

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de Evidencias y Recomendaciones

Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis
Seborreica en menores de 18 años

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro SSA-205-09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

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

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica está diseñada para proveer información que ayude a la toma de decisiones y está basada en la mejor evidencia disponible al momento de su publicación. Es de carácter general, por lo que no establece 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 la 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 fue elaborado con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 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 menores de 18 años, México: Secretaría de Salud; 2009.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

Dermatitis seborreica L21
L21.0 Seborrea capitis. Costra de leche
L21.1 Dermatitis Seborreica Infantil
L21.8 Otras Dermatitis Seborreicas

Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis Seborreica en menores de 18 años

Nombre	Área de conocimiento /especialidad	Institución	Adscripción/ Cargo
Coordinadores:			
Dra. Helena Vidaurre de la Cruz	Dermatóloga Pediatra	Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Adscrita al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez"
Autores:			
Dra. Dulce María Ortiz Solís	Dermatóloga Pediatra	Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Adscrita al Hospital Pediátrico Azcapotzalco
Dra. Guadalupe Rosiles Sánchez	Inmunóloga – Alergóloga Pediatra	HGZ #32, IMSS	Adscrita al Servicio de Pediatría
Dra. Adriana María Valencia Herrera	Dermatóloga Pediatra	Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez	Adscrita al Servicio de Dermatología
Asesores:			
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Validación Interna:			
Dra. María de la Luz Orozco Covarrubias	Dermatóloga Pediatra	Instituto Nacional de Pediatría	Adscrito al Servicio de Dermatología
Dr. Alejandro García Vargas	Dermatólogo Pediatra	Centro Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio	Jefe de Servicio de Dermatología Pediátrica
Validación Externa:			
Dra. Carola Duran McKinster	Dermatóloga Pediatra	Academia Mexicana de Pediatría	Jefe del Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría
Dr. Ramón Ruiz Maldonado	Dermatólogo	Academia Nacional de Medicina	Investigador Nacional F del SNI

ÍNDICE

1. Clasificación	2
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	2
3. Aspectos Generales	2
3.1 Justificación	2
3.2 Objetivo de esta Guía	2
3.3 Definición.....	2
4. Evidencias y Recomendaciones	2
4.1 Prevención primaria.....	2
4.1.1 Promoción a la salud.....	2
4.1.1.1 Estilo de vida.....	2
4.1.1.2 Educación para la salud	2
4.1.1.3 Orientación y consejería	2
4.2 Prevención Secundaria	2
4.2.1 Detección	2
4.2.1.1 Factores de Riesgo.....	2
4.2.1.2 Tamizaje	2
4.2.1.3 Historia Clínica.....	2
4.2.1.4 Exploración Física	2
4.2.1.5 Diagnóstico temprano	2
4.2.1.6 Etiología	2
4.2.1.7 Estudios de Laboratorio	2
4.2.1.8 Estudios de Imagen.....	2
4.2.2 Limitación del daño	2
4.2.2.1 Tratamiento oportuno.....	2
4.2.2.1.1 Tratamiento Farmacológico	2
4.2.2.1.2 Tratamiento Sintomático.....	2
4.2.2.2 Complicaciones y secuelas de la dermatitis seborreica infantil.....	2
4.3 Criterios de Referencia	2
5. Definiciones operativas.....	2
6. Anexos.....	2
6.1 Protocolo de búsqueda.....	2
6.2 Niveles de evidencia y recomendacion.....	2
6.3 Anexos clínicos	2
6.4 Medicamentos.	2
5. Bibliografía	2
6. Agradecimientos.....	2
7. Comité Académico	2
8. Directorio	2
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	2

1. CLASIFICACIÓN

Registro	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Enfermería Medicina Familiar Medicina General Medicina Preventiva Pediatria Dermatologia Dermatologia Pediátrica
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	L21. Dermatitis seborreica, L21.0 Seborrea capitis. Costra de leche, L21.1 Dermatitis Seborreica Infantil, L21.8 Otras Dermatitis Seborreicas de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10
CATEGORÍA DE GPC	Primero y segundo nivel de atención Consejería Evaluación Diagnóstico Tratamiento farmacológico y no farmacológico Prevención primaria y secundaria Educación sanitaria Referencia Prevención de complicaciones
USUARIOS POTENCIALES	Personal de enfermería Personal de salud en servicio social Personal médico en formación Médicos generales Médicos familiares Médicos urólogos Médicos pediatras Dermatólogos Dermatólogos Pediatras
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”
POBLACIÓN BLANCO	Niños menores de 18 años.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Gobierno Federal Instituto Mexicano del Seguro Social Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Educación para el paciente (CIE9: 8901-8909) Seguimiento y control (Periodicidad de examen clínico) Consejería Criterios de Referencia al segundo nivel de atención
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna Reducción en la tasa de complicaciones
METODOLOGÍA	Definir el 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: 11 originales, 1 revisión sistemática Guías seleccionadas: 0 del periodo 2000-2009 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas: 1 del periodo 2000-2009 ó actualizaciones realizadas en este periodo Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de Guías de Práctica Clínica Internacionales: 0 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Responder a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda: Coordinación de Posgrado, Facultad de Medicina , Universidad de Guanajuato Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Coordinación de Maestría en Investigación Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato Validación Externa : Academia Mexicana de Pediatría
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

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

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se define dermatitis seborreica en niños?
2. ¿Cuál es la incidencia de dermatitis seborreica en pacientes menores de 18 años?
3. ¿Cuál es la etiología de la dermatitis seborreica en niños?
4. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer dermatitis seborreica en menores de 18 años?
5. ¿Cuáles son los signos de sospecha de dermatitis seborreica en recién nacidos, lactantes y niños mayores?
6. ¿Cuáles son los estudios paraclínicos útiles para el diagnóstico de la dermatitis seborreica en menores de 18 años?
7. ¿Cuáles son los criterios para establecer el diagnóstico de dermatitis seborreica en niños?
8. ¿Cuál es la evolución clínica de la dermatitis seborreica en niños?
9. ¿Cuáles son los criterios para referir a pacientes con dermatitis seborreica al siguiente nivel de atención?
10. ¿Cuál es el manejo integral del paciente pediátrico con dermatitis seborreica?
11. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la dermatitis seborreica en niños?
12. ¿Cuáles son las recomendaciones de seguimiento en los pacientes pediátricos con dermatitis seborreica?
13. ¿Cuáles son las complicaciones de la dermatitis seborreica en niños?
14. ¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en dermatitis seborreica en menores de 18 años?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La dermatitis seborreica es un padecimiento dermatológico frecuente en la edad pediátrica. Se presenta durante el primer año de vida. Se ha descrito una frecuencia de hasta 12 al 15% en recién nacidos y una prevalencia en la infancia temprana de 4% con discreto predominio en varones.

La dermatitis seborreica es un problema crónico e inflamatorio de la piel que afecta las áreas ricas en glándulas sebáceas. No se asocia con una excesiva secreción de sebo (“Seborrea”).

De acuerdo con la edad de presentación puede dividirse en:

- **Infantil:** menores de 1 año de edad. Habitualmente afecta la piel cabelluda, la cara, el área del pañal, los pliegues retroauricular, axilar, inguinal, del cuello y el área glútea. Se reporta una incidencia de hasta el 70% en los primeros 3 meses de vida y generalmente desaparece durante el primer año de edad. Existen algunos padecimientos con manifestaciones cutáneas similares a dermatitis seborreica que se pueden acompañar de eritrodermia y en algunos casos, diarrea crónica, falla en la ganancia ponderal e inmunodeficiencia, relacionados con alta mortalidad. La distinción entre estos padecimientos y la dermatitis seborreica permite ofrecer a los pacientes el tratamiento adecuado para cada caso.
- **Con comportamiento similar a la dermatitis seborreica del adolescente y adulto:** en mayores de un año de edad. Su prevalencia es del 1% en adolescentes y un 4% en adultos mayores de 35 años.

Las dos condiciones comparten algunas características fisiopatogénicas y clínicas. No existe evidencia de que un lactante con dermatitis seborreica desarrollará esta entidad durante la adolescencia o en la edad adulta. Es por ello que en el contexto de esta guía nos referimos solo a la dermatitis seborreica infantil.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Diagnóstico y Tratamiento de la dermatitis seborreica en menores de 18 años”**, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

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

- Realizar educación para la salud para prevenir dermatitis seborreica en niños.
- Identificar y tratar oportuna y correctamente la dermatitis seborreica en niños, para evitar complicaciones.
- Optimizar el uso de los recursos de laboratorio y gabinete en el manejo integral del paciente pediátrico con dermatitis seborreica.
- Referir oportunamente a los pacientes con dermatitis seborreica de alto riesgo al segundo o tercer nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La dermatitis seborreica (CIE 10 L21, L21.0, L21.1, L21.8) es un trastorno crónico e inflamatorio de la piel con predilección de las áreas ricas en glándulas sebáceas: piel cabelluda, cara, regiones retroauriculares, región preesternal, área genital y pliegues, que se caracteriza por placas de eritema y escama grasa, de color amarillo-grisáceo. (Naldi L, Rebora A. N Engl J Med 2009;360:387-96)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto de la revisión sistemática de la literatura en búsqueda de guías de práctica clínica y evidencia relevante sobre la dermatitis seborreica infantil.

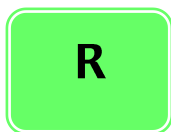
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas son producto de la revisión de la literatura. Corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Cada referencia empleada tiene un sistema para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, las cuales se describen en el Anexo I de la Guía de Práctica Clínica Completa.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E No hay evidencia de que el estilo de vida influya en la presentación y evolución de la dermatitis seborreica infantil	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R No debe modificarse el estilo de vida con la finalidad de prevenir la dermatitis seborreica infantil.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.1.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E No hay evidencia de que puedan llevarse a cabo medidas preventivas para modificar la prevalencia de la dermatitis seborreica infantil.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R No se requiere llevar a cabo medidas preventivas para la dermatitis seborreica infantil ya que no modifican su prevalencia.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.1.1.3 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E No hay evidencia de que las medidas preventivas modifiquen la evolución de la dermatitis seborreica infantil.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R No deben realizarse medidas preventivas para modificar la prevalencia de la dermatitis seborreica infantil.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La evidencia no demuestra que existan factores de riesgo para la aparición de la dermatitis seborreica.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R Se debe continuar con el cuidado habitual de la piel del recién nacido y lactante	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.1.2 TAMIZAJE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E No hay evidencia de que exista una prueba específica para el diagnóstico de la dermatitis seborreica	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R El diagnóstico de dermatitis seborreica se realiza por medio del interrogatorio y la exploración clínica. No se requieren exámenes paraclínicos para establecer el diagnóstico	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.1.3 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La dermatitis seborreica infantil aparece generalmente en el primer mes de vida, presentando placas escamosas amarillentas de aspecto oleoso que asientan sobre una base eritematosa en la piel cabelluda, cara, pliegues de cuello, retroauriculares, axilas, ingles y glúteos.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R En el paciente recién nacido y lactante menor que presente placas escamosas amarillentas de aspecto oleoso en la piel cabelluda, la cara, los pliegues de cuello, retroauriculares, axilas, ingles y glúteos deberá diagnosticarse dermatitis seborreica infantil.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009
E El 70% de los casos de dermatitis seborreica infantil se presenta en los 3 meses de la vida. Se resuelve durante el primer año de vida.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009

E

La dermatitis seborreica afecta al 1% de niños mayores de 1 año de edad. Los sitios de presentación son los descritos en la dermatitis seborreica del adulto (pliegues nasogenianos, región esternal, párpados, zonas flexurales, acompañados de prurito)

1+
Revisión sistemática.
Naldi, 2009

R

La presencia de signos y síntomas similares a los de dermatitis seborreica en niños mayores de 1 año de edad sugiere enfermedades distintas de dermatitis seborreica. Estos pacientes deben enviarse al siguiente nivel de atención.

C
Revisión sistemática.
Naldi, 2009

E

La dermatitis seborreica infantil con afección generalizada o que excede las áreas descritas, acompañada de infecciones recurrentes y falla en la ganancia ponderal se asocia a inmunodeficiencia y requiere de diagnóstico preciso mediante el abordaje multidisciplinario.

1+
Revisión sistemática.
Naldi, 2009

R

En el paciente recién nacido o lactante que presente dermatitis seborreica generalizada o con afección de otras áreas no descritas en la definición operacional deberá sospecharse inmunodeficiencia y enviarse al siguiente nivel de atención para su manejo

C
Revisión sistemática.
Naldi, 2009

4.2.1.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los signos y síntomas clínicos de la dermatitis seborreica en recién nacidos y lactantes son: presencia de placas eritematoescamosas, amarillentas, oleosas que afectan principalmente piel cabelluda, cara, pliegues retroauriculares y área genital.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
E La piel sana del recién nacido no presenta costras oleosas amarillentas. La presencia de éstas lesiones a nivel de la piel cabelluda comúnmente conocida como “costra de leche” es una variante de la dermatitis seborreica infantil.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R La dermatitis seborreica localizada exclusivamente en piel cabelluda (“costra de leche”) es una variante de dermatitis seborreica y como tal debe tratarse.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009
E El diagnóstico diferencial de dermatitis seborreica infantil se establece con las siguientes entidades: psoriasis, dermatitis atópica, tiña, histiocitosis e inmunodeficiencias congénitas.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R Ante la duda diagnóstica, es decir: lesiones que se presenten con características diferentes de las descritas anteriormente tanto en el aspecto, la localización o la extensión, se requiere enviar al paciente al siguiente nivel de atención	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.1.5 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El diagnóstico de la dermatitis seborreica infantil es clínico y se establece con la observación de las lesiones características ya descritas.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R Se recomienda efectuar una evaluación temprana para diagnosticar y manejar oportunamente la dermatitis seborreica	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.1.6 ETIOLOGÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E <i>Malassezia furfur</i> (<i>Pityrosporum ovale</i>) es el microorganismo asociado como agente causal de la dermatitis seborreica infantil.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
E La disfunción de las glándulas sebáceas secundaria a un trastorno en la regulación de las citocinas proinflamatorias condiciona la aparición de la dermatitis seborreica infantil.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
E Hasta el momento no hay evidencia de que exista una predisposición genética para presentar dermatitis seborreica infantil.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.1.7 ESTUDIOS DE LABORATORIO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E No se requieren exámenes de laboratorio o gabinete para el diagnóstico de la dermatitis seborreica infantil.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R El diagnóstico de la dermatitis seborreica infantil se realiza por medio de la exploración física, en caso de duda, enviar a siguiente nivel de atención.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.1.8 ESTUDIOS DE IMAGEN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El diagnóstico de dermatitis seborreica infantil es clínico. No se requieren estudios de imagen.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R No se necesita ningún estudio de imagen para hacer diagnóstico de dermatitis seborreica infantil. En caso de duda diagnóstica, enviar al paciente al siguiente nivel de atención	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.2.2.1 TRATAMIENTO OPORTUNO

4.2.2.1.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Para el tratamiento de la dermatitis seborreica infantil se han utilizado medicamentos tópicos como: antifúngicos, antiinflamatorios esteroides, inhibidores de calcineurina, pitirionato de Zinc y bisulfuro de Selenio.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
E No hay evidencia de que la utilización de la terapia combinada de ketoconazol al 2% con esteroides tópicos sea más eficaz que el tratamiento exclusivo con ketoconazol al 2%.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R Tratar la dermatitis seborreica infantil con ketoconazol al 2% en shampoo, gel o crema, aplicado una vez al día en las lesiones.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009
4.2.2.1.2 TRATAMIENTO SINTOMÁTICO	
E La dermatitis seborreica infantil no presenta síntomas asociados, por lo que no requiere tratamiento sintomático.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R No administrar tratamiento sintomático a los pacientes con dermatitis seborreica.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.2.2.2 COMPLICACIONES Y SECUELAS DE LA DERMATITIS SEBORREICA INFANTIL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La dermatitis seborreica infantil no presenta complicaciones.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R El paciente con datos clínicos de dermatitis seborreica infantil que presenta signos y síntomas asociados (prurito, fiebre, infecciones) o mala respuesta al tratamiento debe referirse al siguiente nivel de atención.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La presencia de lesiones similares a las de dermatitis seborreica en sitios distintos de: piel cabelluda, cara, pliegues del cuello, retroauriculares, axilares, inguinales y área glútea podría señalar trastornos inmunológicos sistémicos como histiocitosis de células de Langerhans o inmunodeficiencias específicas.	1+ Revisión sistemática. Naldi, 2009
R Referir al siguiente nivel de atención a los pacientes que presenten: • Lesiones de dermatitis seborreica fuera de la topografía descrita anteriormente • Lesiones de dermatitis seborreica que excedan estos mismo sitios • Síntomas sistémicos: fiebre, prurito, infecciones, falta de ganancia ponderal. • Lesiones cutáneas diferentes a placas eritematoescamosas o amarillentas, de aspecto oleoso.	C Revisión sistemática. Naldi, 2009

5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Dermatitis seborreica. Trastorno crónico e inflamatorio de la piel con predilección de las áreas ricas en glándulas sebáceas, que se caracteriza por placas eritemato escamosas, cuya escama es grasa, de color amarillo-grisácea que afecta principalmente piel cabelluda, cara, regiones retroauriculares, región preesternal, área genital y pliegues.

Dermatitis. Proceso inflamatorio de la piel.

Seborreica. Aspecto oleoso de la piel.

Eritema. Coloración roja de la piel.

Costra. Exudado que se seca en la superficie de la piel.

Escama. Desprendimiento en bloque de la capa cornea.

6. ANEXOS.

6.1 NIVELES DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN

Para gradar la literatura de referencia se utilizó el sistema SIGN (Harbour , 2001)

Tabla 1. Niveles de evidencia (SIGN)

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Nivel de evidencia
1 ++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.	A
1 +	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos	
1 --	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.	
2 ++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casoscontroles, o Estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.	B
2 +	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.	C
2 --	Estudios de cohortes o de casos-controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.	D
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).	
4	Opiniones de expertos.	

Tabla 2. Grados de recomendación (SIGN)

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	● Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o ● Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	● Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o ● Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	● Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o ● Extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	● Niveles de evidencia 3 o 4, o ● Extrapolación de estudios calificados como 2+.

6.2 ANEXOS CLÍNICOS

El diagnóstico de la dermatitis seborreica es clínico. No es necesaria la realización de estudios de laboratorio y gabinete para realizar el diagnóstico. En caso de duda diagnóstica enviar al siguiente nivel de atención.

6.3 MEDICAMENTOS.

Ketoconazol al 2% en shampoo, gel o crema aplicado una vez al día

5. BIBLIOGRAFÍA

- Naldi L, Rebora A. Seborrheic Dermatitis. N Engl J Med 2009;360:387-96
- Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. BMJ 2001;323:334-336

6. AGRADECIMIENTOS

HGZ #32. IMSS DF SUR

Hospital Pediátrico de Azcapotzalco. Secretaria de Salud del DF.

Hospital Infantil de México Federico Gómez. Secretaria de Salud SSA.

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez", Secretaria de Salud del Gobierno del D.F.

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jacome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez	Revisión de la Literatura
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y Logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño Gráfico
Ing. David Felipe Mares Silva	Revisión Editorial
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruiz Gaitán	Revisión Editorial

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar
Horcasitas
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

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Dr. Jorge Armando Ahued Ortega
Secretario de Salud
Dr. Ignacio Villaseñor Ruiz
Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos
Dr. Gustavo Carbajal Aguilar
Director General de Servicios Médicos y Urgencias
Dr. Eleuterio Ortiz Cruz
Director de Atención Hospitalaria
Dr. Osvaldo González La Riviere
Director del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez"
Dra. Guadalupe Alejandra Santillán Muñoz
Directora del Hospital Pediátrico Azcapotzalco

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas
Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
Titular de la Unidad de Atención Médica
Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Hospital General de Zona no. 32

Director General

Subdirector Médico

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Julio Sotelo Morales
Comisionado
Dr. Alberto Lifshitz Guinzber
Director General de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Dr. José Alberto García Aranda
Director General
Dr. Alejandro Serrano Sierra
Director Médico
Dra. Mónica Villa Guillén
Subdirectora de Asistencia Médica

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Lic. Daniel Karam Toumeh 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
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante 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 de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General 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. Cecilia Amerena Serna 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. Miguel Ángel Lezana Fernández 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. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dra. Ma. Elena Barrera Tapia Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	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, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico