

#JADF18

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS PARA MANEJO DEL ACNÉ EN FARMACIA COMUNITARIA

Gema Herrerías

Vocal autonómica de Dermofarmacia del CACOF

Vocal de Dermofarmacia del COF Sevilla

Farmacéutica Titular de A5 Farmacia, Sevilla

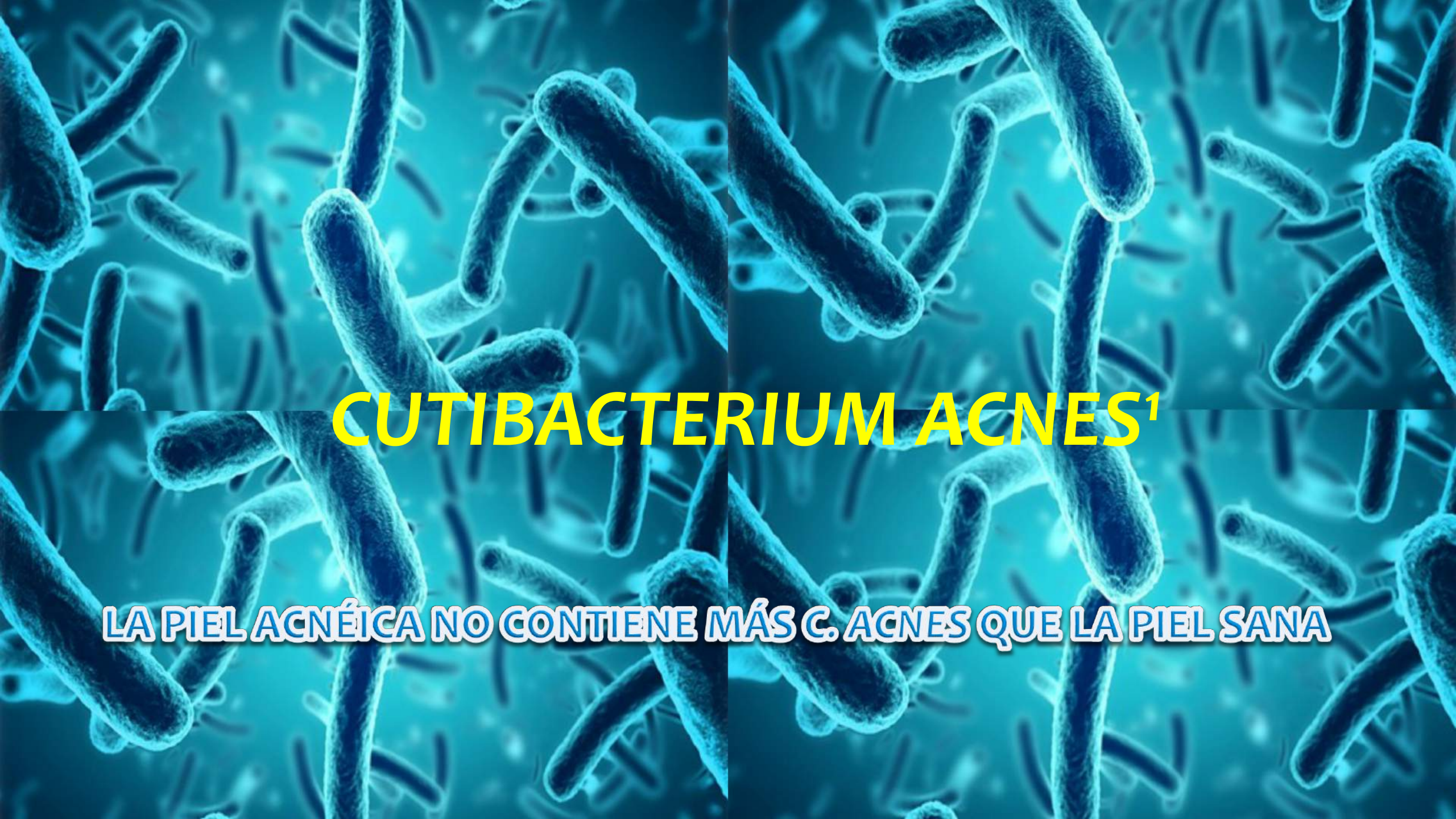
Con el patrocinio de:



2^a JORNADA
ANDALUZA DE DERMOFARMACIA
Málaga | 22 de noviembre de 2018



Consejo Andaluz de Colegios Oficiales
de Farmacéuticos

The background of the entire slide is a microscopic image of Cutibacterium acnes bacteria. The bacteria are rod-shaped and appear in various orientations, some individually and some in small clusters. They are rendered in shades of blue and cyan, giving the image a scientific and clinical feel.

*CUTIBACTERIUM ACNES*¹

LA PIEL ACNÉICA NO CONTIENE MÁS *C. ACNES* QUE LA PIEL SANA

Protocolo de actuación farmacéutica ante problemas de salud dermatológicos

Herrerías G, Tiemblo C, Muret T, Motero M.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), Dermofarmacia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Procedimiento elaborado por la vocalía nacional de Dermofarmacia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ante la necesidad de establecer un protocolo de actuación en consultas sobre problemas de salud dermatológicos. Permite actuar tanto desde las fases iniciales, como desde aquellas en las que ya existe un diagnóstico previo por parte del médico.

El objetivo principal es mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes que nos consultan sobre sus problemas dermatológicos, dentro de nuestras competencias, y de esta manera maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos.

RESULTADOS

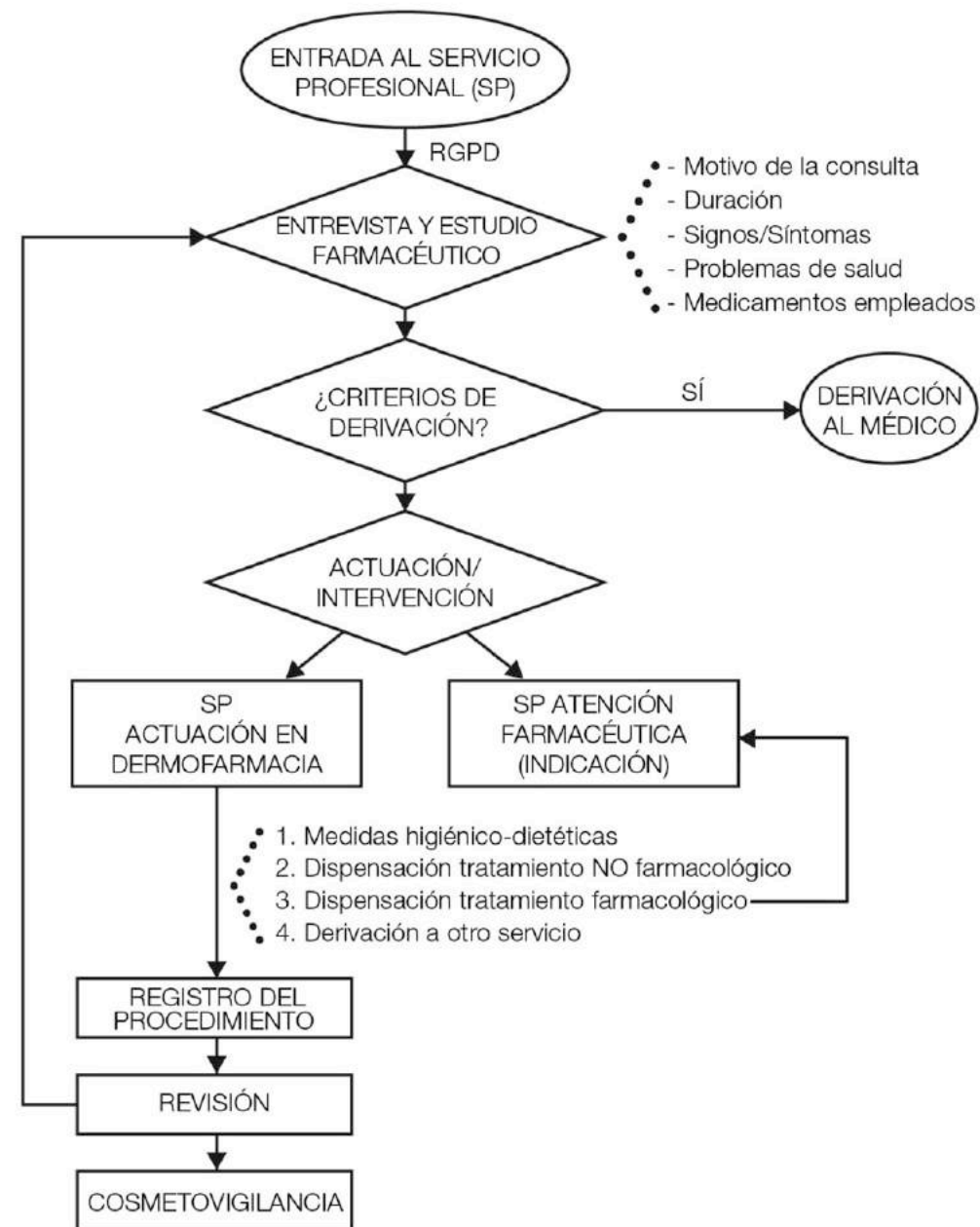
Se describió un proceso de actuación en forma de algoritmo, que tras la entrada al servicio profesional (SP), el paciente o su representante legal, deberá firmar un documento de consentimiento informado según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), para que podamos archivar el informe que contenga sus datos personales y de salud. En caso de ser posible, recibiremos al paciente en la zona de atención personalizada (ZAP) de nuestra Farmacia. La primera fase de entrevista y estudio farmacéutico, permiten valorar si se cumplen los criterios de derivación al médico. La intervención farmacéutica puede requerir una actuación en Dermofarmacia si se recomiendan unas medidas higiénico-dietéticas, la dispensación de un tratamiento no farmacológico, y/o la derivación a otro servicio. En cambio va a requerir indicación farmacéutica en caso de dispensación de un tratamiento farmacológico. Realizaremos un registro del procedimiento y citaremos al paciente para revisar la eficacia y seguridad (Cosmetovigilancia) del tratamiento aconsejado.

CONCLUSIONES

El consensuar la actuación con la ayuda de un algoritmo de decisión, nos ayuda a indicar la opción más adecuada ante la consulta sobre un problema dermatológico, así como, evaluar los criterios de derivación al médico, y reconocer los casos de notificación en Cosmetovigilancia.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración del protocolo se han tenido en cuenta los siguientes conceptos: el motivo de la consulta, la duración de los signos y síntomas, los problemas de salud que refiere, los medicamentos empleados, así como los criterios de derivación al médico que hemos establecido previamente.





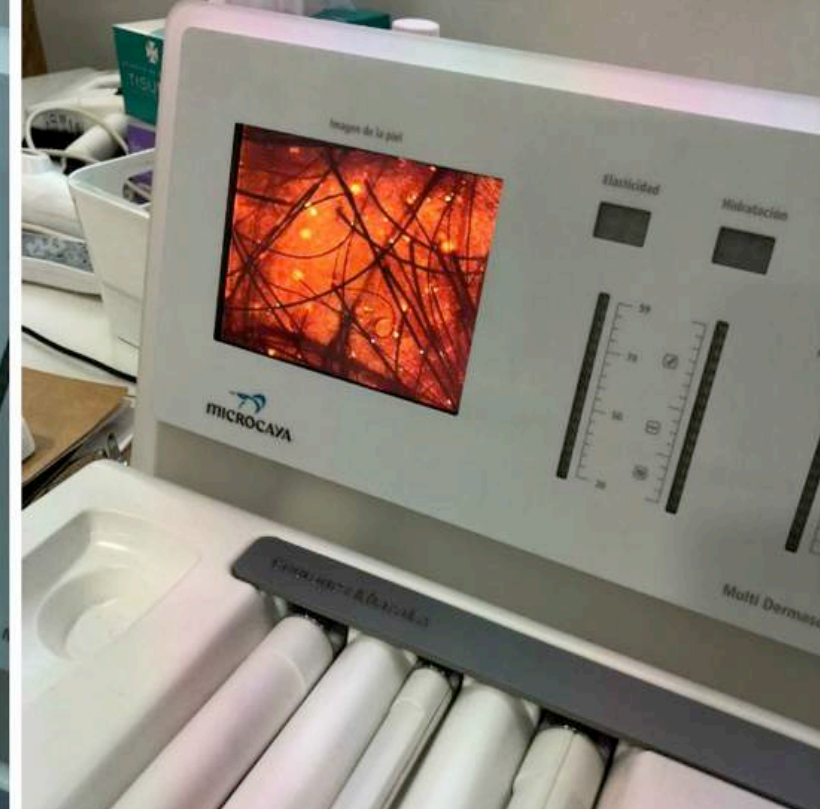
ACNÉ	¿SIGNO O SÍNTOMA QUE MOTIVÓ LA CONSULTA? ¿AGUDO O CRÓNICO?	¿DESDE CUÁNDO? ¿FACTORES AGRAVANTES?	¿LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES?
ENTREVISTA: MOTIVO DE LA CONSULTA Y DURACIÓN	• LESIONES “NO INFLAMATORIAS”: SEBORREA. COMEDONES CERRADOS/ABIERTOS • LESIONES INFLAMATORIAS: SUPERFICIALES (PÁPULAS, PÚSTULAS) O PROFUNDAS (NÓDULOS, QUISTES) • RESIDUALES: CICATRICES	• FECHA INICIO Y EVOLUCIÓN: ¿HA APARECIDO DE FORMA BRUSCA? ¿HA EMPEORADO RECIENTE? ¿PRECOZ, PERSISTENTE DESDE ADOLESCENCIA O DE COMIENZO TARDÍO 25-40 AÑOS? • ¿HA CONSULTADO CON EL MÉDICO?	• ROSTRO 67% • CUELLO • ESCOTE-PECHO 27% • ESPALDA 5%³ AFECTA ÁREAS CON MÁS UNIDADES PILOSEBÁCEAS



