

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización  
2017

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS POR CONTACTO EN ADULTOS

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-560-12



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

**MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA**

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. HÉCTOR DAVID MARTÍNEZ CHAPA**

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. GILBERTO PÉREZ RODRÍGUEZ**

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

**DR. LUIS RAFAEL LÓPEZ OCAÑA**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**LIC. DAVID BACA GRANDE**

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

**DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO**

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DRA. ANA CAROLINA SEPULVEDA VILDOSOLA**

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. MARIO MADRAZO NAVARRO**

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. JOSÉ FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

**DRA. CAROLINA DEL CARMEN ORTEGA FRANCO**

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

**DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO**

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**DR. ROMEO SERGIO RODRÍGUEZ SUÁREZ**

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. MANUEL DÍAZ VEGA**

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron que la información sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de interés y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en Adultos**. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; **29/06/2017**.

Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Actualización: **Total**.

ISBN en trámite



## COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2017

COORDINACIÓN				
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Medicina Familiar	IMSS	Coordinador de Programas Médicos, Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	
AUTORÍA				
Dra. Idania Claudia Gómez Méndez	Medicina Familiar	IMSS	Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 97	Consejo de Medicina Familiar COMAFEM Colegio Mexiquense de Médicos Especialistas en Medicina Familiar
Dra. Lizeth Sánchez Rosas	Dermatología	IMSS	Médico adscrito al servicio de Dermatología HGR 200 Tecámac Profesor titular curso de Dermatología Facultad de Medicina del IPN	Academia Mexicana de Dermatología
Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez	Dermatología	SS	Jefe de Enseñanza e Investigación Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” Secretaría de Salud de la Ciudad de México	Sociedad Mexicana de Dermatología
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Medicina Familiar	IMSS	Coordinador de Programas Médicos, Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	
VALIDACIÓN				
Protocolo de Búsqueda				
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Medicina Familiar	IMSS	Coordinador de Programas Médicos	
Guía de Práctica Clínica				
Dr. José Antonio Olvera Márquez	Alergología	IMSS	Médico adscrito, HGR no. 200 EdoMex, IMSS	Colegio Mexicano de Inmunología clínica y alergia
Dra. diana Edith Fernández Madinaveita	Dermatología	IMSS	Médico adscrito, HGZ No. 1A	Academia Mexicana de Dermatología
REVISIÓN				

## AUTORÍA VERSIÓN 2012

Aguirre González Juan Daniel, Alonzo Romero Pareyón María de Lourdes, Alvarez Jorge Romero, Bernabé del Río Claudia, Peralta Pedrero María Luisa, Conde Salazar Gómez Luis, Blancas Espinosa Roberto

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Aspectos Generales .....</b>	<b>6</b>
1.1.	Metodología .....	6
1.1.1.	<i>Clasificación .....</i>	<i>6</i>
1.2.	Actualización del año 2012 al 2017 .....	7
1.3.	Introducción.....	8
1.4.	Justificación.....	10
1.5.	Objetivos .....	11
1.6.	Preguntas clínicas .....	12
<b>2.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones.....</b>	<b>13</b>
2.1.	Diagnóstico.....	14
2.2.	Tratamiento .....	18
<b>3.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>29</b>
3.1.	Algoritmos .....	29
3.2.	Cuadros.....	31
3.3.	Figuras.....	38
3.4.	Listado de Recursos .....	40
3.4.1.	<i>Tabla de Medicamentos .....</i>	<i>40</i>
3.5.	Protocolo de Búsqueda.....	45
3.5.1.	<i>Búsqueda de Guías de Práctica Clínica .....</i>	<i>45</i>
3.5.2.	<i>Búsqueda de Revisiones Sistemáticas.....</i>	<i>46</i>
3.5.3.	<i>Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales*** .....</i>	<i>47</i>
3.6.	Escalas de Gradación .....	48
3.7.	Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave .....	50
<b>4.</b>	<b>Glosario .....</b>	<b>52</b>
<b>5.</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>53</b>
<b>6.</b>	<b>Agradecimientos.....</b>	<b>57</b>
<b>7.</b>	<b>Comité Académico.....</b>	<b>58</b>

# 1. ASPECTOS GENERALES

## 1.1. Metodología

### 1.1.1. Clasificación

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-S60-12	
<b>Profesionales de la salud</b>	Dermatología, Medicina Familiar
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10: L23 Dermatitis alérgica de contacto, L24 Dermatitis irritante de contacto
<b>Categoría de GPC</b>	Primero y Segundo Nivel de Atención
<b>Usuarios potenciales</b>	Estudiantes, Médicos especialistas, Médicos generales, Médicos familiares, Proveedores de servicios de salud
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco</b>	Adulto 19 a 44 años, Mediana edad 45 a 64 años, Hombre, Mujer
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	Gobierno Federal e Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	Historia clínica general y laboral Realización de pruebas del parche en los casos que se requieran Uso adecuado de esteroides tópicos y sistémicos Uso de terapia sistémica en los casos resistentes a la terapéutica convencional Entrevista, (evaluación) (diagnóstica) médica Entrevista en profundidad (historia y evaluación del problema nuevo)
<b>Impacto esperado en salud</b>	Disminución de la proporción de pacientes con Dermatitis por Contacto Incremento en la proporción de pacientes con diagnóstico oportuno de Dermatitis por Contacto Incremento en la proporción de pacientes con Dermatitis por Contacto en que se realiza la determinación del alérgeno involucrado Disminuir la proporción de pacientes en contacto con el alérgeno involucrado en su Dermatitis por Contacto Incremento de la proporción de pacientes con respuesta a tratamiento (control del padecimiento) Disminución de los costos derivados del tratamiento e incapacidad laboral
<b>Metodología<sup>1</sup></b>	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación, verificación y revisión Publicación en el Catálogo Maestro
<b>Búsqueda sistemática de la información</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: 03/2017 Número de fuentes documentales utilizadas: <b>46</b> Guías seleccionadas: <b>7</b> Revisiones sistemáticas: <b>3</b> Ensayos clínicos: <b>16</b> Estudios observacionales: <b>13</b> Otras fuentes seleccionadas: <b>7</b>
<b>Método de validación</b>	Validación del protocolo de búsqueda. Instituto Mexicano del Seguro Social Validación de la GPC por pares clínicos. Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación: 29/06/2017 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

## 1.2. Actualización del año 2012 al 2017

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía (en caso de que haya sido actualizado):
  - Título desactualizado: **Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en Adultos.**
  - Título actualizado: **Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en Adultos.**
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en: (Dejar el nombre del abordaje en que sufrió el actualización, eliminar donde no sufrió actualización):
  - **Diagnóstico**
  - **Tratamiento**

### 1.3. Introducción

La dermatitis por contacto es una reacción inflamatoria aguda o crónica que se desencadena por una respuesta a un agente externo (*Johansen J, 2015*). Existen dos tipos principales; la dermatitis de contacto irritativa que ocurre por el resultado del daño directo al estrato corneo por agentes físicos y químicos llamados contactantes (reacción no inmunológica), y la de tipo alérgica que es una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV a agentes químicos externos (alérgenos), que solo ocurre en individuos susceptibles que han sido previamente sensibilizados. (*Tan C, 2014*).

Se estima que la dermatitis de contacto irritativa es responsable del 80% de todos los casos, siendo el 20% secundario a dermatitis de contacto alérgica (*Molina S, 2012*). Dentro de la clasificación de la dermatitis por contacto, existe un subgrupo que incluye a la dermatitis por contacto fototóxica y fotoalérgica que requiere exposición a radiación ultravioleta para desencadenar una reacción; así como la urticaria por contacto que puede ser no inmunológica e inmunológica (mediada por IgE), que dada su baja frecuencia no son motivos de esta revisión. (*Amado A, 2007*).

La dermatitis por contacto es uno de los principales motivos de consulta en dermatología, con una prevalencia del 15 al 20% (*Bourke J, 2009*); su incidencia es de 7.9 casos por 1000 personas-año en países de Europa, estimando que la alérgica es de 3 casos por 1000 personas-año (*Brasch J, 2013*). La prevalencia promedio de la dermatitis de contacto alérgica es de 21.2% (rango 12.5-40.6%) y los alérgenos más frecuentes son el níquel (8.6%), el timerosal y la combinación de fragancias (*Thysen JD, 2007*). La dermatitis de contacto es la tercera causa de enfermedades ocupacionales, representando del 70 al 90% de las causas laborales que afectan la piel (*Adishes A, 2013*).

Existen factores predisponentes para el desarrollo de dermatitis por contacto, estos son una combinación de factores relacionados con el individuo (endógenos) o el ambiente (exógenos).

Dentro de los factores endógenos encontramos:

- Edad: considerando que hay disminución de la reactividad cutánea a mayor edad.
- Sexo: se ha visto que es más común en mujeres por mayor exposición a agentes, así como por la propia susceptibilidad individual.
- Topografía: la cara, el dorso de las manos y pliegues interdigitales son los que están más expuestos a irritantes químicos.
- Atopia: personas con antecedente de dermatitis atópica debido a la alteración en la barrera cutánea.
- Factores genéticos: estudios en gemelos indican que puede existir mayor susceptibilidad independientemente de la atopia.

Los factores ambientales más comunes son temperatura, humedad y oclusión debido a la alteración de la barrera cutánea que favorece la penetración de sustancias irritantes y alérgenos. (*Tan C, 2014*).

Entre las causas más frecuentes de dermatitis por contacto irritativa encontramos a los cosméticos, jabones, detergentes, productos en aerosol, cemento y pegamento, entre otros.



Existen profesiones de mayor riesgo para el desarrollo de este problema y en algunos casos puede tener un origen ocupacional. Dentro de los irritantes laborales podemos distinguir los irritantes inmediatos que son sustancias corrosivas que provocan la aparición de lesiones a los pocos minutos de la exposición, y los irritantes acumulativos como los disolventes que provocan lesiones tras una exposición repetida con un periodo de latencia de días, semanas o meses (*Conde-Salazar L, 2012*).

Los alérgenos responsables de dermatitis de contacto son pequeñas moléculas que al ser identificados por las células de Langerhans inducen una respuesta inflamatoria mediada por linfocitos T con un perfil de citoquinas específico, es necesario que un individuo se exponga en más de una ocasión a la molécula para inducir esta respuesta de hipersensibilidad, depende de la cantidad, duración y frecuencia de la exposición así como el sitio de aplicación el tiempo en que se desarrolle este fenómeno, que puede ser desde pocos días a meses o años. (*Skotnicki S, 2014*). Los sensibilizantes pueden variar de acuerdo a la población estudiada y su estilo de vida, de tal manera que en un estudio en población española se observó que los sensibilizantes más frecuentes son: cromo, níquel, formaldehído, cobalto, plásticos, resinas acrílicas, cosméticos y medicamentos (*Conde-Salazar L, 2012*). En un estudio británico se encontró que el bálsamo de Perú, el níquel, medicamentos tópicos, cobalto, cromo y PPD (para-fenilendiamina) eran los más comunes en su población, la mayoría de estos se encuentran en productos de uso personal y cosmético. Mientras que en otro estudio en población hindú los vegetales como el ajo, cebolla, condimentos, jabones, detergentes, metales y agentes industriales son los principales alérgenos que están más en relación con preparación de alimentos y exposición laboral; por tal motivo, el estilo de vida y ocupación de las personas es fundamental en la historia clínica dirigida para el estudio de las dermatitis por contacto (*Sehgal V, 2010*)

## 1.4. Justificación

A nivel mundial la dermatitis por contacto es una de las diez dermatosis más frecuentes tanto en niños como en adultos (*Landis E, 2014*). En la mayor parte de los casos es una enfermedad crónica cuyo principal factor de riesgo es la exposición laboral a sustancias irritantes y/o sensibilizantes (*Sehgal V, 2010*). Las formas graves de la dermatitis por contacto tienen un alto impacto en la calidad de vida del paciente, independientemente si es una dermatitis de contacto irritativa o alérgica (*Brutti C, 2013*). De hecho, cuando la topografía afectada son las manos, ésta enfermedad puede ocasionar incapacidad y pérdida de la actividad laboral de quien la padece (*Lerbaek A, 2008; Lau M, 2011*). En estos pacientes, principalmente en los hombres, se ha detectado una prevalencia alta de ansiedad y depresión cuando existe un desencadenante ocupacional (*Boehm D, 2012*).

Además del impacto en la vida del paciente, la dermatitis por contacto tiene una repercusión en los costos directos e indirectos de la atención médica cuando se retrasa la identificación del agente causal. Un estudio realizado en Dinamarca documentó que los costos atribuibles al tratamiento de la dermatitis por contacto previo a la identificación del sensibilizante o alergeno son de 724 euros para la dermatitis por contacto ocupacional, comparado con 1,794 euros para la no ocupacional. Los costos de productividad perdidos durante los años previos al diagnóstico son de 10,722 euros para la dermatitis por contacto ocupacional y de 3,074 euros para la no ocupacional. (*Saetterstrom B, 2014*). Lo anterior demuestra que el retraso en la identificación del agente irritante o sensibilizante dificulta que el paciente pueda evitarlo y de esta forma prolonga el cuadro clínico y las repercusiones psicológicas y laborales de la enfermedad. Sin embargo, posterior a la identificación del agente causal, el costo promedio anual para el tratamiento de la dermatitis de contacto por paciente oscila de 1,712 hasta 9,792 euros, con costos directos por paciente de 521 hasta 3,829 euros. Los costos indirectos van de 100 hasta 6,846 euros (*Politiek K, 2016*).

La presente guía servirá de apoyo a los médicos en el diagnóstico oportuno de la dermatitis por contacto, señalará una ruta de abordaje diagnóstico que tiene como finalidad identificar el agente causal y orienta sobre el manejo no farmacológico y farmacológico de la enfermedad. La evidencia disponible en esta guía tendrá una repercusión directa a largo plazo sobre la calidad de vida de los pacientes con dermatitis por contacto y ayudará a disminuir los costos en salud derivados del diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

## 1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en adultos** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primero y segundo nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Describir los signos y síntomas clínicos clave para el diagnóstico de dermatitis por contacto.**
- **Reconocer la utilidad diagnóstica de las pruebas al parche para el diagnóstico de dermatitis por contacto alérgica.**
- **Determinar el manejo no farmacológico más eficaz en adultos con dermatitis por contacto.**
- **Determinar el fármaco de administración tópica más eficaz y seguro para el tratamiento de adultos con dermatitis por contacto.**
- **Determinar el fármaco de administración sistémica más eficaz y seguro para el tratamiento de adultos con dermatitis por contacto.**
- **Identificar los criterios de referencia al médico especialista en adultos con dermatitis por contacto.**

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

## 1.6. Preguntas clínicas

### En adultos:

1. ¿Cuáles son los signos y síntomas clínicos característicos de un paciente con sospecha de dermatitis por contacto?
2. ¿Cuál es la sensibilidad y especificidad de la pruebas de parche para el diagnóstico de dermatitis por contacto alérgico?
3. ¿Cuál es el manejo no farmacológico más eficaz para el tratamiento de la dermatitis por contacto?
4. ¿Cuáles son los fármacos de administración tópica con mayor eficacia y seguridad para el tratamiento de la dermatitis por contacto?
5. ¿Cuáles son los fármacos de administración sistémica que han mostrado la mayor eficacia y seguridad para el tratamiento de la dermatitis por contacto?
6. ¿Cuáles son los criterios de referencia al médico especialista en pacientes con dermatitis por contacto?

## 2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **“NICE” y escala de la guía “Guidelines for the Management of Contact Dermatitis: an update, British Journal of Dermatology 2009”.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

**Evidencia**




**Recomendación**



**Punto de buena práctica**



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En un estudio de serie de casos realizado por Delahaye en 2003, se evaluó la utilidad del ultrasonido prenatal para el diagnóstico temprano de craneosinostosis en fetos con factores de riesgo, determinado por la disminución del espacio de las suturas craneales; se documentó una sensibilidad de 100% y especificidad de 97% para el ultrasonido.	<b>MUY BAJA</b> ⊕○○○ <b>GRADE</b> <i>Delahaye S, 2003</i>






## 2.1. Diagnóstico






### ¿Cuáles son los signos y síntomas clínicos característicos de un paciente con sospecha de dermatitis por contacto?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<b>E</b>	El cuadro clínico de la dermatitis por contacto se caracteriza por eritema, escama, vesículas y ampollas durante la fase aguda; mientras que en la fase crónica se presenta la liquenificación y fisuras.	<b>4 NICE</b> <i>Tan C, 2014</i> <i>Agner T, 2015</i>
<b>E</b>	En muchos de los casos la dermatitis se localiza en el sitio del contacto; sin embargo, la enfermedad diseminada ocurre de acuerdo a la naturaleza del alérgeno o del fenómeno de autosensibilización.	<b>4 NICE</b> <i>Agner T, 2015</i>
<b>E</b>	La localización puede variar dependiendo del agente etiológico. La localización más frecuente es en las manos.	<b>4 NICE</b> <i>Agner T, 2015</i>
<b>E</b>	La morfología de la dermatitis alérgica de contacto, también denominada eczema de contacto alérgico, es eritema, pápulas, edema y posiblemente vesículas. En una etapa posterior, si la exposición al alérgeno continúa, la dermatitis puede volverse crónica y presentarse con escamas, fisuras y liquenificación.	<b>4 NICE</b> <i>Johansen J, 2015</i>
<b>E</b>	<p>Ninguna clasificación del eczema es completamente satisfactoria y no es exclusiva de la dermatitis por contacto, sin embargo es la manifestación clínica más común; Sehgal en su revisión simplifica las etapas en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aguda: las características clínicas van desde el eritema hasta la dermatitis florida con eczema, inflamación, vesículas dolorosas, exudado, formación de ampollas y necrosis tisular.</li> <li>2. Subagudo: caracterizado por eritema, pápulas y costras.</li> <li>3. Crónica: liquenificación caracterizada por engrosamiento exagerado de la piel, escama e hiperpigmentación.</li> </ol> <p>La clasificación anterior es fácil de entender y facilita el enfoque del tratamiento. (Ver Figuras 1 a 4)</p>	<b>4 NICE</b> <i>Sehgal V, 2010</i>

	<p>Durante el curso del tratamiento, deben vigilarse las posibles variaciones del cuadro clínico. Se propone como variantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor crónico,</li> <li>2. Manifestación cutánea recurrente, manifestación cutánea hiperqueratósica, pulpitis y eczema interdigital.</li> </ol>	<p><b>4</b> <b>NICE</b> <i>Menné T, 2011</i></p>
	<p>Para la identificación de los signos y síntomas clínicos desde la primera consulta se recomienda describir la morfología y topografía de la dermatosis. Se deben considerar las variaciones del cuadro clínico.</p>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> <i>Sehgal V, 2010</i> <i>Menné T, 2011</i></p>
	<p>La clasificación del eczema deberá de tomarse en cuenta para la implementación de un esquema terapéutico.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>

### ¿Cuál es la sensibilidad y especificidad de las pruebas del parche para el diagnóstico de la dermatitis por contacto alérgica?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Existe evidencia que sustenta el uso de la prueba del parche en pacientes con sospecha clínica de dermatitis por contacto alérgica. Se usan diferentes sistemas para ocluir y aplicar los alérgenos. El más común es la “cámara de Finn”. No hay evidencia de que un sistema sea superior a los otros.</p>	<p><b>4</b> <b>NICE</b> <i>Johansen J, 2015</i> <i>Bourke J, 2009</i></p>
	<p>El pilar del diagnóstico en la dermatitis por contacto alérgica es la prueba del parche. Esta prueba tiene una sensibilidad y especificidad que oscila entre el 70% y 80%.</p>	<p><b>II. ii</b> <b>Guía BJD 2009</b> <i>Bourke J, 2009</i> <b>Ila</b> <b>Guía American Academy AAI</b> <i>Fonacier L, 2015</i></p>
	<p>Se recomienda el uso de la prueba del parche como prueba diagnóstica en pacientes con sospecha clínica de dermatitis por contacto de tipo alérgico.</p>	<p><b>A</b> <b>Guía BJD 2009</b> <i>Bourke J, 2009</i> <i>Johansen J, 2015</i> <b>C</b> <b>Guía American Academy AAI</b> <i>Fonacier L, 2015</i></p>

	La prueba del parche debera de emplearse en la identificación del agente causal.	<b>Punto de buena práctica</b>
	<p>En varias revisiones, diversos autores concuerdan en describir como indicaciones para realizar la prueba de parche las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Localización en manos, pies, cara y párpados, así como presentaciones unilaterales.</li> <li>2. Ocupaciones de alto riesgo. (Ver Cuadros 2 y 4)</li> <li>3. Dermatitis de etiología desconocida.</li> <li>4. Empeoramiento de una dermatitis previamente estable;</li> <li>5. Falla al tratamiento y</li> <li>6. Otras afecciones que pueden simular una reacción alérgica de contacto tales como eritema multiforme, liquen plano, psoriasis y reacciones granulomatosas o linfomatoides.</li> </ol>	<p><b>4 NICE</b></p> <p><i>Mowad C, 2016 Agner T, 2015 Lazzarini R, 2013 Bourke J, 2009 Johansen J, 2015</i></p>
	Se recomienda utilizar la prueba del parche en todo paciente que cuente con alguna de las características descritas.	<p><b>D NICE</b></p> <p><i>Mowad C, 2016 Agner T, 2015 Lazzarini R, 2013 Bourke J, 2009 Johansen J, 2015</i></p>
	La interpretación de la prueba del parche deberá de ser realizada por dermatólogos ó alergólogos con adiestramiento formal en la interpretación de resultados.	<b>Punto de buena práctica</b>
	<p>En las revisiones realizadas por la Sociedad Europea de Dermatitis por Contacto y en la de la Academia de Alergia, Asma e Inmunología coinciden en posponer la prueba del parche en pacientes que presenten las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dermatitis grave y generalizada,</li> <li>-Tratamiento inmunosupresor sistémico,</li> <li>-Dermatitis en la espalda u otras áreas del cuerpo elegidas para aplicar pruebas de parche,</li> <li>-Sitios tratados recientemente con corticoesteroides tópicos, 7 días son considerados adecuados;</li> <li>-Exposición UV reciente del área de prueba.</li> </ul>	<p><b>4 NICE</b></p> <p><i>Johansen J, 2015</i></p> <p><b>Ila Guía American Academy AAI</b></p> <p><i>Fonacier L, 2015</i></p>






	Debido a que las condiciones descritas previamente pueden afectar el resultado, se sugiere evitar o posponer la prueba del parche ante la presencia de las mismas.	<b>D NICE</b> <i>Johansen J, 2015</i> <b>C</b> <b>Guía American Academy AAI</b> <i>Fonacier L, 2015</i>
	No existe evidencia que contraindique la aplicación de la prueba del parche durante el embarazo, como precaución se sugiere posponerla.	<b>Punto de buena práctica</b>
	La prueba del parche es útil en el diagnóstico de dermatitis por contacto alérgica; sin embargo, en muchos de los casos existen pruebas falsas positivas para el níquel cobalto, timerosal y fragancias.	<b>4 NICE</b> <i>Mowad C. 2016</i>
	Se recomienda al realizar la prueba del parche, tener en consideración las pruebas falsas positivas a las sustancias descritas.	<b>D NICE</b> <i>Mowad C. 2016</i>
	Para disminuir el riesgo de error en la interpretación, la lectura de las pruebas deberá realizarse por un médico especialista con entrenamiento y experiencia en el procedimiento.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Los exámenes de laboratorio y biopsia no son usados de rutina ya que el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones es clínico; son usadas solo ante sospecha de infección bacteriana o fúngica.	<b>4 NICE</b> <i>Molina S, 2012</i>
	No existe evidencia que justifique el uso de exámenes de laboratorio y biopsia de piel como estudios de rutina para el diagnóstico de dermatitis por contacto.	<b>D NICE</b> <i>Molina S, 2012</i>
	El médico que tenga el primer contacto con el paciente deberá integrar un diagnóstico en base al cuadro clínico descrito.	<b>Punto de buena práctica</b>

## 2.2. Tratamiento



### ¿Cuál es el manejo no farmacológico más eficaz en la Dermatitis por Contacto?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Se han estudiado diversas estrategias para la prevención y el control de la dermatitis por contacto, cuando es leve es posible lograr mejoría y prevención de la enfermedad con cuidados específicos de piel.	<b>1++ NICE</b> <i>Van Zuuren EJ, 2017</i>
	En una revisión sistemática de Cochrane que incluyó 77 estudios con 6603 participantes con eczema leve ó moderado que evaluó los efectos de los humectantes en el tratamiento del eczema se demostró que los hidratantes que contengan emolientes como glicerol, urea, ácido láctico, silicona y avena, utilizados al menos tres veces al día, ayudaron a restaurar la barrera cutánea, prevenir recidivas, disminuir la necesidad de esteroides tópicos y mejoró la calidad de vida en individuos con dermatitis por contacto en manos.	<b>1++ NICE</b> <i>Van Zuuren EJ, 2017</i>
	Se sugiere que todo paciente se aplique humectantes en diversos momentos del día, independientemente si el problema se encuentra controlado o activo y/o utiliza otro tratamiento tópico farmacológico.	<b>A NICE</b> <i>Van Zuuren EJ, 2017</i>
	La dermatitis aguda es generalmente húmeda y requiere tratamiento con una preparación hidrofílica (geles, lociones, cremas), mientras que la dermatitis crónica comúnmente requiere ungüentos como petrolato sólido ó emolientes con silicona y glicerol.	<b>4 NICE</b> <i>Brasch J, 2014</i>
	Se recomienda elegir los emolientes en base al cuadro clínico de la dermatitis por contacto.	<b>D NICE</b> <i>Brasch J, 2014</i>
	Un ensayo clínico controlado aleatorizado que incluyó 1649 participantes cuyo objetivo fue investigar los efectos de la implementación de una estrategia de autoreporte de dermatitis en manos y de conductas preventivas mostró que implementar medidas como la educación a los pacientes y participación en grupos multidisciplinarios de atención, repercute en mejor apego al tratamiento y por tanto mejor control de la enfermedad (OR 1.45 95% IC 1.03-2.04).	<b>1+ NICE</b> <i>Van der Meer, 2014</i>



	En este mismo ensayo se demostró que las medidas más eficaces para prevención y control son: uso de desinfectantes en lugar de aseo con agua y jabón, uso de guantes para tareas con humedad, si los guantes deben utilizarse por más de 10 minutos deberán vestir guantes de algodón y encima guantes de trabajo, uso de emolientes diariamente en lugar de lociones corporales y evitar el trabajo húmedo en la medida de lo posible.	<b>1+ NICE</b> <i>Van der Meer, 2014</i>
	Se recomienda implementar cuidados especiales de manos como medidas preventivas y de control en casos de dermatitis por contacto ya sea en área laboral o para las tareas diarias. (Ver cuadro 6)	<b>A NICE</b> <i>van der Meer, 2014</i>
	El uso de fomentos secantes como polvos coloides o sulfato de cobre, y pastas secantes como óxido de zinc, es de utilidad en caso de dermatitis agudas con lesiones húmedas y costras, los cuales además de mejorar los síntomas ayudan a disminuir riesgo de sobreinfecciones.	<b>Punto de buena practica</b>
	Un individuo con dermatitis por contacto tiene más riesgo de hacer una reacción de hipersensibilidad agregada a la inicial. La hipersensibilidad tipo I al látex de caucho natural puede complicar la dermatitis atópica de manos, la alérgica y la irritante y puede ser vista en combinación con hipersensibilidad tardía (tipo IV) al látex de caucho natural o por aditivos del caucho.	<b>4 NICE</b> <i>Bourke, 2009</i>
	Se deberá evitar la sustancia(s) irritante o sensibilizante (alérgeno) que sean responsables de la dermatitis por contacto, así como otras sustancias o prácticas de riesgo para prevenir sensibilización secundaria.	<b>D NICE</b> <i>Bourke, 2009</i>


### ¿Cuáles son los fármacos de administración tópica con mayor eficacia y seguridad para el tratamiento de la Dermatitis por Contacto?





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	No hay estudios recientes que comparen el uso actual de los esteroides topicos en la dermatitis por contacto, en revisiones narrativas se describen los esteroides del grupo II y III como los más eficaces y seguros en las manifestaciones agudas de la enfermedad (furoato de mometasona, aceponato de metilprednisolona, butirato de hidrocortisona).	<b>4 NICE</b> <i>Brasch J, 2014</i>
	Se deberán utilizar los esteroides tópicos de mediana y baja potencia en el tratamiento inicial de la dermatitis por contacto sintomática.	<b>D NICE</b> <i>Brasch J, 2014</i>






	Se deberá considerar al elegir el esteroide tópico la topografía de las lesiones: en cara, pliegues y genitales de baja potencia; áreas como palmas y plantas de alta potencia. El tiempo debe ser el conveniente para prevenir la atrofia (ver cuadro de esteroide tópicos)	<b>Punto de buena practica</b>
	La dosis de esteroides se calcula con la Unidad Pulpejo Índice FTU (finger tip unit) que es la cantidad de medicamento que cubre el diámetro de la articulación interfalángica distal al pulpejo del dedo índice palmar y corresponde a 0.5gr.	<b>4 NICE</b> <i>Ference, 2009</i>
	La cantidad correcta para lograr un efecto terapéutico y con bajo riesgo de efectos adversos por área es: cara y cuello 2.5 FTU, tronco 14 FTU, brazo 3FTU, mano 1 FTU, muslo y pierna 6 FTU, pie 2 FTU por el tiempo recomendado.	<b>4 NICE</b> <i>Ference, 2009</i>
	Se debe determinar y dejar claro al momento de la atención al paciente la cantidad de medicamento que debe aplicar por zona y la duración del tratamiento, con el fin de conseguir una mejoría rápida, tratando de limitar efectos adversos	<b>D NICE</b> <i>Ference, 2009</i>
	Un ensayo clínico controlado con 19 participantes cuyo objetivo era examinar los efectos de un corticoesteroide tópico, el tacrolimus y un emoliente en los lípidos del estrato córneo mostró que el uso de esteroides como betametasona y tacrolimus tópico logran incrementar la relación ceramidas/colesterol en la epidermis comparado con emolientes (betametasona vs petrolato $p=0.008$ , tacrolimus vs petrolato $p=0.025$ ), y esto se traduce en mayor índice de restauración de la barrera cutánea, por tanto en mejoría en las lesiones inflamatorias.	<b>1+ NICE</b> <i>Jungersted, 2011</i>
	Se recomienda el uso de esteroides tópicos e inhibidores de la calcineurina para la restauración de la barrera cutánea, que justifica el tratamiento en los casos de eccema crónico, donde predomina liquenificación, fisuras y escama.	<b>A NICE</b> <i>Jungersted, 2011</i>
	Los inhibidores de calcineurina como tacrolimus y pimecrolimus, inhiben la actividad de los linfocitos T y células de Langerhans, que se traduce en un efecto antiinflamatorio directo en la piel sin los efectos adversos de los esteroides tópicos, por lo que se plantea como una opción de tratamiento en el eccema.	<b>1+ NICE</b> <i>Katsarou, 2009</i>

	En un ensayo clínico controlado, abierto, no aleatorizado, que incluyó 20 pacientes, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de un ungüento de tacrolimus al 0.1% en el tratamiento de la dermatitis por contacto alérgica en los párpados mostró mejoría del eccema a los 30 y 60 días comparado con placebo ( $p=0.004$ , $p=0.046$ ), reportando 10% de efectos adversos como dolor y prurito.	<b>1+ NICE</b> <i>Katsarou, 2009</i>
	Los inhibidores de calcineurina son una opción de tratamiento antiinflamatorio por periodos de tiempo más prolongados que los esteroides tópicos, con un buen perfil de eficacia y seguridad en pacientes con dermatitis por contacto.	<b>A NICE</b> <i>Katsarou, 2009</i>
	Un ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego que incluyó 36 participantes en que se evaluó la eficacia de 4 compuestos anti-irritantes (acetónido de triamcinolona, propionato de clobetasona, tacrolimus y ungüento de glicerol) y en el que se indujo experimentalmente una dermatitis por contacto irritativa, no mostró diferencias significativas entre éstos tratamientos.	<b>1+ NICE</b> <i>Clemmensen, 2011</i>
	Se deberá además de instaurar un tratamiento farmacológico en dermatitis por contacto, investigar la causa específica y evitarla, de no ser así el control de la enfermedad será pobre aún con un tratamiento específico.	<b>A NICE</b> <i>Clemmensen, 2011</i>
	El tratamiento tópico que incluye intervenciones no farmacológicas y farmacológicas es en la mayoría de los casos suficiente para el control y/o curación de la dermatitis por contacto, pero es necesario asegurarse de la adherencia al tratamiento, de lo contrario se podría clasificar como refractaria aunque no lo sea.	<b>Punto de buena practica</b>

### ¿Cuáles son los fármacos de administración sistémica con mayor eficacia y seguridad para el tratamiento de la Dermatitis por Contacto?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<b>Corticosteroides (Eficacia)</b>	
	No existen ensayos clínicos que comparen el uso de esteroides sistémicos en el tratamiento de la dermatitis por contacto, la mayoría de la información proviene de artículos de revisión y opinión de expertos. La mayoría coincide en que está indicado un curso corto de 2 a 3 semanas en pacientes con dermatitis por contacto generalizada y casos refractarios a tratamiento tópico.	<b>4 NICE</b> <i>Brasch J, 2014</i>







	Se recomienda el uso de corticosteroides sistémicos en casos graves de dermatitis por contacto, el que se sugiere es la prednisona a dosis de 0.5 mg/kg/día, sin exceder los 60 mg/día, durante los primeros 7 días. Posteriormente reducir el 50% de la dosis los siguientes 7 días y suspenderlo entre las 2 semanas siguientes.	<b>D NICE</b> <i>Brasch J, 2014</i>
	<b>Antihistamínicos (Eficacia)</b>	
	No se encontraron estudios acerca de la eficacia de los antihistamínicos en el tratamiento de la dermatitis por contacto.	<b>4 NICE</b> <i>Diepgen TL, 2014</i>
	No se recomienda el uso de antihistamínicos orales en el tratamiento de la dermatitis por contacto en adultos.	<b>D NICE</b> <i>Diepgen TL, 2014</i>
	<b>Azatioprina (Eficacia)</b>	
	En un ensayo clínico con 20 pacientes que evaluó la efectividad de la administración de una dosis de azatioprina de 2 mg/kg/día dividido en 2 dosis durante 6 meses se encontró que el 66% de los pacientes tuvo una mejoría del 90%. 20% de ellos presentó mejoría de más del 50%, 6.6% mostró mejoría menor al 50% y sólo un paciente mostró menos de 50% de mejoría a los 5 meses. Los pacientes reclutados en este estudio fueron diagnosticados con dermatitis por contacto aerotransportada a la planta <i>Parthenium hysterophorus</i> .	<b>1+ NICE</b> <i>Sharma VK, 1998</i>
	En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego con 55 pacientes, que comparó la eficacia de la azatioprina 100 mg/día vs betametasona 2 mg/día en pacientes con dermatitis por <i>Parthenium</i> durante 6 meses, se encontró que el 95% de los pacientes tratados con azatioprina (19) (p=0.156) y 100% (21) (p=0.005) de los pacientes, tratados con betametasona, tuvieron una respuesta excelente al tratamiento, ya que del 75 al 100% de las lesiones remitieron.	<b>1+ NICE</b> <i>Verma KK, 2008</i>

	<p>En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego, de 60 pacientes, para evaluar la eficacia y seguridad de los pulsos semanales de azatioprina (300 mg) contra la toma diaria de azatioprina (100mg), en el tratamiento de la dermatitis por contacto aerotransportada a la planta <i>Parthenium hysterophorus</i>, se encontró que el 81.3% de los pacientes tratados con 300 mg/semana y el 89.3% de aquellos tratados con 100 mg/día durante 6 meses lograron una reducción igual o mayor al 50% de la gravedad del cuadro clínico.</p> <p>El riesgo relativo calculado fue de 0.91, IC95% 0.76-1.1).</p>	<p><b>1++ NICE</b></p> <p>Verma KK, 2015</p>
	<p>Se recomienda el uso de la azatioprina como segunda línea de tratamiento para la dermatitis por contacto crónica y con tendencia a la generalización, en los pacientes cuyo alérgeno causal sea imposible de evitar o cuyo origen sea ambiental. La dosis recomendada es de 100 mg/día dividida en 2 tomas vía oral hasta por 6 meses. En algunos pacientes, puede indicarse la dosis de 300 mg por semana.</p>	<p><b>A NICE</b></p> <p>Verma KK, 2015</p>
	<p>Se recomienda que antes de considerar el tratamiento farmacológico con azatioprina en adultos con dermatitis por contacto se insista en las medidas generales del cuidado de la piel y evitar el agente causal.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p><b>Azatioprina (Seguridad)</b></p>	
	<p>En un estudio que incluyó 20 pacientes en donde los pacientes recibieron azatioprina a dosis de 2 mg/kg/día durante 6 meses, todos toleraron bien el medicamento y sólo uno suspendió el tratamiento debido a insuficiencia renal secundaria a diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p><b>2+ NICE</b></p> <p>Sharma VK, 1998</p>
	<p>En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego que comparó la azatioprina vs. betametasona, los eventos adversos que sólo presentaron los pacientes tratados con betametasona fueron: acné, estrías, síndrome de Cushing, diabetes mellitus tipo 2, catarata, glaucoma e hipertensión.</p>	<p><b>1+ NICE</b></p> <p>Verma KK, 2008</p>
	<p>En relación a los eventos adversos de un ensayo clínico que comparó 2 dosis de azatioprina por 6 meses, la náusea y el vómito fueron más frecuentes en el grupo que recibió 300 mg/semanal (pulsos semanales) de azatioprina (37.5%) comparado con el que recibió 100 mg/día (10.7%), p=0.02.</p>	<p><b>1+ NICE</b></p> <p>Verma KK, 2015</p>



<b>E</b>	En un ensayo clínico de 46 pacientes para evaluar la eficacia y seguridad de la azatioprina en que los pacientes recibieron azatioprina hasta por 3 años de forma continua, sólo 2 pacientes presentaron eventos adversos graves: un paciente (dosis 100 mg/día) suspendió el tratamiento por náusea, vómito, dolor abdominal, palpitaciones y fiebre posterior a la primera dosis; mientras que el segundo paciente (300 mg/mensual) fue diagnosticado con hepatitis inducida por la azatioprina después de 6 meses de tratamiento.	<b>1+ NICE</b> <i>Kaushal K, 2001</i>
<b>E</b>	Los eventos adversos reportados por 12 pacientes, que recibieron azatioprina hasta por 3 años, fueron: furunculosis, herpes simple, herpes zoster, escabiasis, tiña del cuerpo, tuberculosis pulmonar, úlceras orales, náusea y pigmentación de uñas.	<b>1+ NICE</b> <i>Kaushal K, 2001</i>
<b>E</b>	En éste mismo ensayo, los estudios de laboratorio solicitados mensualmente para detectar eventos adversos fueron: biometría hemática, glucosa, pruebas de función hepática y renal. Cada 3 meses se les solicitó examen general de orina, sangre oculta en heces, tele de tórax y electrocardiograma.	<b>1+ NICE</b> <i>Kaushal K, 2001</i>
<b>R</b>	Se recomienda solicitar biometría hemática completa y pruebas de función hepática y renal antes del inicio del tratamiento con azatioprina y repetir estos estudios de laboratorio cada 3 meses durante el mismo con la finalidad de detectar eventos adversos.	<b>C NICE</b> <i>Kaushal K, 2001</i>
<b>Metotrexato (Eficacia)</b>		
<b>E</b>	En un ensayo clínico aleatorizado (n=30), que comparó la eficacia de la azatioprina 100 mg/día vs. metotrexate 15 mg/semana por 6 meses para el tratamiento de la dermatitis por contacto aerotransportada, se encontró que el tiempo promedio para alcanzar una mejoría del 75% fue de 9.5 +/- 3.2 semanas en el grupo de azatioprina y de 5.6 +/- 1.3 semanas en el grupo de metotrexato (p=0.001).	<b>1+ NICE</b> <i>De D, 2013</i>
<b>E</b>	En un ensayo clínico para evaluar la utilidad del metotrexato en el tratamiento de dermatitis por Parthenium que incluyó 16 pacientes tratados con metotrexato a dosis de 15 mg/semana, se encontró que 44% de los pacientes mejoraron a los 6 meses, de acuerdo al índice de gravedad (DASI dermatitis area and severity index) que utilizaron.	<b>1+ NICE</b> <i>Sharma VK, 2007</i>

<b>R</b>	Se recomienda el uso del metotrexato como segunda línea de tratamiento para la dermatitis por contacto crónica y con tendencia a la generalización. La dosis recomendada es de 15 mg/semana hasta por 6 meses.	<b>A NICE</b> <i>De D, 2013</i>
	<b>Metotrexato (Seguridad)</b>	
<b>E</b>	Los eventos adversos reportados en un ensayo clínico (n=30) que comparó azatioprina vs. metotrexato, para el tratamiento de la dermatitis por contacto, fueron similares en ambos grupos: herpes zoster, tiña del cuerpo, foliculitis y elevación mínima de transaminasas.	<b>1+ NICE</b> <i>De D, 2013</i>
<b>E</b>	Los eventos adversos reportados en 16 pacientes tratados con metotrexato a dosis de 15 mg/semana durante al menos 6 meses fueron: foliculitis, furúnculos y tiñas.	<b>2+ NICE</b> <i>Sharma VK, 2007</i>
<b>R</b>	Se recomienda suspender el metotrexato en caso de eventos adversos graves como mielosupresión y hepatotoxicidad.	<b>A NICE</b> <i>De D, 2013</i>
	<b>Ciclosporina (Eficacia)</b>	
<b>E</b>	No existen ensayos clínicos que apoyen el uso de ciclosporina vía oral para el tratamiento de la dermatitis por contacto. Sólo está publicado un reporte de caso de un paciente que presentó exacerbación del cuadro de dermatitis por contacto alérgica durante el tratamiento con ciclosporina.	<b>4 NICE</b> <i>Prignano F, 2010</i>
<b>E</b>	Una revisión sistemática con meta-análisis de 15 artículos (n=602) para evaluar la eficacia de ciclosporina sistémica en el tratamiento de la dermatitis atópica severa encontró evidencia de que 6 a 8 semanas de ciclosporina disminuyen la gravedad del cuadro clínico en un 55% (IC95%, 48-62%) en aquellos pacientes que no responden al tratamiento farmacológico tópico. En 9 estudios la dosis administrada de ciclosporina fue de 4-5 mg/kg/día y en el resto fue de 2.5-3 mg/kg/día.	<b>1++ NICE</b> <i>Schmitt J, 2007</i>
<b>R</b>	Se recomienda el uso de ciclosporina a una dosis de 3 mg/kg/día hasta por 8 semanas en el tratamiento de la dermatitis por contacto en adultos con dermatitis atópica. Su uso se sugiere en casos de dermatosis generalizada.	<b>A NICE</b> <i>Schmitt J, 2007</i>
	<b>Alitretinoína (Eficacia)</b>	

	En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego comparado con placebo (n=1032), que evaluó la eficacia y seguridad de la alitretinoína vía oral a dosis de 10 mg y 30 mg cada 24 horas durante 24 semanas, se reclutaron pacientes con dermatitis por contacto en manos sin respuesta a tratamiento con esteroides tópicos. Al término del ensayo, el 48% de los pacientes tratados con alitretinoína desaparecieron las lesiones en su totalidad o casi en su totalidad comparado contra el 17% del grupo placebo (p<0.001)	<b>1++ NICE</b> <i>Ruzicka T, 2008</i>
	En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego comparado con placebo (n=117), que evaluó la eficacia de la alitretinoína administrada a dosis de 10 mg y 30 mg al día durante 12 a 24 semanas, como segundo curso de tratamiento después de una recaída, mostró que el 80% de los pacientes tratados con alitretinoína a 30 mg/día (p<0.001) y el 48% de los tratados con 10 mg/día lograron un aclaramiento casi completo de las lesiones de dermatitis por contacto en manos comparados con el 10% en el grupo de placebo.	<b>1+ NICE</b> <i>Bissonnette R, 2010</i>
	En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego comparado con placebo (n=596), que evaluó la eficacia de 30 mg de alitretinoína durante 24 semanas en adultos con dermatitis por contacto en manos resistente a esteroides tópicos, se observó una mejoría en el 40% de los pacientes tratados con alitretinoína comparado con el 15% del grupo placebo (p<0.001).	<b>1++ NICE</b> <i>Fowler JF, 2014</i>
	Se recomienda el uso de alitretinoína vía oral a una dosis de 30 mg/día en el tratamiento de la dermatitis por contacto en manos resistente a tratamiento con esteroides tópicos de larga evolución.	<b>A NICE</b> <i>Fowler JF, 2014</i>
	<b>Alitretinoína (Seguridad)</b>	
	Los eventos adversos reportados con el uso de la alitretinoína a 10 y 30 mg al día son: cefalea, dislipidemia, xerosis y disminución de los niveles de tiroxina y de la hormona estimulante de la tiroides.	<b>1++ NICE</b> <i>Ruzicka T, 2008</i>
	La alitretinoína es bien tolerada a una dosis de 30 mg/día durante 24 semanas. La incidencia de eventos adversos en un ensayo clínico fue: cefalea 18.5%, migraña 2%, infección de vías respiratorias superiores 9.3%, influenza 2.4%, eritema facial 6.9%, prurito 3.2%, náusea 2.4%, vómito 2%, fatiga 2.4% y aumento de los niveles de CPK 2.4%.	<b>2++ NICE</b> <i>Dirschka T, 2011</i>



Se recomienda solicitar un perfil de lípidos completo antes y durante el tratamiento con alitretinoína en adultos con dermatitis por contacto en manos.

**A  
NICE**  
*Ruzicka T, 2008*

## ¿Cuáles son los criterios de referencia al médico especialista en pacientes con Dermatitis por Contacto?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En un estudio donde se reclutó a 100 pacientes, se comparó la exactitud en la interpretación de las pruebas al parche de dos dermatólogos, uno de los cuales contaba con 7 años de estudios formales en 2 centros especializados en este tipo de pruebas. De 100 pacientes estudiados, 51 presentaron pruebas positivas, de las cuales 38 fueron relevantes. El dermatólogo sin entrenamiento interpretó incorrectamente 10 casos, 6 casos de dermatitis por contacto alérgica los interpretó como irritativa y falló en identificar la relevancia de la positividad de ciertos alérgenos en 4 casos.	<b>2+ NICE</b> <i>Goulden V, 2000</i>
	Una unidad de investigación especializada en dermatitis por contacto debe estar dirigida por un dermatólogo con entrenamiento en la aplicación e interpretación de las pruebas al parche. Dicho entrenamiento debe ser de al menos 6 meses en una unidad especializada en el diagnóstico de dermatitis por contacto alérgica.	<b>4 NICE</b> <i>Bourke J, 2009</i>
	Se recomienda referir al dermatólogo a los pacientes que requieran pruebas al parche. El dermatólogo debe contar con un entrenamiento formal de al menos 6 meses en la realización de este tipo de pruebas o en una unidad de investigación sobre esta enfermedad.	<b>C NICE</b> <i>Goulden V, 2000</i>
	En las instituciones en las que las pruebas al parche las realice el alergólogo, el dermatólogo valorará la referencia de los pacientes con dermatitis por contacto alérgica para la identificación del alérgeno.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Las pruebas al parche están indicadas en adultos con dermatitis por contacto en manos de 3 o más meses de evolución y/o con un cuadro clínico recidivante a pesar del tratamiento farmacológico tópico.	<b>4 NICE</b> <i>Diepgen TL, 2014</i>
	Se recomienda referir al dermatólogo a los adultos con dermatitis por contacto recidivante en manos y/o que tengan más de 3 meses de evolución, para valorar la realización de las pruebas al parche.	<b>D NICE</b> <i>Diepgen TL, 2014</i>

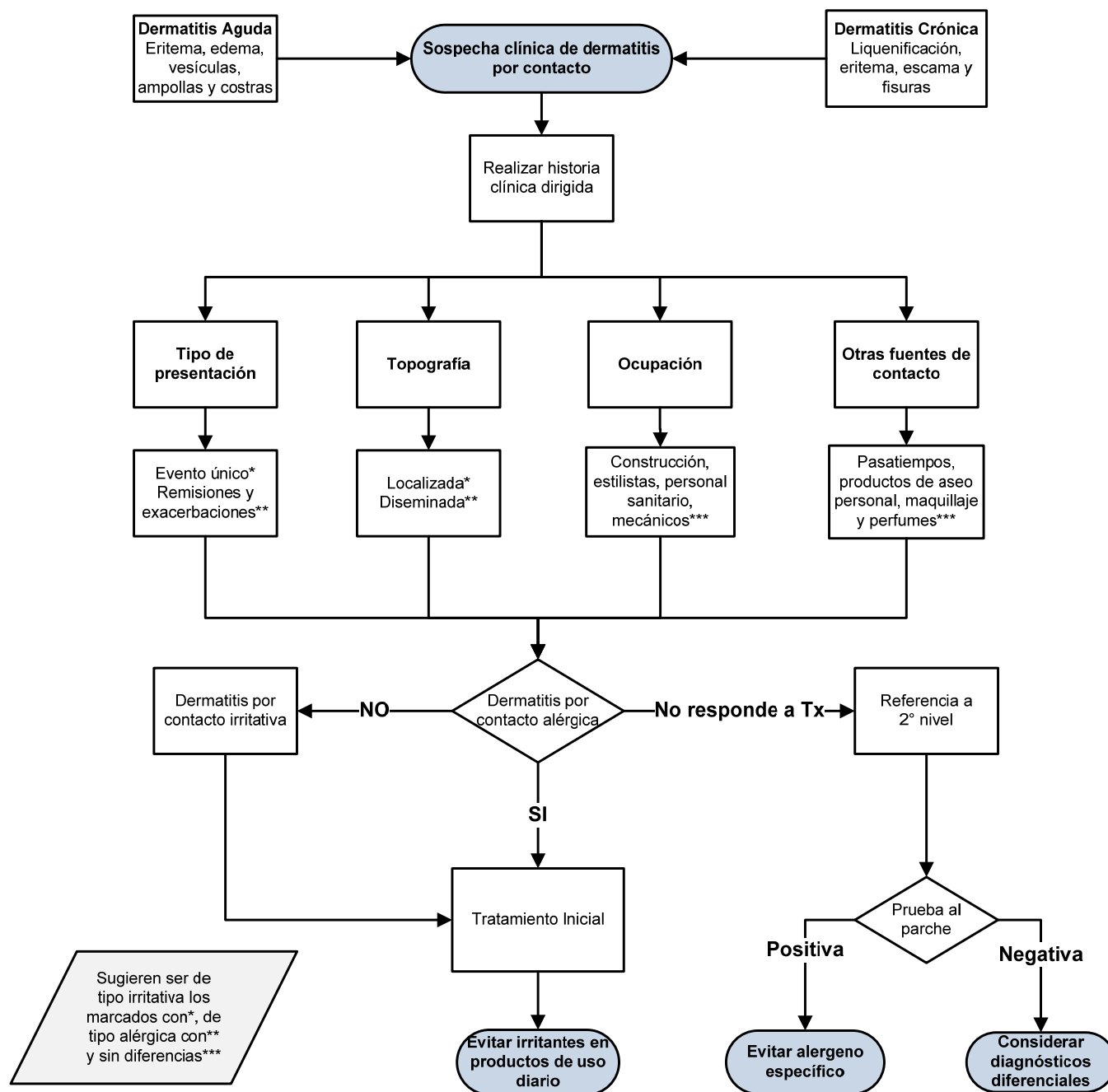
	El uso de esteroides tópicos de forma continua durante más de 6 semanas para el tratamiento de la dermatitis por contacto debe ser supervisado de forma estrecha por parte del médico debido al riesgo de atrofia.	<b>4 NICE</b> <i>Diepgen TL, 2014</i>
	Se recomienda una vigilancia estrecha de los adultos con dermatitis por contacto que requieran tratamientos con esteroides tópicos de forma continua durante más de 6 semanas.	<b>D NICE</b> <i>Diepgen TL, 2014</i>
	En un ensayo prospectivo, abierto, aleatorizado (n=120), que comparó la eficacia y seguridad de dos diferentes esquemas con un esteroide tópico potente (furoato de mometasona) para el tratamiento de la dermatitis por contacto en manos, se observó que el 47% requirió 3 semanas para el control de las lesiones, 8% 6 semanas y 25% 9 semanas. En la fase de mantenimiento, 29 pacientes de 35 del grupo A (83%), 25 de 37 del grupo B (68%) y 9 de 34 del grupo C (26%) no presentaron recaídas (p=0.001) El tratamiento de mantenimiento se prolongó 9 meses de forma intermitente sin documentarse eventos adversos graves.	<b>1+ NICE</b> <i>Veien NK, 1999</i>
	Se recomienda referir al dermatólogo a los adultos con dermatitis por contacto en manos que requieran tratamiento con esteroides tópicos por más de 3 meses. Se sugiere que después de 6 semanas de tratamiento continuo se cambie a un tratamiento intermitente, es decir, una aplicación 3 veces por semana en días alternos.	<b>B NICE</b> <i>Veien NK, 1999</i>
	Se recomienda referir al dermatólogo a los adultos con dermatitis por contacto que después de 4 semanas de tratamiento con esteroides tópicos de forma continua no presenten una mejoría de al menos el 50%.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Se recomienda referir al dermatólogo a los adultos con dermatitis por contacto que presenten recidivas del cuadro clínico inmediatamente después de la suspensión del tratamiento farmacológico tópico.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Se recomienda referir al dermatólogo a los adultos con dermatitis por contacto generalizada, principalmente aquellos con topografía en cara, cuello y extremidades superiores.	<b>Punto de buena práctica</b>



