



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EVALUACIÓN DE PERSONAL SANITARIO AFECTADO POR
DERMATITIS DE MANOS ASOCIADO A DERMATITIS DE CONTACTO
OCUPACIONAL

SAMANIEGO VASQUEZ KATHERINE MICHELLE
MÉDICA

MACHALA
2017



UTMACH

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

**EVALUACIÓN DE PERSONAL SANITARIO AFECTADO POR
DERMATITIS DE MANOS ASOCIADO A DERMATITIS DE
CONTACTO OCUPACIONAL**

**SAMANIEGO VASQUEZ KATHERINE MICHELLE
MÉDICA**

**MACHALA
2017**



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

EVALUACIÓN DE PERSONAL SANITARIO AFECTADO POR DERMATITIS DE
MANOS ASOCIADO A DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL

SAMANIEGO VASQUEZ KATHERINE MICHELLE
MÉDICA

VIRE BUSTAMANTE JUAN PABLO

MACHALA, 23 DE NOVIEMBRE DE 2017

MACHALA
23 de noviembre de 2017

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado EVALUACIÓN DE PERSONAL SANITARIO AFECTADO POR DERMATITIS DE MANOS ASOCIADO A DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



VIRÉ BUSTAMANTE JUAN PABLO

1103703185

TUTOR - ESPECIALISTA 1



JARA GUERRERO EDMO RAMIRO

1103101208

ESPECIALISTA 2



ESPINOZA GUAMAN PEDRO SEBASTIAN

0102088499

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 27 de noviembre de 2017 - 12:22

Urkund Analysis Result

Analysed Document: SAMANIEGO VASQUEZ KATHERINE MICHELLE.docx
(D32182301)
Submitted: 11/7/2017 8:40:00 PM
Submitted By: jvire@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731011003255>

Instances where selected sources appear:

1

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, SAMANIEGO VASQUEZ KATHERINE MICHELLE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado EVALUACIÓN DE PERSONAL SANITARIO AFECTADO POR DERMATITIS DE MANOS ASOCIADO A DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

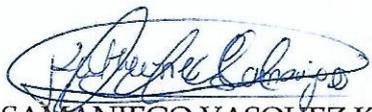
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 23 de noviembre de 2017



SAMANIEGO VASQUEZ KATHERINE MICHELLE
0705829463

DEDICATORIA

A mis padres, que con grandes esfuerzos pudieron darme una buena educación, y sobretodo un hogar donde siempre pude encontrarlos con los brazos abiertos. A mis hermanas que con sus ocurrencias y cariño hacen de mi vida una experiencia hermosa.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios que me ha acompañado en cada momento y que estoy segura continuará a mi lado por siempre y que es a quien le debo lo más preciado que tengo, a mi familia y a mi gran amor.

A todos aquellos que fueron parte de mi formación profesional, a mis queridos docentes, algunos de ellos que me han dado aparte de instrucción académica, mucha entrega personal y cariño.

A mis amigos de aula, a mis hermanos escogidos que hice durante esta larga trayectoria, porque hemos crecido juntos, y aún nos faltan tantos logros por realizar y compartir.

RESUMEN

La dermatitis de contacto (DC) hace referencia a la aparición de patrones inflamatorios de dermatitis o eccema como respuesta a la interacción con agentes externos, tanto por efecto irritativo directo, como por la estimulación de una respuesta inmunomediada.

Dermatitis de contacto ocupacional (DCO) es toda afectación de la piel, mucosas o anexos, que se relacione con actividad profesional o de etiología existente en el ambiente de trabajo.

La dermatitis de manos es una patología común debido a que ellas son las herramientas corporales más utilizadas. Entre sus factores de riesgo se incluyen la atopía y el lavado de manos frecuente o la realización de trabajos húmedos, con evidencia controvertida para factores como el sexo, el consumo de tabaco, entre otros.

El 90.95% de las enfermedades cutáneas ocupacionales corresponden a DCO, su prevalencia varía en función de las actividades laborales y tipos de exposición, con cifras citadas en la literatura de hasta un 37%.

El diagnóstico se basa en la clínica, como por los antecedentes laborales y se complementan con la prueba del parche. El tratamiento en eliminar la exposición al agente etiológico y el uso de corticoides.

El presente trabajo tiene como finalidad la revisión de artículos científicos, de revistas indexadas para valorar la dermatitis de manos en personal sanitario como parte de las dermatitis ocupacionales más frecuentes, su frecuencia, causas, diagnóstico, tratamiento y prevención de la misma.

PALABRAS CLAVE:

Dermatitis, manos, ocupacional, criterios Mathias, prueba del parche.

ABSTRACT

Contact dermatitis (DC) refers to the appearance of inflammatory patterns of dermatitis or eczema in response to the interaction with external agents, both by direct irritative effect and by the stimulation of an immune-mediated response.

Occupational contact dermatitis (DCO) is any skin affectation, mucous membranes or appendices, that is related to professional activity or of existing etiology in the work environment. Hand dermatitis is a common pathology because they are the most commonly used body tools. Risk factors include atopy and frequent hand washing or wetwork, with controversial evidence for factors such as sex, smoking, among others.

The 90.95% of the occupational skin diseases correspond to DCO, its prevalence varies depending on the work activities and types of exposure, with figures cited in the literature of up to 37%.

The diagnosis is based on the clinic, the work history and is complemented by the patch test.

Treatment in eliminating exposure to the etiologic agent and the use of corticosteroids.

The purpose of this work is to review scientific articles, indexed journals to assess hand dermatitis in health personnel as part of the most frequent occupational dermatitis, its frequency, causes, diagnosis, treatment and prevention of it.

KEYWORDS:

Dermatitis, hands, occupational, Mathias criteria, patch test.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	I
CONTRAPORTADA.....	II
PÁGINA DE ACEPTACIÓN.....	III
URKUND.....	IV
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTOS.....	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
ÍNDICE.....	X
INTRODUCCIÓN.....	11-12
DESARROLLO.....	13-22
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24-25
ANEXOS.....	26

1. INTRODUCCIÓN

La dermatitis de contacto (DC) se denomina a la aparición de patrones inflamatorios de dermatitis o eccema como consecuencia a la interacción con agentes externos, tanto por efecto irritativo directo, como por la estimulación de una respuesta mediada inmunológicamente (1).

Existen más de 85.000 químicos en nuestro ambiente y si bien cualquier sustancia puede ser irritante, cerca de 4.000 han sido identificadas como alérgenos de contacto(2).

Los dos tipos principales son la dermatitis irritante de contacto (DCI) y la dermatitis de contacto alérgica (DCA). DCI se produce como resultado de lesión directa a la capa córnea por los productos químicos o agentes físicos que se produce más rápido que la piel es capaz de repararse a sí mismo; lo que da lugar a una reacción cutánea no inmunológica inflamatoria. No se requiere sensibilización previa a diferencia de la DCA. Aunque la susceptibilidad varía entre los individuos, dada la suficiente exposición a un irritante, cualquier persona puede desarrollar la DCI. Por su parte la DCA es un tipo IV reacción de hipersensibilidad retardada a los productos químicos externos (alérgenos) que sólo se produce en individuos susceptibles que han sido previamente sensibilizados (3).

Entre los trabajadores de la salud, la dermatitis de contacto ocupacional (DCO) tiene una prevalencia estimada en aproximadamente el 30%; ya que los trabajadores de salud están expuestos a una variedad de agentes que son capaces de conducir a un espectro de la enfermedad que incluye dermatitis de contacto alérgica, dermatitis de contacto irritante, y urticaria de contacto alérgica, así como las exacerbaciones de una variedad de enfermedades endógenas incluyendo dermatitis atópica, eczema dishidrótico, y psoriasis (4).

Es bien conocido que entre las afecciones más frecuentes de la población sanitaria encontramos la dermatitis de manos, debido al lavado frecuente y uso de agentes irritantes jabonosos como el lauril sulfato de sodio.

2. DESARROLLO

2.1 BREVES RASGOS HISTÓRICOS

Las bases del conocimiento en el campo de la dermatitis de contacto han estado presente desde tiempos egipcios antiguos griegos y antiguos, como lo demuestran los escritos de Hipócrates y Plinio el Joven. Los avances del trastorno crecieron rápidamente durante el siglo 19, con Ferdinand von Hebra que demuestra que el aceite de croton podría provocar eczema en la piel humana normal (5).

Bernardo Ramazzini (1633- 1714), el autor de Un tratado de la Enfermedad de Tradesmen en 1714, el autor es considerado el padre de la medicina ocupacional, el mismo que descubrió enfermedades relacionadas con el trabajo de los pacientes e indujo a estudiantes de medicina para que realicen conclusiones de ello a fondo. Describió dermatitis de las manos de mujeres lavanderas, atribuyendo su condición a directo contacto con sustancias(5).

Jadassohn fue el primer dermatólogo en aplicar métodos experimentales objetivos para el estudiar de la inmunología cutánea. En 1895 fue el personaje que desarrolló la prueba de contacto con el fin de diagnosticar objetivamente un paciente que había desarrollado una reacción eccematosa a los yesos de mercurio, que en aquella época habían sido prescrito para el piojo del pubis(5).

2.2 CONCEPTO

Dermatitis de contacto (DC) se denomina a la aparición de patrones inflamatorios de dermatitis o eccema como consecuencia a la interacción con agentes externos, que puede ser por efecto irritativo directo, como por la estimulación de una respuesta mediada inmunológicamente. La respuesta que se produce debido al contacto con sustancias externas

depende en gran medida de las características químicas del agente exógeno y de la susceptibilidad personal de cada individuo, de forma que la clínica cutánea resultante puede ser muy amplia, desde lesiones leves a algunas severas. Desde el punto de vista histológico, la DC está definida por la aparición de edema entre los queratinocitos, lo que produce un aumento del espacio intercelular, llegando en ocasiones a producir una rotura de los desmosomas y aparición de ampollas intraepidermis(1).

2.3 HISTOPATOLOGÍA

Los hallazgos histológicos de dermatitis de contacto más importantes son:

- Infiltrado inflamatorio perivascular y superficial por neutrófilos, linfocitos e histiocitos.
- Balonización importante de los queratinocitos de epidermis.
- Espongiosis leve.
- Grados que varían de necrosis epidérmica.
- Posibilidad de encontrarse escamas y costras.
- Ulceración y erosión epidérmica, dependiendo de la severidad del proceso.

El infiltrado se puede diferenciar del de la dermatitis de contacto alérgica debido a que la misma tiene eosinófilos, pero no es un resultado concreto en todos los casos.

2.4 CLASIFICACIÓN

La categorización de la dermatitis de contacto se realiza en dos grandes ramas: la dermatitis de contacto irritativa y la dermatitis de contacto alérgica, anteriormente se decía que seguían caminos inmunológicos diferentes; actualmente se sabe que en primer lugar, DCI (inmunidad

innata) y DCA (inmunidad adaptativa) siguen un camino similar: una respuesta inflamatoria es inducida cuando un xenobiótico químico penetra en los tejidos de la piel luego de una interrupción de la barrera del estrato córneo. El proceso sigue siendo limitado en la DCI, pero para la DCA, los xenobióticos actúan como un antígeno (hapteno) después de que los linfocitos T específicos lo reconocen, induciendo así una reacción alérgica. Esto nos explica por qué la diferenciación clínica entre la DCI y DCA es a menudo muy poco fácil (6).

2.5 DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA

La DC alérgica (DCA) es producto a una respuesta de hipersensibilidad retardada tipo IV en la que los agentes exógenos actúan como alérgenos o haptenos. La patogenia de la DCA comienza con una fase de sensibilización al material exógeno que se a consecuencia intervine en la maduración de las células de Langerhans a células dendríticas y en la expansión clonal de linfocitos T efectores frente al alérgeno determinado. Ante una nueva exposición al agente externo se produce una liberación de citoquinas proinflamatorias por parte de los queratinocitos y las células de Langerhans, con aumento de moléculas de adhesión endotelial y quimiotaxis de glóbulos blancos. Además se realiza la presentación de antígeno a los linfocitos T efectores que inducen la activación de macrófagos y granulocitos (1).

El concepto de DCA considera las diversas facetas, se han denominado tres etapas de DDCA se definen a continuación:

Etapa 1. Signos y síntomas de la piel se limitan al sitio (s) de aplicación del alérgeno (s)

Etapa 2. Hay una difusión regional de los signos y síntomas (a través de los vasos linfáticos) que se extienden desde la zona de aplicación del alérgeno (s).

Etapa 3. Corresponde a la acción hematogena diseminación de cualquiera de DCCA a una distancia (etapa 3A) o reactivación sistémica de DDCA (Etapa3B) (6).

Se ha demostrado que la DCA es capaz de afectar a cualquier persona, sin predilección por la etapa de su vida en la que se encuentre. No hay predilección por razas o sexos, si bien cada alérgeno tiene unas características epidemiológicas específicas, mas se encuentra relación con diferentes situaciones como es en el caso del níquel, ampliamente empleado en bisutería afectando con más frecuencia a las mujeres. Además la ocupación laboral tiene un papel fundamental, siendo así que la DCA es conocida como una de las causas principales de dermatosis ocupacionales, con un alto impacto socioeconómico (1).

2.6 DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA

La dermatitis es caracterizada clínicamente por prurito, dolor, enrojecimiento, edema, ronchas, ampollas, y descamación; pueden presentar incluso como zonas de hiperqueratosis.

La dermatitis de contacto irritante es una respuesta inflamatoria que aparece luego de una exposición cutánea a un agente peligroso. El contacto precede a la sintomatología clínica por entre 1 a 4 días, el agente se considera tóxico para la piel, creando una alteración celular que afecta a la capa córnea, afectando principalmente a las manos. La dermatitis de contacto irritante presenta como dos tipos: una acumulativa crónica que se desarrolla como resultado de exposiciones repetidas; y una segunda dermatitis de contacto irritante, denominada aguda se produce después de una exposición a un irritante fuerte o una sustancia química cáustica ácida o álcali (1).

Las DCI son la causa más frecuente de las dermatitis de contacto ocupacionales, ya que sea han denominado en un alrededor del 80 % de las DC ocupacionales.

Las manifestaciones clínicas de la DCI dependen tanto del sujeto expuesto, como a las características del agente exógeno, ya sea temperatura, concentración, presión, humedad, pH y duración del contacto. Como un ejemplo en el recurrente lavado de manos que genera un ambiente poco húmedo y frío contribuyendo a la pérdida de agua en el estrato córneo, provocando una mayor permeabilidad a diferentes agentes como jabones, detergentes o disolventes que pueden producir la irritación cutánea(1).

A diferencia de la DCA, la DCI posee grupos étnicos de predilección, a los que afecta mayormente como a niños y ancianos, y de acuerdo a raza, la blanca es la más afectada. También tiene zonas predilectas en las diferentes regiones del cuerpo, encontrándose que un 80 % de pacientes con DCI presentan afectación de las manos (1).

2.7 DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL

“Cualquier afectación de la piel, mucosas o anexos, directa o indirectamente causada, condicionada, mantenida o agravada por alguna actividad profesional o que exista en el ambiente de trabajo” es el concepto de dermatosis ocupacional dada en el X Congreso Íbero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD) de 1983.

El 90.95% de las enfermedades cutáneas ocupacionales (ECO), corresponden a DC, sobre todo entre los trabajadores agroindustriales y se presentan como dermatitis de manos, ya sea solas o en combinación de dermatitis de otra localización. Las dermatitis ocupacionales representan entre un 10,9% y 51% de todos los casos de dermatitis, variando en la bibliografía revisada. La prevalencia se estima en un 4% y 37% de los trabajadores, con una incidencia de 5,5 casos por 1.000 personas por año(2).

A los empleadores que más afecta es a aquellos relacionados con la manipulación de alimentos, estilistas/cosmetólogos, a los trabajadores sanitarios, los trabajadores

agropecuarios, los servicios relacionados con la limpieza; la pintura, trabajadores de las industrias del metal, trabajadores de la industria electrónica, impresión y construcción (2).

El sitio más afectado, ya anteriormente descrito es las manos (65% -70% de los casos) y seguido de las muñecas, los brazos (18%-30%), cara (15,6%) y piernas (12%). La localización exacta de las lesiones va a depender de las características de la exposición(2).

2.8 DIAGNÓSTICO DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONAL

Los criterios de Mathias son 7 criterios objetivos que permiten determinar una probable relación de imputabilidad entre un eczema de contacto y una actividad laboral concreta. La sensibilidad de los criterios de Mathias es de un 100%, la especificidad es de un 98,90%. Para estimar los resultados como probables de dermatitis de contacto profesional, el cuestionario debe ser afirmativo en 4 o más de los 7 criterios(7).

Descritos en Tabla 1.

2.9 DERMATITIS DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO

La dermatitis de manos en personal trabajador del área de la salud es bien conocida, y su riesgo en relación a otras profesiones se estima como mayor. Tiene obvia relación con la gran exposición a agentes irritativos, al lavado frecuente de manos, el uso de alcohol en gel, el contacto con los alérgenos y el efecto oclusivo de guantes. La dermatitis de contacto ha sido determinada como un 70 a un 90% de todas las enfermedades profesionales de la piel y afecta negativamente a la función dentro de las actividades laborales tanto como a la calidad de vida(8).

La higiene de manos es uno de los pilares básicos de los programas de prevención y control de las infecciones hospitalarias, ya que su uso correcto puede reducir hasta un 40% la tasa de transmisión de infecciones nosocomiales(9).

2.9.1 Tipos de productos para la higiene de manos

- a) Soluciones hidroalcohólicas. Poseen al alcohol como antiséptico (etanol, n-propanol, isopropanol), tensoactivos con acciones humidificante, emulsionante y espumante, y emolientes o dermatoprotectores que protegen a la piel de la desecación.
- b) Geles de base alcohólica. Son antisépticos de base alcohólica formulados en gel. Difieren de los líquidos en su consistencia, la misma que se consigue mediante un sistema de gelificación o engrosamiento que aumenta su viscosidad, evitando que el producto penetre en la piel después de su aplicación continua en las manos y que éstas permanezcan recubiertas por una capa húmeda de sales de aminas de ácido poliacrílico.
- c) Jabones antisépticos. Los ingredientes activos suelen ser la clorhexidina y el triclosan, yoduros como la povidona yodada.

2.9.2 Productos de higiene de manos e irritación cutánea

El frecuente y repetido uso de productos de higiene de manos, especialmente jabones y otros detergentes, son la causa principal de la dermatitis irritativa de contacto (DCI) entre los trabajadores sanitarios. Los productos mencionados dañan la piel debido a la desnaturalización de las proteínas del estrato córneo, cambios en los lípidos intercelulares, y disminución de la cohesión de los corneocitos y de la capacidad ligadora del agua del estrato córneo. Debido a estas alteraciones cutáneas aparecen cambios en la flora de las manos que favorecen la colonización transitoria con más facilidad. El daño puede exacerbarse al usar agua caliente, si no se utilizan cremas de manos y si las toallas de papel para secarse son de mala calidad(9).

Los alcoholes son considerados de entre los antisépticos, como los más seguros y sin prácticamente ningún efecto irritante. La tolerancia dérmica no difiere entre la piel de

pacientes atópicos y no atópicos e incluso en la piel preirritada, que es problema común con otras sustancias; además la potencia irritante es muy baja. El bajo potencial irritante de los alcoholes comúnmente utilizados, de la misma manera su mejor tolerancia con respecto a jabones y detergentes, han sido demostrados mediante patch test y mediciones de bioingeniería como la pérdida de agua transepidérmica (TEWL: transepidermalwaterloss) (parámetro de disrupción de la barrera cutánea) y la corneometría (parámetro de hidratación cutánea)(9).

El lauril sulfato de sodio es el irritante más a menudo utilizado para demostrar la dermatitis de contacto irritante en parámetros experimentales, pero las concentraciones utilizadas y las poblaciones estudiadas varían ampliamente; sin embargo es el producto jabonoso más conocido(10).

2.9.3 Dermatitis por guantes de latex

El látex de caucho natural es un escudo citoplasmático producido por proteínas complejas de caucho brasileño del árbol Hevea. Debido a su bajo costo, durabilidad y elasticidad del látex, lo hacen un material en una serie de productos. En el campo de nuestro interés el látex se utiliza en objetos médicos tales como guantes, condones, globos y catéteres. La sensibilidad al látex se informa en $\leq 1\%$ de la población general no atópica pero alcanza hasta 5-15% entre empleados del cuidado de la salud(11).

Se ha reconocido que las reacciones a guantes de látex se pueden presentar de tres formas: la primera es la dermatitis de contacto en las manos después de usar guantes, como consecuencia de la fricción mecánica y secado. La segunda es el tipo I de reacción de hipersensibilidad inmediata al látex, una reacción de hipersensibilidad mediada por IgE al látex de proteínas, y la tercera es la dermatitis alérgica de contacto que es un tipo IV retrasó

reacción de hipersensibilidad causada generalmente por los aceleradores químicos. La cual es una respuesta inmune mediada por células que se desarrolla de 24-48 horas después de la exposición al látex (11).

En un estudio a personal sanitario de un hospital en Izmir- Turquía, donde 1.115 trabajadores sanitarios participantes, Se encontró que la prevalencia de hipersensibilidad a los guantes de caucho natural de 4,2%. De los cuales 47 trabajadores sanitarios tenían síntomas alérgicos tras el contacto con los productos que contienen látex, por ejemplo, dermatitis de contacto se encontró en 61,7%, la rinitis alérgica en 27,7%, conjuntivitis alérgica en 6,4%, y el asma en 4,2% de los trabajadores sanitarios (11).

2.10 TRATAMIENTO

Como una nemotecnia para tratar a un paciente con dermatitis por contacto, encontramos la "regla de las 4 Rs": 1. Reconocimiento del agente causal irritante/ alérgico; 2. Remoción del irritante/ alérgeno; 3. Reducción de la inflamación: La dermatitis por contacto leve y aguda deberá ser tratada de forma efectiva y cuidadosa en función de evitar la cronicidad. Es fundamental prolongar el tratamiento más allá de los signos clínicos visibles, para permitir así la restauración de la barrera cutánea; los corticoides tópicos (CT) son ampliamente aceptados como tratamiento de los eccemas agudos y crónicos, si bien pueden retrasar la curación de las DCI. Si las lesiones fueran extensas y graves se puede precisar de terapia sistémica; 4. Restauración de la barrera cutánea: La humectación es un complejo de acciones que incluyen la emoliencia (relipidización de la barrera cutánea: en base a lípidos constitutivos como ceramidas); la hidratación por incremento del agua en el estrato córneo (en base a agentes

como urea, glicerina) y la oclusión (retención de agua en el estrato córneo: vaselina sólida)(2).

Otra bibliografía menciona que el único tratamiento eficaz es erradicar el alérgeno (s) culpable. Los tratamientos sintomáticos, principalmente corticoides tópicos, pueden ser de ayuda para reducir la sintomatología, antes de que se pueda establecer un diagnóstico definitivo(6).

CONCLUSIONES

La dermatitis de contacto ocupacional, específicamente la dermatitis de manos es una patología que frecuentemente afecta a la población trabajadora en el área de salud, debido a la exposición a agentes irritantes como soluciones antisépticas, jabonosas, material de látex y la frecuencia y mal hábito en la higiene de manos; lo cual resulta en dermatitis de hasta un 37% en el personal sanitario según los estudios registrados para la elaboración de este artículo.

Si bien es cierto la afectación es de gran impacto en personal sanitario, muchas veces puede prevenirse mediante la educación en técnicas de lavados de manos y con la evitación de los agentes exógenos que se han determinado como etiología o posible etiología de la dermatitis.

El diagnóstico es clínico, y se puede corroborar con la prueba del parche; la misma que hace la distinción de si es de causa alérgica o irritativa, ya que en la biopsia es muy difícil la diferenciación de ambas. El tratamiento se basa en evitar la exposición y en el uso de corticoides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lera Imbuluzqueta JM, Bernad Alonso I, Ivars Lleó M, España Alonso A. Dermatitis de contacto. Med [Internet]. 2014;11(48):2813–22. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70703-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70703-6)
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Dermatitis por contacto - Consenso 2015. 2015;1–30.
3. Tan CH, Rasool S, Johnston GA. Contact dermatitis: Allergic and irritant. Clin Dermatol. 2014;32(1):116–24.
4. Kadivar S, Belsito D V. La dermatitis ocupacional en salud Cuidado de los asistentes evaluados por sospecha de dermatitis alérgica de contacto. 2015;177–83.
5. Alikhan A, Maibach HI. Dermatitis alérgica de contacto. 2014;100:97–100.
6. Lachapelle J. dermatitis alérgica de contacto: aspectos clínicos. 2014;29(3):185–94.
7. Gómez De Carvallo M, Calvo B, Benach J, Pujol R, Giménez-Arnau AM. Evaluación de los criterios de imputabilidad de dermatosis profesional definidos por Mathias. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(5):411–21.
8. Inglés MMJ. dermatitis irritante de la mano en trabajadores de la salud. 2015;37(65):2–4.
9. Batalla A, García-Doval I, De La Torre C. Productos de higiene y antisepsia de manos: su empleo y relación con el eccema de manos en los profesionales sanitarios. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(3):192–7.

10. Callahan A, Baron E, Fekedulegn D, Kashon M, Yucesoy B, Johnson VJ, et al. Winter season, frequent hand washing, and irritant patch test reactions to detergents are associated with hand dermatitis in health care workers. *Dermatitis*. 2013;24(4):170–5.
11. Köse Ş, Tártaro B, Gül S, Erdem M. PREVALENCIA DE LATEX ALLERGY ENTRE trabajadores del cuidado médico en Izmir (Turquía). *Dermatitis*. 2014;22(4):262–5.

ANEXOS

TABLA 1

Criterios de Mathias

<p>1. <i>¿Es la clínica compatible con dermatitis de contacto?</i> Sí: identificación de eczema con características clínicas (prurito, eritema, vesículas, exudación, costra, signos de liquenificación) No: la clínica no es de eczema No concluyente: la dermatitis seborreica, eczema dishidrótico, eczema numular, eczema atópico y neurodermatitis pueden presentar una reacción eczematosa parecida</p> <p>2. <i>¿Existe exposición laboral a potenciales irritantes o alérgenos cutáneos?</i> Sí: se debe preguntar sobre todas las exposiciones en el trabajo, incluyendo EPI, cremas, jabones. Se debe conocer la información toxicológica No: la información toxicológica y/o la experiencia clínica indican que no hay exposición irritante o alérgica en el lugar de trabajo No concluyente: si el médico no puede determinar este criterio éste no debe ser evaluado</p> <p>3. <i>¿Es la distribución anatómica de la dermatitis compatible con la exposición cutánea en el trabajo?</i> Sí: la dermatitis de contacto es usualmente más severa en las zonas de exposición de la piel en el puesto de trabajo No: la dermatitis respeta las zonas de máxima exposición pero afecta otras No concluyente: hay excepciones a la anterior consideración, como zonas más permeables: párpados, cara, genitales</p> <p>4. <i>¿El tiempo entre exposición e inicio es compatible con dermatitis de contacto?</i> Sí: la exposición fue anterior a la clínica. En el caso de dermatitis alérgica de contacto el periodo de latencia que se puede esperar es hasta 6 meses No: el máximo de síntomas fue antes de la exposición laboral No concluyente: si el periodo de latencia es mayor de 6 meses la relación causal será difícil de precisar. Considerar que los trabajadores entre 50 y 60 años pueden ser susceptibles de tener más sensibilidad de piel por la edad</p> <p>5. <i>¿Se han excluido las exposiciones no laborales como posibles causas?</i> Sí: otros irritantes como cosméticos, gomas, etc. deben ser excluidos por la historia clínica y ocasionalmente por prueba epicutánea No: exposiciones no laborales pueden ser la causa de la dermatitis No concluyente: sin una historia completa de exposiciones el médico no puede confiar en excluir causa no laboral</p> <p>6. <i>¿Existe mejoría de la dermatitis al retirar la exposición?</i> Sí: existe mejoría de la dermatitis en periodos de baja, fines de semana, vacaciones, etc. No: la dermatitis no mejora después del alejamiento del puesto de trabajo. En las dermatitis crónicas se podría esperar hasta tres o cuatro semanas No concluyente: mejorías en periodos de baja o con modificaciones en el puesto de trabajo a veces son debidas al tratamiento médico</p> <p>7. <i>¿Las pruebas epicutáneas o prick test implican una exposición laboral específica?</i> Sí: el test de parche positivo apoya una relación causal solo si la exposición ocurre en el área de trabajo, no indica la fuente de exposición. El test de provocación puede ser útil para confirmar una probable fuente de exposición a un alérgeno identificado por el test del parche No: resultados negativos alejan la posibilidad No concluyente: estudios incompletos, resultados falsos positivos o falsos negativos¹</p>
--

Tomado de Sociedad Argentina de Dermatología(2).