

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE REFERENCIA RAPIDA **GRR**

Diagnóstico y Manejo de la **DERMATITIS ATÓPICA** desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el Primer Nivel de Atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo 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

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

L20 Dermatitis atópica

GPC

Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el primer nivel de atención

ISBN: 978-607-7790-86-0

DEFINICIÓN

La Dermatitis Atópica (DA) ó eccema atópico es una enfermedad de la piel caracterizada por manifestaciones de inflamación crónica: prurigo intenso, piel seca, eritema y exudado. Esta afecta predominantemente a 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.

FACTORES DE RIESGO

- Se ha propuesto que la DA presenta un componente genético. Por lo que se recomienda se investiguen antecedentes personales y familiares de atopia.

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

- Irritantes: jabones detergentes, shampoo, jabón de burbujas, gel y jabones líquidos
- Infecciones de la piel
- Contacto con: inhalación de alergenos y alimentos potencialmente alergénicos
- Asociación entre las exacerbación de la DA y la exposición alimentos potencialmente alergénicos : leche de vaca, huevo y cacahuates

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

El diagnóstico de Dermatitis Atópica (DA) es clínico y se sospecha considerando como criterio mayor la presencia de prurito, más(Cuadro 1):

- Antecedentes de dermatitis o dermatitis visible en áreas de flexión y pliegues
- Lactantes de 18 meses ó < con dermatitis en mejillas, áreas extensoras y en sitios de flexión
- Antecedente personal de piel seca en los últimos 12 meses.
- Niños < de 4 años con antecedentes personales de: asma ó rinitis alérgica y/ó historia de estas enfermedades en familiares de primer grado.

- Si el inicio de signos y síntomas es en niños < 2 años de edad, no utilizar el criterio de la presencia de antecedentes de atopia en niños < de 4 años. como positivo.

Identificar el daño en la piel secundario al prurito - rascado:

- Sangrado
- Infección
- Adelgazamiento de la piel (liquenificación)

Se sugiere al realizar el diagnóstico clínico de DA, clasificar la enfermedad de acuerdo a su gravedad para evaluar su manejo en (Cuadro 2):

- Limpia
- Leve
- Moderada
- Grave

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

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

- Jabones y detergentes
- Infecciones en piel
- Contacto con: alergenios inhalados, alimentos potencialmente alergénicos: leche de vaca, huevo y cacahuates.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El profesional de la salud debe usar un abordaje paso por paso de acuerdo a las manifestaciones clínicas de la Dermatitis Atópica (DA).

Los objetivos del manejo en el primer nivel de atención son:

- Aliviar los síntomas
- Prevenir complicaciones: infecciones y recaídas
- Manejo integral: cuidado de la piel, tratamiento antiinflamatorio e identificación de factores que la exacerben.

El manejo de la dermatitis atópica (DA) leve con exacerbación se realiza primordialmente en el primer nivel de atención, considerar DA leve con exacerbación:

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

Se sugiere dentro del abordaje paso por paso (Cuadro 3 y 4):

- iniciar y mantener los emolientes como la base del manejo de la DA en niños, indicar para uso diario: lubricación y aseo.

Consideraciones del uso de los corticoesteroides tópicos en la DA:

- tratamiento de primera línea para las exacerbaciones y/o recaídas exclusivamente
- se recomienda para la elección iniciar por el de menor potencia, para el control de las exacerbaciones
- para minimizar los posibles efectos adversos indicar su uso por periodos cortos

La indicación para la elección de la potencia de los corticoesteroides tópicos se basa en la clasificación de la DA y el sitio corporal afectado:

- corticoesteroide de potencia leve para DA leve
- corticoesteroide de potencia moderada para DA moderada
- corticoesteroide potente para DA grave
- corticoesteroide de potencia leve: para cara y cuello por periodos cortos de 3-5 días y en recaídas graves usar de potencia moderada con duración corta de 3-5 días
- corticoesteroide de potencia moderada a potente para exacerbaciones en sitios vulnerables: axilas e ingles por periodos cortos (7 a 14 días) y en las recaídas graves, bajo la supervisión del dermatólogo.
- no utilizar corticoesteroides potentes en < de 1 año. En edad pediátrica se sugiere NO USAR corticoesteroides tópicos de alta POTENCIA EN NIÑOS SIN EL CONSEJO DE UN DERMATOLOGO
- no existe consistencia en relación a los días de uso de los corticoesteroides tópicos en las recaídas. Diversas guías coinciden en el manejo por periodos cortos: de 3 días hasta 14 días.

En nuestra institución no se dispone de corticoesteroides tópicos potentes y muy potentes en primer nivel de atención por lo que los niños con dermatitis grave se recomienda derivar al dermatólogo.

En el IMSS, el primer nivel de atención cuenta con el siguiente corticoesteroide tópico de potencia leve para el manejo de DA leve:

- hidrocortisona tópica al 2.5%, 1 ó 2 veces al día por 5 a 7 días sin sobrepasar 2 semanas y continuar con emolientes.

Indicar corticoesteroide de moderada potencia para manifestaciones de DA moderada:

- Fluocinolona tópica 2 veces al día por 7 días y continuar con emolientes.

Contraindicaciones para el uso de corticoesteroides tópicos:

- infección viral: herpes simple
- infección bacteriana.

En el manejo del prurito:

- No indicar en forma rutinaria los antihistamínicos no sedantes.

Indicar con manifestaciones de:

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

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

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

*Tomar en cuenta su efecto secundario de sedación

Los antihistamínicos sedantes están indicados en:

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

*Evitar su uso e en menores de 2 años.

Otra alternativa para el prurito intenso diurno y nocturno:

Se recomienda reservar el uso de los antibióticos para el tratamiento de infección aguda en lesiones en piel asociadas a la DA. Se reconoce que los niños con DA desarrollan infección por Staphylococcus aureus.

El tacrolimus y pimecrolimus tópicos no están indicados en el:

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

*Su indicación y supervisión debe ser por un dermatólogo.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

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

- Irritantes: jabones, detergentes: shampoo, jabón de burbujas, gel y jabones líquidos
- Infecciones de la piel
- Contacto: alimentos alergénicos e inhalación de alergenos,

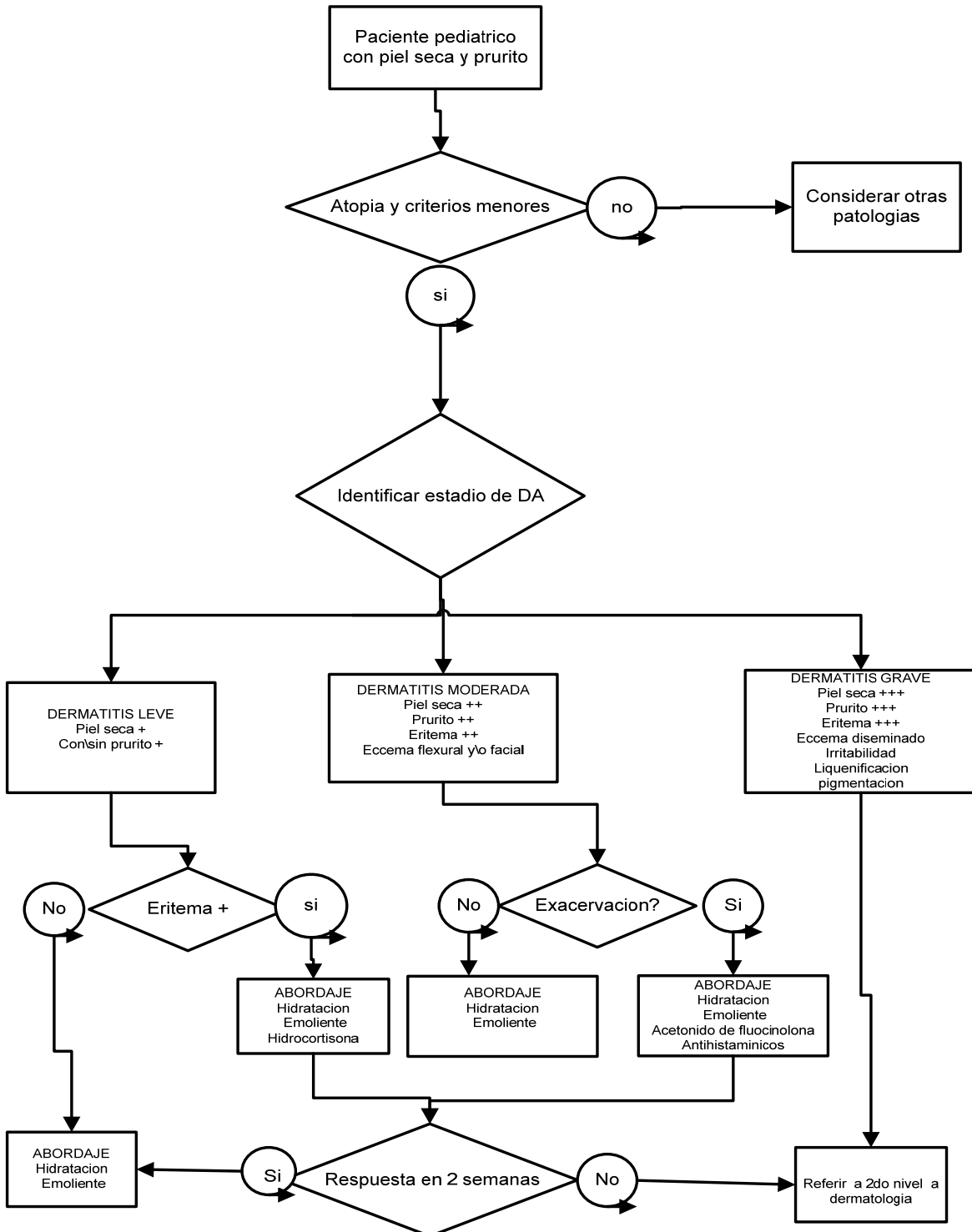
*Evaluar su retiro en cada paciente en forma individual.

Ensayos clínicos controlados y series de casos no han demostrado beneficios clínicos:

- en relación al cuadro clínico ó en las exacerbación de la DA y el nivel de IgE, con el cambio ó retiro de la leche maternizada, leche de vaca y huevo
- Debido a la controversia del beneficio de evitar el consumo de alimentos considerados como alergénicos (leche de vaca, huevo y cacahuates) se debe evaluar particularmente cada caso tomando en cuenta los antecedentes personales y familiares de atopias. Sin sustento científico para recomendar como medida terapéutica el retiro ó modificación de alimentos potencialmente alergénicos a menos de una asociación causa-efecto.
- Sin utilidad la terapia de hipo sensibilización para polvo y ácaros.
- Sin beneficio la suplementación con : lactobacillus bifidus, bifidobacterium proponilcateriurium y lactobacillus rhazomis

ALGORITMOS

Dermatitis Atópica en el paciente pediátrico



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

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

Cuadro II. Clasificación de la dermatitis atópica

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

Cuadro III. 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
Dermatitis leve	Dermatitis moderada	Dermatitis grave

Cuadro IV. Medicamentos indicados en el tratamiento de dermatitis atópica

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