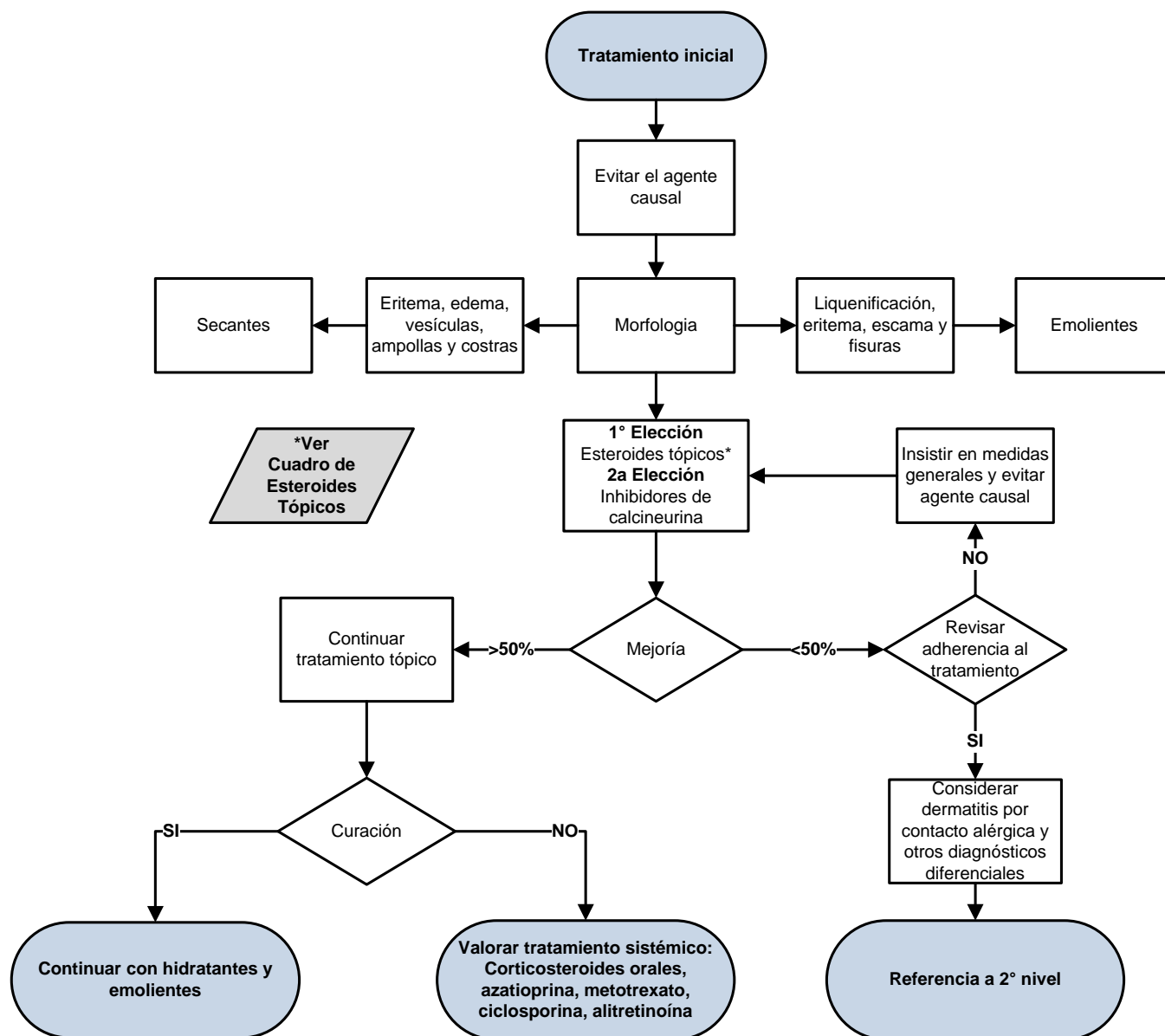
## 3. ANEXOS

### 3.1. Algoritmos

#### Algoritmo 1. Diagnóstico.



## Algoritmo 2. Tratamiento.



## 3.2. Cuadros

### Cuadro 1. Cuestionario de Dermatitis por contacto

#### Cuestionario de Dermatitis por Contacto

Fecha:\_\_\_\_\_ Nombre:\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_

Teléfono de casa:\_\_\_\_\_ Teléfono e trabajo:\_\_\_\_\_

Ocupación/Cargo:\_\_\_\_\_

Nombre de su empleador/Compañía:\_\_\_\_\_

Nombre de su médico de referencia:\_\_\_\_\_

Fecha de erupción cutánea (aproximadamente):\_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectada/Sitio de la erupción:

<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/> Párpados	<input type="checkbox"/> Cuero cabelludo
<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Axilas	<input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Pies
<input type="checkbox"/> Piernas	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Abdómen
<input type="checkbox"/> Genitales	<input type="checkbox"/> Otra	

Antecedentes de: ☐ Eccema ☐ Rinitis (Fiebre de heno/caspa de mascotas) ☐ Asma

Historia familiar de: ☐ Eccema ☐ Rinitis (fiebre de heno/caspa de mascotas) ☐ Asma

Alergia previa a: ☐ Cosméticos ☐ Protector solar ☐ Caucho

☐ Medicamentos. Especificar\_\_\_\_\_

Relojes/Joyas. Especificar\_\_\_\_\_

Metales. Especificar\_\_\_\_\_

Alimentos. Especificar\_\_\_\_\_

Plantas. Especificar\_\_\_\_\_

La erupción empeora a la exposición a luz solar/aire libre    Si ☐ No ☐

Lista de medicamentos actuales \_\_\_\_\_

Lista de remedios herbales/naturales (orales/tópicos). Suplementos vitamínicos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Se ha realizado la prueba del parche antes? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta es sí especifique: 1. ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

1. ¿Qué pruebas fueron positivas? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido tratamientos previos para este caso? \_\_\_\_\_

¿Cómo responde su eccema en sus días de descanso? ☐ Mejora ☐ Sin cambio ☐ Empeora

¿Qué deporte practica?

☐ Golf ☐ Tenis ☐ Natación ☐ Correr ☐ Excursionismo ☐ Patinaje sobre hielo

☐ Montar a caballo ☐ Baile ☐ Ciclismo ☐ Otros \_\_\_\_\_

### Hábitos personales:

Frecuencia de lavado de manos, tip de jabón \_\_\_\_\_

Frecuencia de baño, tipo de jabón \_\_\_\_\_

### Si su rash es en la cara y/o párpados especifique el uso de :

Cosméticos/maquillaje \_\_\_\_\_

Perfume/colonia \_\_\_\_\_

Crema de afeitar \_\_\_\_\_

Tinte para cabello/blanqueadores \_\_\_\_\_

Esmalte de uñas/cosméticos de uñas \_\_\_\_\_

Cremas hidratantes \_\_\_\_\_

Productos para los ojos/lentes de contacto \_\_\_\_\_

Aromaterapia/incienso \_\_\_\_\_

**Si la dermatitis está en todo el cuerpo o en las axilas especifique el uso de :**

Desodorantes/jabones \_\_\_\_\_

Detergente para ropa, frecuencia, marca \_\_\_\_\_

Color de uniforme de trabajo, tipo de tela \_\_\_\_\_

Lociones corporales/cremas/perfume \_\_\_\_\_

Aceites para masaje/lociones corporales \_\_\_\_\_

**Si su dermatitis es en las manos especifique el uso de:**

Cremas hidratantes: \_\_\_\_\_

Uso de guantes y de qué tipo: \_\_\_\_\_

¿Tiene otra enfermedad de la piel? \_\_\_\_\_

**¿Ha dejado de trabajar por su condición en la piel? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_**

Fuente: Cuestionario traducido de McGill University Health Centre Contact Dermatitis Clinic – 934-1934 ext. 34999

**Cuadro 2. Algunos irritantes y alérgenos que se encuentran en diferentes ocupaciones**

<b>Algunos irritantes y alérgenos que se encuentran en diferentes ocupaciones</b>		
<i>Ocupación</i>	<i>Irritantes</i>	<i>Alérgenos</i>
Agricultores	Fertilizantes artificiales, desinfectantes, pesticidas, limpiadores, gasolina, diésel, plantas y granos	Plásticos, cereales, alimentos para animales, fármacos veterinarios, cemento, plantas, pesticidas, protectores de madera
Carpinteros	Pegamentos, detergentes, thinner, solventes, protectores de madera	Pegamentos, madera, trementina, barnices, colofonía
Trabajadores de la construcción	Cemento	Cromados, cobalto, plásticos y guantes de piel, resinas, maderas
Cuidadores	Detergentes, limpiadores, trabajo húmedo	
Dentistas y técnicos dentales	Detergentes, jabón de manos, trabajo húmedo	Anestésicos locales, mercurio, metacrilatos, eugenol, desinfectantes, plásticos, material de impresión dental
Electricistas	Material para soldadura	Soldaduras, resinas, plásticos
Peinadores	Gel, shampoo, agentes blanqueadores, trabajo húmedo	Tintes, persulfatos, níquel, perfumes, plásticos
Albañiles	Detergentes, limpiadores, comida, trabajo húmedo	Guantes de plástico, cromatos, resinas epóxicas, anticongelantes
Mecánicos	Aceites, grasa, gasolina, diésel, limpiadores, solventes	Guantes de plástico, cromatos, resinas epóxicas, anticongelantes
Personal médico, enfermeras, trabajadores de hospital	Desinfectantes, detergentes, trabajo húmedo	Guantes de látex, anestésicos, antibióticos, antisépticos, fenotiazinas, formaldehído, glutaraldehído, cloroxileno líquido, crema de manos
Trabajadores de plásticos	Solventes, ácidos, estireno, agentes oxidantes	Endurecedores, resinas fenólicas, poliuretanos, acrílicos,
Maestros	Polvo de gis	

Fuente: Workplace Contact Dermatitis fact sheet:

[www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/Public/FactSheetsOccupationalDisease](http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/Public/FactSheetsOccupationalDisease)

**Cuadro 3. Industrias con riesgo de exposición a irritantes de la piel**

<b>Cuadro 3. Industrias con riesgo de exposición a irritantes de la piel</b>	
Vidrio y cerámica	Acumuladores y baterías
Fabricación de pesticidas	Fotografía
Metalúrgica y del acero	Cemento
Pintura y barnices	Electrónica
Fabricación de colorantes	Combustibles
Calzado	Textil
Farmacéutica	Papel
Caucho	Alimentos
Madera	Plástico
Taxidermia	Productos de limpieza
Joyería	Cosméticos

Fuente: Adaptado de Conde-Salazar Gómez L, Heras Mendaza F, Maqueda Blasco J. Directrices para la Decisión Clínica en Enfermedades Profesionales, Enfermedades Profesionales de la Piel, Eczema de Contacto Irritativo, DDC-DER-02, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Instituto de Salud Carlos III, Gobierno de España, 2012.

**Cuadro 4. Profesiones de alto riesgo para Dermatitis por Contacto**

<b>Cuadro 4. Profesiones de alto riesgo para dermatitis por contacto</b>
Campesino
Estilista
Químico
Limpieza
Albañil
Médico y enfermera
Operador de máquina
Mecánico
Ensamblador de automóviles
Cocinero

Fuente: Smedley J, OHCEU Dermatitis Group; BOHRF Dermatitis Group. Concise guidance: diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. Diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. Clin Med (Lond). 2010 Oct;10(5):487-90.



## Cuadro 5. Principales agentes causales de la dermatitis por contacto

Cuadro 5. Principales agentes causales de la dermatitis por contacto	
Jabones y detergentes	Desinfectantes
Alcohol	Resinas epóxicas
Cromo	Níquel
Cobalto	Derivados del petróleo
Cosméticos y fragancias	Plantas
Aceites de corte	Conservadores
Refrigerantes	Acrílicos
Solventes	

Fuente: Smedley J, OHCEU Dermatitis Group; BOHRF Dermatitis Group. Concise guidance: diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. Diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. Clin Med (Lond). 2010 Oct;10(5):487-90.

## Cuadro 6. Hoja de Cuidado de Manos

Cuadro 6. Hoja de Cuidado de Manos
<p>Las manos son la parte de nuestra piel que se encuentra más expuesta a las agresiones del medio externo; cuando hay inflamación en ellas es necesario establecer una serie de medidas de protección que ayudan a obtener la curación.</p> <p>Lea con cuidado las siguientes instrucciones y trate de cumplirlas TODAS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lave sus manos las veces estrictamente necesarias, para ello use de preferencia agua tibia corriente y sustituto de jabón. Si usa anillos quítelos para lavar sus manos. Al terminar enjuague perfectamente y seque con una toalla limpia, no olvide secar entre los dedos. Evite usar secadoras de aire.</li> <li>2. Evite el contacto con detergentes y otros agentes limpiadores fuertes.</li> <li>3. Tenga cuidado de no usar disolventes como el thinner, petróleo, tricloroetileno, etc.</li> <li>4. Evite el contacto directo con champú para el cabello (use guantes de plástico).</li> <li>5. No quite la cáscara de frutas ácidas (naranja, limón, toronja, piña, etc.) con las manos sin protección.</li> <li>6. No exprima, corte o rebane frutas o verduras irritantes (jitomate, cebolla, ajo, cítricos) sin protección.</li> <li>7. No se aplique lociones, tónicos o tinturas para el cabello, sin usar guantes.</li> <li>8. Si usa guantes de protección, use guantes de algodón y encima los de hule. No debe permanecer con guantes por más de 15 a 20 minutos en forma continua, después de este lapso deberá retirar los guantes, secarlos por dentro, secar sus manos y sustituir los guante de tela húmedos por guantes secos antes de poner nuevamente los guantes de hule. Al terminar de usarlos lávelos por dentro y por fuera y déjelos secar. Pulverice talco sin perfume en su interior.</li> <li>9. Use guantes de tela o estambre si la temperatura ambiente es fría, aún cuando usted no sienta frío.</li> <li>10. Aplique crema lubricante en sus manos, el mayor número de veces posible (poca cantidad, muchas veces).</li> <li>11. Recuerde que la resistencia de su piel se encuentra disminuida por algún tiempo aunque aparentemente ya esté sano, por lo que los cuidados anteriores deben establecerse en forma continua.</li> </ol> <p>El éxito de su curación depende del cumplimiento estricto de estas instrucciones.</p>

Fuente: Clínica de Dermatitis Reaccionales del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua". Autor: Dra. María de Lourdes Alonzo Romero Pareyón.

**Cuadro 7. Características de esteroides tópicos y sugerencias de aplicación**

CUADRO 7. CARACTERÍSTICAS DE ESTEROIDES TOPICOS Y SUGERENCIAS DE APLICACION			
POTENCIA	MEDICAMENTO	AREAS RECOMENDADAS	TIEMPO Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION
I Muy alta	Propionato de clobetasol 0.05% , L, Sh Dipropionato de beametasona 0.05% , L, G	Piel gruesa Palmas, plantas, uñas	1-2 veces al día Menor a 7 días Puede continuarse con uno de menor potencia
II Alta	Amcinonide 0.1% U Dipropionato de betametasona 0.05%, U	Similar grupo I	Similar grupo I
III Media-alta	Dipropionato de betametasona 0.05% , C Acetónido de triamcinolona 0.05%, C, U	Tronco Extremidades Piel cabelluda	1-2 veces al día 7-14 días
IV, V Media	Valerato de betametasona 0.1%, C, L Acetónido de fluocinolona 0.025% U Buirato de hidrocortisona 0.1%, U Furoato de mometasona 0.1% C,L,U	Similar al grupo III	Similar al grupo III
VI Baja	Desonide 0.05% G Fluocinolona 0.01%, C Butirato de hidrocortisona 0.1%, C	Cara Párpados Orejas	1-2 veces al día 14-21 días  Pueden seguir los esquemas de mayor potencia
VI Muy baja	Hidrocortisona 1 y 2.5%	Similar al grupo VI	Similar al grupo VI

El vehículo del medicamento puede hacer que sea más o menos potente, C: crema, L: loción, U: ungüento, Sh: shampoo, G: gel

Fuente: Modificado de Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. Am Fam Physician. 2009 Jan 15;79(2):135-40.

### 3.3. Figuras

**Figura 1.** Eczema Agudo, dermatitis de contacto

En tatauaje de tinta de henna.



**Figura 2.** Eczema subagudo. Dermatitis de contacto irritativa.



**Figura 3.** Eczema crónico. Dermatitis de contacto periostomal.



**Figura 4.**

Eczema irritativo en dorso y palma de manos



Fuente: Fotografías propiedad de Dra. Lizet Sánchez y Dra. Martha Morales

### 3.4. Listado de Recursos

#### 3.4.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Dermatitis por Contacto** del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
<b>010.000.0871.00</b>	Alibour	Cutánea. Adultos y niños: Aplicar fomentos para descostrar, cada 8 a 24 horas.	POLVO Cada gramo contiene: Sulfato de Cobre 177.0 mg Sulfato de Zinc 619.5 mg Alcanfor 26.5 mg Envase con 12 sobres con 2.2 g.	Indefinido	Hipersensibilidad al fármaco, irritación, dermatitis por contacto.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.3461.00</b>	Azatioprina	Oral. Adultos: Como inmunosupresor para trasplante: de 1 a 5 mg/kg de peso corporal diario. Otras afecciones: 3mg/kg de peso corporal/día, la dosis se reduce de acuerdo con la respuesta y la tolerancia.	Oral. Adultos: Como inmunosupresor para trasplante: de 1 a 5 mg/kg de peso corporal diario. Otras afecciones: 3mg/kg de peso corporal/día, la dosis se reduce de acuerdo con la respuesta y la tolerancia.	Indefinido	Anorexia, náusea, vómito, leucopenia, anemia, pancitopenia, infecciones, hemorragias, hepatotoxicidad, reacciones de hipersensibilidad.	Con el alopurinol se inhibe su biotransformación y aumentan sus efectos adversos. Puede antagonizar el bloqueo neuromuscular producido por pancuronio.	Hipersensibilidad al fármaco, tratamiento previo con agentes alquilantes.

<b>010.000.0801.00</b>	Baño coloide	Cutánea. Adultos: Disolver un sobre en el agua de la tina de baño. Permanecer en el agua durante 15 a 20 minutos, cada 12 a 24 horas. Para regiones limitadas: Disolver dos cucharadas de polvo en 4 litros de agua tibia. Aplicar cada 8 a 12 horas. Niños: Disolver 2 ó 3 cucharadas en el agua del baño. Dejar que la solución esté en contacto con la piel por 20 minutos.	POLVO Cada gramo contiene: Harina de soya 965 mg (contenido proteico 45%) Polividona 20 mg Envase con un sobre individual de 90 g. Envase con dos sobres individuales de 90 g.	Indefinido	Sequedad de la piel e irritación local por hipersensibilidad.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.0801.01</b>							
<b>010.000.4294.00</b>	Ciclosporina	Intravenosa u oral. Adultos y niños: 15 mg/kg de peso corporal 4 a 12 horas antes del trasplante y durante una a dos semanas del postoperatorio. Disminuir gradualmente en un 5 % semanal hasta obtener una dosis de mantenimiento de 5 a 10 mg/kg/día.	EMULSIÓN ORAL Cada ml contiene: Ciclosporina modificada o ciclosporina en microemulsión 100 mg Envase con 50 ml y pipeta dosificadora. CÁPSULA DE GELATINA BLANDA Cada cápsula contiene: Ciclosporina modificada o ciclosporina en	Indefinido	Disfunción hepática y renal, hipertensión, temblor, cefalea, parestesia, anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, hiperplasia gingival, hiperlipidemia, calambres musculares, mialgia, hipertrichosis, fatiga.	Alimentos ricos en grasa o jugo de toronja aumentan su biodisponibilidad. Barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, rifampicina, octreotida disminuyen su concentración. Eritromicina, claritromicina, ketoconazol, fluconazol, itraconazol, diltiazem, nicardipino, verapamilo,	Hipersensibilidad al fármaco y al aceite de ricino polioximetilado cuando se administra por vía endovenosa.
<b>010.000.4298.00</b>							

<b>010.000.4306.00</b>			Microemulsión 100 mg Envase con 50 cápsulas CÁPSULA DE GELATINA BLANDA Cada cápsula contiene: Ciclosporina modificada o ciclosporina en microemulsión 25 mg Envase con 50 cápsulas.			metoclopramida, anticonceptivos orales y alprinol, aumentan su concentración. Administración conjunta con aminoglucósidos, amfotericina B, ciprofloxacino, vancomicina, presentan sinergia nefrotóxica. Puede reducir la depuración de digoxina, colchicina, lovastatina, pravastatina y prednisolona.	
<b>010.000.4236.00</b>			SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolla contiene: Ciclosporina 50 mg Envase con 10 ampollas con un ml.				
<b>010.000.0811.00</b>	Fluocinolona	Cutánea. Adultos: Aplicar cada 12 a 24 horas.	CREMA Cada g contiene: Acetónido de fluocinolona 0.1 mg Envase con 20 g.	Indefinido	Ardor, prurito, irritación, resequeza, hipopigmentación, atrofia cutánea, dermatitis rosaceiforme e hipertrichosis.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis cutánea, piodermis, herpes simple, micosis superficiales y varicela.
<b>010.000.0813.00</b>	Hidrocortisona	Cutánea. Adultos y niños: Aplicar cada 8 a 24 horas.	CREMA Cada g contiene: 17 Butirato de hidrocortisona 1 mg Envase con 15 g.	Indefinido	Ardor prurito, irritación y atrofia cutánea.	Con otros corticoesteroides aumentan los efectos adversos	Hipersensibilidad al fármaco. Infecciones cutáneas, Eczema.



