

Gobierno Federal



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de **DERMATITIS POR CONTACTO** en adultos

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-560-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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 han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

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.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en Adultos**. México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: L23 Dermatitis alérgica de contacto.
L24 Dermatitis irritante de contacto.
GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis por Contacto en Adultos

Autores y Colaboradores

Autores :

Dr. Juan Daniel Aguirre González	Medico Internista Dermatólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General de Zona con MF 7. Monclova Coahuila
Dra. María de Lourdes Alonzo -Romero Pareyón	Dermatóloga	Centro Dermatológico Dr. "Ladislao de la Pascua"	Jefa del Servicio de Dermatosis Reaccionales
Dr. Romero Álvarez Jorge	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar 161
Dra. Claudia Bernabé del Río	Dermatóloga	Secretaría de Salud	Instituto Nacional de Pediatría
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Médica Familiar, Maestra en Ciencias	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Excelencia Clínica

Validación interna:

Dr. Luis Conde Salazar-Gómez	Dermatólogo	Instituto de Salud Carlos III Madrid España	Médico Especialista Servicio Dermatología Laboral.
Dr. Roberto Blancas Espinosa	Dermatólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Especialista Centro Médico Nacional Siglo XXI

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	8
3.4 DEFINICIÓN	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 PREVENCIÓN DE LA DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA	11
4.2 DIAGNÓSTICO	12
4.2.1 GENERALIDADES	12
4.2.2 DIAGNÓSTICO DE LA DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA	14
4.2.3 DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICA.....	15
4.3 TRATAMIENTO.....	19
4.3.1 TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA	19
4.3.2 TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA	20
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA	24
4.4.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (DERMATOLOGÍA).....	24
4.5 CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA	25
4.5.1 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL (DERMATOLOGÍA) A MEDICINA FAMILIAR.....	25
5. ANEXOS.....	26
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	26
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	27
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	28
5.4 CUADRO DE MEDICAMENTOS.....	36
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	39
6. GLOSARIO.....	41
7. BIBLIOGRAFÍA.....	42
8. AGRADECIMIENTOS.....	44
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	45
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	46
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	47

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: IMSS-560-12	
Profesionales de la salud.	Médicos Dermatólogos, Médicos Familiares
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: L23 Dermatitis Alérgica de Contacto L24 Dermatitis Irritante de Contacto
Categoría de GPC.	Primer, Segundo y Tercer Nivel Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.
Usuarios potenciales.	Médicos Familiares, Médicos de Medicina del trabajo, Médicos Dermatólogos, Alergólogos
Tipo de organización desarrolladora.	Departamento de salud del Distrito Federal, Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Nacional de Pediatría.
Población blanco.	Hombres y mujeres adultos con dermatitis por contacto irritativa o alérgica. No se abordaran los tipos fotoalérgico, fototóxica y urticaria de contacto.
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	- Historia clínica general y laboral. - Realización de pruebas del parche en los casos que se requiera - Uso adecuado de esteroides tópicos. - Uso de terapia sistémica en los casos resistentes a la terapéutica convencional.
Impacto esperado en salud.	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
Metodología^a.	<Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: 34 Guías seleccionadas:3 Revisiones sistemáticas: 0 Ensayos clínicos controlados: 13 Reporte de casos: 2 Cohorte retrospectiva 1 Transversal 1 Revisiones clínicas 14
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-560-12 Fecha de Publicación: Septiembre 2012 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué diferencias existen entre la dermatitis por contacto de tipo alérgico y la de tipo irritativo?
2. ¿Cuál es la incidencia de dermatitis por contacto alérgico y de la de tipo irritativo?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar dermatitis por contacto?
4. ¿Cuáles son los principales alérgenos en nuestra población?
5. ¿Cuáles son los principales irritantes en nuestra población?
6. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la dermatitis por contacto?
7. ¿Cómo se realiza el abordaje diagnóstico de un paciente con dermatitis por contacto?
8. ¿En qué pacientes está indicada la realización de las pruebas al parche?
9. ¿Cuál es la metodología para la aplicación e interpretación de las pruebas al parche?
10. ¿Cuál es el tratamiento tópico de la dermatitis por contacto y por cuanto tiempo se recomienda?
11. ¿Cuándo está indicado el tratamiento sistémico de la dermatitis por contacto?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Epidemiología

En México la frecuencia de la dermatitis por contacto dentro de la consulta dermatológica se reporta entre el 4 al 7%; es más común en mujeres y la topografía más frecuente es en las manos. La dermatitis por contacto irritativa (DCI) es responsable del 80% de las dermatitis por contacto y entre el 70 a 80% de todas las dermatosis profesionales; la dermatitis alérgica por contacto (DCA) es causante del 20% restante de los casos de dermatitis por contacto. (Horn TD , 2004). Sin embargo, estas cifras son variables, dependiendo de las series consultadas, probablemente secundario a que no se realiza las pruebas del parche para la confirmación de una DCA.

Clasificación

La dermatitis por contacto se clasifica en: irritativa, alérgica, fototoxicidad, fotoalérgica y urticaria de contacto. Se mencionan los aspectos etiopatogénicos de todas, sin embargo, la guía solo abarcará las dos primeras, debido a la elevada frecuencia de estas. (Fitzpatrick TB, 2001)

Fisiopatología.

Dermatitis por contacto irritativa: se produce por un daño directo de la sustancia irritante en la piel, causando ruptura de la barrera epidérmica con pérdida de cohesión entre los corneocitos, además de daño en la barrera lipídica formada por ceramidas y glicoceramidas lo que aumenta la pérdida de agua causando sequedad, descamación y liquenificación. El potencial irritativo de una sustancia depende de: la concentración, del vehículo y de la duración de la exposición. Después de causar la interrupción de la barrera cutánea se liberan múltiples citocinas implicándose en el proceso de inflamación principalmente al factor de necrosis tumoral alfa. (Antezana M,2003)

Dermatitis alérgica por contacto: existe la participación de la respuesta inmune mediada por células , la cual es una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV de la clasificación de Gell y Combs, que requiere una sensibilización previa de la persona al agente responsable, esta sensibilización ocurre cuando un alérgeno actúa como hapteno de bajo peso molecular penetra en la piel y se une a las células presentadoras de antígenos que son las células de Langerhans en el sitio de contacto; las células de Langerhans migran a los ganglios linfáticos regionales donde sensibilizan a las células T, las cuales entran a la circulación y sensibilizan la superficie de la piel , lo que conduce a la liberación de numerosas citocinas y factores quimiotácticos provocando la respuesta inflamatoria. (Marks JG, 2002)

La dermatitis por contacto fototóxica: esta reacción ocurre generalmente después de una exposición solar, principalmente en el rango UVA (320-400 nm), en áreas del cuerpo que hayan tenido contacto previo con algún contactante que contenga un químico que haya sido previamente fotoactivado, el cual se convierte en un tóxico directo para los queratinocitos. (Amado A, 2007)

La dermatitis por contacto fotoalérgica: como en el caso de la DCA, es una respuesta inmunológica mediada por células T. Esta reacción se diferencia de la DCA en que el alérgeno es fotoactivado por luz solar

o por luz artificial en el rango de los rayos UVA, y es por esto que se encuentra frecuentemente en áreas de exposición solar. (Amado A, 2007)

Urticaria por contacto: hay dos tipos de urticaria por contacto, la urticaria por contacto inmunológica ([UCI] mediada por IgE) y la urticaria por contacto no inmunológica (UCNI). En la UCI las sustancias lipofílicas presentes en determinados alimentos penetran la piel a través de los folículos pilosos; después estas sustancias interactúan con la IgE preformada en los mastocitos tisulares y basófilos circulantes, causando activación de estas células. La histamina y otros mediadores vasoactivos son entonces liberados, llevándose a cabo una reacción inmediata. Clínicamente, esto puede ser manifestado como urticaria localizada o generalizada, la cual puede o no progresar a un edema angioneurótico sistémico. Otros síntomas sistémicos incluyen rinitis, asma y shock anafiláctico.

La UCNI es más frecuente, pero raramente se presenta con efectos sistémicos. La liberación de histamina por activación directa de mastocitos, y posiblemente la liberación de prostaglandinas y leucotrienos, pudieran desempeñar un papel en este mecanismo. (Amado A, 2007)

3.2 JUSTIFICACIÓN

La dermatitis por contacto es una dermatosis frecuente en nuestra población, causa de limitación en las actividades e incluso de ausencia laboral, es fundamental realizar un diagnóstico correcto e identificar el agente causante, ya que el tratamiento y prevención se basan en evitarlo, en la medida de lo posible. En la literatura Internacional están disponibles tres Guía de práctica Clínica que se tomarán como referencia para adaptación de esta guía, es importante contar con Una Guía Nacional aplicativa en nuestro medio, y que sea una herramienta útil y práctica que facilite la toma de decisiones terapéuticas para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la dermatitis por contacto.

Esta adaptación de Guía de Práctica Clínica pone a la disposición de los dermatólogos las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis por contacto, incrementando así el número de pacientes en quienes se identifique el contactante mejorando la respuesta al tratamiento y disminuyendo los costos y ausentismo laboral derivados de esta enfermedad

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en Adultos, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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 primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Facilitar la toma de decisiones y unificar conceptos en la prevención, Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis por contacto.
2. Incremento en la proporción de pacientes con dermatitis por contacto en que se realiza la determinación del alérgeno involucrado
3. Disminuir la proporción de pacientes en contacto con el alérgeno involucrado en su dermatitis por contacto
4. Incremento de la proporción de pacientes con respuesta a tratamiento (control del padecimiento)
5. Disminución de los costos derivados del tratamiento e incapacidad laboral

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

3.4 DEFINICIÓN

La dermatitis por contacto es una dermatosis inflamatoria, aguda o crónica que se presenta como respuesta a agentes externos cuando entran en contacto con la piel. Puede ser de tipo alérgico la cual es mediada por una reacción de hipersensibilidad tipo IV y requiere la sensibilización previa al antígeno para manifestarse y la de tipo irritante, causada por el efecto citotóxico directo sobre los queratinocitos. (Fitzpatrick TB, 2001)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

2++
(GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

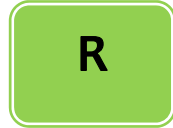
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada

la
[E: Shekelle]
Matheson, 2007

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN DE LA DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado



Crema protectoras: una crema sirve como una capa protectora, protegiendo a la piel de productos químicos peligrosos. Normalmente son cremas a base de aceite formulado para repeler a los aceites, pinturas, grasas o disolventes, o cremas a base de silicona que son eficaces contra los productos a base de agua como ácidos y álcalis. Las cremas de barrera solo pueden aplicarse en la piel intacta, ya que pueden agravar la inflamación en la piel dañada.

En cuatro ensayos clínicos controlados aleatorizados, dos de buena calidad y dos de regular calidad se comprobó la efectividad de las cremas protectoras en la prevención de la dermatitis por contacto irritativa; en otro estudio de buena calidad no se encontró beneficio.

Zhai *et al*, demostraron que la loción de dimeticona fue significativamente mejor que otros vehículos en el prevención de la DCI. Perrenoud *et al* 2001, observaron que aquellas cremas que contenían clorhidrato de aluminio como ingrediente activo por el contrario fueron perjudiciales.

Ib

[E: Shekelle]

McCormick R, 2000
Schliemann-Willers S, 2001
Zhai H 2000
Perrenoud D, 2001

R

Se recomienda el uso de cremas protectoras para la prevención de la dermatitis por contacto irritativa. Las cremas con dimeticona son eficaces. No se recomiendan aquellas que contienen clorhidrato de aluminio.

A
[E: Shekelle]
McCormick R 2000
Schliemann-Willers S, 2001
Zhai H 2000

R

Existe evidencia para recomendar el uso hidratantes en la prevención y tratamiento de la DCI.

A
[E: Shekelle]
Schleimann-Willers S 2002
Zhai H 2002

E

Guantes: en algunos oficios el uso de guantes es primordial para la prevención de la dermatitis por contacto, sin embargo, en algunas ocasiones el empleo inapropiado de estos puede exacerbar la dermatitis o no brindar la protección necesaria. El material de guante a utilizar será aquel que sea más resistente a la penetración de las sustancias químicas que se emplean y que a su vez permita la destreza manual. Así mismo se ha visto que el cambio frecuente de los guantes disminuye la permeación de las sustancias.

IV
[E: Shekelle]
Kwon S, 2006

R

Se recomienda el uso de guantes de material apropiado para evitar la penetración de las sustancias, así como el su uso por intervalos de tiempo de 20 minutos cada uno.

D
[E: Shekelle]
Kwon S, 2006

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 GENERALIDADES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los agentes químicos que causan dermatitis por contacto se encuentran en una gran cantidad de productos de uso común como: joyas, bisutería, productos de aseo personal, plantas, medicamentos, así como agentes químicos con los que la persona entra en contacto en el trabajo o al practicar sus aficiones

IV
[E: Shekelle]
Shane C, 2009

E

Clínicamente la DCI y la DCA son indistinguibles, en ambas la presentación típica es una dermatosis eccematosa y pruriginosa, en la forma aguda predominan las vesículas y la exudación; en la forma crónica predomina la liquenificación. Algunos refieren que la DCA es más pruriginosa y en la DCI predomina el ardor. La topografía suele localizarse en el área de piel que entra en contacto con el alérgeno; sin embargo, pueden verse distribuciones difusas en parches dependiendo de la naturaleza del alérgeno.

La DCI aguda alcanza su máxima expresión rápidamente, unos minutos a unas horas después de la exposición, aparecen eritema, edema, ampollas y en ocasiones necrosis, los síntomas son: ardor y escozor. Las lesiones están restringidas al área donde el irritante o el tóxico han dañado el tejido. Los irritantes potentes que con más frecuencia producen DCI son los ácidos y álcalis fuertes.

IV

[E: Shekelle]
Horn TD, 2004

R

El diagnóstico de la dermatitis por contacto debe iniciarse con una historia clínica detallada, exhaustiva, donde se investigue: tiempo de evolución de la dermatosis, topografía inicial, la ocupación concreta, así como los objetos, materiales y sustancias con las que está en contacto, y si ésta mejora en los periodos de descanso laboral; debemos interrogar acerca de los pasatiempos del paciente, así como cualquier otra actividad colateral, también son importantes los productos para el aseo personal como shampoo, enjuagues bucales, maquillajes, perfumes, así como los accesorios de uso personal. (cuadro 1) Con base a ello se habrá de proponer si la dermatitis por contacto es de tipo irritativa o alérgica. Esto se acompañaría con una exploración completa del enfermo para delimitar las zonas afectadas, tipo de lesiones, y ver si existen otras zonas no expuestas con lesiones similares (Algoritmo I)

D

[E: Shekelle]
Shane C C, 2009
Horn TD, 2004

4.2.2 DIAGNÓSTICO DE LA DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>Los irritantes más comunes para la piel son: agua, detergentes, solventes, fibra de vidrio, hule, papel y cartón; identificar a un solo agente es difícil y en la mayoría de los casos imposible. El factor exógeno más implicado en la dermatitis de contacto irritativa es el “trabajo húmedo” el cual consiste en utilizar guantes oclusivos durante más de 2 horas, exponer a la piel durante más de 2 horas a líquido o lavar frecuentemente las manos durante el día. Dentro de los factores endógenos se encuentran el sexo ya que es más común en las mujeres, la atopia la cual predispone al desarrollo de la DCI, así como el sitio anatómico, por ejemplo en manos se afecta más la región dorsal de los dedos y en los pliegues ya que esta zona posee un estrato corneo más delgado en comparación de las palmas.</p>	<p>III [E: Shekelle] Jungbauer FH 2004, IV [E: Shekelle] Slodownik D 2008</p>
E	<p>Se sospecha el diagnóstico de DCI con base en los antecedentes, síntomas y signos, y se confirma con la mejoría de las lesiones del paciente al evitar al irritante que probablemente sea el responsable</p>	<p>Ib [E: Shekelle] Kist JM,2004</p>
E	<p>Se ha reportado que la mejoría es mayor y se presenta mas satisfacción de los pacientes durante el tratamiento si se les otorga una lista de los posibles contactos y la forma de evitarlos, así como una lista de cuidado de manos que es la topografía más afectada por la DCI</p>	<p>Ib [E: Shekelle] Kist JM,2004</p>
R	<p>Además de indicar al paciente llevar a cabo las medidas generales para el cuidado de la piel afectada. Debe otorgársele al paciente por escrito las posibles fuentes donde se encuentre el irritante para asegurarnos que posee la información correcta de los materiales que debe evitar</p> <p>En la sección de anexos en el cuadro 2 se muestra la hoja de cuidados de manos que se otorga a los pacientes en la clínica de dermatitis de contacto del Centro Dermatológico “Dr Ladislao de la Pascua”</p>	<p>A [E: Shekelle] Kist JM,2004</p>

