

Anexo 8. Tratamientos tópicos en Atención Primaria: corticoides tópicos y para infiltraciones (equivalencias), soluciones secantes, excipientes y apósitos

Corticoides tópicos

La eficacia de los corticoides tópicos depende de su potencia y capacidad de penetración en la piel. Basándose en la potencia, que depende del tipo de corticoide y de su concentración, los corticoides se clasifican en 4 grupos.

La penetrabilidad depende del vehículo utilizado (cuanto más graso, mayor penetración), del modo de aplicación (la penetración es mejor en cura oclusiva) y del grosor de la piel que se ha de tratar (en pliegues la penetración es muy superior que en palmas y plantas).

Clasificación de los corticoides tópicos según su potencia
Potencia muy alta
<ul style="list-style-type: none"> • Clobetasol 0,05%: Decloban®, Clovate® • Fluocinolona acetónido 0,2%: Synalar forte®
Potencia alta
<ul style="list-style-type: none"> • Betametasona valerato unguento 0,1%: Betnovate®, Celestoderm® (ungüento) • Betametasona dipropionato 0,05%: Diproderm® • Beclometasona dipropionato 0,025%: Menaderm® • Beclometasona salicilato 0,025%: Dereme® • Desoximetasona 0,25%: Flubason® • Diflucortolona valerato 0,05%: Claral® • Fluclorolona acetónido 0,025%: Cutanit Ultra® • Fluocinolona acetónido 0,025%: Synalar®, Gelidina® • Fluocortolona 0,2%: Ultralan M® • Flupamesona: Flutenal® • Metilprednisolona aceponato 0,1%: Adventan®, Lexxema® • Mometasona furoato 0,1%: Elocon unguento® • Prednicarbato 0,25%: Batmen®, Peitel® (ungüento)
Potencia media
<ul style="list-style-type: none"> • Betametasona valerato 0,1%: Betnovate® crema, Celestoderm® • Clobetasona butirato 0,05%: Emovate® • Hidrocortisona butirato propionato 0,1 %: Isdinium®, Ceneo® • Hidrocortisona aceponato 0,1%: Suniderma® • Mometasona furoato 0,1%: Elocom crema® • Prednicarbato 0,25%: Batmen crema®, Peitel crema®
Potencia baja
<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocortisona 1-2,5%: Lactisona®, Schericur®. • Fluocortina 0,75%: Vaspit®.

Adaptado de: Miller J J , Roling D, Margolis D, Guzzo C. Failure to demonstrate therapeutic tachyphylaxis to topically applied steroids in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol. 1999;41:546-9.

Recomendaciones para el uso correcto de los corticoides tópicos

1. Evitar en grandes dosis, zonas extensas o tratamientos prolongados.
2. Descartar que no haya infección o parasitosis.
3. Usar corticoides de baja potencia en niños y ancianos.
4. Utilizar corticoides de baja potencia en pliegues, en la cara, en dermatosis muy extensas y cuando hay solución de continuidad de la piel.
5. Reservar los corticoides potentes para las palmas y las plantas y las dermatosis liquenificadas.
6. Restringir el uso de corticoides potentes, muy potentes y la cura oclusiva a períodos cortos y en casos seleccionados.
7. Advertir al paciente del fenómeno de taquifilaxia y del efecto rebote.
8. Al mejorar la dermatosis, sustituir el corticoide por otro de menor potencia y posteriormente por cremas hidratantes.
9. Intercalar períodos de descanso del tratamiento para evitar efectos secundarios y la taquifilaxis.
10. Controlar periódicamente las dermatosis crónicas en tratamiento con corticoides.

Vehículo de elección según la localización de la lesión

1. Tronco y superficie de extensión de las extremidades: pomadas.
2. Palmas y plantas: ungüentos (vaselina).
3. Piel fina (pliegues, cara y superficie de flexión de las extremidades): cremas.
4. Cuero cabelludo: champús, geles y cremas lavables.

Efectos secundarios de los corticoides tópicos

Efectos secundarios locales:

- Atrofia epidérmica y dérmica.
- Estrías.
- Telangiectasias.
- Fragilidad cutánea.
- Hipertrichosis.
- Hipopigmentación.
- Mala cicatrización de heridas y úlceras.
- Dermatitis de contacto.
- Acné corticoide.
- Rosácea-dermatitis perioral.
- Sobreinfección de dermatosis.

Efectos secundarios si se aplican en la región periocular:

- Glaucoma.
- Cataratas.

Efectos secundarios sistémicos (si se aplican corticoides potentes en superficies muy extensas y por tiempo prolongado):

- Supresión del eje hipotálamo-hipofisario.
- Menor crecimiento (cierre precoz de las epífisis).
- Cushing iatrogénico.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión.

Corticoides para infiltraciones locales

Los pacientes con diabetes que reciben infiltración en tejidos blandos periarticulares deben vigilar sus niveles de glucosa en sangre durante 2 semanas después de la inyección (GR C).

Medicamento	Potencia glucocorticoide ^a	Dosis equivalente (mg)
Metilprednisolona 40 mg/ml NC: EFG®	5	40
Triamcinolona acetónido 40 mg/ml NC: Trigon depot® amp 1 ml	5	40
Betametasona acetato 6 mg/2 ml NC: Celestone cronodose® (3 mg acetato + 3 mg fosfato) amp 2 ml	30	6

^a Comparada con hidrocortisona = 1.
NC: nombre comercial

Equivalencias en potencia antiinflamatoria y en dosis de algunos corticoides frecuentemente utilizados

Medicamento	Potencia antiinflamatoria relativa	Dosis equivalente (mg)
Cortisona	1	20
Hidrocortisona	1	20
Prednisona	4	5
Prednisolona	4	5
Metilprednisolona	5	4
Triamcinolona	5	4
Parametasona	10	2
Betametasona	25	0,75
Dexametasona	25	0,75

Soluciones secantes

	Formulación	Acción	Indicaciones	Instrucciones para el paciente	Conservación	Consideraciones
Sulfato de cobre (en fórmula magistral)	Sulfato de cobre 1 g para un papelillo 1/1.000 ^a	Astringente, germicida	Lesiones exudativas	Disolver 1 papelina en 1 l de agua Aplicar cada 8 h durante 10-20 min mediante compresas mojadas sobre la lesión	Temperatura ambiente	En mucosa genital, es conveniente rebajar la concentración al 0,5/1.000 (p. ej., diluir en 2 l de agua)
Sulfato de cinc (en fórmula magistral)	Sulfato de cinc 1 g para un papelillo 1/1.000 ^a	Astringente, germicida	Lesiones exudativas, sobre todo por herpes virus	Disolver 1 papelina en 1 l de agua Aplicar cada 8 h durante 10-20 min mediante compresas mojadas sobre la lesión	Temperatura ambiente	En mucosa genital, es conveniente rebajar la concentración al 0,5/1.000 (p. ej., diluir en 2 l de agua)
Permanganato potásico (en fórmula magistral)	Permanganato 0,1 g para un papelillo 1/10.000 ^a	Astringente, germicida y fungicida	Lesiones exudativas. Intertigo	Disolver 1 papelina en 1 l de agua Aplicar cada 8 h durante 10-20 min mediante compresas mojadas sobre la lesión	Temperatura ambiente Caducidad de 3 meses Proteger de la luz (envolver la botella en papel de aluminio)	Tiñe de oscuro la piel, las uñas y el recipiente
Septomida (agua de los tres sulfatos)	Potassium alum, sulfato de cinc, sulfato de cobre, sílica	Limpieza y protección de la piel		Disolver el contenido del frasco o sobre en 1 l de agua corriente y aplicar cada 12 h sobre la piel		Evitar contacto con los ojos. Si se produjera, lavar con abundante agua Precio: 12 sobres: 10,77 € 30 sobres: 15,75 €

^a Indicar en la receta el número de papelillos que se prescriben.

Excipientes o vehículos en el tratamiento dermatológico

1) Lociones y fomentos

Los componentes fundamentales de las lociones son el alcohol, el propilenglicol y otros hidrocarburos.

2) Geles, cremas, pomadas y ungüentos

Los geles son productos semisólidos que se licúan al calentarse en contacto con la piel, dejando una capa no grasa y no oclusiva. Los ungüentos están compuestos por combinaciones de grasas. Si se añade una parte de agua se obtienen las pomadas, emulsiones con menos del 50% de agua. Ambos se acumulan en el estrato córneo formando una capa oclusiva que favorece la hidratación de la piel y aumenta la absorción percutánea de los principios activos que transportan. En las cremas, la cantidad de agua es superior al 50%; al ser menos grasas son más aceptables cosméticamente.

Elección del vehículo

El vehículo se escoge en función del grado de inflamación de la dermatosis y, en menor medida, de su localización.

Interacciones		Loción/ fomento	Gel	Crema	Pomada	Ungüento
Dermatosis	Aguda	+	+	+	-	-
	Subaguda	+	-	+	-	-
	Crónica	-	-	-	+	+
Zona	Pilosa	+	+	-	-	-
	Cara	+	+	+	-	-
	Axila y escroto	+	+	+	-	-
	Palmas y plantas	-	-	-	+	+
Tipo de piel	Grasa o húmeda	+	+	-	-	-
	Normal	-	-	+	-	-
	Seca	-	-	-	+	+
	Liquenificada	-	-	-	-	+
Afectación	Extensa	+	+	+	+	-
	Localizada	-	-	-	+	+
Afectación	Baja	+	+	-	-	-
	Media	-	+	+	-	-
	Alta	-	-	-	+	-
	Muy alta	-	-	-	-	+

Modificada de: <http://www.dermatoweb.net>

Utilización de los apósitos en Atención Primaria

Conceptos básicos y características

Absorción: capacidad para absorber el exudado. Una lenta capacidad de saturación del apósito significa que posee una alta capacidad de absorción del exudado. La vida del apósito es más larga cuanto mayor es su capacidad de absorción.

Tiempo de permanencia: íntimamente relacionado con el concepto anterior. Suele oscilar entre 3 y 7 días (si se usan correctamente), en función de la intensidad del exudado (hasta saturación total).

Hidratación: la presencia de humedad mejora la migración de la epidermis. Esta humedad puede proceder de dos fuentes: de la propia úlcera (a mayor exudación mayor humedad) o del apósito, existiendo apósitos con una elevada proporción de agua. La hidratación ayuda a que el apósito no se adhiera a la úlcera (es lo que interesa). En una úlcera con escaso exudado es mejor utilizar apósitos enriquecidos en agua (preferiblemente un gel o un apósito con hidrogel).

Adhesividad en piel perilesional: interesa que sea débil ya que, en muchas ocasiones, el estado de esta piel perilesional está algo deteriorado. Si estuviese en buenas condiciones, pueden utilizarse apósitos con banda adhesiva.

Adhesividad en lecho ulceroso: interesa que sea escasa para evitar que se arrastre el tejido de granulación al retirar el apósito.

Adaptabilidad: interesa que los apósitos se adapten a la zona de la lesión.

Vocabulario

Placa: sinónimo de apósito.

Film: significa que solo hay una capa o película. Los films de poliuretano se utilizan habitualmente para fijar a la piel distintos tipos de vías, como por ejemplo las palomitas para la administración de fármacos por vía subcutánea; también para la prevención primaria de las úlceras pero teniendo la precaución de que son altamente adhesivos. En principio, puede afirmarse que no están indicados en el tratamiento de las úlceras.

Estructura amorfa: término referido a las presentaciones en forma de gel.

Cinta: apósito de esa forma.

Apósito de espuma o foam: sinónimo de apósito de poliuretano.

Tipos de apósitos y características

Ante una úlcera cutánea es fundamental realizar una limpieza adecuada para su buena cicatrización. El suero salino fisiológico es una opción válida y debe desaconsejarse el uso sistemático de antisépticos. El desbridamiento es muy importante para favorecer la cicatrización de una úlcera cutánea crónica. La técnica de la cura húmeda facilita el desbridamiento autolítico y la regeneración tisular. La elección del apósito depende del carácter crónico o agudo de la herida, del estadio de cicatrización y de situaciones particulares (hemorragia, infección, mal olor, fragilidad de la piel). Actualmente ningún apósito acelera la cicatrización fisiológica pero debería mantener las condiciones ideales para la limpieza, granulación y epitelización. Un apósito ideal debe mantener un medio húmedo, ser permeable a los intercambios gaseosos, absorber el exudado excesivo y componentes tóxicos, ser impermeable a los líquidos y no ser adherente a la herida. Se debe poder cambiar sin lesionar la herida, ser adaptable, estéril y adecuado para la vida del paciente.

Indicación de los diferentes tipos de apósitos en función del aspecto de la herida			
	Limpieza	Granulación	Epitelización
Hidrocoloides	Sí	Sí	Sí
Hidrocelulares	-	Sí	Sí
Hidrogeles	Sí	-	-
Alginatos	Sí	Sí	-
Apósitos de carbón activado	Herida infectada		
Apósitos con plata			
Apósitos grasos/interfase	-	Sí	Sí
Apósitos de poliuretano	-	Sí	Sí

Indicación en función de la herida y del estadio de cicatrización	
Necrosis negra y seca	Hidrogel
Úlcera superficial y seca	Hidrocoloide o espuma de poliuretano; hidrogel
Úlcera superficial y húmeda	Hidrocoloide; alginato
Fibrina o necrosis húmeda	Hidrogel (poco exudativa); alginato (poco exudativa); hidrofibra (muy exudativa)
Granulación excesiva	Pomada de corticoides de potencia alta cubierta (o no) de interfase
Herida hemorrágica	Alginato cálcico
Herida en fase de epitelización	Hidrocoloide fino; hidrocelular; apósitos grasos
Úlcera profunda y húmeda	Alginato en mecha; hidrofibra en mecha; hidrocoloide en pasta; hidrocelular en almohadilla
Herida muy exudativa	Alginato cálcico o hidrocoloide; hidrofibra o hidrocelular
Herida en fase de granulación	Hidrocoloide; hidrocelular; alginato; hidrofibra
Herida superficial, dermoabrasión, quemadura superficial	Hidrocoloide; hidrocelular; tul graso e interfase
Herida maloliente	Apósito de carbón activado
Herida infectada	Alginato; apósito de carbón activado

1. Hidrocoloides

Composición:

Derivados de carboximetilcelulosa sódica, gelatina o pectina. Según el grosor de la cubierta de poliuretano pueden ser o no permeables al oxígeno. Presentación en estructuras amorfas (gel, pasta, gránulos) y en láminas o placas.

Propiedades:

Proporciona un ambiente húmedo que estimula la cicatrización (granulación y epitelización). Buena adhesividad al lecho ulceroso y a la piel sana. Elevada capacidad desbridante. Se transforman en gel al contactar con el exudado. Producen mal olor y hay que advertirlo al paciente. Buena adaptabilidad. Moderada capacidad de absorción.

Indicaciones:

En cualquier estadio de la cicatrización en úlceras y escaras muy poco exudativas. Desbridante autolítico.

Contraindicaciones:

Úlceras con abundante exudado. Heridas infectadas, con un tejido de granulación excesivo o necróticas. Heridas muy profundas que penetran hasta aponeurosis, cartílago, tendones o hueso. Heridas que requieran vigilancia diaria. Piel deteriorada o frágil. Interaccionan con el agua oxigenada, el hipoclorito y el yodo.

Modo de empleo y recomendaciones:

Adaptar la placa al tamaño de la úlcera. El apósito debe superar 2-3 cm de tejido sano. Se cambia si está saturado (masa esférica de gel y despegamiento periférico). Si se usa pasta o gránulos en cavidades, no rellenar más del 50%. Se cambia cada 2-3 días (en fase de autólisis), cada 4 días (granulación) y hasta cada 7 días si está en fase de epitelización.

2. Hidrocelulares

Composición:

Apósitos absorbentes, hidrófilos y compuestos de polímeros. Tienen tres capas y están disponibles en distintas formas anatómicas, de grosor variable y con reborde adhesivo o sin él.

Propiedades:

Son de absorción elevada y mantienen la humedad en las heridas sin adherirse al tejido de granulación por lo que son útiles en esta fase. Pueden aplicarse hasta la cicatrización completa.

Indicaciones:

Granulación y epitelización de heridas moderadamente exudativas: escaras, quemaduras, úlceras, pie diabético. También si la piel perilesional es frágil.

Modo de empleo y recomendaciones:

No se deben humidificar. Se cambian cada 4-8 días según el exudado. No son compatibles con agentes oxidantes. Según el tipo de pacientes se pueden duchar, lavar y llevar una vida normal.

3. Hidrogeles

Composición:

Polímeros sintéticos con una gran parte de agua. Se presentan en forma de láminas o placas transparentes y en estructura amorfa (gel o gránulos).

Propiedades:

Proporcionan un medio húmedo al liberar grandes cantidades de agua a la herida y no se pega al lecho ulceroso. Favorecen el desbridamiento autolítico e hidratan los tejidos necróticos y secos. Buena adaptabilidad. Evitan la adherencia de otros apósitos.

Indicaciones:

Úlceras y escaras secas (poco exudativas) y fibrinosas. Facilita el desbridamiento de tejido necrótico.

Contraindicaciones:

No se aconsejan en heridas muy exudativas o tejidos gangrenosos. No asociar con antisépticos ni con hidrocoloides.

Modo de empleo y recomendaciones:

La adhesividad en piel perilesional es nula. Se aplica en la herida sin sobrepasar la piel circundante y después se recubre con un apósito secundario impermeable. Se cambia cada 48-72 h; en heridas necróticas cada 24 h, salvo si llevan propilenglicol o cloruro de sodio (cada 12-24 h). El gel puede eliminarse aclarando con suero salino isotónico.

4. Alginatos

Composición:

Compuestos mayoritariamente de sales de calcio de ácido algínico a partir de extractos de algas. En forma de láminas o placas y mechas con buena adaptabilidad en cavidades.

Propiedades:

Muy absorbentes. Se transforman en gel al contactar con exudados. Favorecen el desbridamiento y pueden usarse en heridas infectadas (bacteriostáticos). Al contactar con la sangre favorecen la agregación plaquetaria.

Indicaciones:

Lesiones muy exudativas. Úlceras con necrosis húmeda: desbridamiento. Heridas con hemorragias y exudados hemorrágicos, heridas infectadas o eccematizadas.

Contraindicaciones:

Heridas no exudativas, necrosis seca.

Modo de empleo y recomendaciones:

Aplicar la compresa sobre la herida y recubrirla con apósito secundario: esparadrapo (úlceras infectadas) o film de poliuretano (úlceras no infectadas). Se cambia en función del exudado: diariamente si son heridas infectadas o muy exudativas o cada 2-3 días. Al retirarlo puede precisar su humidificación con suero fisiológico en heridas hemorrágicas y moderadamente exudativas para conservar el tejido de granulación.

5. Carbón activado

Composición:

Soportes con carbón activado e iones de plata. En forma de láminas y compresas.

Propiedades:

Favorecen el drenaje de bacterias y la absorción y neutralización de malos olores.

Indicaciones:

Heridas malolientes, muy exudativas o infectadas.

Modo de empleo y recomendaciones:

En las placas de necrosis secas o húmedas debe realizarse la eliminación mecánica antes de aplicar el apósito de carbón. No humidificar con suero salino ni cortar el apósito. Si la herida es muy exudativa, poner un apósito secundario. Se cambian cada 2-3 días o diariamente si la herida está infectada.

6. Apósitos con plata

Composición:

Asociados a otros apósitos (carbón activado, hidrocoloide, poliuretano, etc.), con capacidad moderada o alta de absorber exudados. Soportes: crema, tul, interfase, hidrofibra, malla.

Propiedades:

Su capacidad de absorción y la hidratación que proporciona está en función de la asociación. Mantiene ambiente húmedo. Elevada adhesividad al lecho ulceroso, precisa hidratación para que no se adhiera. Reduce la carga bacteriana.

Indicaciones:

Úlceras sospechosas de colonización bacteriana o de evolución tórpida. Úlceras altamente exudativas.

Contraindicaciones:

Infección localizada o sistémica. Heridas que cicatrizan normalmente. Embarazo, lactancia.

Modo de empleo y recomendaciones:

Permanece de 3 a 7 días si se presenta aislado. El cambio depende de la saturación. Interacciona con el suero fisiológico.

7. Apósitos grasos. Interfases

Composición:

Apósitos grasos: gasa hidrófila impregnada de vaselina, parafina o carboximetilcelulosa. Interfases: mallas más estrechas.

Propiedades:

Menor adherencia a la herida. Acción proinflamatoria que ayuda a formar tejido de granulación. No provocan maceración. No tienen capacidad de absorción.

Indicaciones:

Heridas poco exudativas en fase de granulación o epitelización. No indicados en fase de desbridamiento.

Modo de empleo y recomendaciones:

Requieren apósito secundario. Se cambian cada 2 días (apósitos grasos) a 5 días (interfases).

8. Apósitos de poliuretano/espumas

Composición:

Poliuretano con capacidad moderada o alta de absorber exudados reteniéndolo. Varias capas, grosores, con y sin borde adhesivo.

Propiedades:

Gran capacidad para absorber el exudado. A más exudado mayor hidratación y menor adhesividad al lecho ulceroso. Capacidad desbridante y protectora. No se descompone ni deja residuos.

Indicaciones:

Úlceras muy exudativas no infectadas. Protectores para el alivio de la presión local. No deben usarse en úlceras infectadas o escaras secas.

Contraindicaciones:

Lesiones seca o no exudativas. Úlceras infectadas.

Modo de empleo y recomendaciones:

Permanece de 3 a 7 días según el exudado. No usar con agentes oxidantes como el hipoclorito, yodo y el agua oxigenada.

9. Hidrofibras

Composición:

Compresas o mechas de fibras de carboximetilcelulosa.

Propiedades:

Muy absorbentes. Mantiene un medio húmedo. Los bordes de la herida están protegidos por no haber dispersión lateral de los exudados. No se adhieren a la herida. Controlan la contaminación bacteriana.

Indicaciones:

Heridas infectadas o en riesgo. Granulación de heridas agudas y crónicas.

Modo de empleo y recomendaciones:

No humidificar antes de aplicarla en heridas exudativas. Requieren apósito secundario. Se cambia en función de los exudados, generalmente cada 2-3 días, y a diario si la herida está infectada.