<b>040.000.4129.00</b>	Isotretinoína	Oral. Adultos y adolescentes: 0.5 a 2 mg/kg de peso corporal/día, cada 12 a 24 horas.	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Isotretinoína 20 mg Envase con 30 cápsulas.	Indefinido	Sequedad, prurito y descamación de la piel; sequedad, dolor, inflamación y sangrado de mucosas; problemas visuales por resequedad, prurito e hiperemia conjuntival; depresión y cambios del estado de ánimo.	Carbamazepina, tetraciclinas, vitamina A y etanol aumentan los fenómenos irritativos.	Hipersensibilidad al fármaco. Embarazo.
<b>010.000.0804.00</b>	Óxido de zinc	Cutánea. Adultos y niños: Aplicar una capa delgada cada 6 a 24 horas.	PASTA Cada 100 g contienen: Óxido de zinc 25.0 g Envase con 30 g.	Indefinido	Eritema.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.4131.00</b>  <b>010.000.4131.01</b>	Pimecrolimus	Cutánea. Adultos: Aplicar una capa delgada a la piel afectada cada 12 horas. Niños de 3 meses en adelante: Aplicar una capa delgada a la piel afectada cada 12 horas.	CREMA Cada 100 g contiene: Pimecrolimus 1 g Envase con 15 g. Envase con 30 g.	Indefinido	Frecuentes: Sensación de calor o ardor en el sitio de la aplicación. Frecuentes: Irritación, prurito y eritema; infecciones cutáneas. Poco frecuentes: Impétigo, agravamiento de la afección, herpes simple, eccema herpeticum, molusco contagioso, alteraciones en el sitio de aplicación como erupción, dolor, parestesia, descamación,	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al medicamento o a cualquiera de los excipientes.

					sequedad, edema, papiloma cutáneo y furúnculo.		
<b>010.000.0472.00</b>	Prednisona	Oral. Adultos: 5 a 60 mg/día, cada 8 horas. Dosis máxima: 250 mg/día. Niños: 2 mg/kg de peso corporal /día, dividir cada 8 horas durante 20 días. Dosis máxima 80 mg/día. La dosis de sostén se establece de acuerdo a la respuesta terapéutica; y posteriormente se disminuye gradualmente hasta alcanzar la dosis mínima efectiva.	TABLETA Cada tableta contiene: Prednisona 5 mg Envase con 20 tabletas.	Indefinido	Catarata subcapsular posterior, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, superinfecciones, glaucoma, coma hiperosmolar, hiperglucemia, hipercatabolismo muscular, cicatrización retardada y retraso en el crecimiento.	Con digitálicos aumenta el riesgo de arritmias cardíacas, aumenta la biotransformación de isoniacida. Aumenta la hipokalemia con diuréticos tiazídicos, furosemide y anfotericina B. La rifampicina, fenitoína y fenobarbital, aumentan su biotransformación hepática. Con estrógenos disminuye su biotransformación. Con antiácidos disminuye su absorción intestinal.	
<b>010.000.0473.00</b>			TABLETA Cada tableta contiene: Prednisona 50 mg Envase con 20 tabletas.				

### 3.5. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de **Contact Dermatitis**. Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de guías de práctica clínica y del área clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **Inglés, Español, Alemán, Italiano, Danés**
- Documentos publicados los últimos **5 años\***
- Documentos enfocados **Diagnóstico y Tratamiento**.
- Documentos enfocados a humanos

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma, diferente al español o inglés.

\*Periodo recomendado de búsqueda para GPC de nueva creación, en caso de ser escasa o nula la información, extender la búsqueda a 5 años previos. Cuando la GPC es de actualización, la búsqueda se realiza a partir de la fecha de cierre del protocolo de búsqueda de la GPC.

#### 3.5.1. Búsqueda de Guías de Práctica Clínica

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el (los) término(s) MeSh **Contact Dermatitis** considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **6** resultados, de los cuales se utilizaron **2** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
<b>&lt;QUERY TRANSLATION de PubMed correspondiente&gt;.</b> ("dermatitis, contact"[MeSH Terms] OR ("dermatitis"[All Fields] AND "contact"[All Fields]) OR "contact dermatitis"[All Fields] OR ("contact"[All Fields] AND "dermatitis"[All Fields])) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2012/02/26"[PDat] : "2017/02/23"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR German[lang] OR Italian[lang] OR Spanish[lang]))	6

**<En GPC de nueva creación con escasa o nula información, extender la búsqueda retrospectiva a 5 años e indicar cuántos resultados se obtuvieron y de éstos, cuántos se utilizaron. En GPC de actualización con escasa o nula información, realizar la siguiente búsqueda>.**

BÚSQUEDA	RESULTADO
<b>&lt;QUERY TRANSLATION de PubMed correspondiente&gt;.</b> ("dermatitis, contact"[MeSH Terms] OR ("dermatitis"[All Fields] AND "contact"[All Fields]) OR "contact dermatitis"[All Fields] OR ("contact"[All Fields] AND "dermatitis"[All Fields])) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2007/02/27"[PDat] : "2017/02/23"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR German[lang] OR Italian[lang] OR Spanish[lang]))	20

Además se realizó la búsqueda de GPCs en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB**	ALGORITMO DE BÚSQUEDA <ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA>	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
<b>GIN</b>	Contact Dermatitis	3	3
<b>NGC</b>	Contact dermatitis	0	0
<b>NICE</b>	Contact Dermatitis	0	0
<b>SIGN</b>	Contact Dermatitis	0	0
<b>GUIASALUD</b>	Dermatitis por contacto	0	0
<b>GUIAS AUGÉ (Ministerio Salud Chile)</b>	Dermatitis por contacto	0	0
<b>Australian Government. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guidelines portal</b>	Contact Dermatitis	0	0
<b>NHS Evidence</b>	Contact Dermatitis	6	5
<b>CMA INFOBASE</b>	Contact Dermatitis	0	0
<b>TOTAL</b>		9	8

\*\*Realizar la búsqueda en sitios web de GPC con temáticas específicas (SOGC y RCOG en ginecología; AAN en neurología; NCCN en oncología, entre otros)

### 3.5.2. Búsqueda de Revisiones Sistemáticas

Se realizó la búsqueda en PubMed con el (los) término(s) MeSh **Contact Dermatitis** considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **7** resultados, de los cuales se utilizaron **0** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
<b>&lt;QUERY TRANSLATION de PubMed correspondiente&gt;.</b> ("dermatitis, contact"[MeSH Terms] OR ("dermatitis"[All Fields] AND "contact"[All Fields]) OR "contact dermatitis"[All Fields] OR ("contact"[All Fields] AND "dermatitis"[All Fields])) AND (systematic[sb] AND "2012/02/27"[PDat] : "2017/02/24"[PDat] AND English[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	7

Además, se buscaron revisiones sistemáticas en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA <ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA>	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
COCHRANE LIBRARY	Contact Dermatitis	15	3
NHS EVIDENCE	Contact Dermatitis	9	0
<b>TOTAL</b>		24	3

### 3.5.3. Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales\*\*\*

La búsqueda se realizó en PubMed de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de acuerdo a los criterios definidos, utilizando el (los) término(s) MeSh **Contact Dermatitis**. Se obtuvieron **51** resultados, de los cuales se utilizaron **10** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
<b>&lt;QUERY TRANSLATION de PubMed correspondiente&gt;.</b> ("dermatitis, contact"[MeSH Terms] OR ("dermatitis"[All Fields] AND "contact"[All Fields]) OR "contact dermatitis"[All Fields] OR ("contact"[All Fields] AND "dermatitis"[All Fields])) AND (Randomized Controlled Trial[ptyp] AND "2012/02/27"[PDat] : "2017/02/24"[PDat] AND English[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	51

**<Cuando la información obtenida previamente no sea suficiente para dar respuesta a todas las preguntas de la guía, se llevará a cabo la búsqueda en PubMed de estudios observacionales (cohortes, casos y controles, serie de casos y reporte de casos y se presentará el Query translation de PubMed correspondiente>.**

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
<b>&lt;QUERY TRANSLATION de PubMed correspondiente&gt;.</b> ("dermatitis, contact"[MeSH Terms] OR ("dermatitis"[All Fields] AND "contact"[All Fields]) OR "contact dermatitis"[All Fields] OR ("contact"[All Fields] AND "dermatitis"[All Fields])) AND ((Comparative Study[ptyp] OR Observational Study[ptyp]) AND "2012/02/27"[PDat] : "2017/02/24"[PDat] AND English[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	73

En resumen, en el desarrollo de este protocolo de búsqueda se obtuvieron un total de **64**, de los cuales se utilizaron **44** en la integración de esta GPC.

### 3.6. Escalas de Gradación

#### Escala de Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación que utiliza la Guía para el manejo de la Dermatitis por Contacto: actualización

Fuerza de la Recomendación	
A	Existe evidencia de alta calidad que apoya el uso del procedimiento
B	Existe evidencia de moderada calidad que apoya el uso del procedimiento
C	Existe evidencia de pobre calidad que apoya el uso del procedimiento
D	Existe evidencia de moderada calidad que refuta el uso del procedimiento
E	Existe evidencia de buena calidad que refuta el uso del procedimiento
Calidad de la Evidencia	
I	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado, bien diseñado
II.i	Evidencia obtenida de un ensayo controlado no aleatorizado bien diseñado
II.ii	Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohorte o casos y controles, de preferencia de más de un centro o grupo de investigación
II.iii	Evidencia obtenida de series temporales múltiples con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados (como los resultados de la introducción del tratamiento con penicilina en los 40's) pueden considerarse en éste tipo de evidencia
III	Opiniones de autoridades respetadas basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos
IV	Evidencia no adecuada debida a problemas en la metodología (Ejemplo: tamaño de la muestra, o extensión de la comprensión del seguimiento o conflictos en la evidencia)

Fuente: Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the Management of Contact Dermatitis: an update, British Journal of Dermatology 2009 160, pp946–954

#### Escala de NICE

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Meta análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Meta análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgos
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes y casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

<b>GRADOS DE RECOMENDACIÓN</b>	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuestos por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población guía y que demuestra gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

**Tabla de la Guía Contact Dermatitis: A Practice Parameter-Update 2015**

<b>Categoría de la Evidencia</b>	
Ia	Evidencia de meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados
Ib	Evidencia de al menos un ensayo clínico aleatorizado
IIa	Evidencia de al menos un ensayo controlado sin aleatorización
IIb	Evidencia de al menos algún tipo de estudio cuasi experimental
III	Evidencia de estudios descriptivos no experimentales, como estudios comparativos
IV	Evidencia de reportes de comités de expertos u opiniones o experiencia clínica de autoridades respetadas o ambos

<b>Fuerza de la Recomendación</b>	
A	Directamente basados en evidencia categoría I
B	Directamente basado en evidencia categoría II o recomendación extrapolada de evidencia categoría I
C	Directamente basado en evidencia categoría III o recomendación extrapolada de evidencia categoría I o II
D	Directamente basado en evidencia categoría IV o recomendación extrapolada de evidencia categoría I, II o III
LB	Basado en laboratorios
NR	No clasificado

Fuente: Fonacier L, Bernstein D, Pacheco K, Holness DL, Blessing-Moore J, Khan D. Contact Dermatitis: A Practice Parameter-Update 2015. J, Allergy Clin Immunol Pract. 2015 May-June; 3 (3 Suppl): S1-39



### 3.7. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

<b>Diagnóstico(s) Clínico(s):</b>		Dermatitis por contacto en adultos	
<b>CIE-9-MC / CIE-10</b>		CIE-10: L23 Dermatitis alérgica de contacto, L24 Dermatitis irritante de contacto	
<b>Código del CMGPC:</b>		<b>IMSS-560-12</b>	
<b>TÍTULO DE LA GPC</b>			<b>Calificación de las recomendaciones</b>
Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en Adultos			
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	<b>USUARIOS DE LA GUÍA</b>	<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)</b>
7.5 Adulto 19 a 44 años, 7.6 Mediana edad 45 a 64 años, 7.9 Hombre, 7.10 Mujer	4.7 Estudiantes, 4.12 Médicos especialistas, 4.13 Médicos generales, 4.14 Médicos familiares, 4.25 Proveedores de servicios de salud	Primero y Segundo Nivel de Atención	
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
Para la identificación de los signos y síntomas clínicos desde la primera consulta se recomienda describir la morfología y topografía de la dermatosis. Se deben considerar las variaciones del cuadro clínico.			<b>D</b>
Se recomienda el uso de la prueba del parche como prueba diagnóstica en pacientes con sospecha clínica de dermatitis por contacto de tipo alérgico.			<b>A</b>
No existe evidencia que justifique el uso de exámenes de laboratorio y biopsia de piel como estudios de rutina para el diagnóstico de dermatitis por contacto.			<b>D</b>
<b>TRATAMIENTO</b>			
Se sugiere que todo paciente se aplique humectantes en diversos momentos del día, independientemente si el problema se encuentra controlado o activo y/o utiliza otro tratamiento tópico farmacológico.			<b>A</b>
Se deberá evitar la sustancia(s) irritante o sensibilizante (alérgeno) que sean responsables de la dermatitis por contacto, así como otras sustancias o prácticas de riesgo para prevenir sensibilización secundaria.			<b>D</b>
Se recomienda implementar cuidados especiales de manos como medidas preventivas y de control en casos de dermatitis por contacto sea en área laboral o para las tareas diarias. (Ver cuadro cuidado de manos)			<b>A</b>
Se deberán utilizar los esteroides tópicos de mediana y baja potencia en el tratamiento inicial de la dermatitis por contacto sintomática.			<b>D</b>
Se debe determinar y dejar claro al momento de la atención al paciente la cantidad de medicamento que debe aplicar por zona y la duración del tratamiento, con el fin de conseguir una mejoría rápida, tratando de limitar efectos adversos			<b>D</b>
Se recomienda el uso de esteroides tópicos e inhibidores de la calcineurina para la restauración de la barrera cutánea, que justifica el tratamiento en los casos de eccema crónico, donde predomina liquenificación, fisuras y escama.			<b>A</b>
Se recomienda el uso de corticosteroides sistémicos en casos graves de dermatitis por contacto, el que se sugiere es la prednisona a dosis de 0.5 mg/kg/día, sin exceder los 60 mg/día, durante los primeros 7 días. Posteriormente reducir el 50% de la dosis los siguientes 7 días y suspenderlo entre las 2 semanas siguientes.			<b>D</b>
No se recomienda el uso de antihistamínicos orales en el tratamiento de la dermatitis por contacto en adultos.			<b>D</b>
Se recomienda el uso de la azatioprina como segunda línea de tratamiento para la dermatitis por contacto crónica y con tendencia a la generalización, en los pacientes cuyo alérgeno causal sea imposible de evitar o cuyo origen sea ambiental. La dosis recomendada es de 100 mg/día dividida en 2 tomas vía oral hasta por 6 meses. En algunos pacientes, puede indicarse la dosis de 300 mg por semana.			<b>B</b>
Se recomienda solicitar biometría hemática completa y pruebas de función hepática y renal antes del			<b>C</b>

inicio del tratamiento con azatioprina y repetir estos estudios de laboratorio cada 3 meses durante el mismo con la finalidad de detectar eventos adversos.	
Se recomienda el uso de ciclosporina a una dosis de 3 mg/kg/día hasta por 8 semanas en el tratamiento de la dermatitis por contacto en adultos con dermatitis atópica. Su uso se sugiere en casos de dermatosis generalizada.	<b>A</b>
Se recomienda el uso de alitretinoína vía oral a una dosis de 30 mg/día en el tratamiento de la dermatitis por contacto en manos resistente a tratamiento con esteroides tópicos de larga evolución.	<b>A</b>
<b>RESULTADOS</b>	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
<b>Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)</b>	
<b>Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)</b>	

## 4. GLOSARIO

**Eczema o Dermatitis:** definen lo mismo y se pueden utilizar de manera indistinta. Significan inflamación de la piel.

**Pruebas del parche:** es el procedimiento más indicado en el diagnóstico de dermatitis por contacto alérgica. Existe una serie estándar de alérgenos, que varía en cada país, e incluye los alérgenos más frecuentes; cuando se sospecha de alérgenos que no están incluidos en dicha serie, se utilizan series específicas de alérgenos como la serie de peluquería o de cosméticos. Se debe aplicar en áreas de la piel que no tengan lesiones. Se prefiere la espalda alta y, cuando el paciente no tenga un cuadro diseminado, también debería suspender al menos una semana antes medicamentos tópicos como esteroides o antihistamínicos, así como deberán haber suspendido esteroides sistémicos o inmunosupresores un mes antes. Cualquiera de estos factores pueden resultar en falsos negativos. Se aplican los alérgenos ya preparados o en cámaras de Finn Chambers que están adheridas a un esparadrapo, se enumeran para identificar los alérgenos y se colocan en la espalda. El paciente debe evitar manipular la zona y evitar sudoración excesiva; se cita a las 48 hrs y se verifica que se encuentren los parches en adecuada condición, después se retiran las pruebas. La lectura se hace 30 minutos después de desprenderlas de la piel. La lectura se hace a las 48, 96 hr y hasta 7 días después si no hubo reactividad inicial y la sospecha es alta. La interpretación la debe hacer un médico especialista con entrenamiento y experiencia en estos procedimientos.

**Urticaria:** reacción de la piel debida a la liberación de histamina en el cuerpo. Es una reacción de hipersensibilidad inmediata tipo 1. Es, comúnmente, una respuesta adaptativa inmunológica.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Adisesh A, Robinson E, Nicholson P, Sen D, Wilkinson M. UK Standards of care for occupational contact dermatitis and occupational contact urticaria. *British Journal of Dermatology*. 2013; 168: 1167-1175.
2. Agner T, Aalto-Korte K, Andersen K, Foti C, Giménez-Arnau A, Goncalo M. Classification of hand eczema. *JEADV*. 2015; 29: 2417-2422.
3. Amado A, Jacobo S. Dermatitis de contacto por alimentos. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98: 452-458.
4. Bissonnette R, Worm M, Gerlach B, Guenther L, Cambazard F, Ruzicka T, et al. Successful retreatment with alitretinoin in patients with relapsed chronic hand eczema. *Br J Dermatol* 2010 Feb 1; 162(2):420-6.
5. Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F, John SM, Dwinger C, Werfel T, et al. Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. *Contact Dermatitis* 2012 Oct; 67(4): 184-192.
6. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2009 May; 160 (5), 946–954.
7. Brasch J, Becker D, Aberer W, Bircher A, Kränke B, Jung K, Guideline contact dermatitis. S1-Guideline of the German Contact Allergy Group (DKG) of the German Dermatology Society (DDG), the Information Network of Dermatological Clinics (IVDK), the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Working Group for Occupational and Environmental Dermatology (ABD) of the DDG, the Medical Association of German Allergologists (AeDA), the Professional Association of German Dermatologists (BVDD) and the DDG. *Allergo J Int* 2014; 23: 126–38
8. Brutti CS, Bonamigo RR, Cappelletti T, Martins-Costa GM, Menegat APS. Occupational and non-occupational allergic contact dermatitis and quality of life: a prospective study. *An Bras Dermatol*. 2013;88(4):670-1.
9. Clemmensen A, Andersen F, Petersen F, Hagber O, Andersen K, Applicability of an exaggerated forearm wash test for efficacy testing of two corticosteroids, tacrolimus and glycerol, in topical formulations against skin irritation induced by two different irritants. *Skin Res Technol* 2011 Feb;17(1):56-62
10. Conde-Salazar Gómez L, Heras Mendaza F, Maqueda Blasco J. Directrices para la Decisión Clínica en Enfermedades Profesionales, Enfermedades Profesionales de la Piel, Eczema de Contacto Irritativo, DDC-DER-02, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Instituto de Salud Carlos III, Gobierno de España, 2012.

11. De D, Sarangal R, Handa S. The comparative efficacy and safety of azathioprine vs methotrexate as steroid-sparing agent in the treatment of airborne-contact dermatitis due to Parthenium. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2013 Mar-Apr;79(2):240-1
12. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *JDDG* 2015; 13(1): e1-e22.
13. Dirschka T, Reich K, Bissonnette R, Maares J, Brown T, Diepgen TL. An open-label study assessing the safety and efficacy of alitretinoin in patients with severe chronic hand eczema unresponsive to topical corticosteroids. *Clin Exp Dermatol* 2011 Mar; 36(2): 149-154.
14. Ference J, Last A. Choosing topical corticosteroids; *Am Fam Physician*, 2009 Jan 15; 79 (2):135-140.
15. Fonacier L, Bernstein D, Pacheco K, Holness DL, Blessing-Moore J, Khan D. Contact Dermatitis: A Practice Parameter-Update 2015. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015 May-June; 3 (3 Suppl): S1-39.
16. Fowler JF, Graff O, Hamedani AG. A phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the efficacy and safety of alitretinoin (BAL4079) in the treatment of severe chronic hand eczema refractory to potent topical corticosteroid therapy. *J Drugs Dermatol* 2014 Oct; 13(10):1198-1204.
17. Goulden V, Wilkinson M. Evaluation of a contact allergy clinic. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2000, 25(1), 67–70.
18. Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, Andersen KE, Bircher A, et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing – recommendations on best practice. *Contact Dermatitis*. 2015 Oct; 73 (4): 195-221.
19. Jungersted J, Høgh J, Hellegren L, Jemec G, Agner T, Effects of Topical Corticosteroid and Tacrolimus on Ceramides and Irritancy to Sodium Lauryl Sulphate in Healthy Skin, *Acta Derm Venereol* 2011 May; 91(3): 290–294.
20. Katsarou A, Armenaka M, Vosynioti V, Lagogianni E, Kalogeromitros D, Katsambas A, Tacrolimus ointment 0.1% in the treatment of eyelid allergic dermatitis, *JEADV*, 2009;23:382-387.
21. Kaushal K, Manchanda Y. Long-term safety and toxicity of azathioprine in patients with airborne contact dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2001 Mar-April;67(2):75-7
22. Landis E, Taheri A, Davis S, Feldman S. Most common dermatologic diagnoses by age in the United States ambulatory dermatologic care. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70(5): AB82.
23. Lau MY, Matheson MC, Burgess JA, Dharmage SC, Nixon R. Disease severity and quality of life in a follow-up study of patients with occupational contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2011; 65(3): 138-145.

24. Lazzarini R, Duarte I, Lindmayer A. Patch Tests. Testes de contato. *An Bras Dermatol*. 2013 Nov-Dec; 88 (6): 879-888.
25. Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H, Menne T, Agner T. Clinical characteristics and consequences of hand eczema- an 8-year follow-up of population-based twin cohort. *Contact Dermatitis* 2008;58:210-216.
26. Menné T, Johansen J, Sommerlund M, Veien N. Hand eczema Guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. 2011; 65: 3–12
- 27.** Molina SA, Pérez C, Garcés MA, Mejía M, Ossa M, Noreña MP, Gómez A, Espinosa J, Vásquez EM. Dermatitis de contacto en el personal del área de la salud. Revision de tema. *Rev CES Salud Pública* 2012; 3(2): 259-272.
28. Mowad C, Andersson B, Scheinman P, Pootongkam S, Nedorost S, Brod B. Allergic contact dermatitis. Patient diagnosis and evaluation. *JAAD*. 2016; 74 (6); 1029-1040.
29. Politiek K, oosterhaven JA, Vermeulen KM, Schuttelaar ML. Systematic review of cost-of-illness studies in hand eczema. *Contact Dermatitis* 2016;75(2):67-76.
30. Prignano F, Bonciolini V, Bonciani D, Lotti T. Exacerbation of allergic contact dermatitis during immunosuppression with cycloporine A. *G Ital Dermatol Venereol* 2010 Aug;145(4):543-546.
31. Smedley J, OHCEU Dermatitis Group, BOHRF Dermatitis Group. Concise guidance: diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. *Clin Med (Lond)*. 2010 Oct; 10(5):487-90.
32. Ruzicka T, Lynde CW, Jemec GB, Diepgen T, Berth-Jones J, Coenraads PJ, et al. Efficacy and safety of oral alitretinoin (9-cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Br J Dermatol* 2008 Apr;158 (4): 808-817.
33. Sætterstrom B, Olsen J, Johansen JD. Cost-of-illness of patients with contact dermatitis in Denmark. *Contact Dermatitis* 2014 Sep; 71(3):154-161.
34. Schmitt J, Schmitt N, Meurer M. Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema- a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007 May;21(5):606-619.
35. Sehgal V, Srivastatava G, Aggarwal A, Sharma A. Hand dermatitis/eczema: current management strategy. *J Dermatol* 2010;37:593-610.
36. Sharma VK, Bhat R, Sethuraman G, Manchanda Y. Treatment of parthenium dermatitis with methotrexate. *Contact Dermatitis* 2007 Aug; 57(2):118-119.

- 37.Sharma VK, Chakrabarti A, Mahajan V. Azathioprine in the treatment of Parthenium dermatitis. Int J Dermatol 1998;37(4): 299-302.
- 38.Skotnicki S, Allergic contact dermatitis versus irritant contact dermatitis. Discussion paper prepared for The Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal, nov 2014.
- 39.Smedley J, OHCEU Dermatitis Group; BOHRF Dermatitis Group. Concise guidance: diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. Diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. Clin Med (Lond). 2010 Oct;10(5):487-90.
- 40.Tan CH, Rasool S, Johnston GA. Contact dermatitis: Allergic and irritant. Clin Dermatol. 2014 Jan-Feb; 32(1): 116-124.
- 41.Thyssen JP, Linneberg A, Menné T, Johansen JD. The epidemiology of contact allergy in the general population-prevalence and main findings. Contact Dermatitis. 2007 Nov; 57 (5): 287-299.
- 42.Van der Meer EW , Boot CR, van der Gulden JW, Knol DL, Jungbauer FH, Coenraads PJ, et al, Hands4U: the effects of a multifaceted implementation strategy on hand eczema prevalence in a health care setting. Results of a randomized controlled trial, Contact Dermatitis, 2015 May 72(5); 312-324.
- 43.van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, Lavrijsen A, Arents BWM. Emollients and moisturisers for eczema. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD012119.
- 44.Veien NK, Olhom Larsen P, Thestrup-Pedersen K, Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. Br J Dermatol 1999 May; 140 (5):882-886.
- 45.Verma KK, Mahesh R, Srivastava P, Ramam M, Mukhopadhyaya AK. Azathioprine versus betamethasone for the treatment of parthenium dermatitis: a randomized controlled study. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008 Sep-Oct;74(5):453-457.
- 46.Verma KK, Sethuraman G, Kalavani M. Weekly azathioprine pulse versus daily azathioprine in the treatment of *Parthenium* dermatitis: A non-inferiority randomized controlled study. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2015;81:251-6.



## 6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

### **Instituto Mexicano de Seguro Social**

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria				
	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE				
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero				
	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE				

## 7. COMITÉ ACADÉMICO

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Gilberto Pérez Rodríguez	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Brendha Rios Castillo	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Gabriela Liceaga Craviotto	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador