

PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE
DERMATOLOGÍA



PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE DERMATOLOGÍA

Muchas patologías dermatológicas pueden resolverse en una primera intervención, tanto en adultos como en niños. Para optimizar los recursos en nuestro servicio es que se han diseñado éstos protocolos en relación a las siguientes patologías, escogidas por su frecuencia en la población:

- **Rosácea**
- **Dermatitis de contacto**
- **Dermatitis atópica**
- **Psoriasis**
- **Acné**
- **Lesiones pigmentadas en la piel**
- **Escabiosis**
- **Pediculosis**

FLUJOGRAMA

Cuando alguna de éstas patologías no se resuelve en una primera instancia de acuerdo a los protocolos, ésta se deriva vía Interconsulta a la admisión del CDT del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, en donde se asignará una hora de acuerdo a disponibilidad de cupos.

La Interconsulta deberá contener:

1. Impresión diagnóstica
2. Motivo de derivación
3. Tratamiento previo aplicado
4. Nombre del médico (timbre), para poder contrareferir.

ROSACEA

Dra. Elva Moncayo

Afección crónica que compromete la cara de personas adultas, con episodios de eritema intermitente inducido por estímulos como son: exposición a rayos ultravioleta, calor, frío, stress, bebidas alcohólicas, condimentos y/o alimentos calientes.

Se presenta en tres etapas:

- Etapa I: eritema persistente con telangiectasias.
- Etapa II: eritema persistente, telangiectasias, pápulas y pústulas
- Etapa III: se añade edema a la etapa II.

COMPLICACIONES:

- Rinofima,
- Compromiso ocular (blefaritis, conjuntivitis y queratitis).

MANEJO

Etapa I

- Medidas generales (indicar en todas las etapas):
 - Evitar factores agravantes: condimentos, alimentos calientes, alcohol.
 - Protección solar.
 - Evitar cambios de temperaturas extremas.

Etapa II:

- Bajo número de pápulas y/o pústulas:
 - Tratamiento tópico: Gel de metronidazol 0.75%. Aplicar en las noches en zona afectada.
 - Si hay mejoría mantener por tres meses y reevaluar.
- Presencia moderada de pápulas y pústulas:
 - Agregar: Tetraciclina 250 mg x 3 veces al día por un mes.
 - Si hay mejoría, disminuir gradualmente la dosis hasta el tercer mes, luego continuar con tratamiento tópico y reevaluar.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Pacientes en etapa II con abundantes lesiones
- Predominio de lesiones pustulosas
- Falta de respuesta a tratamiento adecuado
- Pacientes en etapa III
- Pacientes con rinofima progresivo
- Pacientes con tendencia a la recidiva
- Antecedentes de uso prolongado de corticoides tópicos

CONTRAREFERENCIA

Al estabilizarse el paciente será referido nuevamente al Centro de APS para continuar con las medidas generales descritas.

DERMATITIS DE CONTACTO

Dr. Orlando Ahumada

La dermatitis de contacto representa la respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos. Existen dos subtipos: la dermatitis de contacto alérgica y dermatitis de contacto irritativa:

- La dermatitis de contacto alérgica es resultado de una reacción inflamatoria de hipersensibilidad celular tipo IV (Clasificación de Gell y Coombs) mediada por linfocitos T y solo la van a desarrollar los pacientes sensibilizados al alérgeno determinado con el que entren en contacto
- La dermatitis de contacto irritativa es la causada por el daño tóxico directo a la piel y se caracteriza por que todos los individuos expuestos a la sustancia tóxica en cantidad y duración suficientes van a desarrollar la dermatitis.

La apariencia clínica, es a menudo, la de una erupción eczematoso pruriginosa bien delimitada en la zona de exposición con el agente. Puede ser:

Aguda:

- Eritema
- Edema
- Vesículas
- Exudado
- Costras hemáticas y/o mielicéricas

Crónica :

- Placas descamativas, liquenificadas con excoriaciones
- Piel seca

MANEJO

1. Identificar el elemento contactante y suspenderlo. (Ver tabla)
2. Evitar agentes agravantes, por ejemplo: exposición excesiva al agua, jabones y detergentes.
3. Uso de corticoides:

Tratamiento tópico:

Cara y pliegues: Hidrocortisona 1%, crema o pomada, 3 v/d por 7 días

Tronco y extremidades: Betametasona crema, 2 veces al día por 7 días en los cuadros leves,

Tratamiento oral: (dermatitis agudas severas)

Prednisona 0,5 a 1 mg/kg día, por 7 días repartidos en tres tomas diarias.

4. Asociar lubricación en el área afectada (vaselina sólida o Novo Base II), varias veces al día. Mantener en el tiempo.

No usar emulsionados.

5. Uso de antihistamínicas vía oral en caso de prurito intenso
Clorfenamina 4 mg x 2-3 v/d,
Hidroxicina 20 mg en la noche (Dalún, Fasarax). Niños 1 mg/Kg día.
6. Manejos especiales:

- Dermatitis de las manos
 - Uso de doble guante. Guante de algodón (lavado con jabón popeye blanco), en contacto directo con la mano, sobre este un guante de látex o goma.
 - Crema para manos (Neutrogena crema para manos), 5-6 veces al día.
 - Resto cuidados igual

- Dermatitis por níquel
 - Evitar el contacto con metales (aros de fantasía, hebillas, broches).
 - Resto cuidados igual.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Todo eccema crónico
- Eccemas resistentes a manejo anterior.
- Lesiones persistentes en palmas y plantas
- Ante cualquier dermatosis que se sospeche pueda ser ocupacional.

Localización del eccema y agentes etiológicos responsables más frecuentes	
Localización	Agente etiológico
Cuero cabelludo y orejas	Champús, tintes de cabello, medicaciones tópicas
Párpados	Laca de uñas, cosméticos, productos capilares, medicaciones tópicas
Cara	Alergenos aéreos, cosméticos, filtros solares, medicaciones para el acné, lociones de afeitado
Cuello	Cadenas, alergenos aéreos, perfumes, lociones de afeitado
Tronco	Medicaciones tópicas, filtros solares, plantas, ropa, elementos metálicos, gomas de la ropa interior
Axila	Desodorante, ropa
Brazos	Relojes y correas
Manos	Jabones y detergentes, alimentos, disolventes, cementos, metales, medicaciones tópicas, guantes de goma
Genitales	Preservativos, alergenos transferidos por las manos
Región anal	Preparaciones de hemorroides, preparaciones antifúngicas
Piernas	Medicaciones tópicas, tintes de medias
Pies	Zapatos, cemento.

DERMATITIS ATÓPICA

Dra. Paula Molina

La Dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria y pruriginosa de la piel, crónicamente recidivante y desencadenada por diversos factores precipitantes que actúan sobre un terreno congénitamente alterado.

El diagnóstico es clínico y se basa fundamentalmente en:

- La existencia de prurito
- Piel seca
- Curso crónico
- Lesiones eccematosas en localizaciones típicas: mejillas, frente o extremidades distales en menores de 4 años y pliegues cutáneos antecubital, fosas poplíteas y cuello en niños mayores.
- Antecedentes personales o familiares de atopia.

TRATAMIENTO A REALIZAR EN CONSULTORIO

1. Evitar irritantes:
 - Uso de ropa algodón (evitar lanas y ropa sintética)
 - Uso de detergente neutro (Popeye blanco)
 - No usar suavizantes
 - No usar colonias ni perfumes
 - Sacar etiquetas ropa
 - Baños cortos y agua tibia
 - Uso de jabón y shampoo neutro (glicerina, afrecho, sustitutos de jabón)
 - Evitar sobreabrigo
2. Tratamiento de la xerosis: la LUBRICACION diaria del paciente atópico es vital en el tratamiento. Se aconseja 2 veces al día, idealmente después baño. Deben utilizarse emolientes neutros como por ejemplo Novo base II, Crema Nivea lata azul o Lubriderm Avena. **No usar aceite emulsionado.**
3. Tratamiento de eccema agudo: se debe utilizar corticoides tópicos de baja potencia, por ejemplo hidrocortisona 1%, mometasona o fluticasona, dependiendo de la zona a tratar por un máximo de 7 días y suspender. Evitar corticoides orales.

4. Tratamiento del prurito: es vital disminuir rascado en un niño atópico. Se puede utilizar clorfenamina maleato (0,2 -0,4 mg/kg/día) o hidroxicina (1 mg/kg/día). (Dalún, Fasarax)
5. Tratamiento de sobreinfección: en casos en que se sospecha sobreinfección se debe dejar antibióticos, ya sea tópicos (mupirocina, ácido fusídico o pomada de cloranfenicol) o en casos más severos antibióticos sistémicos principalmente contra *S. aureus* (cloxacilina, flucloxacilina o eritromicina en pacientes con antecedentes de alergia a PNC).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Paciente que no responde a tratamiento luego de 1 mes siguiendo las indicaciones anteriormente detalladas
- Paciente con lesiones ecematosas que comprometen más del 20 % de la superficie corporal
- Paciente con infecciones recurrentes
- Paciente con eccema recurrente
- Paciente con prurito intratable
- No derivar a pacientes atópicos para realizar Prick test ya que no se realiza en este servicio.

CONTRAREFERENCIA

Cuando el paciente atópico tratado en el Servicio de Dermatología esté estabilizado se derivará nuevamente a Consultorio para continuar con el manejo de contactantes, lubricación y prurito.

PSORIASIS

Dr. Hernán Correa

DIAGNÓSTICO

Sospechar en los siguientes casos:

- **Cuero cabelludo:** Lesiones eritematosas con escama blanquecina, pruriginosa, persistentes, especialmente si están ubicadas en región occipital.
- **Piel:** Lesiones eritematosas con escama plateada en la periferia de la placa, persistentes, especialmente si se ubican en codos y rodillas.
- **Palmas y plantas:** Lesiones vesiculopustulosas persistentes, ubicadas sobre base escamosa y eritematosa.

MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cuero cabelludo:

Si el compromiso es de menos del 10% de cuero cabelludo: Aplicar lociones que contengan corticoide y ácido salicílico por un período máximo de 3 semanas.

Labosalic loción 2 v/d

Derivar:

- Si no hay respuesta a tratamiento
- Compromiso de más del 10% de cuero cabelludo
- Presencia de lesiones exudativas
- Asociado a pediculosis
- Caspa abundante y persistente

Piel:

Si el compromiso es inferior a 5% de superficie corporal total: Alquitrán de hulla al 5% en vaselina, aplicar 1 vez al día por 30 días, si se observa mejoría, continuar hasta la eliminación de la lesión.

Si se observa escama queratótica, agregar: Vaselina salicilada al 6% en vaselina, una vez al día.

Derivar:

- Pacientes con compromiso de más de 5% de superficie corporal.
- No hay respuesta a los 30 días
- Presencia de lesiones exudativas
- Presencia de lesiones pustulares

- Predominio de lesiones gruesas con fisuras
- Presencia de lesiones en pliegues
- Lesiones ubicadas en cara, pabellones auriculares

Palmas y plantas:

Áreas comprometidas de tamaño inferior a 5 cm de diámetro: Aplicar clobetasol crema 2 veces al día por 2 semanas, si se observa mejoría continuar por un máximo de 4 semanas.

Derivar:

- Placas de más de 5 cm de diámetro
- Lesiones que no responden a tratamiento
- Lesiones fisuradas

CONTRAREFERENCIA

Los pacientes que hayan recibido tratamiento sistémico en Servicio de Dermatología serán referidos a APS para que continúen tratamiento de lesiones residuales según indicaciones del dermatólogo tratante

ACNÉ

Dra Eliana Faúndez

El acné es una enfermedad cutánea crónica del folículo pilosebáceo, de etiología multifactorial y carácter autolimitado, que afecta a las zonas de la piel con mayor densidad de glándulas sebáceas como la cara, el pecho y la parte superior de la espalda

Clasificación Clínica:

- **No Inflamatorio:** Predominio de comedones abiertos y cerrados
- **Inflamatorio:**
 - Leve: Pápulas, pústulas, sin nódulos
 - Moderado: Pápulas, pústulas, algunos nódulos
 - Severo: Numerosos nódulos, nódulos persistentes y/o recurrentes; y/o lesiones papulopustulosas extensas; lesiones que dejan cicatrices; que drenan pus y/o sangre; que originan trayectos fistulosos.

MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ACNE NO INFLAMATORIO

- Limpieza de piel y cuero cabelludo. Uso de jabones con Peróxido de Benzoilo. Ej: Pansulfox BAR 5% o sebolic jabón barra.
- Retinoides tópicos:
 - ❖ Magistral: Ácido retinoico 0,025% en base no comedogénica, csp 30 grs. o Adapaleno 0,1% gel = Differin.

Se aplica capa fina, alejado de las zonas periorificiales, inicialmente noche por medio, aumentar a todas las noches, según tolerancia. Usar por 30 días, si hay buena respuesta continuar hasta tres meses, confirmar adherencia al tratamiento.

ACNÉ INFLAMATORIO

Leve: Peróxido de benzoilo más antibióticos tópicos:

- ❖ Magistral: P. Benzoilo 5% + Eritromicina 3% en base no comedogénica.
- ❖ Otros: Benzac plus, Klina, Indoxyl

Usar capa fina en áreas comprometidas, evitar zonas periorificiales, todas las noches o noche por medio según tolerancia.

Moderado: Tratamiento oral

- ❖ Tetraciclina 750 mg a 1 gr/día v.o., tomar con agua, alejado de las comidas
- ❖ Doxiciclina 100 mg/ día v.o. por 1 mes.

Asociar a tópico:

- ❖ Magistral: Peróxido de benzoílo 5% en gel
- ❖ Otros: Benzac AC5, Solugel

Si hay mejoría completar tratamiento por 3 meses.

Severo : siempre derivar a CDT Dermatología

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Acné inflamatorio leve que no responde a tratamiento tópico por tres meses.
- Acné inflamatorio moderado que no responde a tratamiento oral por tres meses, confirmada adherencia a tratamiento.
- Todos los acné severos.
- Intolerancia a tratamiento tópico u oral.
- Recidiva a etapa acné moderado o severo.

CONTRARREFERENCIA

Al observar buena respuesta a tratamiento indicado por especialista, se derivará a consultorio con indicaciones precisas, de tratamiento tópico y/o oral y el tiempo que debe mantener esta indicación.

En los pacientes que vuelvan a etapa acné comedoniano o inflamatorio leve seguir indicaciones recomendadas en APS de limpieza facial y tratamientos tópicos según esquema.

Esquema de Tratamiento

Acne no inflamatorio

Limpieza de piel
Retinoides tópicos
(Ac Retinoico 0,025%,
Adapaleno 0,1% gel)



Por 3 meses.
Si no responde derivar a CDT

Acne Inflamatorio

Leve: Peroxido de Benzoilo al 5%
más
antibióticos tópicos: Eritromicina al 3%



Por 3 meses.
Si no responde
derivar a CD T

Moderado: Peroxido de Benzoilo al 5%
más
antibióticos orales (Tetraciclina, Doxiciclina)



Por 1 mes.
Si no responde
derivar a CDT

Severo: Siempre derivar a CDT dermatología

LESIONES PIGMENTADAS

Dra. Claudia Balestrini

Las lesiones se clasifican en:

- Nevo melanocítico: lesiones bien delimitadas, ovoídeas o redondas. Son simétricas, bordes regulares y bien definidos, de color pardo o color piel.
- Nevo congénito: nevo presente al nacer o dentro del primer año de vida.

CRITERIOS DE DERIVACION A NIVEL SECUNDARIO (lesiones con sospecha de malignidad):

NEVOS CONGENITOS:

- Nevo congénito de bordes irregulares.
- Nevo congénito con 2 o más colores.
- Nevo congénito periorificial.
- Nevo congénito localizado en línea media.
- Nevo congénito que mida más de 1.5 cm.

NEVOS ADQUIRIDOS:

- Nevo asimétrico
- Nevo de borde irregular.
- Nevo con 2 o más colores.
- Nevo con halo blanco periférico.
- Nevo de reciente aparición en paciente mayor de 30 años
- Cambios en nevo: simetría, color, borde o en superficie.
- Nevo localizado en mucosa oral o genital y subungueal.
- Nevo ulcerado.
- Nevo en pacientes con antecedentes personales o familiares de melanoma maligno.
- Pacientes con múltiples nevos, más de 100.

No es criterio de derivación:

- Nevo con pelos, a menos que presenten alguna característica de malignidad.
- Nevo cuyo único síntoma sea el prurito.
- Nevo con aumento de volumen regular.

Nota:

Los nevos en las palmas y plantas se rigen por los mismos criterios de sospecha de malignidad.

CONTRARREFERENCIA:

Todo paciente derivado será evaluado con anamnesis, examen clínico y dermatoscópico de las lesiones pigmentadas. Si existe duda ante una lesión se realizará biopsia.

Los nevos normales al examen dermatológico, serán derivados al consultorio para control anual por médicos generales.

ESCABIOSIS

Infestación producida por el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. El ciclo dura 3 semanas, la hembra deposita 2 a 10 huevos por día por 4-6 semanas y luego muere en el lugar. Los huevos eclosionan en 3-8 días, madurando las larvas en 14 días.

Claves para el diagnóstico

- Prurito persistente
- Prurito nocturno
- Varios miembros de la familia con prurito
- Nódulos en axilas, genitales o glúteos
- Vesícula interdigital
- Observación de surco acarino en muñecas, dedos o bordes de manos

- Lactantes con vesículas en palmas y/o plantas

TRATAMIENTO

1. Medidas generales

- Tratamiento familiar y al mismo tiempo aunque sean asintomáticos.
- Respetar esquemas establecidos.
- En caso de sobreinfección bacteriana, tratar ésta primero y luego la infestación parasitaria.
- Educar a la población y promover medidas de higiene.
- Lavado con agua caliente y planchado de ropas, sábanas y toallas.
- Objetos no lavables guardarlos en bolsas plásticas herméticas por 5-10 días.
- Limpieza y planchado del colchón de afectados.

2. Tratamiento médico:

- Aplicar permetrina 5% crema base (recetario magistral) desde el cuello hasta la punta de los pies, con énfasis en lugares de predilección por el ácaro; axila, ombligo, glúteos, genitales y bajo las uñas.
- Bañarse al día siguiente y volver a aplicar la crema en la noche.
- Se repite el procedimiento durante 3 días.
- Después se descansan 4 días (baño normal, sin aplicación de la crema)
- Repetir el tratamiento por 3 días.

La permetrina se puede usar en lactantes, embarazadas y puérperas. Como alternativa se puede usar vaselina azufrada 6%, pero su efectividad es menor.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Eccematización persistente
- Infecciones recurrentes
- Recidivas con tratamiento aparentemente bien efectuado
- Paciente inmunosuprimido

CONTRAREFERENCIA

Una vez que se haga el diagnóstico y se hayan tratado las complicaciones, el paciente será referido a APS para el tratamiento de su infestación.

PEDICULOSIS

PEDICULOSIS CAPITIS

Corresponde a la infestación por el *Pediculus humanus capitis* en el cuero cabelludo. La vida media es de 30 días y la hembra fecundada coloca 7-10 huevos diarios, los que eclosionan a los 6-10 días, y las ninfas emergentes maduran en 8-14 días.

Clínica

- Prurito del cuero cabelludo, principalmente en la nuca y retroauricular.
- Visualización de liendres adosadas al pelo. Las que están a 2-3 cm alejadas de la base del pelo están muertas o vacías
- Zonas eccematosas por grataje y sobreinfección bacteriana
- Adenopatías retroauriculares

TRATAMIENTO

1. Medidas generales

- Tratamiento familiar y al mismo tiempo, aunque sean asintomáticos
- Respetar esquemas establecidos
- En caso sobreinfección bacteriana, tratar ésta primero y luego la infestación parasitaria.
- Educar a la población y promover medidas de higiene.
- Evitar el uso de peinetas o sombreros prestados y evitar contacto con la cabeza de personas infestadas.
- Usar pelo tomado, no es necesario cortarlo.
- Lavar y planchar sábanas y toallas, **no hervir ropa por qué no??**
- No se recomienda la exclusión escolar

2. Tratamiento médico:

- Usar permetrina 1% (kilnits crema lavable) o decametrina 0.02% + piperonil butóxido 2.5% (launol loción).

- i. **Recetario magistral:** permetrina 1% en loción capilar
- Aplicar sobre **cabello seco**, manteniéndose por 6-12 horas durante la noche, en todo el cuero cabelludo. En pelo largo no es necesario aplicar en las puntas bajo el nivel del cuello de la camisa.
 - Al día siguiente lavar y enjuagar con agua con **vinagre blanco** que remueve la sustancia cementante que une la liendre al pelo.
 - Hacer remoción mecánica de las liendres con un peine fino metálico. **los productos comerciales traen peine de plástico funcionan igual??**
 - Repetir a los 7 días.
 - Se puede usar en embarazadas y lactantes

El uso de champú pediculicida no tiene utilidad

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Eccematización persistente
- Infecciones recurrentes
- Recidivas con tratamiento aparentemente bien efectuado
- Paciente inmunosuprimido
- Sospecha de Querion
- Proceso inflamatorio intenso

CONTRAREFERENCIA

Una vez que se haga el diagnóstico y se hayan tratado las complicaciones, el paciente será referido a APS para el tratamiento de su infestación.

PEDICULOSIS PUBIS

Producida por el Phthirus pubis, cuyo ciclo es similar al del pediculus humanus.

TRATAMIENTO

Esquema similar a la pediculosis capitis. Aplicación en toda el área pilosa uno de los siguientes productos:

- Permetrina 1%, (Kilnits crema o magistral),
- Decametrina 0.02% + piperonil butóxido 2.5% (Launol loción)

- Lindano 1% por 6-12 horas **lo elimino??**

Si hay infestación de las pestañas y/o cejas, realizar desparasitación mecánica con vaselina, aplicando 2 veces al día durante dos semanas.

Manejo de ETS y tratamiento de todos los contactos sexuales.

CRITERIOS DE DERIVACION

- Eccematización persistente
- Infecciones recurrentes
- Recidivas con tratamiento aparentemente bien efectuado

CONTRARFERENCIA

Una vez que se haga el diagnóstico y se hayan tratado las complicaciones, el paciente será referido a APS para el tratamiento de su infestación.

Equipo de Dermatología CASR

Dr. Hernán Correa. Jefe de Departamento

Dra. Claudia Balestrini

Dra. Eliana Faúndez
Dra. Paula Molina
Dra. Elva Moncayo
Dr. Orlando Ahumada

Equipo coordinador

Dra. Elsa Garcia G. Coordinador Área Ambulatoria Pediátrica
Dr. Ramiro Zambrano. Coordinador Área Ambulatoria Adulto