4.2.3 DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICA.

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las pruebas del parche constituyen la prueba indicada para el diagnóstico concreto de una DCA; poseen una sensibilidad y especificidad de 70 y 80% respectivamente, y deberá realizarse en todo paciente en quien se sospeche de una DCA	IV [E: Shekelle] Van der Valk PG, 2003
R	Existe suficiente evidencia que sustenta el uso de pruebas del parche en todo paciente con sospecha de DCA, siempre orientado a la exposición de cada paciente	D [E: Shekelle] Van der Valk PG, 2003
E	Las indicaciones para realizar pruebas del parche son: dermatitis de contacto subaguda o crónica, idiopática o de causa desconocida; resistentes al tratamiento, así como de topografía característica: dermatitis de manos, de pies, párpados, región anogenital y extremidades inferiores En pacientes atópicos, con dermatitis numular, dishidrosis resistentes al tratamiento también debe considerarse la realización de las pruebas	IV [E: Shekelle] Meza B, 2006
R	En todo paciente con las entidades mencionadas anteriormente se justifica la realización de las pruebas del parche.	D [E: Shekelle] Meza B, 2006
E	En los estudios realizados por el grupo Norteamericano de dermatitis de contacto así como por el grupo de la Clínica Mayo de dermatitis por contacto, en donde revisaron las pruebas del parche positivas en los expedientes clínicos de 5834 y 1321 pacientes respectivamente, encontraron que los principales alérgenos fueron: sulfato de níquel, bálsamo del Perú, sulfato de neomicina, cobalto, mezcla de fragancias, dicromato de potasio, timerosal, bacitracina, formaldehído y glutaraldehído.	Ila [E: Shekelle] Wetter D A, 2005
R	Existe evidencia de que la "serie estándar de alérgenos" identifica una gran proporción de alérgenos, sin embargo, aún faltan estudios para unificar una serie estándar ideal.	B [E: Shekelle] Wetter D A, 2005

E

Decidir en qué momento y qué pruebas realizar, requiere entrenamiento y experiencia. La prueba más utilizada es la serie “estándar” que presenta sutiles variaciones dependiendo de cada zona geográfica, pero que de manera general incluye los alérgenos necesarios para diagnosticar hasta el 80% de las dermatitis de contacto alérgicas. Además, considerando la ocupación del paciente se pueden realizar otra serie de pruebas epicutáneas en caso necesario

Se recomienda la aplicación de la serie estándar, sin embargo, en caso de que resulte negativa y las características del paciente sugieran otro agente, se debe aplicar la serie, que se sospeche, contenga el alérgeno involucrado. En el cuadro 3 se presenta la serie estándar utilizada en el Centro Dermatológico “Dr Ladislao de la Pascua”

R

En algunos casos se requiere aplicar otras series, para identificar al alérgeno, algunas de ellas se realizan con base en las características epidemiológicas y demográficas de cada población. En los cuadros 4 y 5 se enumeran otras series utilizadas según se sospeche el alérgeno en base a la ocupación y/o actividades colaterales investigadas previamente en la historia clínica.

En cuadro 6 se presenta con base a la ocupación los posibles alérgenos causantes

La técnica correcta para la prueba del parche es la siguiente:

La topografía más adecuada es la parte superior de la espalda. El paciente no deberá tener ninguna quemadura solar en esta área ni aplicarse corticoesteroides tópicos en los lugares de los parches durante una semana previa; así mismo deben evitarse los corticoesteroides sistémicos durante un mes (sin son necesarios, se permite una dosis mínima de 20mg al día). Cualquiera de estos factores puede disminuir la capacidad individual de desarrollar una reacción cuando se prueba un alérgeno. Se pueden aplicar alérgenos ya preparados o en cámaras de Finn Chambers que están adheridas a un esparadrapo, se enumeran para identificar a los alérgenos y se colocan en la espalda. El paciente en su domicilio debe evitar sudoración excesiva, rascado de la zona, evitar levantamiento de peso ya que se puede perder contacto con la piel

E

IV

[E: Shekelle]
Meza B, 2006

D

[E: Shekelle]
Meza B, 2006

IV

[E: Shekelle]
Horn TD, 2004

R

Después de una explicación amplia del procedimiento al paciente y de haber elegido a los alérgenos, es necesaria una técnica adecuada para la realización de la prueba del parche, la cual debe ser aplicada por una persona capacitada, se enumera cada alérgeno y se deben dar instrucciones de cuidado a los pacientes.

D

[E: Shekelle]
Horn TD, 2004

R

El paciente se cita a las 48 hrs, se inspeccionan los parches para observar que se encuentran en su lugar, la confirmación se realiza al observar la impresión que dejan las cámaras sobre la piel. La piel debe marcarse cuidadosamente para poder ubicar con precisión a qué alérgeno corresponde una reacción positiva

IV

[E: Shekelle]
Horn TD, 2004

E

Diversos estudios han demostrado que el uso de esteroides tópicos de moderada y alta potencia utilizados hasta dos días previos en el sitio de aplicación de las pruebas del parche provoca resultados falsos negativos. En cuanto a los esteroides sistémicos en un estudio multicéntrico, aleatorizado doble ciego (Anveden I, 2004) reveló que dosis de esteroides de 20mg/día o menos no suprimen una reacción positiva a las pruebas del parche.

Ib

[E: Shekelle]
Anveden I, 2004

R

Se recomienda suspender el uso de esteroides tópicos de mediana y alta potencia, en el sitio de aplicación de las pruebas hasta dos días previos a la colocación. Se recomienda la realización de las pruebas en pacientes que tomen esteroides sistémicos siempre y cuando la dosis sea de 20mg/día o menor

A

[E: Shekelle]
Anveden I, 2004

E

La lectura debe realizarse 30 minutos después de retirar las pruebas para evitar reacciones irritativas al desprenderlas de la piel.

Diversos estudios refieren que el tiempo óptimo para la lectura de las pruebas del parche es a las 48 y 96hrs, con una lectura adicional a los siete días, ya que hasta un 10% de alérgenos se vuelven positivos en este tiempo, entre aquellos que se vuelven positivos después de cuatro días son: neomicina, pivalato de tixocortol y níquel.

Iib

[E: Shekelle]
Jonker MJ, 2000

R

Se recomienda la lectura de las pruebas a las 48 y 96hrs, y a los 7 días. Debido a ello es importante la explicación detallada del procedimiento al paciente así como los cuidados que debe tener con las pruebas una vez colocadas

B

[E: Shekelle]
Jonker MJ, 2000

E

En ocasiones será necesario realizar las pruebas con los productos de uso personal de los pacientes, se considera importante conocer el pH del producto, ya que las sustancias con pH menor 3 ó mayor de 10 no deben ser probados como tales, en esos casos deben hacer y repetir diluciones seriadas cuando sea necesario.

Las pruebas con estas sustancias pueden ser abiertas o semiabiertas. Las pruebas semiabiertas se efectúan dejando secar la sustancias sobre la piel y posteriormente se cubren, en el caso de las abiertas se dejan secar y se repite dos a tres veces al día por 2 a 3 días, interrumpiendo en el caso de presentar reacción caracterizada por eritema, pápulas o vesículas, este procedimiento es útil para rectificar el resultado de pruebas epicutáneas con resultado dudoso entre reacción irritativa o alérgica

IV
[E: Shekelle]
Meza B, 2006

R

Se recomienda en caso necesario, aplicar los productos del propio paciente con las precauciones necesarias para evitar efectos indeseables.

D
[E: Shekelle]
Meza B, 2006

E

Dado que puede existir sensibilización a sustancias, que no generen manifestaciones clínicas, sabemos que no todas las pruebas positivas son diagnósticas, por lo que es importante identificar la relevancia de la prueba en el contexto clínico del paciente, es por ello que siempre deben ser interpretadas por un experto. El diagnóstico certero de una DCA por cierto alérgeno se establece con la prueba positiva, evitándolo y observando la mejoría del paciente

IV
[E: Shekelle]
Goossens A, 2009

R

Se recomienda que la interpretación de las pruebas las realice un experto en el campo, realizando la correlación entre el resultado de la prueba y el contexto clínico del paciente.

Una vez detectado el alérgeno se recomienda dar al paciente por escrito la fuente donde puede encontrarse este, así como las medidas para evitarlo.

D
[E: Shekelle]
Goossens A, 2009

4.3 TRATAMIENTO

4. 3.1 TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>La piedra angular en el tratamiento de la dermatitis por contacto irritativa, además de evitar el posible contactante y llevar a cabo las medidas generales; es la hidratación, siempre y cuando no haya soluciones de continuidad en la piel, por lo que debe evaluarse el estado de la piel para el tratamiento sintomático. En dos ensayos clínicos controlados evaluados ciegamente, se demostró que los hidratantes ricos en lípidos son efectivos en el tratamiento a corto plazo de la DCI inducida experimentalmente.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] Held E, 2001</p>
R	<p>Existe suficiente evidencia para recomendar el uso de hidratantes ricos en lípidos para el tratamiento de la DCI. El aceite de canola es recomendable. Evitar al posible contactante así como llevar a cabo las medidas generales es prioridad en el tratamiento. (algoritmo 2)</p>	<p>A [E: Shekelle] Held E, 2001</p>
E	<p>En las primeras etapas de la dermatitis por contacto en la que la inflamación es mínima y predomina una piel seca y con prurito es de utilidad un emoliente, el cual debe basarse en las condiciones de la piel: para una piel seca o ligeramente eczematosa se prefiere una crema, para una piel moderada a severamente seca se prefiere un ungüento; la cantidad a aplicar debe ser la mejor tolerada por el paciente así como la periodicidad</p>	<p>IV [E: Shekelle] Dermatitis contact, Clinical Knowledge Summaries, 2009</p>
R	<p>Se recomienda que al elegir un emoliente se tomen en cuenta las condiciones de la piel</p>	<p>D [E: Shekelle] Dermatitis contact, Clinical Knowledge Summaries, 2009</p>
✓/R	<p>Con base en las condiciones de la piel se utilizarán secantes como: acetato de aluminio, óxido de zinc, harina de soya, fomentaciones con manzanilla. Emolientes: cold cream, vaselina, aceites ricos en lípidos, glicerina. (cuadro 7)</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

E

El uso de esteroides tópicos es de utilidad para disminuir la inflamación; en un estudio que comparaba valerato de betametasona versus vehículo en el tratamiento de dermatitis de contacto inducida se observó una mejoría más rápida con la primera

IV
[E: Shekelle]
Antezana M, 2003

R

Se recomienda la aplicación de esteroides tópicos en el tratamiento de la dermatitis por contacto irritativa

D
[E: Shekelle]
Antezana M, 2003

4. 3.2 TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA 4.3.2.1 ESTEROIDES TÓPICOS

Evidencia / Recomendación

Nivel/Grado

E

En cuanto a la dosis de esteroides, se comprende que desde un punto de vista práctico es difícil indicar una cantidad específica de un tópico, sin embargo con el fin de evitar la utilización de dosis excesivas de medicamento conviene conocer la dosis de esteroide que se ha estimado suficiente para aplicar semanalmente en la superficie corporal total de acuerdo a la edad: hasta 6 meses=35g, hasta un año= 45g, hasta cuatro años= 60g, 18 ó más años= 155g para calcular de una forma práctica los gramos a emplear se puede utilizar la Unidad Pulpejo Índice (FTU, del inglés finger tip unit) en esta la cantidad de medicamento que se obtiene al presionar un tubo con un orificio de 5mm de diámetro aplicado desde la articulación interfalángica distal a la punta del dedo índice palmar (1 FTU= 0.50g)

C
[E: Shekelle]
Alonzo ML, 2006

E

La elección del esteroide tópico debe basarse sobre todo en la topografía de la dermatitis, por ejemplo: en cara, genitales y pliegues se utilizan corticoesteroides de leve potencia; en palmas, plantas, piel cabelluda se utilizan corticoesteroides de alta potencia. Lo anterior para evitar efectos adversos en topografías susceptibles

IV
[E: Shekelle]
Dermatitis contact, Clinical Knowledge Summaries, 2009

R

Se recomienda el uso de esteroides tópicos para el tratamiento de la dermatitis por contacto de tipo alérgico, la potencia del esteroide se basará en la topografía:

Esteroides de baja potencia en cara, orejas, párpados, genitales y pliegues.

Esteroides de mediana (intermedia) potencia: tronco, extremidades y piel cabelluda.

Esteroides de alta potencia: palmas, plantas y uñas. (cuadro 8)

D

[E: Shekelle]
Dermatitis contact, Clinical Knowledge Summaries, 2009

4.3.2.2 ESTEROIDES SISTÉMICOS

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

No existen ensayos clínicos que comparen el uso de esteroides sistémicos en el tratamiento de la dermatitis por contacto, la mayoría de información proviene de artículos de revisión y opiniones de expertos. La mayoría coincide que deben reservarse para casos severos, definido como la afectación de más del 20% de la superficie cutánea, formación de bullas extensas o involucro facial extenso.

IV

[E: Shekelle]
(Li LY, 2004)

R

Se recomienda el uso de esteroides sistémicos en casos severos de dermatitis de contacto, el esteroide que se recomienda es la prednisona la dosis inicial suele ser de 0.5mg/Kg/día, sin exceder 60mg al día, los primeros 7 días, posteriormente reducir 50% los siguientes 7 días y suspenderlo entre las siguientes dos semanas.

D

[E: Shekelle]
(Li LY, 2004)

4.3.2.3. TACROLIMUS

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego, se evaluó la eficacia del tacrolimus 0.1% ungüento en el tratamiento de la dermatitis alérgica de contacto al níquel; observaron una mejoría clínica del 80% en comparación con el 30% del observado con vehículo.

En un estudio aleatorizado, se evaluó la eficacia del tacrolimus 0.1% ungüento versus vehículo en el tratamiento de dermatitis de contacto al níquel y observaron mayor mejoría de los signos y síntomas incluidos el prurito en el primer grupo con una $p < 0.001$

Ib
[E: Shekelle]
Belsito D, 2006

R

Se recomienda el uso de inhibidores de la calcineurina en ungüento como tratamiento alternativo de la dermatitis por contacto al níquel. La aplicación será dos veces por día, y el tiempo del tratamiento se basará en la repuesta del paciente.

A
[E: Shekelle]
Belsito D, 2006

4.3.2.4. AZATIOPRINA

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

Se ha utilizado azatioprina VO en el tratamiento de la dermatitis por contacto. En el estudio controlado aleatorizado doble ciego, se comparó betametasona 2mg/día vs azatioprina 100mg/ día durante 6 meses, se observó una excelente respuesta en el 95% de los pacientes tratados con azatioprina y en el 100% de los pacientes tratados con betametasona ($P=0.0156$ vs 0.0005) sin embargo, los efectos adversos fueron mayores en este último grupo

Ib
[E: Shekelle]
Verma KK en el 2008

R

Se recomienda el uso de azatioprina como tratamiento alternativo de la dermatitis de contacto, así como en aquellos pacientes que presenten contraindicación a los glucocorticoides por sus efectos adversos. La dosis recomendada es de 100mg/día durante 6 semanas

A
[E: Shekelle]
Verma KK, 2008

4.3.2.5 ALITRETINOINA

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

En un ensayo clínico, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado comparó la eficacia de alitretinoína versus placebo en el tratamiento de la dermatitis crónica de manos resistente a tratamientos convencionales, se aleatorizaron 319 pacientes a quienes se dividieron en cuatro grupos: placebo, 10, 20 ó 40 mg de alitretinoína al día durante 4 semanas con seguimiento por 3 meses. En los resultados se observó respuesta en 53% de los pacientes del grupo de alitretinoína, con una media de 70% en la reducción de los signos y síntomas, los efectos adversos estuvieron en la relación a la dosis y en general no fueron de gravedad, la recaída se observó en el 26% de los pacientes tres meses después de la suspensión del fármaco.

La duración del tratamiento se recomienda por 12 semanas

Ib
[E: Shekelle]
(Ruzicka T, 2004)

R

Aunque parece prometedor este tratamiento para casos muy específicos de dermatitis por contacto crónica y refractaria a tratamiento se requieren más estudios bien controlados para establecer una recomendación.

A
[E: Shekelle]
Ruzicka T, 2004

4.3.2.6 CICLOSPORINA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<div data-bbox="180 632 342 758" style="background-color: #4a86e8; color: white; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 10px auto;">E</div> <p data-bbox="375 583 1029 785">No se ha encontrado información suficiente que apoye el uso de la ciclosporina VO, en ensayos clínicos de reciente publicación, de hecho en la revista italiana de dermatología se publica la exacerbación de la dermatitis de contacto alérgica durante el tratamiento inmunosupresor con ciclosporina A</p>	<p data-bbox="1211 632 1240 657">IV</p> <p data-bbox="1154 667 1300 693">[E: Shekelle]</p> <p data-bbox="1122 703 1338 728"><i>Prignano F, 2010</i></p>
<div data-bbox="180 909 342 1035" style="background-color: #76c73a; color: white; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 10px auto;">R</div> <p data-bbox="375 934 1029 1033">En base a que no hay suficiente evidencia se desaconseja el uso de ciclosporina en el tratamiento de la dermatitis por contacto</p>	<p data-bbox="1211 934 1240 959">D</p> <p data-bbox="1154 970 1300 995">[E: Shekelle]</p> <p data-bbox="1122 1005 1338 1031"><i>Prignano F, 2010</i></p>

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.4.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (DERMATOLOGÍA)

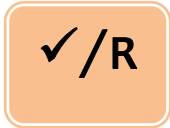
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="185 1430 347 1556" style="background-color: #f4a460; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 10px auto;">✓/R</div> <p data-bbox="375 1434 1029 1570">El médico familiar debe establecer el diagnóstico y dar tratamiento, en los casos de duda diagnóstica, recurrencia o refractariedad del tratamiento se deben enviar al servicio de dermatología</p>	<p data-bbox="1073 1486 1385 1516">Punto de Buena Práctica</p>
<div data-bbox="185 1633 347 1759" style="background-color: #f4a460; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 10px auto;">✓/R</div> <p data-bbox="375 1644 1029 1751">Serán enviados a alergología aquellos pacientes en quienes se sospeche dermatitis por contacto alérgica "recurrente" para la identificación del alérgeno</p>	<p data-bbox="1073 1682 1385 1711">Punto de Buena Práctica</p>

4.5 CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA

4.5.1 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL (DERMATOLOGÍA) A MEDICINA FAMILIAR

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Serán contra-referidos aquellos pacientes con resolución del cuadro, previa orientación sobre medidas preventivas y factores desencadenantes al paciente y notificación por escrito al médico familiar, con la indicación de que en caso que haya recurrencia enviar nuevamente.

Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis por Contacto en Adultos.

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Documentos enfocados a Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Tratamiento de dermatitis de contacto en adultos en Tripdatabase, MD consult, Clearinghouse, Sumsearch.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh: contact dermatitis, allergic dermatitis, guides, systematic review, diagnosis contact dermatitis, treatment contact dermatitis. Las mismas palabras claves se utilizaron en español.

Se seleccionaron las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés o español
2. Metodología basada en evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente

Esta etapa de la estrategia de búsqueda se encontró cuatro en idioma inglés y una en español, del 2006 al 2011:

a) Beltrani V S, Bernstein L I, Cohen D E, Fonacier L. A contact dermatitis: a practice parameter. *Annals Of Allergy, Asthma & Immunology*. 2006; 97: S1-S38. Esta guía se consultó en febrero del 2010, y se encontró en Tripdatabase.

<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=13606>

b) Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *British Journal of Dermatology*. 2009; 160: 946–954. Se consultó en febrero 2010 y se encontró en Tripdatabase.

<http://www.tripdatabase.com/search?criteria=contact+dermatitis>

c) Clinical Knowledge Summaries: – Dermatitis – contact. 2008, de esta guía no se obtuvo acceso a la versión más reciente, en esta versión no se manejan niveles de evidencia ni grados de recomendación.

http://www.cks.nhs.uk/access?catalog=login&returnurl=http%3a%2f%2fwww.cks.nhs.uk%2fdermatitis_contact%2fview_whole_topic

d) Bernabé Claudia, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis de contacto en Adultos. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, 2010. (Prensa Rev Mex dermatología)

e) Concise guidance to good practice Royal College of Physicians 2011. En esta guía que fue la más reciente no se maneja nivel de evidencia y las recomendaciones ya se habían contemplado en guías previas. Excluida

Segunda etapa

Debido a que la información de las guías encontradas fue limitada la mayoría de evidencias y recomendaciones se emitieron con base a la información obtenida de las fuentes originales. (ver bibliografía)

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Graduar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Grado de recomendación	
A	Directamente basada en evidencia categoría I
B	Directamente basada en evidencia categoría II ó recomendaciones extrapoladas de evidencia I
C	Directamente basada en evidencia categoría III ó recomendaciones extrapoladas de categorías I ó II
D	Directamente basadas en evidencia categoría IV ó de evidencias extrapoladas categorías II, III
Nivel de evidencia	
Ia	Evidencia de metaanálisis y ensayos clínicos controlados aleatorizados
Ib	Evidencia en al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado
IIa	Evidencia de al menos un ensayo clínico controlado sin aleatorización
IIb	Evidencia de al menos un estudio cuasiexperimental ó estudios de cohorte
III	Evidencia de estudios descriptivos no experimentales como: estudios comparativos, estudios de correlación o casos y controles
IV	Evidencia de informes de comités de expertos, opiniones o experiencias clínicas de autoridades respetadas, reporte de casos

Modificado de : Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BJ 1999; 3: 18:593-59.

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

La dermatitis de contacto se clasifica en:

Dermatitis de contacto irritativa

Dermatitis de contacto alérgica

Dermatitis de contacto fototóxica

Dermatitis de contacto fotoalérgica

Urticaria de contacto.

CUADRO 1

CUESTIONARIO DE DERMATITIS POR CONTACTO*

Fecha: _____ **Nombre:** _____ **Edad:** _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono de 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: Cara Párpados Cuero Cabelludo
 Manos Axilas Brazos Pies
 Piernas Tórax Espalda Abdomen
 Genitales 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 sus medicamentos actuales: _____

Lista de remedios herbales/naturales (orales/tópicos), suplementos vitamínicos:

Se ha realizado la prueba de parche antes? Si No

Si su respuesta es sí Especifique 1. ¿Cuándo? _____

2. ¿Que pruebas fueron positivas? _____

Ha tenido tratamientos previos para este caso? _____

Como responde su eccema en sus días de descanso? Mejora In cambio Empeora

Que deporte practica?

- Golf Tenis Natación Correr Excursionismo Patinaje sobre hielo
- Montar a caballo Baile Ciclismo Otros _____

Hábitos personales:

Frecuencia de lavado de manos, tipo 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 que tipo: _____

Tiene otra enfermedad de la piel? _____

¿Ha dejado de laborar por su condición en la piel? _____ ¿Cuanto tiempo? _____

*Cuestionario no validado traducido de: McGill University Health Centre
Contact Dermatitis Clinic – 934-1934 ext. 34999

CUADRO 2

HOJA DE CUIDADO DE MANOS *

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.

Lea con cuidado las siguientes instrucciones y trate de cumplirlas TODAS.

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.

2. Evite el contacto con detergentes y otros agentes limpiadores fuertes.

3. Tenga cuidado de no usar disolventes como el thinner, petróleo, tricloroetileno, etc.

4. Evite el contacto directo con shampoo para el cabello. (Use guantes de plástico).

5. No quite la cáscara de frutas ácidas (naranja, limón toronja, piña, etc.) con las manos sin protección.

6. No exprima, corte o rebane frutas o verduras irritantes (jitomate, cebolla, ajo, cítricos) sin protección.

7. No se aplique lociones, tónicos o tinturas para el cabello, sin usar guantes.

8. Si usa guantes de protección use guantes de algodón y encima los de hule.

No debe permanecer con guantes por más de 15 o 20 minutos en forma continua, después de éste lapso deberá retirar los guantes, secarlos por dentro, secar sus manos y sustituir los guantes 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 perfumen en su interior.

9. Use guantes de tela o estambre si la temperatura ambiente es fría, aun cuando usted no sienta frío.

10. Aplique crema lubricante en sus manos, el mayor número de veces posible. (Poca cantidad, muchas veces).

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.

12. El éxito de su curación depende del cumplimiento estricto de estas instrucciones.

*Tomada de clínica de dermatitis reaccionales del Centro Dermatológico Dr "Ladislao de la Pascua"

CUADRO 3. SERIE ESTÁNDAR DE ALÉRGENOS

Número	Alérgeno
1	Dicromato
2	PPD
3	Tiuram mix
4	Neomicina
5	Cobalto
6	Benzocaina
7	Niquel
8	Clioquinol
9	Colofonia
10	Parabenos
11	Mezcla de PPD
12	Lanolina
13	Mercapto mix
14	Resina epoxy
15	Bálsamo del Perú
16	Resina paraterbutil-fenol-formaldehido
17	Mercaptobenzotiazol
18	Formaldehido
19	Fragancia mix
20	Pivalato de tixocortol
21	Quaternium
22	Tiomersal
23	Kathon
24	Carbamatos
25	Budesonida

Clínica de dermatosis reaccionales Centro Dermatológico Dr. "Ladislao de la Pascua"

CUADRO 4. SERIE DE ALÉRGENOS UTILIZADOS EN PELUQUERÍA

Alergeno	Concentración
Diaminotolueno	1%
Persulfato de amonio	2-5%
2-Nitro-p-fenilendiamina	1%
Gliceril tioglicolato	1%
4-Aminofenol	1%
3-Aminofenol	1%
Hidroquinona	1%
Captan	0.5%
Tioglicolato de amonio	2-5%
Resorcinol	1%

Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. British Journal of Dermatology 2009 160, pp946-954

CUADRO 5. SERIE DE ALÉRGENOS EN DERMATITIS DE CONTACTO A COSMÉTICOS

Alergeno	Concentración
2,6-Di-tert-butil-4-cresol	2%
2-ter-Butil-4-metoxifenol	2%
Resina de toluensulfonamida	10%
Amercol	50%
Betaino cocamidropil	1%
Acido sórbico	2%
Tert-Butilhidroquinona	1%
Triclosán	2%
Propilgallato	1%
Abitol	10%
Benzilalcohol	1%
Oxybenzona	10%
Trietanolamina	2%
DMDM hidantoína	2%
EDTA	1%
Propolis	10%
Aceite de árbol de té	5%
Cloracetamida	0-2%
Iodopropinil butilcarbamato	0-1%
Oleamidopropil dimetilamina	0-1%
Sorbitan sesquiolato	20%
Coco dietanolamida	0-5%
Gliceril monmotioglicolato	1%
Metoxy-diabenzoilmetano	10%

Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. British Journal of Dermatology 2009 160, pp946-954

CUADRO 6. ALÉRGENOS CAUSANTES DE DERMATITIS DE CONTACTO SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL

Ocupación	Alérgeno
Trabajadores de la construcción	Cromo, níquel, cobalto, caucho, resina epoxi
Peluqueros	Parafenilendiamina, formol, fragancias, tioglicolatos, resorcinol, níquel, derivados acrílicos.
Personal sanitario	Glutaraldehído, formaldehído, acrilatos, cromo, níquel, látex.
Mecánicos	Formol, mercaptobenzotiazol, benzotiazolonas, colofonia, cobalto, níquel.
Agricultura	Caucho, carbamatos, tiuranos.

Meza B, Dermatitis profesionales. Dermatol Peru 2006;16(1):64-69

CUADRO 7. CARACTERÍSTICAS DE LOS SECANTES Y EMOLIENTES.

Secantes			
Sustancia	Modo de uso	Periodicidad	Duración
Harina de soya 965mg/gr Polividona 20mg/gr	Disolver 1 cucharada por litro	Fomentos dos veces al día	Hasta la mejoría.
Acetato de aluminio	Diluir compresas	Fomentos dos veces al día	Hasta la mejoría
Pasta de Oxido de zinc	Aplicar en lesiones	Dos veces al día	Hasta la mejoría
Manzanilla	Hervir con agua	Fomentos dos veces al día	Hasta la mejoría
Emolientes			
Cold cream	Aplicar en piel afectada	Varias veces al día a tolerancia del paciente	Hasta la mejoría de lesiones
Vaselina	Aplicar en piel afectada	Varias veces al día a tolerancia del paciente	Hasta la mejoría de lesiones.
Glicerina	Aplicar en piel afectada	2-3 veces al día	Hasta la mejoría de las lesiones.

Recomendación de autores. Se aplicará un secante cuando la piel se encuentre eczematososa con exudado, costras, fisuras. Emoliente: para protección y lubricación de la piel cuando el eccema haya remitido.

CUADRO 8. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA UTILIZACIÓN DE LOS ESTEROIDES

NOMBRE	TIPO	POTENCIA	CARACTERÍSTICAS	USO
Dipropionato de betametasona 0.05% unguento	No suave Halogenado Fluorado	Clase 1 Superpotente	Mayor actividad glucocorticoide, menor actividad mineralocorticoide, relación E/T 1.2	Tiempo: corto -Menos de 7 días sitios: piel gruesa -Palmas, plantas, uñas. frecuencia -1-2 veces según gravedad y evolución de lesión
Furoato de mometasona 0.1% unguento	Suave Halogenado Fluorado-cloro	Clase 2 Potente	Menor efecto atrofodérmico, su vehículo libera triyodotriacético el cual tiene actividad antimicrobiana relación E/T 2.0	
Acetonido de flucinolona 0.1 % crema	No suave Halogenado Fluorado	Clase 4 Intermedia	Menor alergia de contacto, con actividad mineralocorticoide	Tiempo: medio -7- 14 días sitios: -Tronco, extremidades y piel cabelluda. frecuencia: -1-2 veces según gravedad y evolución de lesión
Propionato de fluticasona 0.05% crema	Suave Halogenado Estertiofluorado	Clase 5 Intermedia	Alta selectividad por receptores, alta permanencia y disminuida absorción E/T 2.0	
Butirato de hidrocortisona 0.1% crema	Suave No halogenado Esterificado	Clase 5 Intermedia	Mas potencia con menor efecto sistémico E/T 1.4	
Hidrocortisona 0.5%, 1%, 2.5% crema	No suave No halogenado	Clase 7	Menos absorción y taquifilaxia, mejor tolerancia, uso como sustitución de mas potentes	Se puede usar por tiempo prolongado -14 - 21 días sitios: piel delgada -Cara, parpados, pliegues, genitales y orejas. Frecuencia: -Una a dos veces según gravedad, evolución y dosis respuesta de lesión.

*Uso recomendado promedio 7 a 14 días. ** Considerar presentación y potencia para su uso ***Relación eficacia-toxicidad (E/T) más efectivo y menos efectos adversos a más E/T. Ballona R. "Soft steroids" o corticoides suaves en Dermatología Pediátrica. Dermatol Pediatr Lat. 2005; 3(2): 150-157. Hengge U, Ruzicka T, Schwartz. Adverse effects of topical glucocorticoesteroids. J Am Dermatol 2006; 54:1-15. Luger T. Topical dermatotherapy with glucocorticoesteroids-therapeutic index. Guidelines of the german dermatology society AWMF 2003

5.4 CUADRO DE MEDICAMENTOS.

CUADRO 1. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS DE CONTACTO EN ADULTOS.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2119	Dipropionato betametasona de 0.05%	Uso a dosis respuesta por no mas de 2 semanas	Unguento Cada 100 gramos contiene: Dipropionato de betametasona 64 mg equivalente a 50 mg de betametasona. Envase con 30 g.	1 a 2 veces al día según sustancia causante, evolución y gravedad.	Infección, atrofia, estrías, erupción miliar, ardor, teleangectasias, DXC,	Con otros corticoesteroides tópicos aumentan sus efectos adversos.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, infecciones cutáneas, eczema.
0118	Acetonido de flucinolona al 0.1%	Uso a dosis respuesta por no mas de 2 semanas	Crema	1 a 2 veces al día según sustancia causante evolución y gravedad.	Infección, atrofia, estrías, erupción miliar, ardor, teleangectasias, DXC,	Con otros corticoesteroides tópicos aumentan sus efectos adversos.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, infecciones cutáneas, eczema.
0813	Butirato de Hidrocortisona 1%	Uso dosis respuesta por no mas de 3 semanas	CREMA Cada g contiene: 17 Butirato de hidrocortisona 1 mg Envase con 15 g.	1 a 2 veces al día según sustancia causante evolución y gravedad.	Menos frecuente Infección, atrofia, estrías, erupción miliar, ardor, teleangectasias, DXC,	Con otros corticoesteroides tópicos aumentan sus efectos adversos.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, infecciones cutáneas, eczema.
010.000.4131.01	Pimecrolimus	Dos veces al día	Cada 100 g contiene: Pimecrolimus 1 g	Hasta una semana después de la desaparición de las lesiones.	Eritema, prurito, cefalea,, foliculitis, dermatitis acneiforme, verrugas.	Otros medicamentos tópicos que puedan aumentar la irritación	Hipersensibilidad a los componentes, síndromes con inmunodeficiencia, lesiones premalignas o malignas en el sitio de aplicación, solución de continuidad en la barrera cutánea, síndrome de Netherton, ictiosis laminar, eritrodermia generalizada, infecciones virales como herpes simple y zóster.
0472	Prednisona	0.5 mg/kg/día	Cada tableta contiene: Prednisona 5 mg Envase con 20 tabletas.	menos de tres semanas	Catarata subcapsular posterior, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis ,	Con digitálicos aumenta el riesgo de arritmias cardiacas e intoxicación digitálica. Aumenta la biotransformación de isoniazida. Aumenta la	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, micosis sistémica. Precauciones: Úlcera péptica, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, insuficiencias hepática y renal, inmunosupresión.

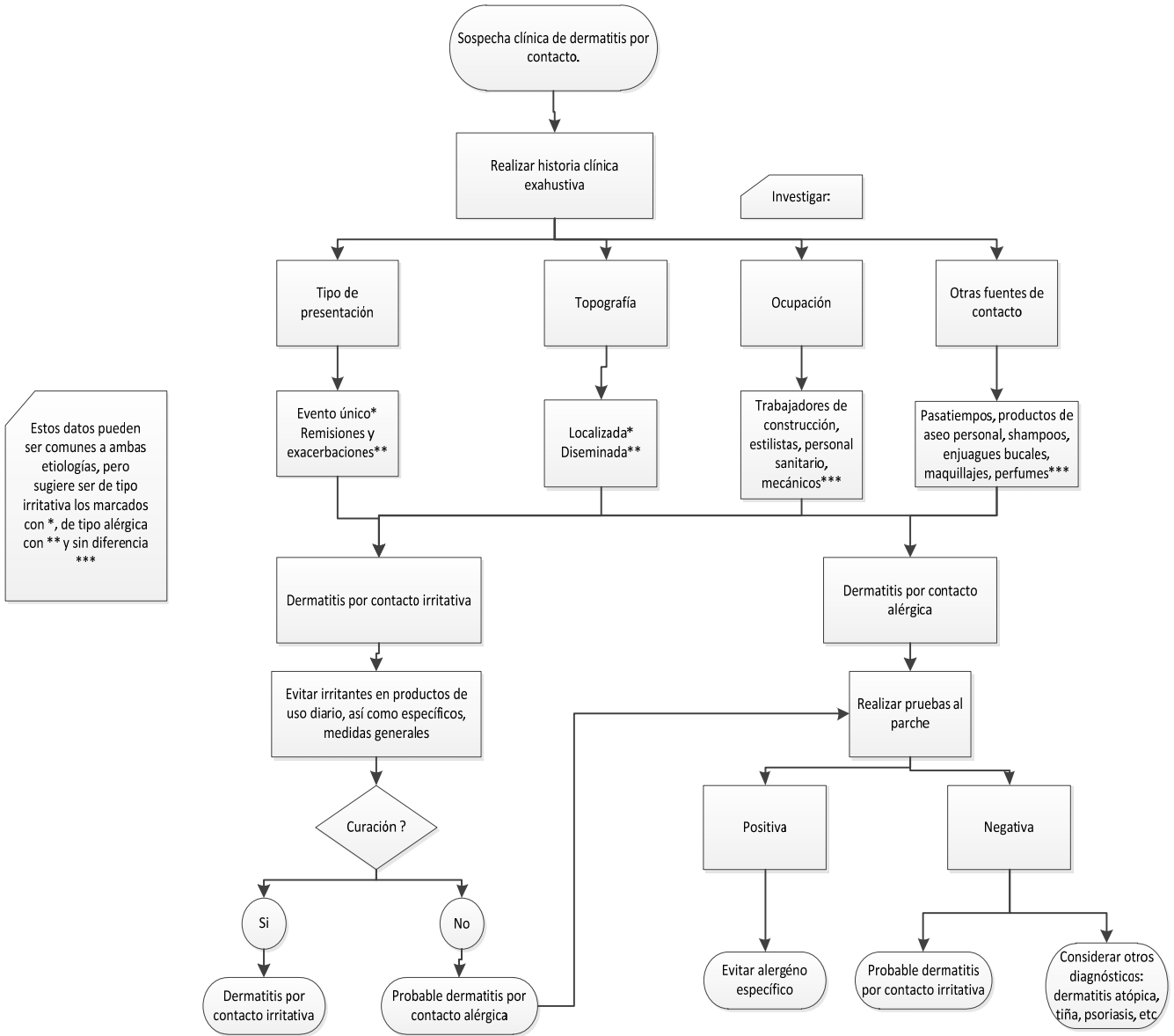
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS POR CONTACTO EN ADULTOS.

					superinfecciones, glaucoma, coma hiperosmolar, hiperglucemia, hipercatabolismo muscular, cicatrización retardada, retraso en el crecimiento.	hipokalemia con diuréticos tiazídicos, furosemda y anfotericina B. La rifampicina, fenitoína y fenobarbital aumentan su biotransformación hepática. Con estrógenos disminuye su biotransformación. Con antiácidos disminuye su absorción intestinal.	
0473	Prednisona	0.5 mg/kg/día sin pasar de 60mg/día	Cada tableta contiene: Prednisona 50 mg Envase con 20 tabletas.	menos de tres semanas	Catarata subcapsular posterior, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, superinfecciones, glaucoma, coma hiperosmolar, hiperglucemia, hipercatabolismo muscular, cicatrización retardada, retraso en el crecimiento.	Con digitálicos aumenta el riesgo de arritmias cardíacas e intoxicación digitalica. Aumenta la biotransformación de isoniazida. Aumenta la hipokalemia con diuréticos tiazídicos, furosemda y anfotericina B. La rifampicina, fenitoína y fenobarbital aumentan su biotransformación hepática. Con estrógenos disminuye su biotransformación. Con antiácidos disminuye su absorción intestinal.	Hipersensibilidad al fármaco, micosis sistémica. Precauciones: Úlcera péptica, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, insuficiencias hepática y renal, inmunosupresión.
3461	Azatioprina	100 mg día	Cada tableta contiene: Azatioprina 50 mg Envase con 50 tabletas.	durante 6 semanas	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. Precauciones: Disfunción hepática, infecciones sistémicas.
4298	Ciclosporina	dosis de 3 mg Kg/día /	CÁPSULA DE GELATINA BLANDA Cada cápsula contiene: Ciclosporina modificada o ciclosporina en microemulsión	por 6 semanas	Disfunción hepática y renal, hipertensión, temblor, cefalea, parestesia, anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, hiperplasia gingival,	Hipersensibilidad al fármaco y al aceite de ricino polioximetilado cuando se administra por vía endovenosa.	Hipersensibilidad al fármaco y al aceite de ricino polioximetilado cuando se administra por vía endovenosa.

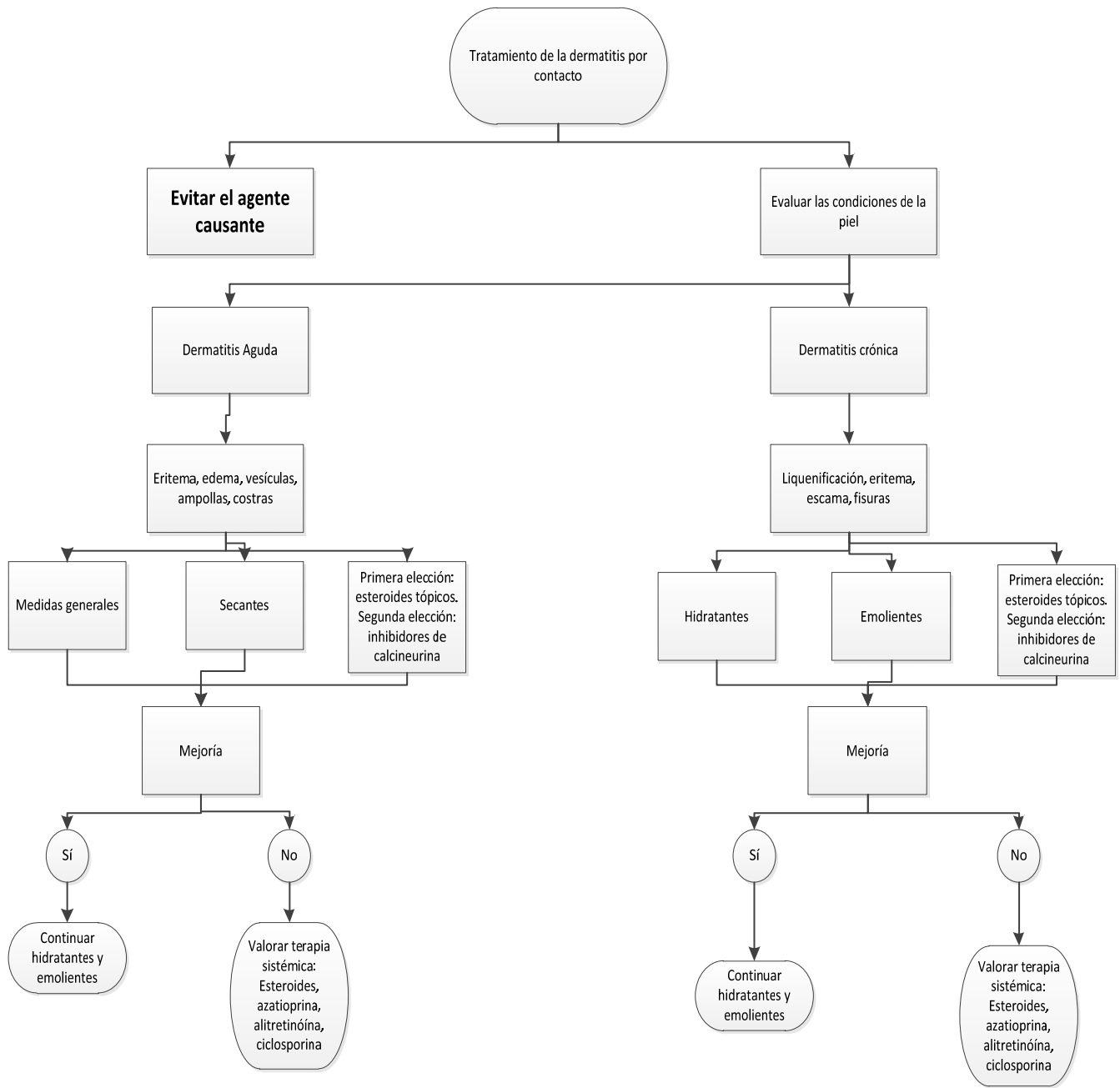
			100 mg Envase con 50 cápsulas		hiperlipidemia, calambres musculares, mialgia, hipertricosis, fatiga.		
4306	ciclosporina	dosis de 3 mg Kg/día /	cápsula de gelatina blanda Cada cápsula contiene: Ciclosporina modificada o ciclosporina en microemulsión 25 mg Envase con 50 cápsulas.	por 6 semanas	Disfunción hepática y renal, hipertensión, temblor, cefalea, parestesia, anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, hiperplasia gingival, hiperlipidemia, calambres musculares, mialgia, hipertricosis, fatiga.	Hipersensibilidad al fármaco y al aceite de ricino polioximetilado cuando se administra por vía endovenosa.	Hipersensibilidad al fármaco y al aceite de ricino polioximetilado cuando se administra por vía endovenosa.

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO.



6. GLOSARIO.

Definición de términos y abreviaturas

DCA Dermatitis por contacto alérgica.

DCI Dermatitis por contacto irritativa

GPC Guía de práctica clínica

UCI Urticaria de contacto inmunológica

UCNI Urticaria de contacto no inmunológica

Serie estándar. Lista de alérgenos más frecuentes en cada población.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alonzo ML. Corticoterapia tópica en: Programa de Actualización Continua para el Dermatólogo, Libro 3, Dermatosis reaccionales, capítulo IV (consultado febrero 2012) disponible en: www.galderma.com.mx/pac/Pac3/d3_p39.htm
2. Amado A, Jacob S. Dermatitis de contacto por alimentos. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:452-458
3. Antezana M, Parker F. Occupational contact dermatitis. *Immunol Allergy Clin N Am* 2003; 23:269-290
4. Anveden I, Linberg M, Andersen K Oral prednisone suppresses allergic but no irritant patch test reactions in individuals hypersensitive to nickel. *Contact dermatitis* 2004;59:298-303
5. Ballona R. "Soft esteroids" o corticoids suaves en dermatología pediátrica. *Dermatol Pediatr Lat* 2005;3(2):150-157
6. Belsito D, Wilson DC, Warshaw E, *et al.* A prospective randomized clinical trial of 0.1% tacrolimus ointment in a model of chronic allergic contact dermatitis *J Am Acad Dermatol* 2006;55:40-6
7. Beltrani V S, Bernstein L I, Cohen D E, *et al.* A contact dermatitis: a practice parameter. *Annals Of Allergy, Asthma & Immunology* 2006; 97: S1-S38.
8. Bourke J, Coulson I, English J, *et al.* Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *British Journal of Dermatology* 2009 160, pp946-954
9. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Suurmond D (2001) *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*. Fourth edition. McGraw Hill, New York NY.
10. Goossens A. Recognizing and Testing Allergens. *Dermatol Clin* 2009(27): 219-226
11. Held E, Lund H, Agner T. Effect of different moisturizers on SLS-irritated human skin. *Contact Dermatitis* 2001;44:229-234
12. Held E, Agner T. Effect of moisturizers on skin susceptibility to irritants. *Acta Derm Venereol* 2001;81:104-107
13. Hengge U, Ruzicka T, Schwartz. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:1-15
14. Horn, TD. (2004). *Dermatitis alérgica de contacto en: Dermatología*(227-40). Madrid: Elsevier
15. Jonker MJ, Bruynzeel DP. The outcome of an additional patch test reading on day 6 or 7. *Contact Dermatitis* 2000; 42:330-335
16. Jungbauer FH, Lensen GJ, Groothoff JW, *et al.* Exposure of the hands to wet work in nurses. *Contact Dermatitis* 2004;50(4):225-229

17. Kist JM, el- Azhary RA, Hentz JG, *et al.* The Contact Allergen Replacement Database and Treatment of Allergic Contact Dermatitis *Arch Dermatol* 2004; 140: 1448-1450
18. Kwon S, Campbell L , Zirwas M. Role of protective gloves in the causation and treatment of occupational irritant contact dermatitis. *J Am Accad Dermatol* 2006;55(5):891-6
19. Li LY, Cruz PD. Allergic contact dermatitis: Pathophysiology applied to future therapy. *Dermatologic Therapy* 2004; 17:219-223
20. Luger T, Topical dermatotherapy with glucocorticoids-therapeutic index. Guidelines of the German Dermatology Society AWMF 2003
21. Marks JG, Elsner P, DeLeo V. Allergic and irritant contact dermatitis. In: Contact and occupational dermatology. 3rd edition. St. Louis: Mosby; 2002. p. 3 –15.
22. McCormick R, Buchman TL, Maki DG. Double-blind, randomized trial of schedules use of a novel barrier cream and an oilcontaining lotion for protecting the hands of health care workers. *Am J Infect Control* 2000; 28:302-10
23. Meza B, Dermatosis profesionales. *Dermatol Peru* 2006; 16(1):64-69
24. Perrenoud D, Gallezot D, van Melle G. The efficacy of a protective cream in a real-world apprentice hairdresser environment. *Contact Dermatitis* 2001;45:134-8
25. Prignano F ,Bonciolini V ,Bonciani D, *et al* . Exacerbation Of allergic contact dermatitis during immunosuppression with cyclosporine A. *G Ital Dermatol Venereol* 2010;145(4):543-6
26. Ruzicka T, Larsen FG, Galewicks D, *et al.* Oral alitretinoin (9-*cis*-Retinoic Acid) therapy for chronic hand dermatitis in patients refractory to standard therapy. Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arch Dermatol* 2004;140(12):1453-9
27. Schleimann-Willers S, Grieshaber R, Elsner P. Natural vegetable fats in the prevention of irritant contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2002;46:6-12
28. Shane C, Matthew J. Management of Occupational Dermatitis. *Dermatol Clin* 2009;27(3):365-83
29. Slodownik D, Lee A, Nixon R.Irritant contact dermatitis: a review. *Australas J Dermatol* 2008;49(1):1-9,quiz 10-1
30. Van der Valk PG, Devos SA, Coenraads PJ. Evidence-based diagnosis in patch testing.*Contact Dermatitis* 2003;48(3):121–125
31. Verma KK.Mahesh R, Srlvastava M Azathioprine versus betamethasone for the treatment of parthenium dermatitis: a randomized controlled study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74(5): 453-457
32. Wetter D, Davis MD, Yiannias JA, *et al.* Patch test results from the Mayo Clinic Contact Dermatitis Group, 1998-2000 .*J Am Acad Dermatol* 2005;53:416-21
33. Zhai H, Brachman F, Pelosi A, Anigbogu A, Ramos MB, Torralba MC, Maibach HI. A bioengineering study on the efficacy of a skin protectant lotion in prevention SLS-induced dermatitis. *Skin Res Technol* 2000;6:77-80
34. Zhai H, Schmidt R, Levin C, *et al.* Prevention and therapeutic effects of a model emulsion on glove-induced irritation and dry skin in man. *Occup Environ Med* 2002;50:134-8

8. 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 el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Se agradece a la Dra Carola Duran McKinster del Instituto Nacional de Pediatría por el apoyo para la realización de esta guía de práctica clínica.

Se agradece al Dr. Reynoso García García, Director de la UMF 161 y al Dr. Rubén Gabriel Salas Pesina, Jefe de departamento Clínico de la UMF 161 por el apoyo para la realización de esta guía de práctica clínica.

Se agradece al Dr. Fermín Jurado Santa Cruz Director del Centro Dermatológico “Dr Ladislao de la Pascua” al Dr. Daniel Alcalá Pérez Jefe de Enseñanza y a la Dra. Lourdes Alonso Jefe el Servicio de Dermatitis Reaccionaes del mismo centro por el apoyo incondicional que han brindado para la elaboración y validación de las GPC del área de dermatología

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Francisco García Gómez	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud / SSA

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo

Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Secretario del Consejo de Salubridad General	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2012-2013
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud en el Estado de Oaxaca	Titular 2012-2013
Dr. Jesús Fragoso Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	Titular 2012-2013
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cortés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente

Ing. Ernesto Dieck Assad

Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados

Asesor Permanente

Dr. Sigfrido Rangel Fraustro

Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

Asesor Permanente

Dra. Mercedes Macías Parra

Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría

Invitado

Dr. Esteban Hernández San Román

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC

Secretario Técnico