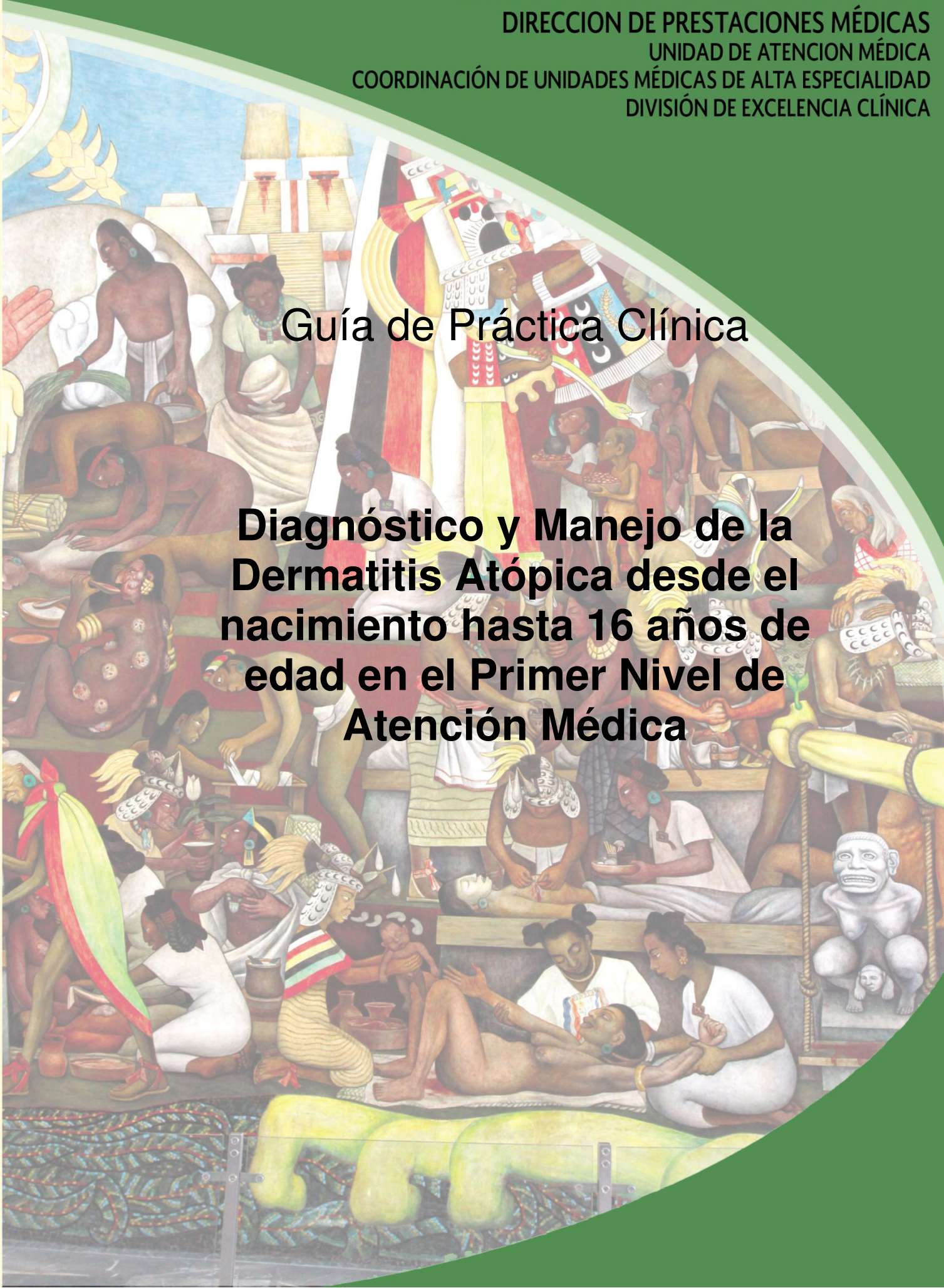


Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica desde el nacimiento hasta 16 años de edad en el Primer Nivel de Atención Médica





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL
MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS
DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
DR. FERNANDO JOSÉ SANDOVAL CASTELLANOS

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS
DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA
DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD
DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD
DR. JAVIER DAVILA TORRES

COORDINADORA DE EDUCACIÓN
DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ (ENCARGADA)

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ (ENCARGADO)

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD
LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS
DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO
DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS
DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División 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 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, declaran que no tienen conflicto de intereses 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 nivel, 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 formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el Primer Nivel de Atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.

Esta guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

ISBN: 978-607-7790-86-0

L20 Dermatitis atópica

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica desde el Nacimiento hasta los 16 años de Edad en el Primer Nivel de Atención Médica

Autores:			
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Médica Pediatra	IMSS	Coordinadora de Programas Médicos/ Coordinación de UMAE, División de Excelencia Clínica. México D.F.
Arámbula Márquez José Manuel	Médico Dermatólogo	IMSS	HGZ/MF 1 Tapachula
Carbajal García Claudia María	Médica Familiar	IMSS	HGZ/MF 1 Hidalgo
Carrillo Parra Rodolfo	Médico Familiar	IMSS	UMF 55 Fresnillo
Pacheco Calderón Sergio	Médico Familiar	IMSS	UMF 35 Culiacán
Rosas Domínguez María de los Angeles	Médica Familiar	IMSS	UMF 61 Veracruz
Validación Interna:			
Dra. De Santillana Hernández Sonia Patricia	Médica Familiar	IMSS	UMF 20
Dr. Velazquez González Edmundo	Médico Dermatólogo	IMSS	Hospital de Pediatría UMAE CMN SXXI
Validación Externa:			
Dr. Ocampo Domingo Antonio	Médico Pediatra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Dra. Hojyo Tomoka Maria Teresa	Médico Dermatólogo	Hospital Gea González	

Índice

1. Clasificación	6
2. Preguntas a responder por esta guía	7
3. Aspectos generales.....	8
3.1 Justificación	8
3.2 Objetivo de esta Guía	8
3.3 Definición	9
4. Evidencias y Recomendaciones.....	10
4.1 Diagnóstico	11
4.3.1 Diagnóstico Clínico.....	11
4.2 Tratamiento.....	15
4.2.1 Tratamiento Farmacológico.....	15
4.4.2 Tratamiento No Farmacológico	22
4.5 Criterios De Referencia y Contrarreferencia	24
4.5.1 Criterios Técnico Médicos De Referencia	24
4.6 Educación para la Salud y Seguimiento	25
Algoritmos	28
5. Definiciones Operativas	29
6. Anexos	31
6.1. Protocolo de búsqueda	31
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación	32
6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad.....	35
6.3 Medicamentos	39
7. Bibliografía	40
8. Agradecimientos.....	41
9. Comité académico.....	42

2. Preguntas a responder por esta guía

1. ¿Cuales son los factores de riesgo (atopias) en la población pediátrica asociados al desarrollo de Dermatitis Atópica (DA)?
2. ¿Cuáles son los signos y síntomas que el personal de salud debe buscar de manera dirigida para el diagnóstico de dermatitis atópica en los niños desde el nacimiento hasta los 16 años de edad?
3. ¿Cual es el manejo médico y no médico indicado en los pacientes pediátricos con DA en el primer nivel de atención?
4. ¿Cuáles son los signos de alarma en pacientes pediátricos con dermatitis atópica, que el médico y sus familiares deben reconocer para que con base en ello se tomen las mejores decisiones?
5. ¿Cuál es la información que deben recibir los familiares para que se sientan confortables y seguros con el manejo para pacientes pediátricos con dermatitis atópica?
6. ¿Cuales son los criterios médicos de referencia del primer nivel de atención a segundo nivel de atención al dermatólogo?

3. Aspectos generales

3.1 Justificación

La DA es motivo de consulta en el primer nivel de atención y en los servicios de urgencia; la mayor parte de la enfermedad se manifiesta desde la infancia. La historia natural de la enfermedad es hacia el control y limitación de las exarcebaciones; sin embargo, las presentaciones de moderada a grave conducen a infecciones recurrentes y deterioro en la calidad de vida.

Por esto último, se plantea que la estrategia central en los pacientes con DA, es diagnosticar oportunamente, tratar de manera sistemática y eficaz, evitando las complicaciones asociadas. Se busca reducir la morbilidad asociada a DA y su repercusión en la calidad de vida. La mayoría de los casos no requerirán del uso de corticoesteroides. De tal manera que esta guía de práctica clínica permitirá disminuir la variabilidad diagnóstica-terapéutica en la atención de los niños menores de 5 años de edad con DA.

La elaboración de una GPC se justificada por la prevalencia de la DA, la variabilidad en su detección, diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención en lactantes hasta la adolescencia.

El impacto en la calidad de vida se considera alto sobre todo en los sujetos que padecen síntomas moderados a graves. El impacto económico es importante por la cantidad de recursos en salud que se utilizan, no sólo en consultas y medicamentos sino también en días de incapacidad que se generan por la disminución de la productividad.

Basadas en la mejor información científica actual, las siguientes recomendaciones pretenden auxiliar a los clínicos de primer contacto en primer y segundo nivel de atención en el refinamiento de su conocimiento y selección de las opciones para evaluación y manejo de los pacientes con DA.

3.2 Objetivo de esta Guía

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis desde el Nacimiento hasta 16 Años de Edad en el Primer Nivel de Atención Médica 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 **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 20072-012**.

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 Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis desde el nacimiento hasta la edad de 16 años.

Esta guía no incluye niños con dermatitis seborreica infantil, dermatosis plantar juvenil, dermatitis irritante primaria, dermatitis por contacto y/o fotosensibilidad, considerar una excepción cuando estas condiciones ocurran asociada a dermatitis atópica. Los objetivos de esta guía son:

- Establecer las acciones para el diagnóstico, manejo farmacológico y no farmacológico en pacientes pediátricos con dermatitis atópica.
- Orientar al personal médico acerca de las medidas más eficaces en el tratamiento de los pacientes con DA de acuerdo a las manifestaciones de gravedad.
- Incrementar el uso de emolientes y evitar el uso rutinario de corticoesteroides y de antibióticos en niños con DA
- Fomentar el conocimiento y coparticipación de los padres en el manejo de los pacientes con DA.
- Promover las medidas preventivas y terapéuticas para las recaídas y/o exacerbaciones en DA.
- Reconocer los criterios para referir a un niño con DA a un segundo nivel de atención

Lo que 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.

3.3 Definición

Dermatitis atópica ó eccema atópico es una enfermedad de la piel caracterizada por manifestaciones de inflamación crónica: prurigo intenso, piel seca, eritema y exudado. Esta afecta predominantemente en las superficies de flexión: pliegues de codos o rodillas así como cara y cuello. La dermatitis atópica se asocia con otras enfermedades atópicas relacionadas a un fenotipo clínico: asma, rinitis alérgica y alergia alimentaria.

El término de atópico se refiere a la asociación con atopía: condición de hipersensibilidad a alérgenos comunes del medio ambiente y que puede ser hereditaria.

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 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 estos 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:

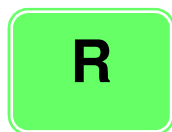
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



Evidencia



Recomendación







Buena práctica





4.1 Diagnóstico





4.3.1 Diagnóstico Clínico
(Ver Cuadro 1, 2 y 3)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="139 1297 315 1430" style="float: left; margin-right: 10px;"> </div> <p>El diagnóstico de Dermatitis Atópica (DA) es clínico y se sospecha ante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antecedentes de dermatitis ó dermatitis visible en áreas de flexión: rodillas y pliegues: curvatura de codos. Imágenes 1 y 2 • en lactantes de 18 meses ó <, dermatitis en mejillas y áreas extensoras. Imágenes 3, 4 y 5 • antecedentes personales de piel seca en los últimos 12 meses. • niños < de 4 años con antecedentes personales de asma ó rinitis y/ó historia de estas enfermedades en familiares de primer grado. • Si el inicio de signos y síntomas se presenta en niños > de los 2 años de edad, no utilizar el criterio de antecedentes personal de atopía como positivo en niños > de 4 años como positivo. 	<p style="text-align: center;">Ib NICE 2007</p>

<p style="text-align: center;">E</p>	<p>Se propone como criterio mayor: el prurito y la presencia de 3 ó mas de los 5 criterios menores (mencionados previamente), los cuales fueron validados en pacientes con DA.</p> <p>La sensibilidad y especificidad de cada una estos criterios se calculó considerando el diagnostico clínico como el estándar de oro, comparado vs. Un observador independiente. Se encontró que estos criterios diferencian los casos de DA de los controles. Cuadro 1.</p>	<p style="text-align: center;">Ib NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>El diagnóstico de DA en los lactantes de 18 meses de edad se sospecha</p> <ul style="list-style-type: none"> • prurito ó dermatitis en mejillas y en áreas extensoras. Cuadro 1 Imágenes 3, 4 y 5. 	<p style="text-align: center;">Ib NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>El prurito es el síntoma mayor de la DA.</p> <p>Suele ocurrir un circulo vicioso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el prurito provoca rascado y daño en la piel con aumento de la inflamación, favoreciendo mayor prurito. <p>El daño en la piel por rascado presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangrado • infección • adelgazamiento de la piel (liquenificación). 	<p style="text-align: center;">II NICE* 2004</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>Es relevante que en la evaluación clínica del niño con DA, se investigue e identifique los potenciales factores de recaída ó exacerbación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • irritantes, por ejemplo jabones detergentes (shampoo, jabón de burbujas, gel y jabones líquidos) • infecciones de la piel • contacto con alergenos • alimentos alergénicos • inhalación de alérgenos. 	<p style="text-align: center;">III, II NICE 2007 1- MeReC Bulletin 2003</p>

	<p>Se propone que la DA presenta un fuerte componente genético. Se ha determinado cambios en el gen de la proteína Filaggrin del estrato corneo de los niños portadores de DA.</p>	<p>2-, 1- NICE 2007</p>
	<p>En estudios realizados en niños, que existe una asociación entre la exacerbación de la DA y la introducción de huevo y leche de vaca, en comparación con la dieta a base de soya.</p>	<p>1- NICE 2007 I, II 2 Hanifin JM 2004</p>
	<p>Diversos estudios han demostrado que los alimentos potencialmente alergénicos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • leche de vaca • huevo • cacahuates <p>Existe controversia al no contar con diferencias clínicamente ni estadísticamente significativas, del beneficio de evitar el consumo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nueces • cacahuates • trigo • soya • mariscos • pescado. 	<p>1+, 1- NICE 2007</p>
	<p>No se ha encontrado evidencia de ser potencialmente alergénicos que favorezcan atopias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pescado • soya • marisco • trigo. 	<p>1+, 1- NICE 2007</p>


	<p>El clínico sospechará de DA en el niño con prurito con 3 ó mas de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eccema visible en sitios de flexión y pliegues: codos y rodillas. <p>En lactantes: dermatitis en mejillas y en áreas de extensión. Imágenes 1, 2, 3, 4 y 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales de piel seca en los últimos 12 meses. <p>Es relevante interrogar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edad de inicio de la sintomatología • antecedentes personales y familiares de atopia: asma ó rinitis. 	<p>IV NICE 2007</p>
	<p>Considerar al prurito el síntoma mayor de la DA. Identificar el daño en la piel secundario a rascado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangrado • infección • adelgazamiento de la piel (liquenificación). 	<p>II NICE* 2004</p>
	<p>Se sugiere al realizar diagnóstico clínico de DA ante presencia de piel seca, prurito, eccema, placas maculo papulares eritematosas, clasificar la enfermedad de acuerdo a su gravedad para evaluar manejo. Cuadro 2 y Cuadro 3. Imágenes 1, 2, 3, 4 y 5.</p>	<p>IV NICE 2007 ✓ Buena Práctica</p>
	<p>En todo niño con piel seca y prurito considerar los antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asma y rinitis alérgica en familiares de primer grado para la presentación de DA. 	<p>A NICE 2007</p>

	<p>No se cuenta con sustento para realizar en forma rutinaria pruebas genéticas para detectar anomalías en el gen de la proteína <i>Filaggrin</i> del estrato corneo en los niños con DA.</p>	<p>Buena práctica</p>
	<p>En la evaluación clínica del niño con DA identificar los factores de recaída ó exacerbación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jabones y detergentes • Infecciones de la piel • Contacto con alergenios • Alimentos alergénicos • Inhalación de alérgenos. 	<p>III, II NICE 2007</p>
	<p>Se recomienda iniciar la ablactación a partir de los 6 meses de edad. Postergar la introducción de leche de vaca, huevo y cacahuates después del año de edad. No existe suficiente evidencia que sustente que el pescado, soya, marisco y trigo sean alimentos potencialmente alergénicos.</p>	<p>A NICE 2007 I, II 2 Hanifin JM 2004 Buena práctica</p>
	<p>Tomar en cuenta que diversos estudios han demostrado que los alimentos potencialmente alergénicos son la leche de vaca, el huevo y los cacahuates con respecto al pescado, soya, marisco y trigo.</p>	<p>A, B NICE 2007</p>




4.2 Tratamiento






4.2.1 Tratamiento Farmacológico






(Ver Cuadro 3 y 4)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El profesional de la salud debe usar un abordaje paso por paso de acuerdo a las manifestaciones clínicas de la Dermatitis Atópica (DA). Cuadro 3.</p>	<p>2-,1- NICE 2007</p>








<p style="text-align: center;">E</p>	<p>El manejo de la dermatitis atópica se realiza primordialmente en el primer nivel de atención con los objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar los síntomas • Prevenir complicaciones como infecciones y recaídas <p>El manejo incluye el cuidado de la piel, tratamiento antiinflamatorio y la identificación de factores que exacerben la enfermedad.</p>	<p style="text-align: center;">1- NICE* 2004</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>Los emolientes actúan como una barrera protectora que impide la pérdida de agua, manteniendo la hidratación de la piel.</p>	<p style="text-align: center;">2-,1- NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>Los emolientes deben ser la base en el manejo de la dermatitis en niños sin importar las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Cuadro 4.</p>	<p style="text-align: center;">2-,1- NICE 2007 I Hanifin JM 2004</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>En algunos estudios se encontró reducción significativa en la calidad de vida cuando no se emplea emolientes como parte integral del tratamiento en la DA.</p>	<p style="text-align: center;">1- NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>Ensayos clínicos controlados reportaron mejoría clínica con significancia estadística en el tratamiento de la DA con corticoesteroides:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en relación a la concentración del corticoesteroide tópico utilizado • asociada a la duración del manejo: 4 semanas • intensidad de los síntomas. Cuadro 4. 	<p style="text-align: center;">1- NICE 2007 II 1, III Hanifin JM 2004</p>

	<p>Los corticoesteroides tópicos en la DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son el tratamiento de primera línea para las recaídas • Su uso inicial recomendado es por el de menor potencia, en forma intermitente para el control de las exacerbaciones • Corta duración de su uso para minimizar los posibles efectos adversos. 	<p>1+,1- NICE* 2004</p>
	<p>Los corticoesteroides tópicos se clasifican de acuerdo a su potencia. Esto se determina por la cantidad de vasoconstricción que produce y el grado de inhibición de la inflamación, a mayor potencia del corticoesteroide mayor supresión de la inflamación. Se acepta de acuerdo a la potencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Potente • Muy potente 	<p>1- NICE* 2004</p>
	<p>La indicación para la elección de la potencia de corticoesteroides tópico se basa en la gravedad de la DA y el sitio corporal afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potencia leve para DA leve • potencia moderada para DA moderada • corticoesteroide potente para DA grave • potencia leve para cara y cuello, para recaídas graves usar de potencia moderada con duración corta de 3-5 días • potencia moderada a potente por periodos cortos (7 a 14 días) para exacerbaciones en sitios vulnerables: axilas e ingles • no utilizar corticoesteroides potentes en < de 1 año. 	<p>2++, 2+ NICE* 2004</p>

	<p>No existe consistencia en relación a los días de uso de los corticoesteroides tópicos en las recaídas de la DA.</p> <p>Diversas guías coinciden en el manejo por periodos cortos de 3 hasta los 14 días, recomendando su uso exclusivamente en las exacerbaciones.</p>	<p>2+ NICE* 2004</p>
	<p>No se demostró que en el manejo del prurito en la DA, la loratadina contra placebo fuera superior. Sin embargo con discreto efecto con 2 semanas de administración y durante los episodios de exarcebación.</p> <p>*Evitar en escolares que acudan a la escuela.</p>	<p>1+,2+,2- NICE 2007</p>
	<p>Ensayos Clínicos Controlados (ECC) demostraron que la hidroxicina contra la ciproheptadina disminuye el prurito diurno y nocturno; con una diferencia estadísticamente significativa.</p> <p>*Tomar en cuenta su efecto secundario de sedación.</p>	<p>1+ NICE 2007</p>
	<p>Existe estudios que han demostrado la utilidad de los inmunomoduladores tópicos: tacrolimus y pimecrolimus en niños con DA.</p> <p>Se reconoce que su mecanismo de acción es disminuir la inflamación a través de la supresión de la respuesta de los linfocitos T, mecanismo diferente a los corticoesteroides tópicos.</p>	<p>1+ NICE 2004</p>
	<p>El tacrolimus y pimecrolimus tópicos no se recomienda para el tratamiento de DA leve ó como primera línea de la DA grave, ni en niños < de 2 años.</p> <p>*Su indicación y supervisión debe ser por un dermatólogo.</p>	<p>1+ NICE 2004</p>






	<p>Se reconoce que los niños con dermatitis atópica pueden desarrollar infección por <i>Staphylococcus aureus</i>. Sin embargo existe controversia entre la relación con las recaídas e infección por <i>Staphylococcus aureus</i>.</p>	<p>1+ NICE 2007 Buys LM 2007</p>
	<p>Se recomienda que el manejo de la dermatitis atópica se realice en el primer nivel de atención con los objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar los síntomas • Prevenir complicaciones como infecciones y recaídas <p>Considera en el manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidado de la piel • tratamiento antiinflamatorio • identificación de factores que exacerben la enfermedad 	<p>A, B NICE* 2004</p>
	<p>Los emolientes deben ser ofrecidos a los niños con DA para uso diario: aseo y lubricación. Elegir los no perfumados, para su uso en casa y fuera de ella. Cuadro 3.</p>	<p>2-, 1- NICE 2007 I Hanifin JM 2004</p>
	<p>La potencia de los corticoesteroides tópicos debe de ser evaluada y adaptada de acuerdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a la gravedad del cuadro clínico, el cual puede variar de acuerdo a la región corporal afectada. Cuadro 4. 	<p>B NICE 2007 II 1, III Hanifin JM 2004 ✓ Buena Práctica</p>
	<p>En nuestra institución se cuenta con el siguiente corticoesteroides tópicos de potencia leve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hidrocortisona tópica al 2.5%, una o dos veces al día de 5 a 7 días. <p>Evitar sobrepasar 2 semanas. El grupo de trabajo que adapto la GPC original considero por consenso su utilidad en el manejo de DA leve. *Por lo que sugiere evaluar respuesta terapéutica y en caso de falla enviar a segundo nivel con médico dermatólogo. Cuadro 4.</p>	<p>Buena práctica</p>








<p style="text-align: center;">R</p>	<p>Considerar en el manejo de primer nivel de atención de la DA leve con exarcebación del cuadro clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 a 3 eventos al mes, con repercusión negativa en la calidad del sueño • presencia de eccema; <p>Continuar con emolientes e iniciar hidrocortisona tópica al 2.5%, una a 2 veces al día, por 7 a 14 días, sin sobrepasar 2 semanas. Cuadro 4.</p>	<p style="text-align: center;">B NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">R</p>	<p>Indicar corticoesteroide de moderada potencia para manifestaciones de DA moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fluocinolona tópica 2 veces por día por 7 días. <p>*Evitar sobrepasar 2 semanas.</p>	<p style="text-align: center;">B, C NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">R</p>	<p>Usar corticoesteroides tópicos de leve potencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cara y el cuello, por periodos cortos de 3-5 días. <p>*Indicar corticoesteroides tópicos de potencia moderada para recaídas graves, bajo la supervisión del dermatólogo.</p>	<p style="text-align: center;">B, C, D NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">R</p>	<p>Uso de corticoesteroides tópicos potentes por periodos cortos (de 7 días máximo 14 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> • recaídas, en regiones vulnerables como axila e ingle. • En nuestra institución no se encuentran disponibles en las unidades de primer nivel de atención. 	<p style="text-align: center;">B, C NICE 2007</p>
<p style="text-align: center;">R</p>	<p>Los niños con dermatitis grave, derivar a dermatólogo pediatra. Informar a los familiares sobre los datos de alarma. *Se sugiere NO USAR corticoesteroides tópicos de alta POTENCIA EN NIÑOS SIN EL CONSEJO DE UN DERMATOLOGO.</p>	<p style="text-align: center;">B, C, D NICE 2007</p>

	<p>Contraindicaciones para los corticoesteroides tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • infección viral: herpes simple • infección bacteriana. 	<p>A,B NICE 2007</p>
	<p>No indicar en forma rutinaria los antihistamínicos no sedantes. Solo indicar con manifestaciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DA grave • prurito intenso ó urticaria con envió al dermatólogo. 	<p>B, C NICE 2007</p>
	<p>En caso de prurito intenso en edad escolar sin alteraciones en el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • loratadina VO 5mg por día en < de 30kg • loratadina VO 10mg en > de 30k. Cuadro 4. 	<p>2- NICE 2007</p>
	<p>Los antihistamínicos sedantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se indican cuando existe prurito intenso y trastornos en el sueño • clorfenihidramina VO 1mg en niños de 1 a 5 años y 2mg en niños de 6 a 12años por 2 semanas durante las exacerbaciones. <p>*Evitar su uso e en menores de 2 años. Cuadro 4.</p>	<p>4 NICE 2007 ✓ Consenso del grupo que elaboró la presente guía</p>
	<p>En el cuadro básico no esta incluida la hidroxicina</p>	<p>✓ Consenso del grupo que elaboró la presente guía</p>
	<p>Se recomienda reservar el uso de los antibióticos para el tratamiento de infección aguda en lesiones en piel asociadas a la DA.</p>	<p>A NICE 2007 Buys LM 2007</p>
	<p>El tacrolimus y pimecrolimus tópicos no se recomienda para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DA leve • primera línea de la DA grave, • ni en niños < de 2 años. 	<p>A NICE 2004</p>

	*Su indicación y supervisión debe ser por un dermatólogo.	
--	---	--


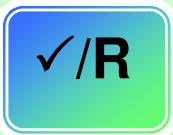

4.4.2 Tratamiento No Farmacológico

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>Es relevante en la evaluación clínica del niño con DA, se investigue e identifique los potenciales factores de recaída ó exacerbación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • irritantes, por ejemplo jabones detergentes (shampoo, burbujas de jabón, gel y jabones líquidos) • infecciones de la piel • contacto con alérgenos • alimentos alérgicos • inhalación de alérgenos. 	<p>III, II NICE 2007 1- MeReC Bulletin 2003</p>
	<p>Ensayos clínicos controlados no han demostrado beneficios clínicos en las manifestaciones de la DA o en el nivel de Ig E con el cambio de la leche maternizada a fórmula de hidrolizados.</p>	<p>1- NICE 2007</p>
	<p>En estudios de serie de casos no se ha identificado mejoría clínica a consecuencia del cambio o retiro de la leche de vaca y el huevo. No existe suficiente evidencia científica en relación a la supresión de éstos alimentos y la mejoría clínica de la DA.</p>	<p>1+, 3 NICE 2007</p>
	<p>Se propone en estudios realizados en niños, que existe una asociación entre la exacerbación de la DA y la introducción de huevo y leche de vaca, en comparación con la dieta a base de soya.</p>	<p>1- NICE 2007</p>
	<p>No se encontró diferencias significativas entre las recaídas y manifestaciones clínicas de la DA y la terapia de hipo sensibilización para polvo y ácaros.</p>	<p>1- NICE 2007</p>


	<p>Dos estudios publicados no encontraron diferencia con la suplementación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lactobacillus bifidus • Bifidobacterium proponilcateriurium • lactobacillus rhazomis. 	<p>1- NICE 2007</p>
	<p>En la evaluación clínica del niño con DA identificar los factores de recaída ó exacerbación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jabones y detergentes • Infecciones de la piel • Contacto con alergenos • Alimentos alergénicos • Inhalación de alérgenos. 	<p>III, II NICE 2007 1- MeReC Bulletin 2003</p>
	<p>Sin evidencia científica que demuestre mejoría clínica a consecuencia de la modificación de la dieta: cambio o retiro de la leche de vaca y el huevo. Esto deberá evaluarse particularmente en los niños con atopias y antecedentes de estas.</p>	<p>IV NICE 2007 ✓ Buena Práctica</p>
	<p>Tomar en cuenta que diversos estudios han demostrado que los alimentos potencialmente alergénicos son la leche de vaca, el huevo y los cacahuates con respecto al pescado, soya, marisco y trigo.</p>	<p>A NICE 2007</p>
	<p>No es necesario evitar el consumo de nueces, cacahuates, trigo, soya, mariscos y pescado en la DA, si no existe una relación efecto-causa corroborada.</p>	<p>C NICE 2007</p>
	<p>No se recomienda como medidas terapéuticas en la DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evitar los alérgenos inhalados • terapia de hiposensibilización. 	<p>3 NICE 2007</p>
	<p>No se ha demostrado utilidad de los probióticos en la dieta de los niños con DA.</p>	<p>1- NICE 2007</p>

4.5 Criterios De Referencia y Contrarreferencia





4.5.1 Criterios Técnico Médicos De Referencia

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	<p>Los niños con dermatitis atopica grave, derivar a dermatólogo pediatra. *Se sugiere NO USAR corticoesteroides tópicos de alta POTENCIA EN NIÑOS SIN EL CONSEJO DE UN DERMATOLOGO.</p>	<p>B, C, D NICE 2007</p>
	<p>Indicaciones de referencia de primer nivel de atención al servicio de dermatología de segundo nivel de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico incierto • Falla en el tratamiento, falta de control: con recaídas de 1 a 2 por semana y reacciones adversas a los emolientes. • Falta de respuesta de la DA localizada en cara. • Diagnóstico diferencial con dermatitis alérgica por contacto • Problemas psicológicos, sociales y escolares, para el núcleo familiar acentuados por la DA. • DA asociada a infecciones graves ó recurrentes, especialmente abscesos profundos y neumonías. 	<p>✓ Buena Práctica</p>
	<p>Al evaluar la repercusión en la calidad de vida en el niño con DA y su familia, decidir si el impacto de la DA requiere envío a segundo nivel para su manejo. Los profesionales de la salud deben conocer que todas las categorías de la DA, pueden tener un impacto psicológico negativo con deterioro en la calidad de vida.</p>	<p>4 NICE 2007 ✓ Buena Práctica</p>
	<p>El profesional de la salud debe</p>	





	informar a los niños con DA y sus padres del curso clínico de la enfermedad: que la condición mejora a menudo con tiempo, pero que no todos los niños crecerán sin la enfermedad y que puede empeorar durante la adolescencia o vida adulta.	✓ Buena Práctica
	El profesional de la salud debe adoptar una visión integral en la evaluación del niño con DA: <ul style="list-style-type: none"> • actividades diarias • sueño • repercusión psicosocial. 	✓ Buena Práctica

4.6 Educación para la Salud y Seguimiento

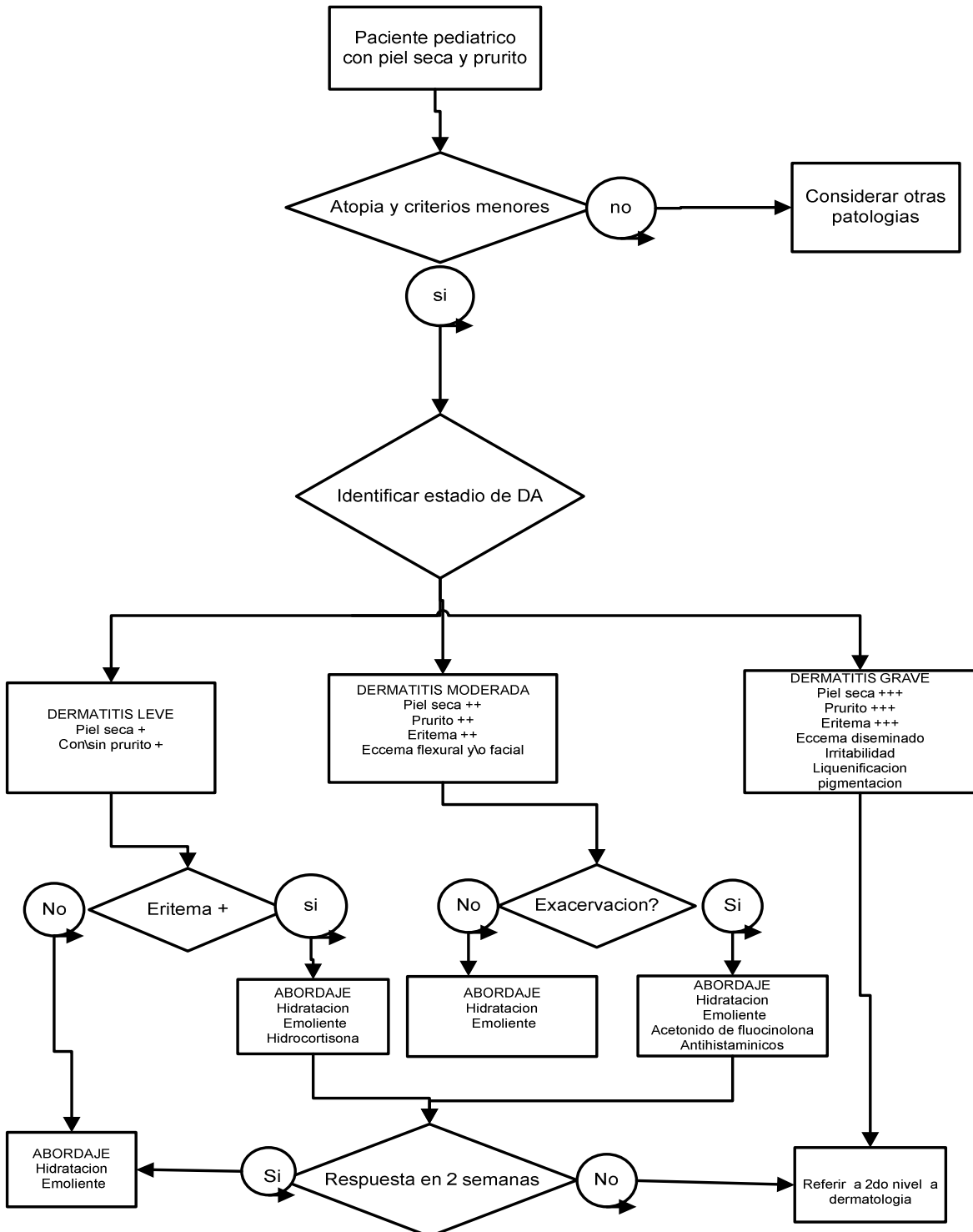
Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	Existe poca evidencia científica que establezca una asociación entre la presencia ó exacerbación de la DA y el material de la ropa del paciente.	III NICE 2007
	En algunos estudios se sugiere la conveniencia de retirar alimentos identificados como alergénicos en forma individual.	III NICE 2007
	Identificar y manejar los factores emocionales que ocasionen estrés, que pudieran desencadenar exacerbaciones de la DA en niños.	III NICE 2007
	Se recomienda que el profesional de la salud: <ul style="list-style-type: none"> • eduque a los niños, los padres y los cuidadores acerca de la dermatitis atópica y su manejo. 	✓ Buena Práctica

✓/R	Se recomienda ropa de algodón y evitar la ropa de lana.	C NICE 2007 ✓ Buena Práctica
✓/R	No existe evidencia contundente sobre este punto, sin embargo por consenso se consideró conveniente evitar alimentos identificados como alergénicos. Identificar antecedentes o historia de ingesta de alimentos relacionados con exacerbación de la DA.	✓ Buena Práctica
✓/R	No existe evidencia científica que establezca una asociación fuerte entre los factores emocionales y la actividad de la DA. Por consenso se sugiere recomendar a la familia que identifique estas situaciones y de ser necesario derivar a la unidad que le corresponda que cuente con servicio de psicología.	✓ Buena Práctica
✓/R	Los profesionales de la salud deben informar a los niños con DA y sus padres: <ul style="list-style-type: none"> • asociación con asma y/o rinitis alérgica. • posibilidad de desarrollar alergia alimentaria particularmente en lactantes. 	✓ Buena Práctica
✓/R	Los padres y los cuidadores deben recibir información para el reconocimiento de los signos y síntomas de las infecciones bacterianas en piel.	✓ Buena Práctica
✓/R	El profesional de la salud debe informar a los niños con DA y sus padres del curso clínico de la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • evolución que tiende a mejorar con el tiempo, sin embargo pueden presentar recidivas y empeorar durante la 	✓ Buena Práctica

	adolescencia o vida del adulto.	
	Los profesionales de la salud deben conocer que todas las categorías de la DA, pueden tener un impacto psicológico negativo con deterioro en la calidad de vida.	<p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">Buena Práctica</p>
	El profesional de la salud debe adoptar una visión integral en la evaluación del niño con DA, tomar en cuenta las actividades diarias, el sueño y estado psicosocial.	<p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">Buena Práctica</p>

Algoritmos

Dermatitis Atopica en el paciente pediátrico



5. Definiciones Operativas

Ablactación a la incorporación de alimentos diferentes a la leche.

Alergeno es una mezcla compleja de proteínas capaces de provocar una reacción de hipersensibilidad inmediata (alergia) por medio de la inhalación, ingestión o respuesta al contacto con la piel

Alergia a los alimentos una reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos específicos en respuesta a un alergeno de los alimentos. Una respuesta inmune adversa a las proteínas de comida.

Atopia predisposición personal o familiar a sensibilizarse y producir anticuerpos IgE. Como una consecuencia éstos, las personas pueden desarrollar síntomas de DA, asma y/o rinitis alérgico ó rinoconjuntivitis

Contrarreferencia decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutoria para continuar su atención médica, después de haber sido atendido de un daño específico a la salud y que se realiza con base a criterios técnico-médicos y administrativos.

Eccema termino médico proveniente del griego que significa “hervir” el cual se puede definir como **Exudación**, Exudar fluido (suero) hacia la superficie de la piel, ocurre cuando la piel cursa con un proceso de inflamación o con un daño estructural, normalmente con prurito (fricción) y costras.

Edema aumento de volumen superficial debida a la colección de fluidos en los tejidos blandos.

Educación para la salud al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambio de actitudes, con el propósito de inducir comportamiento ó conductas para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Emoliente agente tópico que actúa como una hidratante para aliviar y ablandar la piel.

Estrategia al método para resolver o controlar un problema.

Flexión Relacionada a una curvatura en una parte del cuerpo u órgano.

Grupo de edad al conjunto de individuos que se caracteriza por pertenecer al mismo rango de edad. Se establecen por diversos estándares estadísticos y su clasificación permite señalar características especiales para el mismo. También se le llama grupo etáreo.

Hipersensibilidad una reacción anormal de sensibilidad a la presencia de un antígeno particular.

Impetiginización: Infección de la piel ó región muco-cutánea ó de alguna lesión cutánea con organismos bacterianos, particularmente *Staphylococcus aureus* en algunas ocasiones por especies estreptocócicas. Se manifiestan con costras amarillentas, pápulas y vesículas superficiales.

Irritante Cualquier material que causa reacción de un tejido. Un proceso irritante no es causa de una respuesta inmune en contraste con una respuesta alérgica.

Lactancia materna exclusiva a la alimentación de los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros cuatro meses de vida.

Prevención secundaria se define como las acciones dirigidas a la prevención de complicaciones asociadas a una población de pacientes con una enfermedad específica

Primer nivel de atención: aquel cuidado de salud primario que se otorga a los pacientes fuera de los hospitales. El cuidado primario de los individuos se otorga por los servicios proporcionados por médicos familiares, enfermeras y otros profesionales del área.

Prurito comezón rascado intenso

Referencia: decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutoria para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

Reinfección: una infección que se presenta durante el curso de otra infección y es causada por un microorganismo diferente.

Segundo nivel de atención médica el cuidado provisto a nivel hospitalario

Sensibilización Atópica una predisposición genética a sensibilizarse y producir anticuerpos de IgE en respuesta a alérgenos que normalmente ocurren en el ambiente. Elevado nivel de anticuerpo de IgE específico a comida o los alérgenos medioambientales puede descubrirse en estos individuos.

Unidad de contrarreferencia: unidad de atención médica de menor complejidad a la cual se envía un paciente para continuar su tratamiento en forma integral, de acuerdo a su condición clínica y necesidades de cuidados de su salud.

Unidad de referencia: unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutoria, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

6. Anexos

6.1. Protocolo de búsqueda

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre el Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis desde el Nacimiento hasta 16 años de Edad en el Primer Nivel de Atención Médica.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre el Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis desde el Nacimiento hasta 16 años de Edad en el Primer Nivel de Atención Médica en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Atopic eczema in children, management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. National Institute for clinical Excellence. (NICE) 2007
2. Atopic eczema in primary care. MeReC Bulletin 2003.
3. Hanifin JM, Chair Work group, Cooper KD, Ho VC, Kang S, Krafchik, et al. Guidelines of care for atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2004;50:391-404.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: atopic, eczema, children, management, diagnosis, guidelines.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo √ y recibieron la

consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de 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 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 et al, 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 et al, 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.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Cuadro I. 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.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

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

Modelo Del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Sign)

	Niveles de evidencia científica
1++	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de recomendación	
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 compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
	Consenso del equipo redactor.

Buena práctica clínica

✓ 1	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
-----	--

Una de las limitaciones que presenta el sistema SIGN es la evaluación de la calidad de los estudios sobre preguntas de diagnóstico. NICE introdujo una adaptación del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para los estudios de pruebas diagnósticas.

Niveles de evidencia científica	
Ia	Revisiones sistemáticas (con resultados homogéneos) de estudios de nivel 1
Ib	Estudios nivel 1
II	Estudios nivel 2, revisiones sistemáticas de estudios nivel 2
III	Estudios nivel 3, revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3
IV	Opinión de expertos y Consenso

Escala para clasificar el nivel de evidencia utilizado por Guidelines/Outcomes Task Force. Guidelines of care for atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2004; 50:391-404

Niveles de evidencia científica	
I	Ensayos clínicos controlados con buen diseño metodológico
II-1	Ensayos clínicos controlados con buen diseño metodológico sin aleatorización
II-2	Estudios analíticos caso control ó cohortes con buen diseño, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación
II-3	Estudios transversales con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados
III	Experiencia clínica, estudios descriptivos, opinión de expertos.

6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad

Cuadro I. Criterios para el diagnóstico de la dermatitis atópica.

La dermatitis atópica debe ser diagnosticada cuando el niño presenta piel seca con prurito, más 3 de los siguientes criterios
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis en áreas de flexión, que involucra área de flexión de codos y parte posterior de las rodillas. • Dermatitis visible en mejillas ó en áreas extensoras en niños hasta 18 meses ó menores • Historia personal de dermatitis en áreas de flexión: dermatitis en mejillas ó en áreas extensoras en niños hasta 18 meses ó menores • Historia personal de piel seca durante los últimos 12 meses • Historia personal de asma ó rinitis alérgica ó historia de enfermedad atópica en familiares de primer grado en niños menores de 4 años • Inicio de signos y síntomas en niños menores de 2 años (este criterio no debe ser utilizado en niños menores de 4 años)

Cuadro II. Clasificación de la dermatitis atópica

Estadio	Manifestaciones clínicas en la piel
Limpia	Piel normal, sin evidencia de dermatitis activa
Leve	Áreas de piel seca, prurito infrecuente (con o sin áreas pequeñas de enrojecimiento)
Moderada	Áreas de piel seca, prurito frecuente con enrojecimiento con o sin escoriación y localizada en piel engrosada
Grave	Áreas extensas de piel seca, prurito incesante con enrojecimiento (eritema) con o sin escoriación y extensa en piel engrosada, sangrado, eccema, fisuras y alteración de la pigmentación

Cuadro IV. Opciones de tratamiento

Dermatitis leve	Dermatitis moderada	Dermatitis grave
Emolientes	Emolientes	Emolientes
Corticoesteroides tópicos de acción leve	Corticoesteroides tópicos de acción moderada	Corticoesteroides tópicos de acción potente
	Inhibidores tópicos del calcio	Inhibidores tópicos del calcio

Imágenes



Imagen 1
Dermatitis en sitio de flexión cubital definida por placa papulo eritematosa con huellas de rascado: liquenificación y xerosis en un escolar.



Imagen 2
Dermatitis en sitio de flexión poplítea definida por placa papulo eritematosa con huellas de rascado en un preescolar.



Imágenes 3 y 4
Dermatitis aguda en mejillas definida por placas maculo papulares eritematosas, características en el lactante.



Imagen 5

Dermatitis en lactante localizada en hueco poplíteo (en sitio de flexión) definida por eccema y placa papular eritematosa, esta localización es poco frecuente en la etapa del lactante.

6.3 Medicamentos

Cuadro II. Medicamentos indicados en el tratamiento de diagnóstico y manejo de la dermatitis desde el nacimiento hasta 16 años de edad en el primer nivel de atención médica.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2144	Loratadina	< de 30kg 5mg VO cada 24 horas. > de 30kg 10mg VO cada 24 horas	Loratadina 10 mg tabletas o grageas.	entre 7 a 14 días	Cefalea, nerviosismo, resequedad de la mucosa, náusea, vómito, retención urinaria	ketoconazol, eritromicina o cimetidina incrementa sus concentraciones plasmáticas.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia hepática.
2145	Loratadina	5mg VO cada 24 horas.en menores de 30kg y 10mg cada 24 horas.en mayores de 30kg	JARABE Cada 100 ml contienen: Loratadina 100 mg Envase con 60 ml y dosificador.	entre 7 a 14 días	Cefalea, nerviosismo, resequedad de la mucosa, náusea, vómito, retención urinaria	ketoconazol, eritromicina o cimetidina incrementa sus concentraciones plasmáticas.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia hepática.
0813	Hidrocortisona al 2.5%	de 1 a 2 veces al día/ tópica	crema CREMA Cada g contiene: 17 Butirato de hidrocortisona 1 mg Envase con 15 g.	entre 7 a 10 días	Ardor prurito, irritación, atrofia cutánea.	Con otros corticoesteroides aumentan los efectos adversos	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Infecciones cutáneas. Eczema.
0811. Cutánea.	Acetónido de fluocinolona 0.1 mg Fluocinolona	1 a 2 veces por día	Crema	entre 7 a 10 días	Ardor, prurito, irritación, resequedad, hipopigmentación, atrofia cutánea, dermatitis rosaceiforme, hipertriosis.	Ninguna de importancia clínica.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis cutánea, piodermatitis, herpes simple, micosis superficiales, varicela.

7. Bibliografía

Buys LM. Treatment options for atopic dermatitis. American family physician 2007;75:523-8

Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:24202-425

Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996; 107:377-382.

Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 20962-097

Hanifin JM, Chair Work group, Cooper KD, Ho VC, Kang S, Krafchik, et al. Guidelines of care for atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2004;50:391-404.

Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]
Disponibile en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743

Nacional Institute for Clinical Excellence(NICE).Tacrolimus and Pimecrolimus for atopic eczema. NICE 2004

Nacional Institute for Clinical Excellence(NICE).Frecuency of application of topical corticosteroids for atopic eczema. NICE 2004*

Nacional Institute for Clinical Excellence(NICE) Atopic eczema in children, management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. NICE 2007

National Prescribing Centre (NHS). Atopic eczema in primary care. MeReC Bulletin 2003; 14(1):1-4

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996; 312:71-72.

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

8. Agradecimientos

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Francisco García	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social Secretaría
Srita. María del Carmen Villalobos González	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Analista Coordinador Comisionado UMAE HE CMNR

9. Comité académico

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

Dr. Mario Madrazo Navarro	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
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. María del Rocío Rábago Rodríguez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador