

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Práctica Clínica

**SEDENA**

**SEMAR**

Diagnóstico y manejo de la Dermatitis Atópica (da) desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el primer nivel de Atención

## Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-033-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450 piso 13 Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://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 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 variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las 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 Manejo de la Dermatitis Atópica, México: Secretaria de Salud; año de autorización para publicación

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

**ISBN en trámite**

## L20 Dermatitis atópica

### Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica (DA) desde el Nacimiento hasta los 16 años de edad en el primer nivel de atención.

#### **Autores :**

Arámbula Márquez José Manuel	Médico Dermatólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social /HGZ-MF 1	Tapachula/Medico de base
Carbajal García Claudia María	Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social /HGZ-MF 1	Hidalgo/Medico de base
Carrillo Parra Rodolfo	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social /UMF 55	Fresnillo/Medico de base
Pacheco Calderón Sergio	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social /UMF 35	Culiacán/Medico de base
Rosas Domínguez María de los Ángeles	Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social /UMF 61	Veracruz/Medico de base
Sandoval Mex Aidé María	Médica Pediatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE/Coordinador Médico de Programas

#### **Validación :**

De Santillana Hernández Sonia Patricia	Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social /UMF 20	México Norte/Medico de base
Velazquez González Edmundo	Médico Dermatólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social /Hospital de Pediatría UMAE CMN SXXI	México Sur/ Medico de base
Ocampo Domingo Antonio	Médico Pediatra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	

## ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	7
3. Aspectos Generales.....	8
3.1 Introducción.....	8
3.2 Objetivo de esta Guía.....	10
3.3 Definición.....	11
4. Evidencias y Recomendaciones.....	12
4.1 Identificación de factores de riesgo y diagnóstico.....	13
4.1.1 Diagnóstico clínico (Cuadro 1 y 2).....	13
4.2 Tratamiento.....	17
4.2.1 Manejo farmacológico de la Dermatitis atópica (Cuadro 3 y 4).....	17
4.2.2 Manejo no farmacológico de la Dermatitis atópica.....	23
4.3 Educación Para la salud.....	24
4.4. Criterios de referencia.....	26
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
7. Bibliografía.....	37
8. Agradecimientos.....	38
9. Comité Académico.....	39
10. Directorio.....	40
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	41

## 1. CLASIFICACIÓN

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-033-08	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD que participa en la atención (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Médicos familiares, médicos pediatras, médico dermatólogo,
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	L20 Dermatitis atópica
<b>CATEGORÍA DE GPC (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Diagnóstico y Tratamiento
<b>USUARIOS POTENCIALES (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Médico familiar, Médico general, Médico pediatra, Médico dermatólogo
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegaciones participantes: Chiapas, Hidalgo, Zacatecas, Sinaloa, Veracruz, México Norte y México Sur.
<b>POBLACIÓN BLANCO (Consultar anexo IX Metodología)</b>	Niños de cualquier sexo desde el nacimiento hasta los 16 años de edad.
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Diagnóstico clínico Tratamiento de acuerdo a la gravedad de la enfermedad
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Diagnóstico y tratamiento oportuno Referencia efectiva Satisfacción con la atención y Mejora de la calidad de vida
<b>METODOLOGÍA</b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 2 Guías seleccionadas: 3 del período 20002-008 Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *

<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación: Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Los autores y colaboradores manifiestan la ausencia de cualquier tipo de conflicto de interés para el desarrollo de la presente guía de práctica clínica.
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-033-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- ¿Cuales son los factores de riesgo (atopias) en la población pediátrica asociados al desarrollo de Dermatitis Atópica (DA)?
- ¿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?
- ¿Cual es el manejo médico y no médico indicado en los pacientes pediátricos con DA en el primer nivel de atención?
- ¿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?
- ¿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?
- ¿Cuales son los criterios médicos de referencia del primer nivel de atención a segundo nivel de atención al dermatólogo

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 INTRODUCCIÓN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática sobre la atención, el diagnóstico y el tratamiento, apropiado de determinadas enfermedades y condiciones de salud en la población. Entre sus objetivos más importantes, contribuye a mejorar la calidad de la atención, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, fomentar el uso eficiente de los recursos, servir como instrumento de educación continua para el profesional de la salud y orientar al clínico en la toma de decisiones, sustentadas en la mejor evidencia científica disponible, ante un paciente en circunstancias clínicas específicas, que garanticen una atención médica integral, homogénea, con calidad, equidad y eficiencia.

La dermatitis atópica ó eccema es una condición clínica crónica inflamatoria de la piel la cual se desarrolla en etapas tempranas de la infancia.

La enfermedad típica se caracteriza por episodios de exacerbación, las recaídas ocurren de dos a tres veces por mes alternando con periodos de remisión; excepto para los casos graves donde puede permanecer en una forma continua.

La dermatitis atópica posee componentes genéticos que permiten la ruptura de la barrera natural de la piel. Esto hace a la piel susceptible a diversos factores desencadenantes: incluyendo irritantes y alérgenos, favoreciendo que el eccema empeore.

Muchos de los casos de la DA mejora durante la infancia, sin embargo otra persiste hasta la edad adulta. Algunos niños con dermatitis atópica podrían desarrollar asma y/ó rinitis alérgica, reconociendo como fondo factor asociado condiciones de atopia.

La dermatitis atópica es una entidad no diagnosticada correctamente ni reconocida, por el médico como una condición grave, esto puede tener un impacto negativo en su tratamiento y la calidad de vida de los niños y padres.

La Dermatitis Atópica (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 cinco años de edad con DA.

La elaboración de esta 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.

#### Propósito

El propósito de esta GPC es proporcionar una herramienta al clínico para estandarizar el diagnóstico y tratamiento de la DA en el primer nivel de atención, 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/ó fotosensibilidad. Se considera una excepción cuando estas condiciones ocurren asociadas a dermatitis atópica.

### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica (DA) desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el primer nivel de atención”** 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 Atópica (DA) desde el nacimiento hasta 16 años de edad en el primer nivel**

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.

- 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/ó exacerbaciones en DA.
- Reconocer los criterios para referir a un niño con DA a un segundo nivel de atención

### 3.3 DEFINICIÓN

**Dermatitis atópica ó eccema atópica** 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 atopia: condición de hipersensibilidad a alergenios 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 6.1.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía :



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

## 4.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y DIAGNÓSTICO

### 4.1.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO (CUADRO 1 Y 2)

#### Evidencia / Recomendación



El diagnóstico de Dermatitis Atópica (DA) es clínico y se sospecha ante:

- antecedentes de dermatitis ó dermatitis visible en áreas de flexión: rodillas y pliegues: curvatura de codos
- en lactantes de 18 meses ó < dermatitis en mejillas y áreas extensoras
- 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 atopia como positivo en niños > de 4 años.

#### Nivel / Grado

Ib  
NICE 2007

E

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.

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.

Ib  
NICE 2007

E

El diagnóstico de dermatitis en los lactantes hasta 18 meses de edad se sospecha

- prurito ó dermatitis en mejillas y en áreas extensoras. Cuadro 1

Ib  
NICE 2007

E

El prurito es el síntoma mayor de la DA.

Suele ocurrir un circulo vicioso:

- el prurito provoca rascado y daño en la piel con aumento de la inflamación, favoreciendo mayor prurito.
- El daño en la piel por rascado puede presentar: sangrado, infección y adelgazamiento de la piel (liquenificación)

II  
NICE\* 2004

E

Es relevante que en la evaluación clínica del niño con DA, se investigue e identifique los potenciales factores de recaída ó exacerbación:

- irritantes, por ejemplo jabones detergentes (shampoo, jabón de burbujas, gel y jabones líquidos)
- infecciones de la piel
- contacto con alergenos
- alimentos alergénicos
- inhalación de alergenos

III, II  
NICE 2007  
1-  
MeReC Bulletin 2003

E

Se propone que la DA presenta un componente genético. Se ha determinado cambios en el gen de la proteína Filaggrin del estrato corneo de los niños portadores de DA.

2-, 1-  
NICE 2007

E

En estudios realizados en niños, se refiere 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

1-  
NICE 2007  
I, II-2  
Hanifin JM 2004

E

Diversos estudios han demostrado que los alimentos potencialmente alergénicos son:

- leche de vaca
- huevo
- cacahuates

Existe controversia al no contar con diferencias clínicas ni estadísticamente significativas, del beneficio de evitar el consumo de:

- nueces
- cacahuates
- trigo
- soya
- mariscos
- pescado.

1+, 1-  
NICE 2007

R

El clínico sospechará de DA en el niño con prurito con 3 ó mas de las siguientes condiciones:

- eccema visible en sitios de flexión y pliegues: codos y rodillas.
- En lactantes: dermatitis en mejillas y en áreas de extensión.
- Antecedentes personales de piel seca en los últimos 12 meses.

Es relevante interrogar sobre:

- edad de inicio de la sintomatología
- antecedentes personales y familiares de atopia: asma ó rinitis.

IV  
NICE 2007

R

Considerar al prurito el síntoma mayor de la DA.

Identificar el daño en la piel secundario a rascado:

- sangrado
- infección
- adelgazamiento de la piel (liquenificación)

II  
NICE\* 2004

R

Se sugiere al realizar diagnóstico clínico de DA, clasificar la enfermedad de acuerdo a su gravedad para evaluar manejo. Cuadro 2 y Cuadro 3.

IV  
NICE 2007



Consenso del grupo que elaboró la presente guía

R

En todo niño con piel seca y prurito considerar los antecedentes:

- asma y rinitis alérgica en familiares de primer grado para la presentación de DA.

A  
NICE 2007

✓/R

No se cuenta con sustento para realizar en forma rutinaria pruebas genéticas para detectar anomalías en el gen de la proteína Filaggrin del estrato corneo en los niños con DA

✓  
Buena práctica

R

En la evaluación clínica del niño con DA identificar los factores de recaída ó exacerbación:

- Jabones y detergentes
- Infecciones de la piel
- Contacto con alergenios
- Alimentos alergénicos
- Inhalación de alergenios

III, II  
NICE 2007

R

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.

A  
NICE 2007  
I, II-2  
Hanifin JM 2004  
✓

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

R

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.

A, B  
NICE 2007

## 4.2 TRATAMIENTO

### 4.2.1 MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA (CUADRO 3 Y 4)

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**E**

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.

2-,1-  
NICE 2007

**E**

El manejo de la dermatitis atópica se realiza primordialmente en el primer nivel de atención con los objetivos:

- Aliviar los síntomas
- Prevenir complicaciones como infecciones y recaídas

1-  
NICE\* 2004

El manejo incluye el cuidado de la piel, tratamiento antiinflamatorio y la identificación de factores que exacerben la enfermedad

**E**

Los emolientes actúan como una barrera protectora que impide la pérdida de agua, manteniendo la hidratación de la piel.

2-,1-  
NICE 2007

**E**

Los emolientes deben ser la base en el manejo de la dermatitis en niños sin importar las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Cuadro 4.

2-,1-  
NICE 2007  
I  
Hanifin JM 2004

**E**

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

1-  
NICE 2007

E

Ensayos clínicos controlados reportaron mejoría clínica con significancia estadística en el tratamiento de la DA con corticoesteroides:

- en relación a la concentración del corticoesteroide tópico utilizado
- asociada a la duración del manejo por 4 semanas
- intensidad de los síntomas. Cuadro 4.

1-  
NICE 2007  
II-1, III  
Hanifin JM 2004

E

Los corticoesteroides tópicos en la DA:

- 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.

1+,1-  
NICE\* 2004

E

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:

- leve
- moderado
- potente
- muy potentes

1-  
NICE\* 2004

E

La indicación para la elección de la potencia de corticoesteroides tópico se basa en la gravedad de la DA y el sitio corporal afectado:

- 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

2++, 2+  
NICE\* 2004

**E**

No existe consistencia en relación a los días de uso de los corticoesteroides tópicos en las recaídas de la DA.

Diversas guías coinciden en el manejo por periodos cortos de 3 hasta los 14 días, recomendando su uso exclusivamente en las exacerbaciones.

2+  
NICE\* 2004

**E**

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.

2+, 1+, 2-  
NICE 2007

\*Evitar en escolares que acudan a la escuela.

**E**

Ensayos Clínicos Controlados (ECC) demostraron que la hidroxizina contra la ciproheptadina disminuye el prurito diurno y nocturno; con una diferencia estadísticamente significativa.

1+  
NICE 2007

\*Tomar en cuenta su efecto secundario de sedación

**E**

Se reconoce que los niños con dermatitis atópica pueden desarrollar infección por Staphylococcus aureus. Sin embargo existe controversia entre la relación con las recaídas e infección por Staphylococcus aureus

1+  
NICE 2007  
Buys LM 2007

**E**

Existe estudios que han demostrado la utilidad de los inmunomoduladores tópicos: tacrolimus y pimecrolimus en niños con DA.

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.

1+  
NICE 2004

**E**

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.

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

1+  
NICE 2004

**R**

Se recomienda que el manejo de la dermatitis atópica se realice en el primer nivel de atención con los objetivos:

- Aliviar los síntomas
- Prevenir complicaciones como infecciones y recaídas

Considera en el manejo:

A, B  
NICE\* 2004

- cuidado de la piel
- tratamiento antiinflamatorio
- identificación de factores que exacerben la enfermedad

R

Los emolientes deben ser ofrecidos a los niños con dermatitis atópica para uso diario para la lubricación y aseo. Elegir los no perfumados, para su uso en casa y fuera de ella. Cuadro 3.

B  
NICE 2007

R

La potencia de los corticoesteroides tópicos debe de ser evaluada y adaptada de acuerdo:

- a la gravedad del cuadro clínico, el cual puede variar de acuerdo a la región corporal afectada. Cuadro 4.

B  
NICE 2007  
II-1, III  
Hanifin JM 2004

✓

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

✓/R

En nuestra institución se cuenta con el siguiente corticoesteroides tópicos de potencia leve:

- hidrocortisona tópica al 2.5% una o 2 veces al día de 5 a 7 días.

Evitar sobrepasar 2 semanas.

El grupo de trabajo que adaptó 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.

Considerar en el manejo de primer nivel de atención de la DA leve con exarcebación del cuadro clínico:

- 2 a 3 eventos al mes, con repercusión negativa en la calidad del sueño
- presencia de eccema;

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

✓  
Buena práctica

R

B  
NICE 2007

R

Indicar corticoesteroide de moderada potencia para manifestaciones de DA moderada:

- fluocinolona tópica 2 veces por día por 7 días.

\*Evitar sobrepasar 2 semanas.

B, C  
NICE 2007

R

Usar corticoesteroides tópicos de leve potencia en:

- cara y el cuello, por periodos cortos de 3-5 días.

B, C, D  
NICE 2007

\*Indicar corticoesteroides tópicos de potencia moderada para recaídas graves, bajo la supervisión del dermatólogo pediatra.

Uso de corticoesteroides tópicos potentes por periodos cortos (de 7 días máximo 14 días):

- recaídas, en regiones vulnerables como axila e ingle.
- En nuestra institución no se encuentran disponibles en las unidades de primer nivel de atención

B, C  
NICE 2007

R

R

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.

B, C, D  
NICE 2007

Contraindicaciones para los corticoesteroides tópicos:

- infección viral: herpes simple
- infección bacteriana.

A, B  
NICE 2007

R

R

No indicar en forma rutinaria los antihistamínicos no sedantes.

Solo indicar con manifestaciones de:

- DA grave
- prurito intenso ó urticaria con envió al dermatólogo

B, C  
NICE 2007

En caso de prurito intenso en edad escolar sin alteraciones en el sueño:

- loratadina VO 5mg por día en < de 30kg
- loratadina VO 10mg en > de 30k. Cuadro 4.

B  
NICE 2007

R

R

Los antihistamínicos sedantes:

- se indican cuando existe prurito intenso y trastornos en el sueño
- clorfenamina VO 1mg en niños de 1 a 5 años y 2mg en niños de 6 a 12años por 2 semanas durante las exacerbaciones.

C,D  
NICE 2007

✓

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

\*Evitar su uso e en menores de 2 años. Cuadro 4.

**R**

Otra alternativa para el prurito intenso diurno y nocturno en niños con DA:

- hidroxizina VO 1.25mg por kilo en 24 h cada 8h por 7 días. Cuadro 4.

A  
NICE 2007

**R**

Se recomienda reservar el uso de los antibióticos para el tratamiento de infección aguda en lesiones en piel asociadas a la DA.

A  
NICE 2007  
Buys LM 2007

**R**

El tacrolimus y pimecrolimus tópicos no se recomienda:

- para el tratamiento de DA leve
- primera línea de la DA grave
- en niños < de 2 años.

A  
NICE 2004

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

#### 4.2.2 MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

<b>E</b>	<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"> <li>• irritantes, por ejemplo jabones detergentes (shampoo, burbujas de jabón, gel y jabones líquidos)</li> <li>• infecciones de la piel</li> <li>• contacto con alergenos</li> <li>• alimentos alergénicos</li> <li>• inhalación de alergenos</li> </ul>	<p>1- III, II NICE 2007 MeReC Bulletin 2003</p>
<b>E</b>	<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>
<b>E</b>	<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>
<b>E</b>	<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>
<b>E</b>	<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>
<b>E</b>	<p>Dos estudios publicados no encontraron diferencia con la suplementación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lactobacillus bifidus</li> <li>• Bifidobacterium proponilcateriurium</li> <li>• lactobacillus rhazomis</li> </ul>	<p>1- NICE 2007</p>

<b>R</b>	<p>En la evaluación clínica del niño con DA identificar los factores de recaída ó exacerbación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jabones y detergentes</li> <li>• Infecciones de la piel</li> <li>• Contacto con alérgenos</li> <li>• Alimentos alérgenos</li> <li>• Inhalación de alérgenos</li> </ul>	<p>1- III, II</p> <p>NICE 2007 MeReC Bulletin 2003</p>
<b>R</b>	<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 ✓</p> <p>Consenso del grupo que elaboró la presente guía</p>
<b>R</b>	<p>Tomar en cuenta que diversos estudios han demostrado que los alimentos potencialmente alérgenos son la leche de vaca, el huevo y los cacahuates con respecto al pescado, soya, marisco y trigo.</p>	<p>A NICE 2007</p>
<b>R</b>	<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>
<b>R</b>	<p>No se recomienda como medidas terapéuticas en la DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evitar alérgenos inhalados</li> <li>• terapia de hipo sensibilización</li> </ul>	<p>C NICE 2007</p>
<b>R</b>	<p>No se ha demostrado utilidad de los probióticos en la dieta de los niños con DA.</p>	<p>A, B NICE 2007</p>

### 4.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**E**

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

E

En algunos estudios se sugiere la conveniencia de retirar alimentos identificados como alergénicos en forma individual.

III  
NICE 2007

E

Identificar y manejar los factores emocionales que ocasionen estrés, que pudieran desencadenar exacerbaciones de la DA en niños.

III  
NICE 2007

✓/R

Se recomienda que el profesional de la salud: 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

✓  
Consenso del grupo que elaboró la presente guía

✓/R

No existe evidencia contundente sobre este punto, sin embargo por consenso se consideró conveniente evitar alimentos identificados como alergénicos.

✓  
Buena práctica

Identificar antecedentes o historia de ingesta de alimentos relacionados con exacerbación de la DA

✓/R

No existe evidencia científica que establezca una asociación fuerte entre los factores emocionales y la actividad de la DA.

✓  
Buena práctica

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

✓/R

Los profesionales de la salud deben informar a los niños con DA y sus padres:

- asociación con asma y/o rinitis alérgica.
- posibilidad de desarrollar alergia alimentaria particularmente en lactantes.

✓  
Buena práctica



Los padres y los cuidadores deben recibir información para el reconocimiento de los signos y síntomas de las infecciones bacterianas en piel.

✓  
Buena práctica



El profesional de la salud debe informar a los niños con DA y sus padres del curso clínico de la enfermedad:

- evolución que tiende a mejorar con el tiempo, sin embargo pueden presentar recidivas y empeorar durante la adolescencia o vida del adulto.

✓  
Buena práctica



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.

✓  
Buena práctica



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.

✓  
Buena práctica

#### 4.4. CRITERIOS DE REFERENCIA

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado



Los niños con dermatitis grave, derivar a dermatólogo pediatra.

\*Se sugiere NO USAR corticoesteroides tópicos de alta POTENCIA EN NIÑOS SIN EL CONSEJO DE UN DERMATOLOGO.

B, C, D  
NICE 2007



Indicaciones de referencia de primer nivel de atención al servicio de dermatología de segundo nivel de atención:

- 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

✓  
Buena práctica

escolares, para el núcleo familiar acentuados por la DA.

- DA asociada a infecciones graves ó recurrentes, especialmente abscesos profundos y neumonías.



El profesional de la salud debe 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



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.

D  
NICE 2007  
✓  
Consenso del grupo que elaboró la presente guía



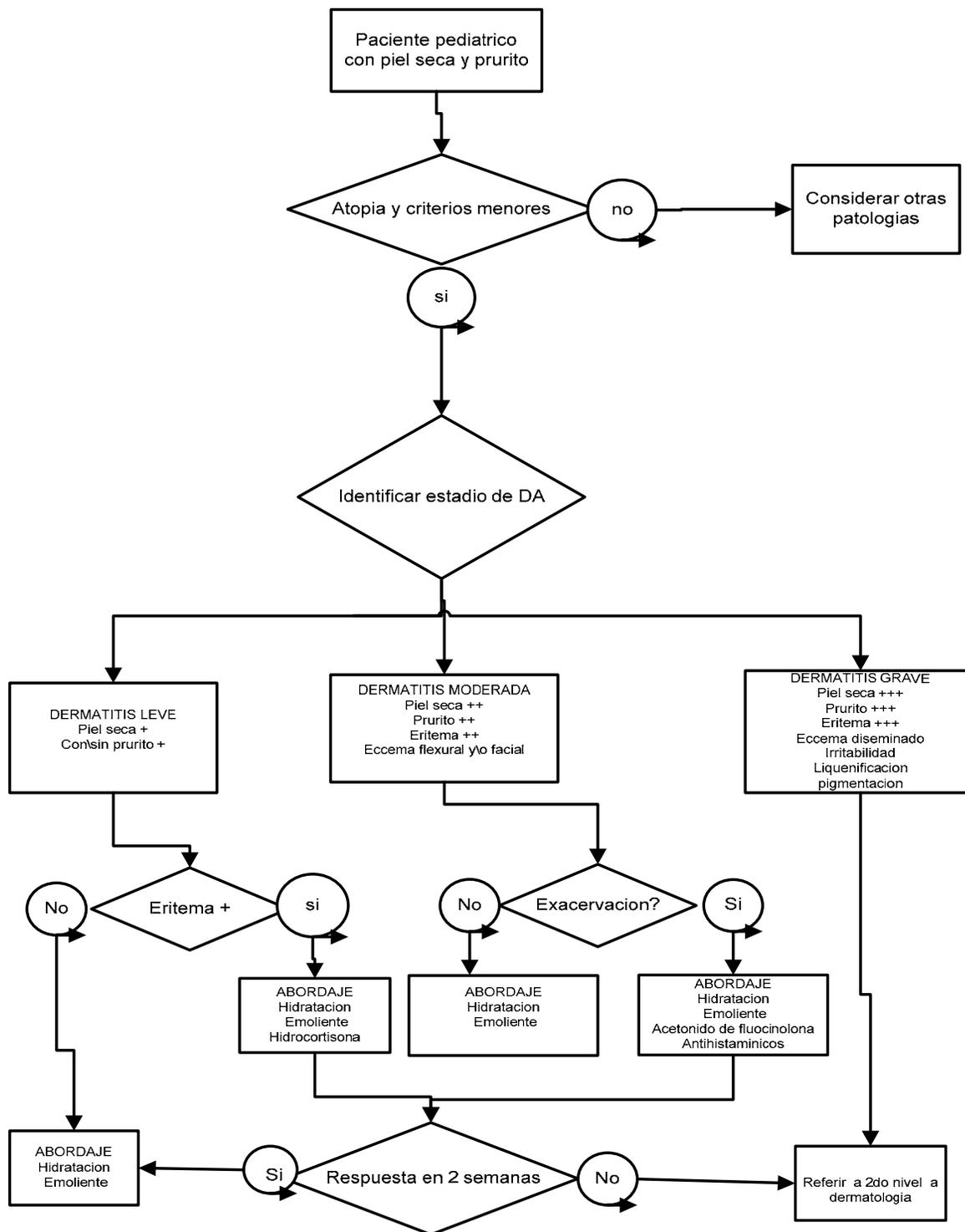
El profesional de la salud debe adoptar una visión integral en la evaluación del niño con DA:

- actividades diarias
- sueño
- repercusión psicosocial

✓  
Buena práctica

## ALGORITMOS

### Dermatitis Atópica 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 Ig E. 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.

**Dermatitis atópica ó eccema atópica** condición de enfermedad en la piel con manifestaciones de inflamación crónica caracterizada por un eritema pruriginoso de predominio en los pliegues de codos o rodillas. La dermatitis atópica está asociada con otras enfermedades atópicas caracterizadas por un fenotipo clínico: asma, rinitis alérgica y alergia alimentaria. El eccema atópico y/ó dermatitis atópica se utilizan como sinónimos.

**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.

**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.

**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.

**Prurito** comezón.

**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 Ig E. en respuesta a alergenios que normalmente ocurren en el ambiente. Elevado nivel de anticuerpo de Ig E. específico a comida o los alergenios medioambientales puede descubrirse en estos individuos.

**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 diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en edad pediátrica.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre la dermatitis atópica, en las siguientes bases de datos: Fistera, 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
6. Limitado a niños y adolescentes

Se encontraron 3 guías las cuales fueron seleccionadas como documentos base para la elaboración de la presente guía:

1. National 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
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.

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, en seres humanos, niños y adolescentes.

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 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, 1996l).

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.

A continuación se utilizan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

La escala SIGN utiliza dos atributos para evaluar la calidad de la evidencia científica (nivel de evidencia): el diseño del estudio y el riesgo de sesgo.

Para la clasificación del diseño del estudio se utilizan los números del 1 al 4.

Para evaluar el sesgo se utilizan signos que informan sobre el grado de cumplimiento de los criterios clave relacionados con ese potencial riesgo (++,+,-)

**MODELO DEL SCOTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)**

<b>Niveles de evidencia científica</b>	
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.
<b>Grados de recomendación</b>	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia 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. En el caso de los estudios sobre validez de pruebas diagnósticas, los estudios transversales o de cohorte el sistema SIGN no les otorga el nivel máximo de evidencia científica. Aunque estos diseños son los más apropiados para ello el máximo nivel que pueden alcanzar es 2 por tanto dan lugar a recomendaciones de grado B o inferiores. Debido a esto NICE introdujo una adaptación del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para los estudios de pruebas diagnósticas.

<b>Niveles de evidencia científica</b>	
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**

<b>Niveles de evidencia científica</b>	
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.

## ANEXO 2

**Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de la Dermatitis atópica.**

<b>La dermatitis atópica debe ser diagnosticada cuando el niño presenta piel seca con prurito, más 3 de los siguientes criterios</b>	
•	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 2. Clasificación de la dermatitis atópica**

<b>Estadio</b>	<b>Manifestaciones clínicas en la piel</b>
<b>Limpia</b>	Piel normal, sin evidencia de dermatitis activa
<b>Leve</b>	Áreas de piel seca, prurito infrecuente (con o sin áreas pequeñas de enrojecimiento)
<b>Moderada</b>	Áreas de piel seca, prurito frecuente con enrojecimiento con o sin escoriación y localizada en piel engrosada
<b>Grave</b>	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 3. Tratamiento de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico de la DA**

	Inhibidores tópicos del calcio	Inhibidores tópicos del calcio
Corticoesteroides tópicos de acción leve	Corticoesteroides tópicos de acción moderada	Corticoesteroides tópicos de acción potente
Emolientes	Emolientes	Emolientes
<b>Dermatitis leve</b>	<b>Dermatitis moderada</b>	<b>Dermatitis grave</b>

**Cuadro 4. Medicamentos indicados en el tratamiento de dermatitis atópica**

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)
<b>Loratadina</b>	5mg por día en menores de 30kg y 10mg en mayores de 30kg	tabletas	entre 7 a 14 días
<b>Clorfenamina</b>	1mg hasta los 5 años y 2mg de 6 años hasta los 12 años	solución oral	entre 7 a 14 días
<b>Hidroxizina</b>	1.25mg por kilo en 24h cada 8h	tabletas	entre 7 a 14 días
<b>Cold cream</b>	cuantas veces sea necesario	pasta	por más de 3 meses
<b>Hidrocortisona al 2.5%</b>	de 1 a 2 veces al día tópica	crema	entre 7 a 10 días
<b>Fluocinolona</b>	1 a 2 veces por día	crema	entre 7 a 10 días

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Buys LM. Treatment options for atopic dermatitis. *American family physician* 2007;75:523-8
2. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:24202-425
3. 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.
4. 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
5. 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.
6. 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]
7. Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
8. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
9. Nacional Institute for Clinical Excellence(NICE). Tacrolimus and Pimecrolimus for atopic eczema. NICE 2004
10. Nacional Institute for Clinical Excellence(NICE). Frecuency of application of topical corticosteroids for atopic eczema. NICE 2004\*
11. 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
12. National Prescribing Centre (NHS). Atopic eczema in primary care. *MeReC Bulletin* 2003; 14(1):1-4
13. 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.

## 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

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ADSCRIPCIÓN</b>
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel Gózales	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN Siglo XXI)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

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

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	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
Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

#### Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
Secretario de Salud

#### Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
Director General

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

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
Director General

#### Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin  
Titular del organismo SNDIF

#### Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
Director General

#### Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
Secretario de Marina

#### Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván  
Secretario de la Defensa Nacional

#### Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
Secretario del Consejo de Salubridad General

#### Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno  
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno  
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández  
Coordinador de Unidades Médicas de Alta  
Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez  
Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Jaime A Zaldivar Cervera  
Director de la UMAE HG CMN La Raza

Dr. Hermilo De la Cruz Yáñez  
Director de la UMAE HP CMN Siglo XXI

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Dominguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simón Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico