobreinfección, y los más empleados son mupirocina y ácido fusídico.

También pueden utilizarse inmunomoduladores como tacrolimus y pimecrolimus, cuya absorción sistémica es mínima; como efecto adverso producen quemazón en la zona de aplicación, que suele desaparecer al cabo de unos tres días de tratamiento. No se deben emplear en niños menores de 2 años.

La fototerapia tiene un efecto antiinflamatorio, se puede utilizar en niños mayores de 7 años con dermatitis atópica grave que no responden al tratamiento habitual. Sólo se debe llevar a cabo por dermatólogos expertos y en centros especializados.

##### *Tratamiento sistémico*

La eficacia de los antihistamínicos radica en sus efectos sedantes y no por

la acción específica sobre las vías mediadas por la histamina. Se utilizan en aquellos casos en los que el picor intenso afecte al sueño nocturno.

El uso de corticoides sólo se recomienda en casos excepcionales de brotes intensos y agudos que no responden al tratamiento tópico.

La utilización de inmunosupresores como ciclosporina, azatioprina y metotrexato es excepcional y sólo deben emplearse por especialistas y en formas graves y resistentes a los tratamientos habituales.

#### **Dermatitis seborreica**

La dermatitis seborreica es una afección crónica cuyos síntomas más característicos son eritema, seborrea, picor y descamación. Cursa en brotes y afecta a áreas de la piel donde existe gran concentración de glándulas sebáceas, por lo que suele estar localizada en el cuero cabelludo, cara, tórax, axilas e ingles, aunque también hay casos de afectación generalizada. Se presenta tanto en la infancia como en la edad adulta.

#### **Etiopatogenia**

Aunque su etiología es desconocida, existen diferentes factores que se relacionan con su aparición:

- Secreción sebácea: la relación de la dermatitis seborreica y el exceso de grasa no está demostrada, pero se ha visto que en las zonas afectadas existe un mayor número de glándulas sebáceas.
- Presencia del hongo *Malassezia* sp. (anteriormente denominado *Pityrosporum*): es el patógeno más relacionado con el desarrollo de la dermatitis seborreica; este microorganismo no está en todos los afectados, pero la mayoría de ellos presentan mejoría al ser tratados con antifúngicos.
- Factores psicológicos: su aparición se relaciona con episodios agudos de estrés o con agudizaciones de estrés crónico.
- Factores ambientales y nutricionales: también se asocia a climas extremos, déficit de zinc y ácidos grasos esenciales, alcoholismo, etc.

- Trastornos neurológicos: los pacientes tratados para la enfermedad de Parkinson, síndromes extrapiramidales y esquizofrenia presentan un aumento de la secreción sebácea y de la prevalencia de dermatitis seborreica.
- Otros: se asocia, por ejemplo, a la deficiencia de linfocitos TCD4.

### Epidemiología

Es muy frecuente en las primeras semanas de vida, en las que es característico que afecte a la cabeza del lactante (costra láctea). Entre los 30 y 40 años se produce otro pico de incidencia y, en general, es más prevalente entre las personas inmunodeprimidas, afectando, por ejemplo, en torno al 80% de los pacientes con sida.

### Clínica

El signo más importante es la inflamación, que se acompaña de placas descamativas de aspecto graso y color de rosado amarillento a rojo, que aparecen en las zonas ricas en glándulas sebáceas y generalmente se asocian a eritema y prurito.

#### ***Dermatitis seborreica del lactante***

Se presenta en recién nacidos y en lactantes y suele desaparecer entre el cuarto y octavo mes de vida. Se manifiesta con costras grasas de color amarillento, que se localizan en la zona frontal y occipital, aunque también pueden aparecer lesiones diseminadas en la cara, cuello, tronco y brazos o incluso en la zona del pañal.

#### ***Dermatitis seborreica del adulto***

Es más frecuente que aparezca en el cuero cabelludo, pero también puede presentarse en otras localizaciones.

#### ***Dermatitis seborreica del cuero cabelludo***

Es un proceso crónico caracterizado por la formación de escamas de forma difusa que se van desprendiendo fácilmente (caen del cabello y de la barba), en el que no hay eritema o irritación

importante. En las formas más severas se evidencia prurito e inflamación, y se diferencia de la psoriasis del cuero cabelludo en que las placas descamativas son más difusas; también es característico que aparecen en el borde de la línea del cabello.

#### ***Dermatitis seborreica centro-facial***

La afectación en la cara suele ser simétrica en forma de placas eritematosas grasas, pruriginosas o asintomáticas con un borde definido. Suelen aparecer en la frente, cejas, párpados, línea de implantación del cuero cabelludo, detrás de las orejas y en el cuello.

#### ***Dermatitis seborreica de las pestañas o blefaritis seborreica***

Debido a un aumento de grasa en el borde de los párpados, aparecen escamas amarillentas que pueden ser pruriginosas y la piel del párpado se ve de aspecto eritematoso. La evolución es crónica y recidivante y puede afectar tanto a lactantes como a adultos.

### Diagnóstico

El diagnóstico se basa en el aspecto y la distribución de las lesiones. Dadas sus características puede confundirse con:

- Caspa: a diferencia de ésta, la dermatitis seborreica se caracteriza por la inflamación y afecta preferentemente a zonas de alta concentración de glándulas sebáceas.
- Dermatitis por contacto: como vermos a continuación, se debe al uso de sustancias exógenas, por lo que su localización se circunscribe generalmente al área de aplicación de éstas.
- Dermatitis atópica: se manifiesta con pápulas, liquenificación y prurito intenso. Su pronóstico es mejor.
- Psoriasis: afecta generalmente a más de un área corporal.

### Criterios de derivación al médico

Aunque en general es recomendable acudir al médico para que efectúe un diagnóstico diferencial, es especial-

mente importante la remisión de los casos en que haya una afectación generalizada o coexista con otros procesos (acné, rosácea) que dificulten su tratamiento y aquellos en los que no resulte eficaz el tratamiento ya instaurado.

### Tratamiento

Se debe informar al paciente de que la dermatitis seborreica del adulto es un proceso crónico que suele cursar en forma de brotes y cuyo tratamiento no va dirigido a curar la enfermedad sino a controlar sus manifestaciones clínicas, y que puede ser necesario mantenerlo durante periodos prolongados de tiempo o repetirlo en los brotes sucesivos.

También es importante que sepa que la dermatitis seborreica no es contagiosa y que empeora con la sequedad ambiental.

#### ***Medidas higiénicas***

Es fundamental una correcta higiene diaria utilizando detergentes neutros o ácidos exentos de alcohol y sustancias que puedan ser irritantes.

La hidratación de la piel evita la sensación de tirantez que se presenta en la dermatitis seborreica; se recomienda utilizar productos de bajo contenido en grasa.

#### ***Tratamiento farmacológico***

No se conoce un tratamiento ideal para la dermatitis seborreica; la selección de éste depende de la edad del paciente, localización y extensión de las lesiones y de la fase en que se encuentre.

#### ***Queratolíticos***

Se utilizan para facilitar el desprendimiento de las escamas; son muy usados en la dermatitis seborreica del cuero cabelludo. También se pueden asociar a antiinflamatorios y antifúngicos. Los más empleados son:

- Sulfuro de selenio y piritona de cinc: principalmente se usan en forma de champú; tienen acción queratolítica y fungicida.
- Coaltar: se utiliza en forma de champú, loción o crema. Presenta acción

queratolítica, antiséptica y antiinflamatoria.

- **Keluamida:** se usa en forma de champú, loción o crema. Ejerce una acción queratolítica leve, lo que permite ser utilizado como producto de mantenimiento, siendo también eficaz durante los brotes.

#### *Antiinflamatorios*

Los corticoides tópicos son los fármacos de primera elección para el tratamiento de los brotes de la dermatitis seborreica. Se recomienda emplear los de baja potencia como la hidrocortisona, pero en casos más severos se pueden utilizar corticoides de media potencia como el prednicartrato. No se debe prolongar mucho el tratamiento para evitar los efectos adversos de su uso prolongado.

#### *Inhibidores de la calcineurina*

Se puede utilizar pimecrolimus o tacrolimus.

#### *Antifúngicos*

El uso de antifúngicos es recomendable para disminuir o espaciar la aparición de recidivas.

El antifúngico más utilizado es ketaconazol. Se emplea en forma de crema o champú.

La ciclopiroxolamina se utiliza en forma de champú.

### **Dermatitis de contacto**

La dermatitis de contacto es una reacción inflamatoria de la piel como respuesta a agentes externos que actúan como irritantes o sensibilizantes.

Se puede clasificar en:

- **Dermatitis de contacto irritativa:** es la causada por el daño tóxico directo a la piel y se caracteriza porque todos los individuos expuestos a la sustancia desencadenante en cantidad y duración suficiente desarrollan la reacción. Los cambios en la piel se pueden observar a los pocos minutos de la exposición.
- **Dermatitis de contacto alérgica:** es una reacción inflamatoria de hipersensibilidad mediada por linfocitos



©abdome/iStock/Thinkstock

T y sólo afecta a los pacientes sensibilizados al alérgeno en cuestión. La inflamación de la piel se manifiesta con eritema y edema, aparece de 24 a 48 horas después de la exposición.

- **Dermatitis de contacto fotoinducida:** se produce por el aumento de la capacidad de reacción de la piel a una fuente de luz natural o artificial tras la administración de una sustancia fotosensibilizante.

Si existe implicación inmunológica se denomina dermatitis de contacto fotoalérgica, y si no la hay dermatitis de contacto fototóxica:

- a) **Dermatitis de contacto fototóxica:** la lesión aparece tras la primera exposición, se caracteriza por eritema, edema y vesiculación en las áreas fotoexpuestas.
- b) **Dermatitis de contacto fotoalérgica:** aparece con pequeñas cantidades de la sustancia y dosis pequeñas de radiación; las lesiones son más polimórficas que en la fototóxica.

#### **Etiopatogenia**

La afección se produce por un contacto directo con la sustancia que causa la reacción alérgica o de irritación. Los antecedentes de cualquier tipo de alergia aumentan el riesgo de padecer una dermatitis de contacto.

Las sustancias irritantes más habituales suelen ser: ácidos, fenoles, álcalis, detergentes o disolventes.

En el caso de la dermatitis de contacto alérgica pueden estar implicados: medicamentos (antibióticos, antihista-

mínicos, anestésicos, antisépticos), plantas (ortiga, hiedra, etc.), compuestos metálicos (níquel, cromo, etc.), tintes, cosméticos, productos químicos empleados en la fabricación del calzado y la ropa, otras sustancias industriales, etc.

#### **Epidemiología**

La dermatitis de contacto constituye una enfermedad cutánea frecuente en la práctica clínica cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años.

#### **Clínica**

Los síntomas se limitan generalmente a la zona de la piel que está en contacto con la sustancia irritante, pero también pueden extenderse a otras localizaciones. Con frecuencia se presenta en las manos.

Los síntomas más habituales son prurito, enrojecimiento, inflamación, sensibilidad de la piel, calor y lesiones cutáneas como pápulas, vesículas y ampollas. Si se suprime la sustancia desencadenante de la reacción el enrojecimiento suele desaparecer en pocos días y las ampollas se van secando, aunque el prurito puede mantenerse durante unos días.

#### **Diagnóstico**

Para el diagnóstico de la dermatitis de contacto es muy importante realizar una buena historia clínica, en la que se deben recoger todos los datos que puedan orientar hacia una causa concreta, como la localización y apariencia de la piel y los antecedentes de exposición a un irritante o alérgeno.



Las pruebas epicutáneas o pruebas del parche están indicadas para confirmar la dermatitis de contacto e identificar el alérgeno responsable de la reacción. Son pruebas estandarizadas y específicas dirigidas según la profesión y aficiones del paciente. Consisten en la aplicación de diferentes alérgenos en distintas concentraciones en forma de parches que se colocan sobre la piel, generalmente en la espalda. La interpretación de los resultados se realiza al cabo de 48, 72 y 96 horas.

### Criterios de derivación al médico

Se debe derivar al médico cualquier sospecha de dermatitis de contacto no diagnosticada previamente.

### Tratamiento

No existe un tratamiento curativo para la dermatitis de contacto. La terapia se basa en evitar el contacto con la sustancia que la desencadena y aliviar los síntomas.

### Tratamiento no farmacológico

Se recomienda lavar la zona afectada con agua y un detergente suave para retirar cualquier resto de la sustancia desencadenante.

El uso de emolientes ayuda a mantener la piel húmeda y proporciona un alivio del prurito y de la sequedad.

Para la prevención se suele recomendar el uso de cremas con acción barrera y guantes protectores.

### Tratamiento farmacológico

Las lesiones de la dermatitis de contacto se tratarán de forma diferente si son agudas o crónicas.

Las lesiones agudas se caracterizan por la aparición de vesículas y exudados. No es conveniente aplicar cremas en los exudados, lo primero que se debe hacer es secar el exudado (p.ej., con soluciones de sulfato de cobre). Una vez que la lesión se ha secado puede utilizarse una crema o pomada con corticoide.

En las lesiones crónicas se utilizan pomadas de corticoides durante periodos breves asociados a emolientes.

Cuando el cuadro de la dermatitis de contacto es muy severo, se usan como tratamiento corticoides orales.

### Dermatitis del pañal

La dermatitis del pañal es una erupción inflamatoria que afecta a las zonas de la piel que están más en contacto con el pañal, debido a las especiales condiciones de humedad, fricción y contacto con la orina y heces. La erupción cutánea se caracteriza por eritema o manchas de color rojizo.

### Etiopatogenia

Son varios los factores que contribuyen a la aparición de la dermatitis del pañal.

La humedad altera la función barrera de la piel, aumenta la susceptibilidad a los irritantes y favorece el crecimiento de microorganismos. Además, la piel húmeda es más susceptible de ser dañada por la fricción del pañal.

La orina y las heces provocan un incremento del pH, que además de causar irritación directa aumenta la permeabilidad de la piel a las sustancias irritantes de la orina y las heces.

El uso de jabones o detergentes y de toallitas con alto contenido alcohólico afecta a la barrera cutánea y puede producir irritaciones y reacciones de hipersensibilidad. Además, es frecuente que haya una infección secundaria causada por el hongo *Candida albicans*, que puede empeorar el cuadro.

### Epidemiología

La mayoría de los niños desarrolla dermatitis del pañal por lo menos una vez durante su lactancia; de hecho, la dermatitis del pañal es la causa más frecuente de consulta dermatológica en este periodo. Se observa con mayor frecuencia entre los 6 y 12 meses de edad y afecta por igual a ambos sexos.

La incidencia de la dermatitis del pañal es 3 o 4 veces superior en los niños con diarrea.

### Clínica

La sintomatología principal es que la zona de contacto con el pañal se encuentra enrojecida y puede haber des-

camación y quemazón de intensidad variable. En casos más graves el eritema es más intenso y pueden verse ampollas y exudación. Cuando existe una sobreinfección por *Candida albicans* el eritema es intenso, de color rojo violáceo, con formación de pápulas de extensión periférica.

Se puede clasificar en:

- Dermatitis irritativa de las zonas convexas: las lesiones cutáneas aparecen en las zonas donde hay un contacto más directo con el pañal, como son los genitales externos, las nalgas y la zona perianal.
- Dermatitis irritativa lateral: aparece en la zona lateral de las nalgas, donde el pañal carece del material absorbente y hay más contacto con el material plástico.
- Dermatitis irritativa perianal: irritación de la zona anal y perianal, debida al contacto prologado con las heces.

### Diagnóstico

El diagnóstico de la dermatitis del pañal es clínico. Debido a que en la misma zona pueden desarrollarse otras patologías se debe realizar un diagnóstico diferencial con las más comunes, por ejemplo, la dermatitis seborreica: se manifiesta en forma de finas escamas o escamas gruesas de aspecto grasoso y amarillento, que afectan sobre todo a los pliegues inguinales.

### Causas de remisión al médico

Se debe remitir el caso al pediatra cuando:

- El área afectada se extiende más allá de la zona del pañal.
- La dermatitis se acompañe de fiebre u otros síntomas generales.
- Aparezcan ampollas, úlceras o signos de una posible infección secundaria.
- El bebé presente una dermatitis durante las primeras seis semanas de vida.

Además, se debe acudir al médico cuando el cuadro empeora o no desaparece en 4-6 días después de que se haya comenzado el tratamiento.

## Tratamiento

### Prevención y medidas higiénicas

En esta afección es especialmente importante adoptar medidas preventivas, de manera que la piel de esa zona permanezca siempre limpia y seca evitando así la humedad, roce y maceración de la piel. Para ello se recomienda:

- Aumentar la frecuencia del cambio del pañal.
- Usar pañales desechables.
- Limpiar la zona en cada cambio con agua templada, sólo cuando sea necesario utilizar un jabón muy suave, evitando jabones alcalinos o perfumes, porque éstos aumentan la irritación.
- Secar bien la zona perineal, haciendo hincapié en los pliegues.
- Mantener durante un tiempo al niño sin el pañal para que se ventile bien la zona.
- Aplicar pomadas con efecto barrera para que disminuya el riesgo de irritación. El óxido de cinc es uno de los protectores más utilizados; además de formar una barrera de protección contra la humedad tiene propiedades antisépticas.

### Tratamiento farmacológico

Se pueden emplear:

- Corticoides: si es necesario recurrir al uso de corticoides tópicos, deben emplearse siempre los de baja potencia y tener en cuenta que su absorción sistémica se ve aumentada por la oclusión.
- Antifúngicos: se utilizan para tratar la sobreinfección por *Candida albicans*, que es bastante frecuente.
- Antibióticos: se usan en casos de sobreinfección bacteriana.

### Bibliografía

Bauer A, Schmitt J, Bennett C, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Intervenciones para la prevención de la dermatitis por contacto irritativa ocupacional. Disponible en: [HYPERLINK http://www.cochrane.org/es/CD004414/intervenciones-para-la-prevencion-de-la-dermatitis-por-contacto-irritativa-ocupacional](http://www.cochrane.org/es/CD004414/intervenciones-para-la-prevencion-de-la-dermatitis-por-contacto-irritativa-ocupacional)

Fonseca E. Dermatitis atópica. [Fisterra.com](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-atopica/). Disponible en: [HYPERLINK http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-atopica/](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-atopica/)

Fonseca E. Dermatitis seborreica. [Fisterra.com](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-seborreica/). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-seborreica/>

Goday J, Domínguez P. Dermatitis de contacto. [Fisterra.com](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-contacto/). Disponible en: [HYPERLINK http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-contacto/](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-contacto/)

González P. Dermatitis atópica. *Aula de la farmacia*, 2014; 10(101): 16-23.

Herrera E, Galvez MV. Dermatitis fotoalérgica y fototóxica. En Herrera E, Moreno A, Requena L, Rodríguez JL. *Dermatología: Correlación clínico-patológica*. Madrid: Menarini, 2007. Disponible en: [HYPERLINK http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma021.pdf](http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma021.pdf)

McKoy K. Dermatologic disorders: Dermatitis. En: Porter RS, Kaplan JL. *The Manual Merck of Diagnosis and Therapy*. Whitehouse Station: Merck Sharp & Dohme, 2011. Disponible en: [http://www2.univadis.net/opencms5/opencms/manual\\_merck/10/MM\\_10\\_111](http://www2.univadis.net/opencms5/opencms/manual_merck/10/MM_10_111)

Medina DE. Dermatitis seborreica: una revisión. *Dermatología Cosmética Médica y Quirúrgica*. 2015; 13(1). Disponible en: <http://dcmq.com.mx/edicion-abril-junio-2014-volumen%2012-n%C3%BAmero-2/279-dermatitis%20seborreica-una%20revisi%C3%B3n>

Pérez L, Gómez P. Curso básico Actualización en dermofarmacia. *Farmacia Profesional*. 2013; 27(2): 38-47.

Zambrano E, Torredo A, Zambrano A. Dermatitis del pañal. Disponible en: [HYPERLINK http://www.aeped.es/sites/default/documentos/dermatitis-panal.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/documentos/dermatitis-panal.pdf)

