

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

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

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro : 033-RR-IMSS-08-P-1

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

L20 Dermatitis Atópica

GPC

**Guía de Práctica Clínica
Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis Atópica desde el nacimiento
hasta los 16 años de edad en el primer nivel de atención.**

ISBN en trámite

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.

Identificación De Factores De Riesgo Para La DA Y Sus Recaídas En Niños:

- 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 alérgicos
- Asociación entre las exacerbación de la DA y la exposición alimentos potencialmente alérgicos : leche de vaca, huevo y cacahuates

Diagnóstico De La DA En Edad Pediátrica (Cuadro 1 y 2)

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: alergenos inhalados, alimentos potencialmente alergénicos: leche de vaca, huevo y cacahuates.

Tratamiento Para La DA En Niños (Cuadro 3 Y 4)

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 exarcepción se realiza primordialmente en el primer nivel de atención, considerar DA leve con exarcepción:

- 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:

- 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 pediatra
- 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 envió 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
- clorfenihidramina VO 1mg en niños de 1 a 5 años y 2mg en niños de 6 a 12años por 2 semanas durante las exacerbaciones.

*Evitar su uso e en menores de 2 años.

Otra alternativa para el prurito intenso diurno y nocturno:

- hidroxicina VO 1.25mg por Kg. al día cada 8h por 7 días.

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

Educación Para La Salud

Se recomienda que el profesional de la salud:

- Eduque a los niños, padres y cuidadores acerca de la dermatitis atópica y su manejo.
- Oriente a los niños con DA y sus padres del curso clínico de la enfermedad: crónica con recaídas y/o exacerbaciones. Con mejoría ocasional con el transcurso del tiempo, sin embargo en algunos casos empeoran durante la adolescencia o vida adulta.
- Informe sobre la existencia de poca evidencia científica que establezca una asociación entre la presencia ó exacerbación de la DA y el material de la ropa del paciente. Sin embargo el grupo de elaboración de esta guía recomienda el uso de ropa de algodón y evitar la ropa de lana.
- Identificar antecedentes o historia de ingesta de alimentos relacionados con exacerbación de la DA para su retiro. Sin embargo no existe evidencia contundente sobre este punto, por consenso se consideró conveniente evitar alimentos identificados como alergénicos en forma individual en niños con antecedentes personales de atopia.
- No existe evidencia científica que establezca una asociación fuerte entre los factores emocionales y la actividad de la DA. A pesar de esto se sugiere identificar y manejar los factores emocionales que ocasionen estrés, que pudieran desencadenar exacerbaciones de la DA. Por consenso se sugiere recomendar a la familia que identifique estas situaciones y de ser necesario derivar a una unidad que cuente con servicio de psicología
- Dar a conocer la asociación con otras enfermedades atópicas: asma y/o rinitis alérgica. Así como la posibilidad de desarrollar alergia alimentaria particularmente en lactantes.
- Informar sobre los signos y síntomas de las infecciones bacterianas en piel.
- Los profesionales de la salud deben reconocer que todas las categorías de la DA, pueden tener un impacto psicológico negativo con deterioro en la calidad de vida, por lo que el profesional de la salud debe evaluar: actividades diarias, sueño y el estado psicosocial.

Criterios de referencia para envío a segundo nivel con médico dermatólogo:

- Niños con dermatitis grave /ó que requieran corticoesteroides tópicos de alta POTENCIA, derivar a dermatólogo pediatra ***Se sugiere NO USAR corticoesteroides tópicos de alta POTENCIA EN NIÑOS SIN EL CONSEJO DE UN DERMATOLOGO**
- Diagnóstico incierto
- Diagnóstico diferencial con dermatitis alérgica por contacto
- Si al evaluar respuesta terapéutica existe falla en el tratamiento y/ó falta de control: con recaídas de 1 a 2 por semana y/ó reacciones adversas a los emolientes.
- Falta de respuesta de la DA localizada en cara.
- Problemas acentuados por la DA en el núcleo familiar: psicológicos, sociales y escolares.
- DA asociada a infecciones graves ó recurrentes, especialmente abscesos profundos y neumonías.
- 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.

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

- actividades diarias
- sueño
- repercusión psicosocial

Si se detecta alteración en alguna de estas esferas evaluar para su manejo multidisciplinario.

Anexos

Cuadro 1. 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	
•	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

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 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
Dermatitis leve	Dermatitis moderada	Dermatitis grave

Cuadro 4. 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
Hidroxizina	1.25mg por kilo en 24h cada 8h	tabletas	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

ALGORITMO

Dermatitis Atópica en el paciente pediátrico