ACNÉ	HISTORIA GINECOLÓGICA	ESTADO NUTRICIONAL	HÁBITOS DE VIDA ¹⁹
ENTREVISTA: PROBLEMAS DE SALUD	- MENOPAUSIA, LACTANCIA O EMBARAZO ¿ANTECEDENTES FAMILIARES 1ER GRADO? PREDISPOSICIÓN FAMILIAR PADRES O HERMANOS “ACNÉ FAMILIAR” PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO^{4,5}	- INGREDIENTES ALIMENTARIOS QUE ESTIMULAN GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y PROCESOS INFLAMATORIOS: LIMITAR ALIMENTOS CON ALTA CARGA GLUCÉMICA (AUMENTA INDICE ANDROGÉNICO LIBRE)^{6, 7, 8,9, 10, 11, 12} NO ABUSAR DE ALIMENTOS RICOS EN H DE C (PAN, ARROZ, PATATA, PASTA O DULCES) NI DE LÁCTEOS SEMI Y DESNATADA (MÁX 200 ML/DIA ADULTO. MÁX 500ML/DÍA FASE CRECIMIENTO). PRODUCEN MAYOR REQUERIMIENTO DE INSULINA AGRAVANDO EL ACNÉ ^{13,14,15,16,17,18} - SEGUIR DIETA MEDITERRANEA	- ENTORNO PROFESIONAL Y ACTIVIDAD FÍSICA. EVITAR TABACO (AGRAVANTE O DESENCADENANTE ACNÉ NO INFLAMATORIO EN PERSONAS PREDISPUESITAS)^{20, 21} Y ESTRÉS ²² (ESTIMULA SECRECIÓN SEBÁCEA Y ACTIVIDAD INFLAMATORIA AL ESTIMULAR LA EXCRECIÓN DE ESTEROIDES SUPRARRENALES) - ABUSO EXPOSICIÓN SOLAR: ACNÉ ACTÍNICO “DE MALLORCA” CUIDADOS CUTÁNEOS: <u>TRATAMIENTOS YA EMPLEADOS Y SUS RESULTADOS.</u> ¿CUMPLIDOR? HABITOS HIGIENE Y CUIDADO PIEL. DESCARTAR USO COSMÉTICOS COMEDOGÉNICOS O ACNEGÉNICOS (ACNÉ POR COSMÉTICOS Y ACNÉ POMADA)



ACNÉ	ACNÉ IATROGÉNICO	TOMA DE “ESTROPROGESTÁGENOS”	EFECTOS SECUNDARIOS
ENTREVISTA: MEDICAMENTOS EMPLEADOS	REVISAR POSIBLES FÁRMACOS AGRAVANTES O INDUCTORES ²³ : ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, ACO, ANTIEPILÉPTICOS, ANTINEOPLÁSICOS, ANTITUBERCULOSOS, CORTICOIDES, DERIVADOS HALOGENADOS, ESTEROIDES ANDRÓGENOS ANABÓLICOS, GLUCOCORTICOIDES, HORMONA ADRENO-CORTICOTROPA (ACTH), INMUNOSUPRESORES, LITIO, MINOXIDILO TÓPICO, PSICOTROPOS, VITAMINAS B ₁₂ , ENTRE OTROS	CON COMPONENTE PROGESTÁGENO ANDROGÉNICO INDUCTOR DE ACNÉ: • SOLOS (LEVONORGESTREL - PROGESTÁGENO MUY ANDROGÉNICO-, DESOGESTREL O GESTODENO) • O COMBINADOS CON ETINIL ESTRADIOL (ESTRÓGENO ANTIANDROGÉNICO)	• FOTOSENSIBILIDAD: DISMINUYE LA TOLERANCIA A LA RADIACIÓN SOLAR: TETRACICLINAS E ISOTRETINOÍNA • HIPERTENSIÓN BENIGNA INTRACRANEAL (ALTERACIONES VISUALES Y CEFALEA CON POSIBLES VÓMITOS) POR DOXICICLINA • ACNÉ FULMINANTE POR ISOTRETINOÍNA ORAL



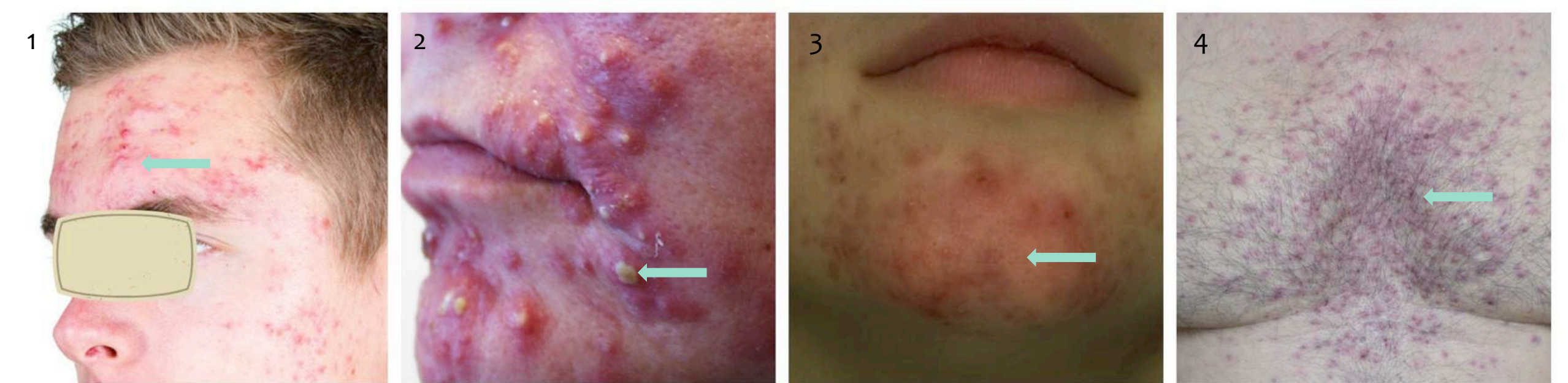
ACNÉ	TIPO PREDOMINANTE DE LESIÓN	PARÁMETROS BIOFÍSICOS	PORFIRINAS CÁMARA VISIOPOR® AP 34
ESTUDIO FARMACÉUTICO: IMAGEN Y PARÁMETROS BIOFÍSICOS	• PORO DILATADO • DETERMINAR TIPO PREDOMINANTE LESIÓN (COMEDONES, PÁPULAS, PÚSTULAS, NÓDULOS, QUISTES Y/O CICATRICES) PARA ELECCIÓN TRATAMIENTO • VALORAR EXTENSIÓN DE LESIONES ESPALDA, PECHO Y CARA EXTERNA BRAZOS	• CORNEOMETRÍA (CAPACITANCIA): FRECUENTE DESHIDRATACIÓN. FALTA LUMINOSIDAD, ESTRÍAS DE DESHIDRATACIÓN Y POSIBLE DESCAMACIÓN • SEBUMETRÍA (FOTOMETRÍA): SEBORREA. ALTOS LÍPIDOS SUPERFICIALES PIEL BRILLANTE. LA SECRECIÓN SEBÁCEA VARÍA SEGÚN LA HORA DEL DÍA, AUMENTA POR LA TARDE. PRUEBA ADICIONAL SEBUFIX F-16 • FOTOTIPO (FPS): EVITAR HIPERPIGMENTACIÓN POST INFLAMATORIA (HPI)	C. ACNES PROMUEVE LAS LESIONES INFLAMATORIAS DE ACNÉ A TRAVÉS DE <u>PRODUCCIÓN DE MEDIADORES PROINFLAMATORIOS, ÁC. GRASOS LIBRES Y PORFIRINAS</u>^{24, 25, 26, 27} • FLUORESCENCIA NARANJA-ROJA EN ABERTURAS DEL FOLÍCULO (LUZ UVA-LED, 375-385 NM) • LA INTENSIDAD DE LA FLUORESCENCIA FOLICULAR Y LA EXTENSIÓN DE LA AFECTACIÓN FACIAL SON PROPORCIONAL AL CONTENIDO DE PORFIRINA • ROSTRO, ESPALDA, PECHO Y CUERO CABELLUDO



ACNÉ	EDAD DE INICIO	TIPO DE LESIONES
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	1. ACNÉ ADOLESCENTE > 12 AÑOS POLIMORFO (COMEDONES, PÁPULAS Y PUSTULAS) EN MEJILLAS, FRENTE, ESCOTE Y ESPALDA SUPERIOR 2. ACNÉ MUJER ADULTA: PERSISTENTE (COMIENZA EN LA PUBERTAD/ADOLESCENCIA) O ACNÉ TARDÍO > 25 AÑOS. HORMONODEPENDIENTE, PREDOMINIO LESIONES INFLAMATORIAS (PÁPULAS Y PÚSTULAS) EN ZONA MANDIBULAR (MENTÓN, BOCA Y COMIENZO CUELLO). ESCASOS COMEDONES. HOMBRES FRECUENTE ESPALDA	3. COMEDONES CERRADOS (BLANCOS): OBSTRUCCIÓN DEL CANAL FOLICULAR, QUERATINIZACIÓN 4. COMEDONES ABIERTOS (NEGROS): OXIDACIÓN DE SEBO Y QUERATINA EN CONTACTO CON AIRE 5. PÁPULAS: INFLAMATORIAS CON ERITEMA 6. PÚSTULAS: INFLAMATORIAS CON ERITEMA Y CONTENIDO PURULENTO • NÓDULOS, QUISTES • CICATRICES “LOS COMEDONES SON LA CLAVE DEL DIAGNÓSTICO DEL ACNÉ”



ACNÉ	1. ROSÁCEA	2. DERMATITIS SEBORREICA	3. DERMATITIS PERIORAL	4. MILIARIA SUDAMINA
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES • QUISTES MILIUM • MOLUSCO CONTAGIOSO • SIRINGOMA • HIPERPLASIA SEBÁCEA	• SIMILITUDES: COMPARTEN COMPONENTE INFLAMATORIO EN CANAL PILOSEBÁCEO (PÁPULAS Y PÚSTULAS), ACNÉ ENROJECIMIENTO SOLO ALREDEDOR DE LAS LESIONES INFLAMATORIAS. AMBOS PERIODOS DE REMISIÓN Y EXACERBACIÓN • DIFERENCIAS: SIN COMEDONES. <u>ERITEMA TELANGIECTÁSICO</u>. EPISODIOS FLUSHING. FACTORES AGRAVANTES. ALTERACIÓN FUNCIÓN BARRERA. PRESENCIA DEL ÁCARO DEMODEX FOLLICULORUM. POSIBLE AFECTACIÓN OCULAR. >% MUJER 30-40 AÑOS, PIEL CLARA CENTROFACIAL	• SIMILITUDES: ACNÉ FRECUENTE ACOMPAÑADO DE DERMATITIS SEBORREICA EN EL CUERO CABELLUDO • DIFERENCIAS: <u>DESCAMACIÓN</u>, ENROJECIMIENTO INTENSO, CRÓNICA SOLO EN ADULTOS. LOCALIZACIÓN >% EN CEJAS, ALETAS DE LA NARIZ, FRENTE Y CUERO CABELLUDO	• SIMILITUDES: ERUPCIÓN CRÓNICA CON ERITEMA, POSIBLES PÁPULAS Y PÚSTULAS • DIFERENCIAS: PICOR, >%PERIORAL, <u>NO EXISTEN COMEDONES</u>, FRECUENTE MUJERES. EXACERBACIÓN POR ABUSO DE CORTICOIDES TÓPICOS O USO DE COSMÉTICOS SOBREGRASOS	• SIMILITUDES: ERUPCIÓN CON VESÍCULAS QUE PARECEN PÁPULAS • DIFERENCIAS: TAPONAMIENTO DE LA <u>GLÁNDULA SUDORÍPARA</u> Y ACÚMULO DE SUDOR POR OCLUSIÓN



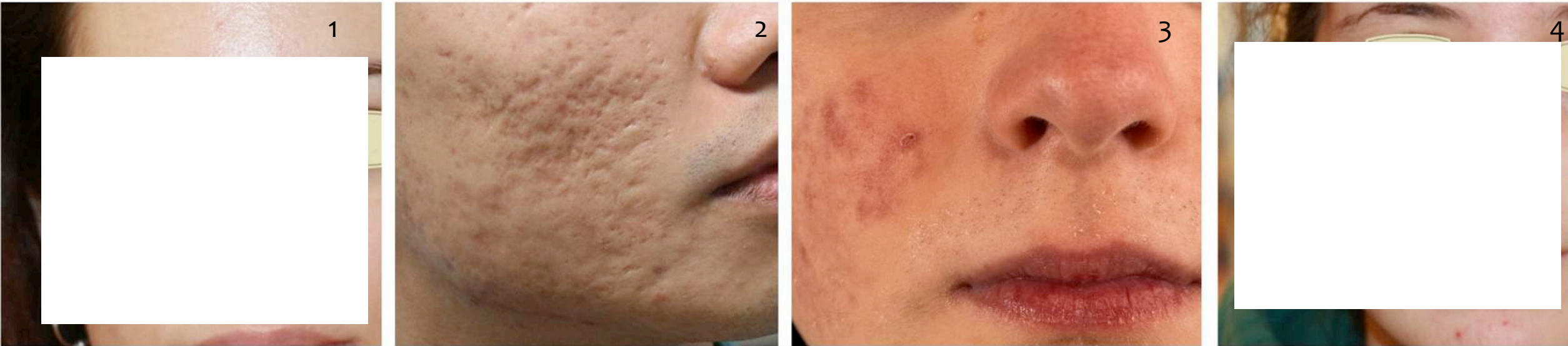
ACNÉ	EDAD INICIO	EVOLUCIÓN O GRAVEDAD	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	ACNÉ IATROGÉNICO	CAUSA ENDOCRINA SUBYACENTE
CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL MÉDICO	- PACIENTE <12 A >40 AÑOS - APARICIÓN EN EMBARAZO O LACTANCIA o LESIONES GRAVES DURANTE ESTE PERIODO	- ACNÉ SIN EVOLUCIÓN POSITIVA EN UN <u>PERÍODO 2 MESES</u> O EXTENSIÓN DE LESIONES (PARTE INFERIOR ESPALDA) 40% LESIÓN CUTÁNEA DOLOROSA PROFUNDA E INFLAMATORIA GRAVE: ACNÉ PÁPULO-PUSTULOSO GRAVE, NODULAR MODERADO (NÓDULOS DUROS SIN PUS) (1), NODULOQUÍSTICO GRAVE (QUISTES CON PUS) (2), CON TENDENCIA A CICATRICES - SOSPECHA VARIANTE GRAVE ACNÉ: CONGLOBATA, FULMINANTE, FOLICULITIS POR GRAM -, PIODERMA FACIAL O ACNÉ-VASCULITIS - NECESIDAD DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL Y/O TÓPICO	- ACNÉ CAUSANTE DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y/O SOCIALES ACNE EXCORIADO (3): CAUSADO POR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS. ES ACNÉ, EL IMPÉTIGO PUEDE SER 2ARIO	- SOSPECHA DE ACNÉ INDUCIDO O AGRAVADO POR FÁRMACOS: (4) ERUPCIÓN ACNEIFORME INDUCIDA POR CETUXIMAB NO HAY PRESENCIA DE COMEDONES	- ACNÉ MUJER ADULTA CON SIGNOS DE ANDRO-GENIZACIÓN O TRASTORNOS DEL CICLO MENSTRUAL: SEBORREA, ACNÉ, HIRSUTISMO Y ALOPECIA (SAHA) - POSIBLES VALORES SÉRICOS NORMALES, SON MUJERES MÁS SUSCEPTIBLES A ESTOS ANDRÓGENOS



ACNÉ	ACNÉ COMEDONIANO “NO” INFLAMATORIO GRADO 1 LEVE	ACNÉ PAPULOPUSTULOSO LEVE A MODERADO INFLAMATORIO GRADO 2 LEVE A MODERADO
CLASIFICACIÓN PARA INSTAURAR TRATAMIENTO ^{35,36}	• SOLO COMEDONES (ABIERTOS O CERRADOS) • EXCESO DE SECRECIÓN SEBÁCEA • LESIONES SOLO ROSTRO	• LEVE: PREDOMINIO COMEDONES, ALGUNAS PÁPULAS Y PÚSTULAS • MODERADO: PREDOMINIO DE PÁPULAS Y PÚSTULAS • ROSTRO Y FRECUENTE EN TRONCO
ACTUACIÓN/ INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN ACNÉ: • SEBO • BACTERIAS • QUERATINIZACIÓN • INFLAMACIÓN	• FARMACOLÓGICO TÓPICO^{28,29,30,31,32,33} PERÓXIDO DE BENZOILO (POB) (2.5%, 5% Y 10%) POR LA NOCHE O ÁCIDO AZELAICO (CREMA 20%) 2/DIA • NO FARMACOLÓGICO TÓPICO: ³⁴ RETINOIDES TÓPICOS, ALFAHIDROXIÁCIDOS (AHA): ÁC. GLICÓLICO 8-25%, MÁLICO, CÍTRICO,.. BETAHIDROXIÁCIDOS (BHA): ÁC. SALICÍLICO (0.5%-2%), PÉPTIDOS, NIACINAMIDA (VIT B3 4%), PRE/PROBIÓTICOS, TRICLOSAN, GLUCONATO/ACETATO ZINC, RESORCINOL, AZUFRE, ...	• LEVE: FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO IGUAL QUE ACNÉ COMEDONIANO • MODERADO: PRODUCTO SANITARIO TÓPICO: RETINOIDES (TRETINOÍNA 0.02%) + ANTIBIÓTICO (CLINDAMICINA 0.8%) + AHA (ÁCIDO GLICÓLICO 4%) SOLO NOCHE. <u>NUNCA ANTIBIÓTICOS EN MONOTERAPIA POR RESISTENCIAS. “RETINIZACIÓN” PARA EVITAR DERMATITIS POR RETINOIDES</u> • CASOS REFRACTARIOS: TERAPIA COMBINADA RETINOIDES/ PBO (ESPACIAR 12H APLICACIÓN) O ÁCIDO AZELAICO



ACNÉ	DIA	NOCHE	2-3/SEMANA	SUPLEMENTOS ORALES
FASE INDUCCIÓN⁴⁶ 2 MESES CONTROL BROTE: • TIPO LESIONES • GRAVEDAD • PRESENCIA CICATRICES • ANTECEDENTES PERSONALES DE ACNÉ GRAVE • IMPACTO PSICOLÓGICO	• HIGIENE: PIEL LIMPIA, SIN EXCESO. SOLUCIÓN NO JABONOSA PH ÁCIDO. USO AGUA TIBIA. SECAR SIN FROTAR. COMPLEMENTO LOCIÓN, TÓNICO O AGUA TERMAL ASTRINGENTE/CALMANTE • HIDRATACIÓN SERUM, GEL O CREMIGEL (EN PIELES DESHIDRATADAS). MAQUILLAJE CON DIMETICONA O CICLOMETICONA • FOTOPROTECTOR BASE ACUOSA >FPS30 AMPLIO ESPECTRO CON ACTIVOS SEBORREGULADORES	• DESMAQUILLADO PREVIO CON SOLUCIÓN MICELAR + HIGIENE CON SOLUCIÓN NO JABONOSA PH ÁCIDO • TRATAMIENTO INTENSIVO ACNÉ “PROGRESIVO SEGÚN TOLERANCIA” DURANTE 10 DÍAS (1 DÍA SÍ, 2 NO, DÍAS ALTERNOS A TODAS LAS NOCHES). EN CASO DE IRRITACIÓN DISCONTINUAR DE 2 A 4 DÍAS. POR LA MAÑANA SEGÚN NECESIDAD, TOLERANCIA Y GRADO DE EXPOSICIÓN SOLAR. <u>MANTENER EQUILIBRIO AGUA-SEBO</u>	• EXFOLIANTE EXCEPTO PIEL IRRITADA. QUÍMICO (AHA, BHA), PEEL OFF O ENZIMÁTICO. MECÁNICO (SCRUBS) EFICAZ PARA SEBORREA, EVITAR EN LESIONES INFLAMATORIAS. CONTRAINDICADOS CEPILLOS ELÉCTRICOS, MANOPLAS O ESPONJAS • MASCARILLA: PURIFICANTE Y ASTRINGENTE <u>“QUE NO CONTENGAN INGREDIENTES IRRITANTES”</u> ¹⁵⁻²⁰ MIN Y RETIRA. EN CASO DE DESHIDRATACIÓN: MASCARILLA HIDRATACIÓN.	• ZINC Y NICOTINAMIDA^{37, 38,39,40} (NIACINAMIDA, NIACIDA, VIT B₃): SEBORREGULADOR Y BACTERIOSTÁTICO • PROBIÓTICOS^{41,42} (LACTOBACILLUS RHAMNOSUS, L. CASEI, L. ACIDOPHILUS, GASSERI, PLANTARUM, LACTIS, BACILLUS COAGULANS): BACTERIOSTÁTICO Y ANTIINFLAMATORIO • ACEITE DE PESCADO ⁴³ • ÁC. GRASOS ^{44,45} (ÁC. LAURICO, OLEICO, PALMÍTICO): ANTIBACTERIANO



ACNÉ	MANTENIMIENTO (1)	CICATRICES (2)	HPI (3)	POST ISOTRETINOÍNA ORAL (4)
FASE DE MANTENIMIENTO	• NO SUSPENDER EL TRATAMIENTO CUANDO SE NOTE MEJORÍA, MANTENER 2-3/SEMANA • EVITAR FACTORES AGRAVANTES • RETINOIDE TÓPICO SOLO O COMBINADO CON POB O AHA	• CICATRICES DEPRIMIDAS LAS MÁS FRECUENTES EN ROSTRO⁴⁷ • HIPERTRÓFICAS EN ESPALDA, TÓRAX Y LÓBULO DE LA OREJA • MÁS PREVALENCIA EN ACNÉ GRAVE, FAMILIARES CON CICATRICES, ACNÉ DE > 1 AÑO DE DURACIÓN Y AUTOMANIPULACIÓN DE LESIONES • 15-20% AHA TÓPICO 6 MESES⁵¹	• HIPERPIGMENTACIÓN POST INFLAMATORIA (HPI) SOBRE TODO EN PIELES OSCURAS • PUEDEN DESAPARECER A LO LARGO DE LOS MESES O PERSISTIR • ANTIOXIDANTE ORAL: 480 MG AL DÍA 3 MESES EXTRACTO DE POLYPODIUM LEUCOTOMOS ORAL⁴⁸ • DESPIGMENTANTES⁴⁹ (HIDROQUINONA 2%, ÁCIDO KÓJICO, ARBUTINA, NIACINAMIDA,...), RETINOIDES TÓPICOS, AHAS Y VITAMINA c	• TRAS FIN TRATAMIENTO CON ISOTRETINOÍNA ORAL, DURANTE 1 MES SIGUE ACTIVO EL FÁRMACO: SE MANTIENEN LAS MARCAS RESIDUALES ROJAS Y HAY QUE MANTENER MEDIDAS PREVENTIVAS DE EXPOSICIÓN SOLAR, ANTICONCEPCIÓN, EVITAR: INGESTA ALCOHOL, LÁSER, CERA,.. • 10-60% TIENEN RECAÍDA⁵⁰ • MANTENIMIENTO CON RETINOIDES TÓPICOS O AHA

#JADF18



¿Tenéis alguna
pregunta?



2^a

JORNADA
ANDALUZA DE
DERMOFARMACIA

Málaga | 22 de noviembre de 2018

#JADF18

Gema Herrerías.

gemaherrerias@a5farmacia.com

www.a5farmacia.com

blog.a5farmacia.com

in gemaherrerias

 gemaherrerias

 gemaherrerias



Referencias Bibliográficas:

#JADF18

- ¹Dreno et al. Latest updates on Cutibacterium acnes. JEADV March 2018; 32 (Suppl.2), 5-14
- ²Herrerías G, Muret T, Tiemblo C, Motero M. Protocolo de actuación farmacéutica ante problemas de salud dermatológicos. Libro de Actas del XXI Congreso Nacional Farmacéutico, Burgos, Octubre 2018.
- ³Abo El-Fetoh NM, Alenezi NG, Alshamari NG, Alenezi OG. Epidemiology of acne vulgaris in adolescent male students in Arar, Kingdom of Saudi Arabia. J Egypt Public Health Assoc. 2016 Sep;91(3):144-149
- ⁴López-Estebanz JL, Herranz-Pinto P, Drénoc B. Documento de consenso. Consenso español para establecer una clasificación y un algoritmo de tratamiento del acné. Actas Dermosifiliogr. 2017;108:120-31
- ⁵Guerra Tapia A. Estudio epidemiológico descriptivo transversal y aleatorio sobre la prevalencia del acné en los jóvenes españoles de 18 a 24 años. Actualidad dermatológica. 2003; 42(10): 789-95
- ⁶Bowe WP, Joshi SS, Shalita AR. Diet and acne. J Am Acad Dermatol. 2010 Jul;63(1)
- ⁷Burris J, Rietkerk W, Shikany JM, Woolf K. Differences in Dietary Glycemic Load and Hormones in New York City Adults with No and Moderate/Severe Acne. J Acad Nutr Diet. 2017 Sep;117(9):1375-83
- ⁸Kwon HH, Yoon JY, Hong JS, Jung JY, Park MS, Suh DH. Clinical and histological effect of a low glycaemic load diet in treatment of acne vulgaris in Korean patients: a randomized, controlled trial. Acta Derm Venereol. 2012;92:241-246
- ⁹Smith RN, Mann NJ, Braue A, Makelainen H, Varigos GA. The effect of a high-protein, low glycemic-load diet versus a conventional, high glycemic-load diet on biochemical parameters associated with acne vulgaris: a randomized, investigator-masked, controlled trial. J Am Acad Dermatol. 2007;57:247-256
- ¹⁰Smith R, Mann N, Makelainen H, Roper J, Braue A, Varigos G. A pilot study to determine the short-term effects of a low glycemic load diet on hormonal markers of acne: a nonrandomized, parallel, controlled feeding trial. Mol Nutr Food Res. 2008;52:718-726
- ¹¹Preneau S, Dessinioti C, Nguyen JM, Katsambas A, Dreno B. Predictive markers of response to isotretinoin in female acne. Eur J Dermatol. 2013;23:478-486



Referencias Bibliográficas:

#JADF18

- ¹²Ismail NH, Manaf ZA, Azizan NZ. High glycemic load diet, milk and ice cream consumption are related to acne vulgaris in Malaysian young adults: a case control study. BMC Dermatol. 2012;12:13
- ¹³Melnik BC. Evidence for acne-promoting effects of milk and other insulinotropic dairy products. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program. 2011; 67: 131-45
- ¹⁴La Rosa CL, Quach KA, Koons K, Kunselman AR, Zhu J, et al. Consumo de productos lácteos en adolescentes con y sin acné. J Am Acad Dermatol 2016; 75: 318-22
- ¹⁵Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS, et al. Milk consumption and acne in adolescent girls. Dermatol Online J. 2006;12:1
- ¹⁶Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS, et al. Milk consumption and acne in teenaged boys. J Am Acad Dermatol. 2008;58:787-793
- ¹⁷Di Landro A, Cazzaniga S, Parazzini F, et al. Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. J Am Acad Dermatol. 2012;67: 1129-1135
- ¹⁸Adebamowo CA, Spiegelman D, Danby FW, Frazier AL, Willett WC, Holmes MD. High school dietary dairy intake and teenage acne. J Am Acad Dermatol. 2005;52: 207-214
- ¹⁹Di Landro A, Cazzaniga S, Cusano F, Bonci A, et al. Acné en la mujer adulta y factores de riesgo asociados: resultados de un estudio multicéntrico de casos y controles realizado en Italia. J Am Dermatol 2016; 75: 1134-41
- ²⁰Capitanio B, Sinagra JL, Ottaviani M, Bordignon V, Amantea A, Picardo M. “Smoker’s acne” a new clinical entity. Br J Dermatol 2007; 157:1070-1071
- ²¹González-Guerra E. El tabaco y la prevalencia del acné. Estudio de una posible asociación. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Junio 2002
- ²²Kurokawa I, Danby FW, Ju Q, Wang X, Xiang LF, Xia L, Chen W, Nagy I, Picardo M, Suh DH, Ganceviciene R, Schagen S, Tsatsou F, Zouboulis CC. New developments in our understanding of acne pathogenesis and treatment. Exp Dermatol. 2009 Oct;18(10):821-32
- ²³BOT PLUS 2.0. Base de datos del conocimiento sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Consultado junio 2018



Referencias Bibliográficas:

#JADE18

- ²⁴ Borelli C, Merk K, Schaller M, Jacob K, Vogeser M, Weindl G, Berger U, Plewig G. *In vivo* Porphyrin Production by *P. acnes* in Untreated Acne Patients and its Modulation by Acne Treatment. *Acta Derm Venereol* 2006; 86: 316–319
- ²⁵ H.Ashkenazi et al. Eradication of *Propionibacterium acnes* by its endogenic porphyrins after illumination with high intensity blue light. *FEMS Immunology and Medical Microbiology* 35(2003) 17-24
- ²⁶ M. Schaller et al. Induction of a chemoattractive proinflammatory cytokine response after simulation of keratinocytes induced with *P. acnes* a coproporphyrin III. *British Journal of Dermatology* 2005 153, pp66–71
- ²⁷ Dobrev H. Fluorescence diagnostic imaging in patients with acne. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine* 26, 285–289
- ²⁸ López-Estebarez JL, Herranz-Pinto P, Drénoc B. Documento de consenso. Consenso español para establecer una clasificación y un algoritmo de tratamiento del acné. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:120-31. Fyrand O, Jakobsen HB. Water-based versus alcohol-based benzoyl peroxide preparations in the treatment of acne vulgaris. *Dermatologica.* 1986;172:263-267
- ²⁹ Mills OH Jr, Kligman AM, Pochi P, Comite H. Comparing 2.5%, 5%, and 10% benzoyl peroxide on inflammatory acne vulgaris. *Int J Dermatol.* 1986;25:664-667
- ³⁰ Schutte H, Cunliffe WJ, Forster RA. The short-term effects of benzoyl peroxide lotion on the resolution of inflamed acne lesions. *Br J Dermatol.* 1982;106:91-94
- ³¹ Peter W. Hashim MD MHS, Tinley Chen BA, Julie C. Harper MD, and Leon H. Kircik MD. The Efficacy and Safety of Azelaic Acid 15% Foam in the Treatment of Facial Acne Vulgaris. *J Drugs Dermatol.* 2018;17(6):641-645
- ³² Guerra A, Gonzalez-Guerra E. Manual de acné. Madrid: Grupo Aula Médica S.L.; 2015. Pp. 33-37. Cunliffe WJ, Holland KT. Clinical and laboratory studies on treatment with 20% azelaic acid cream for acne. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1989;143:31-34
- ³³ Katsambas A, Graupe K, Stratigos J. Clinical studies of 20% azelaic acid cream in the treatment of acne vulgaris. Comparison with vehicle and topical tretinoin. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1989;143:35-39



Referencias Bibliográficas:

- ³⁴Shalita AR. Treatment of mild and moderate acne vulgaris with salicylic acid in an alcohol-detergent vehicle. *Cutis*. 1981; 28:556-558, 561
- ³⁵J.L. López- Estebaranz, P. Herranz-Pinto, B. Dréno y el grupo de dermatólogos expertos en acné. Acné consenso español para establecer una clasificación: algoritmo de tratamiento para los diversos grados de acné. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108 (2): 120-131
- ³⁶Dreno B, Poli F, Pawin H, Beylot C, Faure M, Chivot M, et al. Development and evaluation of a Global Acne Severity Scale (GEA Scale) suitable for France and Europe. *FDA GLOBAL ASSESSMENT: J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:43-8
- ³⁷Jiang Hao, Li Chang-yi. High dose niacin in the treatment of acne vulgaris: a pilot study. *Chinese Journal of Aesthetic Medicine*. 2016,25(12):54-59
- ³⁸Sardana K, Garg VK. An observational study of methionine-bound zinc with antioxidants for mild to moderate acne vulgaris. *Derm Ther*. 2010;23:411-418
- ³⁹Drenno B, Trossaert M, Boiteau HL, Litoux P. Zinc salts effects on granulocyte zinc concentration and chemotaxis in acne patients. *Acta Derm Venereol* 1992;72:250-2
- ⁴⁰Fivenson DP. The mechanisms of action of nicotinamide and zinc in inflammatory skin disease. *Cutis* 2006; 77(1 Suppl):5-10
- ⁴¹Jung GW, Tse JE, Guha I, Rao J. Prospective, randomized, open-label trial comparing the safety, efficacy, and tolerability of an acne treatment regimen with and without a probiotic supplement and minocycline in subjects with mild to moderate acne. *J Cutan Med Surg*. 2013;17: 114-122
- ⁴²Baquerizo N, YIM E, Keri J. probiotics and prebiotic in dermatology. *J Dermatology SCI*. 2014; 71 (4): 814-821
- ⁴³Khayef G, Young J, Burns-Whitmore B, Spalding T. Effects of fish oil supplementation on inflammatory acne. *Lipids Health Dis*. 2012;11:165
- ⁴⁴Desbois A, Lawlor K. Antibacterial activity of long-chain polyunsaturated fatty acids against *P. Acnes* and *Staphylococcus Aureus*. *MAR DRUGS*. 2013;11(11):4544-57
- ⁴⁴Nakatsuji T, KAO M, Fang J, Zouboulis C, Zhang L, Gallo R, Huang C. antimicrobial property of lauric acid against *P Acnes*; Its therapeutic potential for inflammatory acne vulgaris. *J INVEST DERMATOL*. 2009; 129 (10): 2480-8



#JADF18

Referencias Bibliográficas:

⁴⁵Zaenglein AL, PathY AL, Schlosser, BJ. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2016;74:945-73

⁴⁶Guerra A, Gonzalez-Guerra E. Manual de acné. Madrid: Grupo Aula Médica S.L.; 2015. Pp. 33-37

⁴⁷Dréno B, Khammari A, Orain N, Noray C, Merial-Kieny C, Méry S, Nocera T. ECCA grading scale: an original validated acne scar grading scale for clinical practice in dermatology. Dermatology 2007;214:46-51

⁴⁸Mark Nestor, MD, PhD; Vivian Bucay, MD; Valerie Callender, MD; Joel L. Cohen, MD; Neil Sadick, MD; Heidi Waldorf, MD. Polypodium leucotomos as an adjunct treatment of pigmentary disorders. The Journal of Clinical Aesthetic Dermatology. March 2014. Volume 7. Number 3

⁴⁹Garg VK, Sinha S, Sarkar R. Glycolic acid peels versus salicylic acid peels in active acne vulgaris and post-acne scarring and hyperpigmentation: a comparative study. Dermatol Surg 2009; 35: 59-65

⁵⁰Morales-Cardona CA, Sánchez-Vanegas G. Tasa de recaída y factores pronóstico de recaída después del tratamiento con isotretinoína oral en pacientes con acné quístico Actas Dermosifiliogr. 2013;104(1):61-66

⁵¹Tan J, Thiboutot D, Gollnick H, et al. Development of an atrophic acne scar risk assessment tool. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(9):1547-1554

