

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Diagnóstico y tratamiento de la
DERMATITIS SEBORREICA
EN EL ADULTO**

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-159-09**

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

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 tratamiento de la dermatitis seborreica en el adulto**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

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

ISBN en trámite

CIE-10: L21 Dermatitis seborreica; 21.8 Otras dermatitis seborreicas; L21.9 Dermatitis seborreica no especificada

GPC Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis seborreica en el adulto

Coordinadores :

Dr. Faustino Esmir Balanzar Sagrero	Pediatra	Secretaría de Salud Guerrero	Oficina Central/Director de Servicios de salud
Dra. Martha Herlinda Teliz Sánchez	Maestra en Salud Pública	Secretaría de Salud Guerrero	Oficina central/ Jefa del Departamento de Investigación en Salud

Autores:

Dr. Maritza Astudillo Melgar	Dermatóloga	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital General Ciudad Renacimiento/Jefe de enseñanza-Dermatóloga
Dr. Bulmaro Adame Benítez	Ginecó- Obstetra	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital General de Chilapa/ Director
Dr. José Antonio Perea Saavedra	Cirujano General	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital General de Iguala/ Director
Lic. Jorge Arizmendi Mazón	Licenciado en Informática	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital General de Iguala/ Bibliotecólogo
Dra. Sofía Cuevas Bahena	Maestra en Salud Pública/ Maestría en Ciencias de la Salud	Secretaría de Salud Guerrero	Oficina central/ Jefa del Departamento de Salud Reproductiva
Dr. Francisco Meza Ortiz	Pediatra.	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital General de Acapulco/Pediatra
Dr. Raúl López Roque	Médico Internista	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital de la Madre y del Niño Guerrerenses / Director
Dr. Jesús Ambrocio Molina Bravo	Pediatra	Secretaría de Salud Guerrero	Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud/ Director
Dr. José Luis Núñez Ochoa	Maestro en Salud Pública	Secretaría de Salud Guerrero	Jurisdicción 03 Guerrero/ Jefe jurisdiccional
Dra. Sofía Caballero Martínez	Cirujana General	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital General de Zihuatanejo/Cirujano General
Dr. Ruben Escarcega Valencio	Cirujano General	Secretaría de Salud Guerrero	Hospital General de Atoyac / Director
Dr. Héctor Javier González Jácome	Medicina interna. Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.	Subdirección de guías de práctica clínica.
T.S. Alberto Flores Catalán	Técnico en Informática	Secretaría de Salud Guerrero	Oficina Central / Apoyo Informático de la Dirección de Servicios de Salud

Validación Interna

Dra. Marina Romero	Dermatología	Colegio de Dermatología del Estado de Guerrero	Presidenta del Colegio de Dermatología del Estado de Guerrero
--------------------	--------------	--	---

Revisión institucional

Dra. Rosa María Ponce Olivera	Dermatología	Hospital General de México	Jefa del Servicio de Dermatología
-------------------------------	--------------	----------------------------	-----------------------------------

Validación externa

Dra. Adriana Elizabeth Anides Fonseca	Medicina. Dermatopatología	Academia Nacional de Medicina. CONACEM	Investigación clínica
---------------------------------------	----------------------------	--	-----------------------

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3 Aspectos generales	7
3.1. Justificación	7
3.2 Objetivo de esta guía	8
3.3 Definición	9
4 Evidencias y recomendaciones	10
4.1. Prevención primaria	11
4.1.1. Promoción de la salud: estilo de vida	11
4.1.2. Promoción de la salud: Orientación y consejería	12
4.2. Prevención secundaria	13
4.2.1. Detección: factores de riesgo	13
4.2.2. Etiología	15
4.2.3. Historia clínica	22
4.2.4. Exploración física	24
4.2.5. Estudios de laboratorio y gabinete	25
4.3 Limitación del daño	27
4.3.1 Tratamiento farmacológico tópico	27
4.3.2 Tratamiento farmacológico sistémico	35
4.3.3 Tratamiento no farmacológico	37
4.3.4 Complicaciones secundarias al tratamiento	38
4.4 Criterios de referencia a segundo nivel de atención	39
5. Anexos	40
5.1 Anexo 1. Escala de graduación de evidencias y recomendaciones de Oxford (CEBM)	40
6. Bibliografía	41
7. Agradecimientos	43
8. Comité Académico	44
9. Directorios	45
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	46

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro GPC: SSA-159-09	
Profesionales de la salud	1.10 Dermatólogo, 1.23 Medicina familiar, 1.27. Medicina preventiva, Medicina general
Clasificación de La enfermedad	L21.8 Dermatitis seborreica, L21.8 Otras dermatitis seborreicas, L21.9 Dermatitis seborreica, no especificada de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Décima revisión, CIE 10
Categoría de GPC	Primero y segundo niveles de atención.
Usuarios potenciales	4.5. Enfermeras generales, 4.6. Enfermeras especializadas, 4.7. Estudiantes, 4.11. Investigadores, 4.12. Médicos especialistas, 4.13. Médicos generales, 4.14. Médicos familiares, 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos, 4.23. Planificadores de servicios de salud, 4.25. Proveedores de servicios de salud, 4.28. Técnicos en enfermería
Tipo de organización desarrolladora	6.3 Gobierno Federal 6.5. Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud de Guerrero
Población blanco	7.5. Adulto 18 a 44 años, 7.6. Mediana edad 45 a 64 años, 7.7. Adultos mayores 65 a 79 años, 7.8. Adultos mayores de 80 y más años, 7.9. Hombre, 7.10. Mujer
Fuente de financiamiento/ Patrocinador	8.1. Gobierno Federal, 8.4 Mixto: Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud de Guerrero
Intervenciones y actividades consideradas	CIE9: 89.7 Reconocimiento médico general, estudio micológico, biopsia, educación para el paciente
Impacto esperado en salud	Mejorar la calidad de la atención del paciente con dermatitis seborreica en el adulto
Metodología ¹	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: 71 Guías seleccionadas: cero del periodo 2001-2009 Revisiones sistemáticas: Ensayos controlados aleatorizados: Reporte de casos: Validación del protocolo de búsqueda: Investigación documental, CENETEC Adopción de guías de práctica clínica internacionales: No 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.
Método de validación y adecuación	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos. Validación interna: Colegio de Dermatología del Estado de Guerrero Revisión institucional: Hospital General de México
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés Todas las cartas firmadas en original se tienen que enviar por oficio al CENETEC
Registro y actualización	Registro SSA-159-09

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué es dermatitis seborreica en el adulto?
2. En el adulto para padecer dermatitis seborreica ¿cuáles son los factores de riesgo para su presentación?
3. En el adulto con dermatitis seborreica ¿cuál es la frecuencia de presentación?
4. El adulto con dermatitis seborreica ¿cuál es el agente causal?
5. En el adulto con dermatitis seborreica ¿cuáles son los síntomas y signos de presentación?
6. En el adulto con dermatitis seborreica ¿cuál es la topografía más frecuente de presentación?
7. En el adulto con dermatitis seborreica ¿cuáles son los diversos grados de severidad?
8. En paciente adulto con dermatitis seborreica ¿Existe modificación del patrón morfológico y topográfico y de tratamiento asociada con inmunosupresión?
9. En el adulto con dermatitis seborreica ¿cuáles son los métodos de diagnóstico complementarios?
10. En el adulto con dermatitis seborreica de acuerdo a la topografía y grado de severidad ¿cuál es el manejo integral?
11. En el adulto con dermatitis seborreica ¿existen complicaciones relacionadas con este padecimiento?
12. En el adulto con dermatitis seborreica ¿existen complicaciones relacionadas con el tratamiento?
13. En el adulto con dermatitis seborreica ¿cuáles son los criterios de referencia al dermatólogo?
14. En el adulto con dermatitis seborreica ¿de qué manera se afecta su calidad de vida?
15. En el adulto con dermatitis seborreica ¿cuáles son las recomendaciones adecuadas para evitar complicaciones relacionadas con la automedicación?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. JUSTIFICACIÓN

Se define como una dermatosis eritematoescamosa inflamatoria crónica que se caracteriza por presentar eritema y descamación en las zonas afectadas, que se puede asociar con prurito de leve a moderada intensidad.

Hasta el momento, la etiología de la dermatitis seborreica es incierta; se ha implicado a las levaduras del género *Malassezia furfur* (*Pityrosporum ovale*) que se encuentran en forma saprófita en la piel, aunque esta relación sigue siendo controvertida, (Abeck, 2004, Lebwohl, 2004). La dermatitis seborreica se ha asociado a diversos factores endógenos (lípidos y hormonas, estado inmunológico, enfermedades asociadas) y exógenos (estilos de vida, estrés emocional, depresión, malnutrición y fatiga, estación del año) (Gupta A, 2004).

La topografía habitual son las zonas con un mayor número de glándulas sebáceas, como la piel cabelluda, la cara (en la región centro facial), la región retroauricular y determinadas zonas del tronco, como el tórax superior, la región interescapular y el área alrededor de las nalgas. (Peyri J, Schwartz R, 2006, Gupta A, 2004).

La dermatitis seborreica afecta del 1 al 5% de la población general, con una mayor prevalencia en hombres que mujeres. (DS01). Aunque puede aparecer a cualquier edad, la más alta prevalencia de la dermatosis se observa en los primeros tres meses de vida, en la forma infantil de la enfermedad, y en personas de 30 a 60 años de edad. (Peyri J, Schwartz R, 2006, Gupta A, 2004).

La prevalencia de dermatitis seborreica en personas VIH positivas o enfermos de SIDA es entre 34% y 83%; presentándose las lesiones en topografía poco común, así como el grado de severidad. Su incidencia y gravedad están estrechamente relacionadas con la etapa de la infección por VIH. (Valia R, 2006).

En los adultos el curso es crónico y recidivante, ya que implica períodos de exacerbación y remisión independientemente de los tratamientos administrados.

Si bien la enfermedad rara vez causa complicaciones serias, casi siempre conduce a un marcado deterioro estético que lleva a dificultades emocionales y sociales para la persona afectada. (Gupta A, 2004).

Lo anterior justifica contar con un instrumento que nos permita establecer pautas y recomendaciones útiles que apoyen en la práctica diaria, la prevención, el diagnóstico, tratamiento adecuado y referencia oportuna de los casos que así lo ameriten, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta dermatosis.

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis seborreica en el adulto**, forma parte del catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción desarrollo de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

El objetivo de este guía es describir el perfil clínico de los pacientes de edad igual o superior a 18 años con dermatitis seborreica, su diagnóstico y las estrategias terapéuticas utilizadas en la práctica clínica habitual; esto con la finalidad de establecer un referente nacional para unificar la toma de decisiones clínicas.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificar los factores de riesgo en el adulto para padecer dermatitis seborreica
- Identificación de la topografía y morfología típica así como sus variantes en condiciones especiales (inmunosupresión, padecimientos neurológicos, etc.)
- Proponer acciones para disminuir las exacerbaciones de la dermatosis
- Dar a conocer esquemas de tratamiento tanto tópico como combinado (tópico y sistémico) basándose en la extensión de las lesiones o números de segmentos corporales afectados que han demostrado su efectividad.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, con la unificación de criterios, 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

La dermatitis seborreica, se define como una dermatosis eritematoescamosa inflamatoria de evolución crónica con remisiones y exacerbaciones; su etiología es incierta y se ha implicado a las levaduras del género *Malassezia furfur* (*Pityrosporum ovale*) y se ha asociado a diversos factores tanto endógenos como exógenos, afecta principalmente las áreas con mayor número de glándulas sebáceas como la piel cabelluda, la cara (en la región centro facial), la región retroauricular y determinadas zonas del tronco, como el tórax superior, la región interescapular y el área alrededor de los glúteos, que se caracteriza por presentar eritema y escamas blanco-amarillentas en las zonas afectadas y que puede asociarse con prurito de leve a moderada intensidad.

En la literatura también se puede encontrar como eccema seborreico, caspa, seborrea, pitiriasis capitis, pitiriasis seca y esteatoide.

Si bien la enfermedad rara vez causa complicaciones serias, casi siempre conduce a un marcado deterioro estético que lleva a dificultades emocionales y sociales para la persona afectada.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de la literatura internacional de la medicina basada en evidencia.

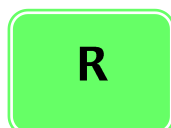
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en la presente guía, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza. Para fines de esta guía de práctica clínica las evidencias y recomendaciones se gradaron con el sistema Oxford (CEBM, 2001, anexo 5.1). Algunas recomendaciones mantuvieron la gradación igual que la evidencia ya que éstas se encontraban contempladas dentro del artículo; en las que no fue así se les asignó punto de buena práctica.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD: ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El consumo de alcohol suele incrementar la intensidad de las lesiones; un efecto similar puede producirse por la ingesta de alimentos picantes o muy condimentados.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca E, 2003.</i>
✓ En pacientes con dermatitis seborreica se debe evitar el consumo de alcohol, así como evitar los alimentos muy picantes o condimentados, ya que estos pueden exacerbar la dermatosis.	Punto de buena práctica por consenso de grupo
E Los períodos de ansiedad, fatiga y estrés son detonantes de la dermatitis seborreica.	B 2a Estudio transversal epidemiológico multicéntrico <i>Peyrí J, 2007.</i>
R Debe realizarse ejercicio para disminuir el estrés y la ansiedad durante el tiempo que dura la enfermedad.	B 2a Estudio transversal epidemiológico multicéntrico <i>Peyrí J, 2007.</i>

4.1. PREVENCIÓN PRIMARIA**4.1.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD: ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA**

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La dermatitis seborreica del adulto, no es contagiosa. Es un proceso crónico, que cursa con brotes de agravamiento asociado a factores emocionales y cambios estacionales entre otros. El tratamiento se dirige a controlar las manifestaciones clínicas, no a curar la enfermedad.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, 2003.</i>
R	Informar al paciente que la dermatitis seborreica del adulto, es un proceso crónico no contagioso, que cursa con remisiones y exacerbaciones, por ende el tratamiento se dirige a controlar las manifestaciones clínicas no a curar la enfermedad.	(-) D Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, 2003.</i>
R	Debe Informarse al paciente que la dermatitis seborreica se exacerba con factores emocionales, por la sequedad ambiental y empeora en otoño-invierno para las lesiones de cara y la piel cabelluda, como en verano las lesiones de los pliegues.	(-) D Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, 2003.</i>
R	Otorgar información sobre la dermatitis seborreica, permite que durante el tiempo que dure el brote pueden controlarse factores que la perpetúan.	B 2a Estudio transversal epidemiológico multicéntrico. <i>Peyrí J, 2007.</i>

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1. DETECCIÓN: FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La dermatitis seborreica se desarrolla con más frecuencia e intensidad en los pacientes con diferentes trastornos neurológicos como la parálisis troncal mayor, la depresión, y en pacientes con enfermedad de Parkinson, esto a menudo dado porque desarrollan hiperseborrea, igualmente los sujetos con síndrome de parkinsoniano inducido por neurolépticos.	C4 Protocolo del Departamento of Dermatología, Universidad de Gothenburg, Sahlgren's Hospital, Sweden. <i>Faergemann J, 1993.</i> 4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. <i>CEDEF, 2005.</i>
E Se encontró que los pacientes psiquiátricos tienen una mayor incidencia de la dermatitis seborreica; esto es particularmente evidente en la población depresiva.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. <i>CEDEF, 2005.</i>
E En un cuestionario contestado por 431 pacientes con dermatitis seborreica se encontró que la herencia, la estación del año, el stress mental y el ambiente laboral influyen en el curso clínico de la dermatosis.	C4 Protocolo del Departamento of Dermatología, Universidad de Gothenburg, Sahlgren's Hospital, Sweden <i>Faergemann J, 1993.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El stress emocional, disturbios neurológicos, enfermedades nutricionales, son los factores más comunes que originan enfermedades dermatológicas y con predisposición genética. A 1c Estudio doble ciego <i>Amir Hossein Siadat, 2006.</i>
	El papel de la nutrición en la dermatitis seborreica aun no está bien establecido, pero en algunos estudios se ha establecido este vínculo con la ingesta de alcohol. 4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. <i>CEDEF, 2005.</i>
	La prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes VIH+ y enfermos de SIDA es entre 34% y 83%, contra el 3% en la población general. Su incidencia y gravedad están estrechamente relacionadas con la etapa de la infección por el VIH e inversamente con el conteo absoluto de CD4 y de células T auxiliares. 4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (artículo de revisión). <i>Valia RG, 2006.</i>
	La dermatitis seborreica es una condición muy frecuente de la piel entre las personas infectadas por el VIH y estrechamente relacionada con la etapa de la infección. A 1c Estudio prospectivo <i>Dunic SV, 2004 .</i>
	De los pacientes con SIDA el 85% de ellos padecen dermatitis seborreica. A 1c Estudio doble ciego <i>Amir Hossein Siadat, 2006.</i>
	Se ha corroborado una alta prevalencia (44%) de la dermatitis seborreica en pacientes con carcinoma de tracto aerodigestivo superior. 4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

CEDEF, 2005.

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA**4.2.2. ETIOLOGÍA**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	4- Los dos principales factores que se han asociado a la fisiopatología de la dermatitis seborreica son: la seborrea y la presencia de <i>Malassezia</i>. Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. <i>CEDEF, 2005.</i>
	4- En la dermatitis seborreica la seborrea se ha considerado un factor predisponente, pero no el factor etiológico primario. Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (artículo de revisión). <i>Valia RG, 2006</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La participación de la seborrea en la fisiopatología de la dermatitis seborreica se basa en argumentos históricos, ya que esto ocurre en las edades donde las glándulas sebáceas tienen actividad máxima: en los recién nacidos y adultos jóvenes. Otro argumento es por la topografía: ya que la dermatosis se localiza en zonas donde hay mayor número de glándulas sebáceas, como lo es la zona medio-facial, piel cabelluda y la región pre-esternal.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. <i>CEDEF, 2005.</i>
E	Se ha observado una fuerte correlación temporal entre la caspa (dandruff) y la actividad de las glándulas sebáceas. Esta correlación incluye: incremento de la incidencia durante la infancia, baja incidencia después de la infancia hasta la pubertad, incremento en la adolescencia y adultos, y un decremento de la incidencia en la senectud.	B 3a Investigación clínica <i>Dawson TL Jr, 2007.</i>
E	Se observa que en las regiones preferentemente afectadas por la dermatitis seborreica de la cara, existe una temperatura superior al resto de las regiones de la misma. Es posible que la temperatura de la piel varíe en función de la composición de lípidos de la superficie de la piel.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. <i>CEDEF, 2005.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Se ha sugerido que el aumento de sebo en los pacientes con la enfermedad de Parkinson tiene un efecto permisivo sobre el crecimiento de <i>Malassezia spp.</i>	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión). Valia RG, 2006
E El número de <i>Pityrosporum ovale</i> y la cantidad de lípidos de la superficie de la piel son probablemente los dos acontecimientos patológicos básicos en el desarrollo de la dermatitis seborreica.	C4 Protocolo del Departamento of Dermatología, Universidad de Gothenburg, Sahlgren's Hospital, Sweden Faergemann J, 1993.
E Los pacientes con dermatitis seborreica tienen menor cantidad de ácidos grasos libres (FAs) y triglicéridos elevados.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión). Valia RG, 2006

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La levadura de *Malassezia spp* ha sido reconocida, por muchos años, como agente etiológico de la dermatitis seborreica.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión).
Gupta AK, 2004(b).

E

Malassezia spp o *Pityrosporum ovale* (en su forma de levadura), juega un rol etiológico en la dermatitis seborreica, ya que se encuentran aumentadas en número y pueden ser cultivadas de las lesiones. La infección experimental con el organismo causa la enfermedad. Los pacientes con caspa tienen altos títulos de anticuerpos contra *Malassezia spp* comparado con los controles.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión).
Valia RG, 2006.

E

Se ha demostrado a través de técnicas moleculares, que las especies predominantes en las escamas de dermatitis seborreica son *M. globosa* y *M. restricta*, estas especies son muy comunes en áreas del cuerpo ricas en grasas.

B 3a

Investigación clínica.
Dawson TL Jr, 2007.

E

En 160 pacientes estudiados con dermatitis seborreica se demostró a través del cultivo que la especie más frecuentemente identificada fue *M. Globosa*.

B 3a

Estudio clínico.
Rendic E, 2003.

E

Los ensayos de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) en tiempo real demuestran que las lesiones de la piel tienen aproximadamente tres veces más poblaciones del género *Malassezia* que las muestras de la piel sin lesiones ($p<0.05$), y que *M. restricta* es significativamente más común que *M. globosa* en dermatitis seborreica ($p<0.05$).

C4

Estudio clínico.
Tajima M, 2008.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los adultos tienen al hongo <i>Malassezia spp</i> en la piel cabelluda y solo el 50% presenta la enfermedad, debido a tres factores: el género <i>Malassezia spp</i>, los lípidos sebáceos y la respuesta del huésped.	A 1c Artículo de revisión <i>Schwartz RA, 2007</i>
E Se ha reportado correlación entre la densidad de la levadura y la severidad de la dermatitis seborreica, aunque esto no se ha comprobado.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión). <i>Valia RG, 2006.</i>
E Se postula que la patogenicidad de <i>Malassezia spp</i> podría estar más relacionada con la especie involucrada que con su densidad.	B 3a Estudio clínico <i>Rendic E, 2003</i>
E El mecanismo de cómo las levaduras de <i>Malassezia spp</i> inician la inflamación de la dermatitis seborreica no está claro. Este, o sus derivados pueden causar la inflamación al inducir la producción de citoquinas por los queratinocitos o mediante la participación de células de Langerhans y la activación de los linfocitos T.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión). <i>Valia RG, 2006.</i>
E Otro factor que causa inflamación es la activación de la lipasa de <i>Pityrosporum ovale</i> que genera ácidos grasos inflamatorios de los lípidos de la piel.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión). <i>Valia RG, 2006.</i>

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Aunque el tratamiento en la dermatitis seborreica con antimicóticos disminuye el número de los organismos, la recolonización y la recaída se producen por la interrupción del tratamiento. Esto podría explicarse por un déficit inmunológico subyacente.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión).
Valia RG, 2006.

E

La prevalencia de dermatitis seborreica en pacientes VIH+ y enfermos de SIDA es entre 34% y 83%, contra el 3% en la población general. Su incidencia y su gravedad están estrechamente relacionados con la etapa de la infección por el VIH e inversamente con el conteo absoluto de CD4 y de células T auxiliares.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión).
Valia RG, 2006.

E

Muchos medicamentos, como clorpromazina, cimetidina, etionamida, oro, griseofulvina, haloperidol, interferón, litio, metoxaleno, metildopa, fenotiazinas, psoralenos, estanozolol, son conocidos por inducir a una *dermatitis seborreica-like* mediante un mecanismo desconocido.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión).
Valia RG, 2006.

E

Algunas deficiencias nutricionales, especialmente de riboflavina, piridoxina, niacina y zinc, también causan una *dermatitis seborreica-like* por un mecanismo desconocido.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa. (revisión).
Valia RG, 2006.

**Evidencia / Recomendación**

El diagnóstico diferencial entre dermatitis seborreica y *dermatitis seborreica-like* no es fácil de establecer.

Nivel / Grado

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (revisión).

Valia RG, 2006

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.3. HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La enfermedad habitualmente se inicia tras la pubertad y la incidencia más elevada es alrededor de los 40 años. Se trata de una entidad más frecuente en los hombres que en las mujeres.	C4 Protocolo del Departamento of Dermatología, Universidad de Gothenburg, Sahlgren's Hospital, Sweden. <i>Faergemann J, 1993.</i>
E Es una enfermedad que se presenta en dos etapas de la vida, una durante los tres primeros meses y la segunda de la cuarta a la séptima década, más común en hombres que en mujeres.	A 1c Estudio doble ciego. <i>Amir Hossein Siadat, 2006.</i>
E En los pacientes con dermatitis seborreica facial, ésta predominó en el sexo femenino, en las mayores de 26 años de edad, de oficio ama de casa y que además presentaron un tiempo de evolución de su dermatosis mayor de dos años.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (estudio epidemiológico). <i>Obregón JU, 2007.</i>
E La enfermedad tiende a ser crónica y con brotes recurrentes.	C4 Protocolo del Departamento of Dermatología, Universidad de Gothenburg, Sahlgren's Hospital, Sweden. <i>Faergemann J, 1993.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La duración promedio de cada brote de dermatitis seborreica es de 14 días aproximadamente.	B 2a Estudio transversal epidemiológico multicéntrico. <i>Peyrí J, 2007.</i>
E Existen clasificaciones de severidad de la dermatitis seborreica basada en escalas semicuantitativas tomando en cuenta la intensidad con que se presentan las lesiones elementales, dando lugar a tres grados: leve, moderada y severa.	Punto de buena práctica
E El diagnóstico diferencial de dermatitis seborreica se debe hacer con otras dermatitis descamativas, tales como dermatitis atópica, candidiasis, dermatofitosis, histiocitosis de células de Langerhans, psoriasis, rosácea, lupus eritematoso sistémico y tiña.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (revisión). <i>Schwartz R, 2006</i>

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las zonas más afectadas en la dermatitis seborreica es donde se localizan en un mayor número de glándulas sebáceas, como cara, piel cabelluda o el tórax.	B 2a Estudio transversal epidemiológico multicéntrico <i>Peyrí J, 2007.</i> C4 Protocolo del Departamento of Dermatología, Universidad de Gothenburg, Sahlgren's Hospital, Sweden <i>Faergemann J, 1993.</i> 4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (revisión). <i>Schwartz R, 2006.</i>
E	La dermatitis seborreica es una enfermedad inflamatoria crónica con remisiones y exacerbaciones, se caracteriza por eritema, prurito y diseminación sobre todo en el rostro, cuero cabelludo y el pecho.	A 1c Estudio terapéutico aleatorizado <i>Rigopoulos D, 2004.</i>
E	La presentación clínica de la dermatitis seborreica en el adulto se caracteriza por escama, eritema, piel grasa, infiltración y se acompaña en ocasiones con prurito de leve a moderada intensidad.	B 2a Estudio transversal epidemiológico multicéntrico <i>Peyrí J, 2007.</i> C4 Protocolo del Departamento of Dermatología, Universidad de Gothenburg, Sahlgren's Hospital, Sweden. <i>Faergemann J, 1993.</i>

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.5. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Para el examen directo, las muestras de dermatitis seborreica, se obtienen mediante papel adhesivo transparente con la técnica habitual de KOH (hidróxido de potasio) más tinta Parker.	A 1c Estudio clínico. <i>Crespo Er,1999.</i>
E	El examen directo muestra la presencia de un número variable de blastosporos de morfología desigual, formas globosas u ovaladas de diferente tamaño.	A 1c Estudio prospectivo. <i>Dunic SV, 2004.</i>
E	En el cultivo de las escamas obtenidas de pacientes con dermatitis seborreica que se les han encontrado dos a tres especies a la vez del género <i>Malassezia spp</i> ; por orden de frecuencia: <i>M. restricta</i> (63.9%) <i>M. globosa</i> (54.5%) <i>M. sympodialis</i> (34.6%) <i>M. sloofficae</i> (4%) y <i>Malassezia furfur</i> (1.3%).	A 1c Estudio clínico. <i>Crespo EV,1999.</i>
E	Las muestras destinadas para cultivo, se inoculan en placas con medio de Dixon modificado, que se incuban seguidamente en estufa a 31°C.	A 1c Estudio clínico <i>Crespo EV,1999.</i>
E	La biopsia de piel solo se hará cuando exista duda del diagnóstico o como criterio de exclusión.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (prácticas terapéuticas actuales). Artículo de revisión <i>Gupta AK, 2003.</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Cuando la dermatitis seborreica se presenta de manera brusca, repentina y muy sintomática, se sugiere realizar serología para VIH (virus de inmunodeficiencia humana).	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, E, 2003.</i>

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TÓPICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El tratamiento con corticoesteroides es útil para reducir la inflamación y el eritema de las lesiones de la dermatitis seborreica. B 2b Artículo de revisión <i>Gupta AK, 2004(c).</i>
E	Los corticoesteroides de baja potencia y tratamiento fungicida, no producen efectos adversos con tratamientos de repetición. B 2b Artículo de revisión <i>Gupta AK, 2004(c).</i>
E	El tratamiento tópico primario es a base de agentes antimicóticos, esteroides de baja potencia y agentes queratolíticos (ácido salicílico). 4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (revisión). <i>Schwartz R, 2006.</i>
R	El tratamiento con corticoesteroides de baja potencia es útil para disminuir la inflamación y el eritema, no se ha demostrado efectos adversos con tratamientos cortos. Punto de buena práctica por consenso de grupo
E	El tratamiento antifúngico en forma tópica es benéfico para la mayoría de los pacientes. Pero el tratamiento oral puede ser necesario para las formas severas o extensas de dermatitis seborreica. B 2b Artículo de revisión <i>Gupta AK, 2004(c).</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los agentes antifúngicos tópicos en sus diferentes presentaciones y grupos: 1. Azoles: a. imidazoles: bifonazol, climbazol, ketoconazol, metronidazol y miconazol. b. Triazoles: fluconazol. 2. Alilaminas: terbinafina. 3. Benzilaminas: butenafina. 4. Hidroxi piridonas (ciclopirox) que han demostrado efectividad y buena tolerabilidad en el tratamiento de la dermatitis seborreica (anexo).	B 2b Artículo de revisión <i>Gupta AK, 2004(c).</i>
E	Además de sus propiedades antifúngicas, algunos azoles, incluyendo bifonazol, itraconazol, y ketoconazol han demostrado actividad antiinflamatoria.	B 2b Artículo de revisión <i>Gupta AK, 2004(c).</i>
E	Pimecrolimus y tacrolimus son inmunomoduladores tópicos que forman parte de una nueva clase de agentes no-esteroides, ambos disminuyen la inflamación y el tacrolimus ha demostrado tener un potente efecto fungicida contra <i>M. furfur</i>.	B 2b Artículo de revisión <i>Gupta AK, 2004(c).</i>
E	El flutrimazol en gel en sus presentaciones al 1%, 2%, 4%, aplicados tres veces por semana por un mes, no mostraron diferencias estadísticas en eficacia y tolerancia en el tratamiento de la dermatitis seborreica. No así al compararlo con placebo, presentando un 79% de curación contra un 39% del grupo placebo.	A 1 a Revisión de la terapéutica <i>Noguera J, 1998.</i>
R	El Flutrimazol gel en las concentraciones al 1%, 2% y 4% son eficaces en el tratamiento de la dermatitis seborreica. Al buscar la dosis mínima eficaz del flutrimazol el gel al 1% es la idónea.	A 1 a Revisión de la terapéutica <i>Noguera J, 1998.</i>

E

En el tratamiento de la dermatitis seborreica, al comparar el flutrimazol gel al 1% contra ketoconazol en gel al 2% aplicados tres veces por semana durante un mínimo de 21 días y un máximo de 31 días no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de tratamiento, con buena tolerancia y seguridad, sin registrarse eventos adversos.

A 1 a
Revisión de la terapéutica
Noguera J, 1998.



El uso de flutrimazol gel al 1% y ketoconazol es gel al 2% son eficaces, tolerados y seguros en el tratamiento de la dermatitis seborreica.

Punto de buena práctica

E

El gel de ketoconazol al 2% aplicado una vez al día es bien tolerado y efectivo en el tratamiento de dermatitis seborreica moderada a severa, con una respuesta clínica que es significativamente mejor que el vehículo de gel y similar al desonide gel al 0,05%.

A 1 a
Estudio aleatorizados
doble ciego.
Swinyer LJ, 2007.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El tratamiento tópico con ciclopiroxolamina en crema aplicada dos veces al día por 29 días, es efectivo y bien tolerado en pacientes con dermatitis seborreica facial.

B 2b

Estudio doble ciego
Unholzer A, 2002.

R

La ciclopiroxolamina en crema aplicada dos veces durante 29 días es una considerada como una alternativa de tratamiento para los pacientes con dermatitis seborreica facial.

B 2b

Estudio doble ciego
Unholzer A, 2002.

E

Terbinafina solución al 1%, aplicada una vez al día por cuatro a siete semanas en la dermatitis seborreica en la cara y cuerpo es efectiva, también tiene actividad antiinflamatoria *in vitro*.

B 2b

Artículo de revisión
Gupta AK, 2004(c).

E

El pimecrolimus crema al 1% aplicado dos veces al día por cuatro semanas, demuestra ser eficaz en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la cara en su forma moderada a severa. Reportándose efectos adversos transitorios como sensación de hormigueo y ardor leve.

A 1c

Estudio clínico
Kim B-S, 2007.

B 2a

Estudio aleatorizado doble ciego
Warshaw EM, 2007.

La aplicación tópica del pimecrolimus crema al 1% dos veces al día por cuatro a siete semanas, puede ser una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la cara.

Punto de buena práctica.**E**

El tratamiento de la dermatitis seborreica con pimecrolimus crema al 1 % comparado con el valerato de betametasona al 0.1 % en crema registran una buena tolerancia y eficacia cutánea a dosis de dos veces al día sobre el área afectada, durante 24 días.

A 1c

Estudio terapéutico aleatorizado
Rigopoulos D, 2004.

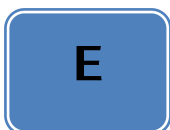
Evidencia / Recomendación**Nivel / Grado**

Las aplicaciones tópicas:

- Pimecrolimus crema al 1% dos veces al día por cuatro a siete semanas.
- Valerato de betametasona al 0.1% en crema dos veces al día por 24 días.

Son una alternativa efectiva y segura para el tratamiento de la dermatitis seborreica de la cara.

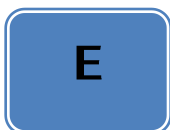
Punto de buena práctica.



La espuma de valerato de betametasona al 1% tópica, aplicando 2 gr una vez al día por 15 días y después 2 gr cada tercer día por 15 días, es efectiva y bien tolerada para el tratamiento de la dermatitis seborreica de piel cabelluda.

A 1c

Estudio multicéntrico prospectivo
Milani M, 2003.



El efecto clínico de la espuma de valerato de betametasona al 1% en la dermatitis seborreica de piel cabelluda se mantiene después de dos meses de haber concluido la terapia.

A 1c

Estudio multicéntrico prospectivo
Milani M, 2003.



La espuma de valerato de betametasona al 1% 2gr al día por 15 días y posteriormente 2gr cada tercer día por 15 días.

Es un tratamiento efectivo y bien tolerado, que además ofrece un efecto clínico después de dos meses de haber interrumpido su uso.

Punto de buena práctica



Al comparar champú de ciclopiroxolamina al 1.5% / pitirionato de zinc 1%, aplicado dos veces a la semana por 28 días, contra gel espuma de ketoconazol al 2% contra vehículo champú, tres veces por semana por 21 a 31 días, demuestra una eficacia global de 71%, para el primero y de 80% para el segundo. Para el paciente el grado de satisfacción fue de 73% y 80% en comparación con 42% de los tratados con vehículo, el grado de tolerancia fue de 96.7%, 98.4% y 94,95%.

A 1c

Estudio clínico multicéntrico
Lorette E, 2006.

Evidencia / Recomendación**Nivel / Grado**

El uso de los siguientes tratamientos:

- El champú de ciclopirolamina 1.5% y el pitirionato de zinc 1% dos veces a la semana por 28 días ó
- La espuma en gel de ketoconazol al 2% aplicado tres veces por semana de 21 a 31 días.

Tienen una eficacia similar en el tratamiento de la dermatitis seborreica de piel cabelluda.

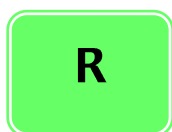
Punto de buena práctica



El champú de ciclopiroxolamina 1.5% pitirionato de zinc al 1%, dos veces por semana por 28 días, es altamente eficaz en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la piel cabelluda a partir de la primera semana.

B 2b

Estudio clínico multicéntrico
Lorette E, 2006.



El uso de champú de ciclopirox al 1.5% / pitirionato de zinc al 1%, es eficaz en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la piel cabelluda usado dos veces a la semana durante por 28 días.

B 2b

Estudio clínico multicéntrico
Lorette E, 2006.



El ciclopirox en champú al 1% usándolo dos veces a la semana por cuatro semanas demuestra alta eficacia como antifúngico y antiinflamatorio en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la piel cabelluda.

B 2b

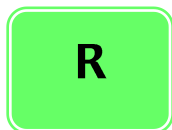
Estudio clínico
Gupta AK, 2004(a).



El champú de ciclopirox en concentraciones de 0.1% y 0.3% no es tan eficaz como la concentración al 1% para el tratamiento de la dermatitis seborreica de la piel cabelluda.

B 2b

Estudio clínico
Gupta AK, 2004(a).



La concentración ideal del champú del ciclopirox es al 1% que demuestra ser eficaz en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la piel cabelluda.

B 2b

Estudio clínico
Gupta AK, 2004(a).

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El pitirionato de zinc (ptz) en concentraciones de 1-30 ppm es efectivo aplicado en champú una vez al día por 28 días, teniendo además una acción de depósito.	A 1c Artículo de revisión <i>Schwartz RA, 2007.</i>
R Utilizar champús que solo contengan pitirionato de zinc (ptz) en concentraciones de 1-30 ppm aplicada una vez al día por 28 días, que sean libres de ingredientes cosméticos o adicionados con salicilato de zinc; lo anterior aumenta la efectividad del champú.	A 1c Artículo de revisión <i>Schwartz RA, 2007</i>
E El metronidazol en gel al 0,75% aplicado una vez al día durante cuatro semanas, es eficaz en el tratamiento de la dermatitis seborreica facial.	B 2b Estudio aleatorizado doble ciego <i>Seckin D, 2007.</i>
E El metronidazol en gel al 0,75% tiene una eficacia y seguridad comparables con el perfil de ketoconazol en crema al 2% crema en el tratamiento de la dermatitis seborreica facial por un periodo de cuatro semanas.	B 2b Estudio aleatorizado doble ciego <i>Seckin D, 2007.</i>
R El metronidazol en gel al 0,75% aplicado una vez al día por cuatro semanas muestra ser efectivo en el tratamiento de la dermatitis seborreica de la cara, que puede ser usado solo o en combinación con otras terapias (antifúngicos).	A 1c Estudio doble ciego <i>Amir Hossein Siadat, 2006.</i>

Evidencia / Recomendación**Nivel / Grado**

El metronidazol gel al 0.1% muestra ser efectivo en el tratamiento de dermatitis seborreica facial aplicado dos veces al día por ocho semanas.

A 1c

Estudio doble ciego
Amir Hossein Siadat, 2006.



El metronidazol en gel al 0.1% aplicado dos veces al día por ocho semanas es eficaz y seguro en el tratamiento de la dermatitis seborreica facial.

Punto de buena práctica



La terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) en pacientes con VIH y dermatitis seborreica ha dado lugar a un cambio en la historia natural y manifestaciones clínicas de afecciones oportunistas nuestros resultados han demostrado que TARAA (que incluye un inhibidor de la proteasa y dos inhibidores de la transcriptasa inversa) tiene una mayor eficacia en el tratamiento de dermatitis seborreica y un fuerte impacto en la regresión de trastornos oportunistas en comparación con el tratamiento estándar.

A 1c

Estudio prospectivo
Dunic SV, 2004



En pacientes infectados con VIH y dermatitis seborreica el tratamiento médico ideal es a base de TARAA, ya que el manejo convencional con antimicóticos y corticoides se ha mostrado menos efectivo.

A 1c

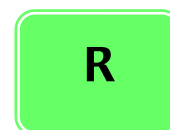
Estudio prospectivo
Dunic SV, 2004



El uso de pimecrolimus en crema al 1% aplicado dos veces al día por 14 días es eficaz en el tratamiento de la dermatitis seborreica facial en pacientes con VIH positivo; requiriendo dosis de mantenimiento para evitar recidivas.

A 1c

Estudio de eficacia terapéutica
De Moraes AP, 2007.



El pimecrolimus crema al 1% representa una opción terapéutica nueva y eficaz para el tratamiento de la dermatitis seborreica facial en pacientes con VIH positivo. Manteniendo desde 21 hasta 35 días posteriores al uso del medicamento sin síntomas.

A 1c

Estudio de eficacia terapéutica
De Moraes AP, 2006

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SISTÉMICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	En casos de dermatitis seborreica generalizada o eritrodérmica; se sugiere el uso de prednisona a dosis de 0.5 a 1 mg/Kg/día ó itraconazol 100 mg/día. El tiempo de administración será de acuerdo a la respuesta terapéutica.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, E, 2003</i>
E	El ácido 13 cis-retinoico (isotretinoína) a 0.5 a 1mg/kg/día. y fototerapia con luz ultravioleta (UVA) o fototerapia con UVB serán utilizados para casos excepcionales y bajo supervisión del dermatólogo e igualmente el tiempo de administración será de acuerdo con la respuesta terapéutica.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, E, 2003</i>
E	La terbinafina al ser administrada por vía oral es rápidamente liberada en el estrato córneo, uñas y pelo, vía grasa y también por difusión directa a través de la dermis y epidermis; además de poseer un efecto antiinflamatorio. Se administra una tableta al día por cuatro a siete semanas, y es efectiva para el tratamiento de la dermatitis seborreica.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (revisión). <i>Gupta AK, 2004(c).</i>

Evidencia / Recomendación**Nivel / Grado****E**

En un estudio abierto, placebo y un régimen profiláctico de itraconazol 200 mg al día vía oral los primeros dos días de cada mes, después de un tratamiento completo de 200 mg vía oral durante una semana, fue efectivo controlando el brote de la dermatosis y su recidiva.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (revisión).
Gupta AK, 2004(c).

E

Itraconazol cápsulas de 100mg. a dosis de 200mg. por día V.O. por siete días, como dosis de inicio y después con dosis de mantenimiento: 200mg. por día los dos primeros días de cada mes por tres meses, resultó ser efectivo para pacientes con dermatitis seborreica facial al reducir el índice de severidad en un 77.8%.

4-

Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (estudio epidemiológico).
Obregón JU, 2007

R

Se han propuesto los siguiente esquemas de tratamiento sistémico de la dermatitis seborreica, todos han demostrado su efectividad:

B 2b

Artículo de revisión
Gupta AK, 2004(c).

- Azoles imidazólicos: ketoconazol 200mg/día por cuatro semanas.
- Azoles triazoles: itraconazol 200mg/día por siete días, como dosis de inicio y posteriormente 200mg los dos primeros días de cada mes por tres meses.
- Alilaminas: terbinafina 250mg/día por cuatro semanas.

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.3 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Existe una buena tolerancia a las medidas higiénicas, como son el lavado enérgico con agua y jabón.	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, E, 2003</i>

4.3 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.3.4 COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Los corticosteroides y antifúngicos aunque son el pilar de la terapia en la dermatitis seborreica, el uso crónico de corticoesteroides está asociado con efectos secundarios tales como: atrofia cutánea, dermatitis perioral y telangiectasias.	A 1c Estudio terapéutico aleatorizado <i>Rigopoulos D, 2004</i> A 1c Estudio clínico <i>Shemer A, 2008.</i>
 Aunque los corticoesteroides solos o asociados a un antifúngicos pueden presentar efectos no deseados o complicaciones como atrofia cutánea, dermatitis perioral y telangiectasias; se recomienda el uso de corticoesteroides de baja potencia y con esquemas de reducción o cortos (de 21 a 30 días máximo).	Punto de buena práctica
 Utilizar, de no existir contraindicación tratamiento sistémico de mantenimiento como itraconazol 200mg los dos primeros días de cada mes por tres meses, aunado a esto, los cuidados generales de piel lo que permitirá espaciar recurrencias y por ende el uso tópico y frecuente de corticoesteroides.	Punto de buena práctica

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

E	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Deberán ser derivados al servicio de dermatología los casos de dermatitis seborreica generalizada o eritrodérmica o la asociación con otros procesos dermatológicos que dificulten el tratamiento (acné rosácea o inmunosupresión).	4- Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad: único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa (protocolo terapéutico). <i>Fonseca, E, 2003.</i>
	También deberán ser derivados al servicio de dermatología cuando exista corticoestropeo o cuando la respuesta al tratamiento habitual haya fallado.	Punto de buena práctica

5. ANEXOS

5.1 ANEXO 1. ESCALA DE GRADUACIÓN DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES DE OXFORD (CEBM).

Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Oxford
Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones

Tipo de estudio	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECA), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.	A	1 a
ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)		1 b
Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.		1 c
Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.		2 a
Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento).	B	2 b
Investigación de resultados en salud		2 c
Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.		3 a
Estudios de casos y controles individuales.		3 b
Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.	C	4
*Nota: Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.		

6. BIBLIOGRAFÍA

1. AK Gupta, R Bluhm, JO Barlow, AB Fleischer, *Prescribing practices for seborrheic dermatitis vary with the physician's specialty: implications for clinical practice* Journal of Dermatological Treatment, 2004(c); 15:208–213.
2. CEDEF, Collège des Enseignants en Dermatologie de France. *Dermatite Séborrhéique*. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, 2005 octobre; 132, (Sup. 10) : 186-187.
3. Crespo EV, Ojeda MA, Vera CA, Crespo EA, Sánchez FF. *Aislamiento e identificación de Malassezia spp en pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica y piel sana*, Rev. Iberoam. Micol. 1999; 16: S16-S21.
4. Dawson TL Jr. *Malassezia globosa and restricta: Breakthrough Understanding of the Etiology and Treatment of Dandruff and Seborrheic Dermatitis through Whole-Genome Analysis*. J Investig Dermatol Symp Proc. 2007 Dec; 12(2):15-19.
5. De Moraes AP, De Arruda ÉAG, Vitoriano MAV, De Moraes FMO, *An open-label efficacy pilot study with pimecrolimus cream 1% in adults with facial seborrheic dermatitis infected with HIV*. JEADV 2007, 21, 345–350.
6. Dunic SV, Jevtovic DJ. *Oral candidiasis and seborrheic dermatitis in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy*. 2004 British HIV Association HIV, Medicine (2004) 5, 50–54.
7. Faergemann, J. *Pityrosporum ovale and skin diseases*. Keio J. Med. 1993. 42: 91–94.
8. Fonseca CE, *Dermatitis Seborreica del adulto*, Protocolo Terapéutico, Especialistas en Dermatología, 13-ene-03.
9. Gupta AK, Bluhm R, Coopere EA, Summerbell RC, Batra R. *Seborrheic dermatitis*. En: Dermatologic Clinics 2003 July; 21 (3): 401-412.
10. Gupta AK, Bluhm R. *Ciclopirox Shampoo for Treating Seborrheic Dermatitis: Treating Seborrheic Dermatitis Skin Therapy Letter*. 2004(a); 9(6) Consultado en: http://www.medscape.com/viewarticle/482650_2.
11. Gupta AK, Boekhout T, Theelen B, Summerbell R, Batra R. *Identification and typing of Malassezia species by amplified fragment length polymorphism and sequence analyses of the internal transcribed spacer and large-subunit regions of ribosomal DNA*. J Clin Microbiol 2004(b);42:4253-4260.
12. Kim B-S, Kim S_H, KimM_B, Oh Ch-K, Jang H_S, Kwon K_S. *Treatment of Facial Seborrheic Dermatitis with Pimecrolimus Cream 1%: An Open-Label Clinical Study in Korean Patients*. J Korean Med Sci. 2007 October; 22(5): 868–872.
13. Lorette E, Ermosilla G. *Clinical efficacy of a new ciclopiroxolamine/zinc pyrithione shampoo in scalp seborrheic dermatitis treatment*. European Journal of Dermatology 2006; 16 (5): 558-564.
14. Milani M, Di Molfetta SA, Gramazio R. *Efficacy of Betamethasone Valerate 0.1% Thermophobic Foam In Seborrheic Dermatitis of the Scalp: An Open-Label, Multicentre, Prospective Trial on 180 Patients*. Curr Med Res Opin 19(4):342-345, 2003.
15. Noguera J, Lerís E, Algueró M, Boncompte E, Izquierdo I. *Review of the clinical efficacy of flutrimazole gel in the treatment of dandruff and/or seborrheic dermatitis*. Rev Iberoam Micol 1998 Mar; 15 (1): 28-32.
16. Obregón PJU. *Eficacia de itraconazol en el manejo de dermatitis seborreica facial en pacientes que acuden a consulta externa del Centro Nacional de Dermatología en el periodo comprendido de septiembre 2006 a febrero 2007*, Trabajo para optar al título de especialista en dermatología, Marzo 2007. Consultado en: <http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/dermatologia/Itraconazol.pdf>.
17. Peyri J., Lleonart M. *Perfil clínico, terapéutico y calidad de vida de los pacientes con dermatitis seborreica*. Actas Dermosifiliogr. 2007 Sep; 98(7):476-82.
18. Rendic E, Díaz C, Fich Fk. *Caracterización de especies del género Malassezia en pacientes con dermatitis seborreica y en controles*, Rev. Med. Chil. 2003 Nov; 131 (11): 1295-1300.

19. Rigopoulos D, Ioannides D, Kalogeromitros D, Gregoriou S, Katsambas A. *Pimecrolimus Cream 1% vs. Betamethasone 17-Valerate 0.1% Cream in the Treatment of Seborrhoeic Dermatitis*. A Randomized Open-Label Clinical Trial. *Br J Dermatol* 151(5):1071-1075, 2004.
20. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. *Seborrheic Dermatitis: An Overview*. *American Family Physician* 2006; 74(1): 2006.
21. Seckin D, Gurbuz O, Akin O. *Metronidazole 0.75% gel vs. ketoconazole 2% cream in the treatment of facial seborrheic dermatitis: a randomized, double-blind study*. *JEADV* 2007, 21, 345-350.
22. Shemer A, Kaplan B, Nathansohn N, Grunwald MH, Amichai B, Trau H. *Treatment of Moderate to Severe Facial Seborrheic Dermatitis with Itraconazole: An Open Non-Comparative Study*. *IMAJ* 2008; 10:417-418.
23. Siadat AH, Iraj F, Shahmoradi Z, Enshaieh S, Taheri A. *The efficacy of 1% metronidazole gel in facial seborrheic dermatitis: A double blind study*. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 2006; 72 (4): 266-269.
24. Swinyer LJ, Decroix J, Langner A, Quiring JN, Blockhuys S. *Ketoconazole Gel 2% in the Treatment of Moderate to Severe Seborrheic Dermatitis*. *Cutis* 2007 June, 79 (6): 475-482.
25. Tajima M, Sugita T, Nishikawa A. *Molecular Analysis of Malassezia Microflora in Seborrheic Dermatitis Patients: Comparison with Other Diseases and Healthy Subjects*. *Journal of Investigative Dermatology*, 2008; 128: 345-351.
26. Unholzer A, Varigos G, Nicholls D, Schinzel S, Nietsch KH, Ulbricht H, Korting HC. *Ciclopiroxolamine Cream for Treating Seborrheic Dermatitis: A Double-Blind Parallel Group Comparison*, *Infection* 2002; 30 (6) 373-376.
27. Valia RG. *Etiopathogenesis of seborrheic dermatitis*. *Dermatol Venereol Leprol*, 2006 July-August; 72(4): 253-255.
28. Warshaw EM, Wohlhuter RJ, Liu A, et al. *Results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled efficacy trial of pimecrolimus cream 1% for the treatment of moderate to severe facial seborrheic dermatitis*. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 257-264.

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Morelos, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, y el apoyo, en general, al trabajo realizado por estos expertos.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz
 Dr. Esteban Hernández San Román
 M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez
 M. en A. Héctor Javier González Jácome
 Dr. Luis Agüero y Reyes
 Dr. Domingo Antonio Ocampo
 Dra. Lorraine Cárdenas Hernández
 Dr. Eric Romero Arredondo
 Dr. David Leonardo Hernández Santillán
 Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris
 Lic. Ana María Otero Prieto
 Lic. José Alejandro Martínez Ochoa
 Lic. Margarita Isela Rivera Ramos
 Lic. Alejandra Thomé Martínez

Directora General
 Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
 Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
 Subdirector de Guías de Práctica Clínica
 Coordinador de guías de medicina interna
 Coordinador de guías de pediatría
 Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
 Coordinador de guías de cirugía
 Coordinador de guías de medicina familiar (OMS)
 Comunicación y logística
 Comunicación y logística
 Investigación documental
 Diseño gráfico
 Revisión editorial

9. DIRECTORIOS

Directorio sectorial.

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 Morín.

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.

Directorio institucional.

Secretaría de Salud Guerrero.

Dr. Luis Rodrigo Barrera Ríos

Secretario de Salud en el Estado de Guerrero

Dr. Rubén Padilla Fierro

Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Faustino Esmir Balazar Sagrero

Director de Servicios de Salud

Dra. Martha Herlinda Teliz Sánchez

Jefa del Departamento de Investigación en Salud

Dra. Maritza Astudillo Melgar

Dermatóloga del Hospital General de Cd. Renacimiento

Dr. Bulmaro Adame Benítez

Director del Hospital General de Chilapa

Dr. José Antonio Perea Saavedra

Director del Hospital General de Iguala

Dra. Sofía Cuevas Bahena

Jefa del Departamento de Salud Reproductiva

Dr. Francisco Meza Ortíz

Pediatra del Hospital General de Acapulco

Dr. Raúl López Roque

Director del Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense

Dr. Jesús Molina Bravo

Director de la Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud

L.I. Jorge Arizmendi Mazón

Bibliotecólogo del Hospital General de Iguala

Dr. José Luis Núñez Ochoa

Jefe de la Jurisdicción Sanitaria 03 Centro. Chilpancingo.

Dra. Sofía Caballero Martínez

Cirujana General del Hospital General de Cd. Renacimiento.

Dr. Rubén Escarcega Valencia

Director del Hospital General de Atoyac de Álvarez

T.S. Alberto Flores Catalán

Apoyo Informático de la Dirección de Servicios de Salud

10. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contralmirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A Maria Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico