

MEDWAVE ESTUDIOS LIMITADA

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA EN DERMATITIS OCUPACIONAL

Informe Final (Segunda Etapa)

757-233-L111

20/09/2012

CONTENIDO

I.	Antecedentes.....	7
II.	Objetivo general y específicos	7
	Objetivo general	7
	Objetivos específicos	7
III.	Producto o servicio requerido	8
IV.	Preguntas.....	8
V.	Aspectos metodológicos	10
VI.	Resultados	11
VII.	Artículos y documentos seleccionados.....	11
	1. Management of occupational dermatitis in healthcare workers: a systematic review. Smedley J, Williams S, Peel P, Pedersen K, Dermatitis Guideline Development Group. Occupational and environmental medicine. 2012;69(4):276–9.....	11
	2. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. Menné T, Johansen JD, Sommerlund M, Veien NK, Danish Contact Dermatitis Group. Contact Derm. 2011. p. 3–12. 13	
	3. Effectiveness of prevention programmes for hand dermatitis: a systematic review of the literature. van Gils RF, Boot CRL, van Gils PF, Bruynzeel D, Coenraads PJ, van Mechelen W, et al. Contact Derm. 2011;64(2):63–72. ..	15
	4. The epidemiology of hand eczema in the general population-prevalence and main findings. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. Contact Derm. 2010;62(2):75–87.	17
	5. Interventions for preventing occupational irritant hand dermatitis. Bauer A, Schmitt J, Bennett C, Coenraads P-J, Elsner P, English J, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(6):CD004414.	19
	6. A double-blind, randomized study to assess the effectiveness of different moisturizers in preventing dermatitis induced by hand washing to simulate healthcare use. Williams C, Wilkinson SM, McShane P, Lewis J, Pennington D, Pierce S, et al. Br. J. Dermatol. 2010;162(5):1088–92	20
	7. Hands4U: a multifaceted strategy to implement guideline-based recommendations to prevent hand eczema in health care workers: design of a randomised controlled trial and (cost) effectiveness evaluation. van der Meer EWC, Boot CRL, Jungbauer FHW, van der Klink JJJ, Rustemeyer T, Coenraads P-J, et. al. BMC Public Health. 2011;11:669.	21
	8. Effectiveness of skin protection measures in prevention of occupational hand eczema: results of a prospective randomized controlled trial over a follow-up period of 1 year. Kütting B, Baumeister T, Weistenhöfer W, Pfahlberg A, Uter W, Drexler H. Br. J. Dermatol. 2010Feb.1;162(2):362–70.	23
	9. Prevention of occupational skin disease: a workplace intervention study in geriatric nurses. Dulon M, Pohrt U, Skudlik C, Nienhaus A. Br. J. Dermatol. 2009Aug.;161(2):337–44.	24
	10. Effectiveness of skin protection creams in the prevention of occupational dermatitis: results of a randomized, controlled trial. Winker R, Salameh B, Stolkovich S, Nikl M, Barth A, Ponocny E, et al. Int Arch Occup Environ Health. 2009Apr.;82(5):653–62.	25
	11. Análisis de las dermatitis de contacto ocupacionales en Chile. Hernández E, Giesen L, Araya I. Piel. Elsevier; 2011 (Article in press).....	26

12. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, et al. <i>Br. J. Dermatol.</i> 2009Feb.;160(2):353–8.....	27
13. Prevention of hand eczema among Danish hairdressing apprentices: an intervention study. Bregnhøj A, Menné T, Johansen JD, Søsted H. <i>Occupational and environmental medicine.</i> 2012May;69(5):310–6.	29
14. High prevalence of skin symptoms among bakery workers. Steiner MFC, Dick FD, Scaife AR, Semple S, Paudyal P, Ayres JG. <i>Occup Med (Lond).</i> 2011Jun.;61(4):280–2.	30
15. Identification of metallic items that caused nickel dermatitis in Danish patients. Thyssen JP, Menné T, Johansen JD. <i>Contact Derm.</i> 2010Sep.;63(3):151–6.....	31
16. Hairdressers with dermatitis should always be patch tested regardless of atopy status. O'Connell RL, White IR, Mc Fadden JP, White JML. <i>Contact Derm.</i> 2010Mar.;62(3):177–81.....	32
17. Temporal trends of preservative allergy in Denmark (1985–2008). Thyssen JP, Engkilde K, Lundov MD, Carlsen BC, Menné T, Johansen JD. <i>Contact Derm.</i> 2010Feb.;62(2):102–8.	33
18. Current acceptance and implementation of preventive strategies for occupational hand eczema in 1355 metalworkers in Germany. Kütting B, Weistenhöfer W, Baumeister T, Uter W, Drexler H. <i>Br. J. Dermatol.</i> 2009Aug.;161(2):390–6.	34
19. Validation of self-reporting of hand eczema among Danish hairdressing apprentices. Bregnhøj A, Søsted H, Menné T, Johansen JD. <i>Contact Derm.</i> 2011Sep.;65(3):146–50.....	35
20. Spoilt for choice--evaluation of two different scoring systems for early hand eczema in teledermatological examinations. Baumeister T, Weistenhöfer W, Drexler H, Kütting B. <i>Contact Derm.</i> 2010Apr.;62(4):241–7.....	37
21. Concise guidance: diagnosis, management and prevention of occupational contact dermatitis. Smedley J, OHCEU Dermatitis Group, BOHRF Dermatitis Group. <i>Clin Med. Clinical Medicine;</i> 2010. p. 487–90.	38
22. Multicenter study "Medical-Occupational Rehabilitation Procedure Skin--optimizing and quality assurance of inpatient-management (ROQ)". Skudlik C, Weisshaar E, Scheidt R, Wulfhorst B, Diepgen TL, Elsner P, et al. <i>Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft</i> 2009Feb.;7(2):122–6	41
23. Determinants of current hand eczema: results from case-control studies nested in the PACO follow-up study (PACO II). Apfelbacher CJ, Funke U, Radulescu M, Diepgen TL. <i>Contact Derm.</i> 2010;62(6):363–70.....	42
24. Nurses' perceptions of the benefits and adverse effects of hand disinfection: alcohol-based hand rubs vs. hygienic handwashing: a multicentre questionnaire study with additional patch testing by the German Contact Dermatitis Research Group. Stutz N, Becker D, Jappe U, John SM, Ladwig A, Spornraft-Ragaller P, et al. <i>Br. J. Dermatol.</i> 2009 Mar.;160(3):565–72.....	43
25. Long-term follow-up study of occupational hand eczema. Mälkönen T, Alanko K, Jolanki R, Luukkonen R, Aalto-Korte K, Lauerma A, et al. <i>Br. J. Dermatol.</i> 2010Nov.;163(5):999–1006.....	45
26. Non-invasive bioengineering methods in an intervention study in 1020 male metal workers: results and implications for occupational dermatology. Kütting B, Uter W, Baumeister T, Schaller B, Weistenhöfer W, Drexler H. <i>Contact Derm.</i> 2010May;62(5):272–8.....	47
27. Sustainability of an interdisciplinary secondary prevention program for hairdressers. Wulfhorst B, Bock M, Gediga G, Skudlik C, Allmers H, John SM. <i>Int Arch Occup Environ Health.</i> 2010Feb.;83(2):165–71.	48
28. Kontaktekzem: Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG). BRASCH J, BECKER D, ABERER W, BIRCHER A, KRÄNKE B, DENZER-FÜRST S, et al. <i>Allergologie. Dustri;</i> 2007;30(7):249–60.	49
29. Dermatitis: occupational aspects of management. A national guideline. NHS Plus, Royal College of Physicians, Faculty of Occupational Medicine. London:RCP, 2009	51

30. [Optimized dermatologist's report and hierarchical multi-step invention. Randomized evaluation of the cornerstones of preventive occupational dermatology]. Voß H, Mentzel F, Wilke A, Maier B, Gediga G, Skudlik C, et al. <i>Hautarzt</i> . 2009;60(9):695–701.	54
31. Does smoking have a significant impact on early irritant hand dermatitis in metal workers? Kütting B, Uter W, Weistenhöfer W, Baumeister T, Drexler H. <i>Dermatology (Basel)</i> . 2011;222(4):375–80.	55
32. Lesional skin vascular endothelial growth factor levels correlate with clinical severity in patients with cement allergic contact dermatitis. Zedan H, El-Baset HAA, Abd-Elsayed AA, El-Karn MF, Madkor H. <i>East Mediterr Health J</i> . 2010;16:420–4.	56
33. A 6-month follow-up study of 1048 patients diagnosed with an occupational skin disease. Mälkönen T, Jolanki R, Alanko K, Luukkonen R, Aalto-Korte K, Lauerma A, et al. <i>Contact Derm</i> . 2009;61(5):261–8.	57
34. Disease severity and quality of life in a follow-up study of patients with occupational contact dermatitis. Lau MYZ, Matheson MC, Burgess JA, Dharmage SC, Nixon R. <i>Contact Derm</i> . 2011Sep.;65(3):138–45.	58
35. Latex allergy: Occupational Aspects of Management. A National Guideline. NHS Plus, Royal College of Physicians, Faculty of Occupational Medicine. Royal College of Physicians, London, 2008.	60
36. CARPE: a registry project of the German Dermatological Society (DDG) for the characterization and care of chronic hand eczema. Apfelbacher CJ, Akst W, Molin S, Schmitt J, Bauer A, Weisshaar E, Mahler V, Treichel S, Ruzicka T, Luger T, Elsner P, Diepgen TL. <i>JDDG</i> ;2011(9):682–688.	62
37. Self-reported occupational health of general dental practitioners. Ayers KM, Thomson WM, Newton JT, Morgaine KC, Rich AM. <i>Occupational Medicine</i> 2009;59:142–148.	63
38. On the lookout for precursor lesions: where does dry skin end and slight hand eczema begin? Baumeister T, Uter W, Weistenhöfer W, Drexler H, Kütting B. <i>Contact Dermatitis</i> 2011, 66, 63–71.	64
39. Occupational Contact Dermatitis: A review of 18 years of data from an occupational dermatology clinic in Australia. J. Cahill, J. D. L Williams, M. C. Matheson, A. M. Palmer, J. A. Burgess, S. C. Dharmage and R. L. Nixon. <i>Safe work Australia</i>	65
40. Frequency of occupational contact dermatitis in an ambulatory of dermatologic allergy. Duarte I, Rotter A, Lazzarini R. <i>An Bras Dermatol</i> . 2010;85(4):455-9.	66
41. Self-reported occupational skin contact with cleaning agents and the risk of disability pension. Feveile H, Christensen KB, Flyvholm MA. <i>Contact Dermatitis</i> 2009; 60: 131–135.	67
42. Delay in medical attention to hand eczema: a follow-up study. Hald M, Agner T, Blands J, Johansen JD; Danish Contact Dermatitis Group. <i>British Journal of Dermatology</i> 2009 161, pp1294–1300.	68
43. Do hairdressers in Denmark have their hand eczema reported as an occupational disease? Results from a register-based questionnaire study. Susan H. Lysdal, Heidi Søstved, Jeanne D. Johansen. <i>Contact Dermatitis</i> 2012, 66, 72–78.	69
44. The German experience 10 years after the latex allergy epidemic: need for further preventive measures in healthcare employees with latex allergy. Merget R, van Kampen V, Sucker K, Heinze E, Taeger D, Goldscheid N, Haufs MG, Raulf-Heimsoth M, Kromark K, Nienhaus A, Bruening T. <i>Int Arch Occup Environ Health</i> (2010) 83:895–903.	70
45. Metalworking exposures and persistent skin symptoms in the ECRHS II and SAPALDIA 2 cohorts. Mirabelli MC, Zock JP, Bircher AJ, Jarvis D, Keidel D, Kromhout H, Norbäck D, Olivieri M, Plana E, Radon K, Schindler C, Schmid-Grendelmeier P, Torén K, Villani S, Kogevinas M. <i>Contact Dermatitis</i> 2009; 60: 256–263.	71

46. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. Nicholson PJ, Llewellyn D, English JS; Guidelines Development Group. *Contact Dermatitis* 2010; 63: 177–186 73
47. The additive value of patch testing with patients' own products at an occupational dermatology clinic. Slodownik D, Williams J, Frowen K, Palmer A, Matheson M, Nixon R. *Contact Dermatitis* 2009; 61: 231–235..... 74
48. Safety, effectiveness and comparability of professional skin cleansers. Terhaer FK, Bock M, Fartasch M, Gabard B, Elsner P, Kleesz P, Landeck L, Pohrt U, Seyfarth F, Schliemann S, Diepgen TL, Zagrodnik F, John SM. *JDDG*;2010 8:806–810 75
49. The European baseline series in 10 European Countries, 2005/2006--results of the European Surveillance System on Contact Allergies (ESSCA). Wolfgang Uter et al. *Contact Dermatitis* 2009; 61: 31–38 76
50. Occupational food-related hand dermatoses seen over a 10-year period. Vester L, Thyssen JP, Menné T, Johansen JD. *Contact Dermatitis*, 66, 264–270 77
51. Quantification of wet-work exposure in nurses using a newly developed wet-work exposure monitor. Visser MJ, Behroozy A, Verberk MM, Semple S, Kezic S. *Ann. Occup. Hyg.*, Vol. 55, No. 7, pp. 810–816, 2011..... 78
52. Long-term effectiveness of secondary prevention in geriatric nurses with occupational hand eczema: the challenge of a controlled study design. Wilke A, Gediga K, Weinhöppel U, John SM, Wulfhorst B. *Contact Dermatitis*, 66, 79–86 79
53. Nickel skin levels in different occupations and an estimate of the threshold for reacting to a single open application of nickel in nickel-allergic subjects. D.J. Gawkrödger, C.W. McLeod and K. Dobson et al. *Br J Dermatol.* 2012 Jan;166(1):82-7. 80
54. A Survey of Work-Related Skin Diseases in Different Occupations in Poland. Kurpiewska J, Liwkowicz J, Benczek K, Padlewska K. *Int J Occup Saf Ergon.* 2011;17(2):207-14..... 81
55. Contact allergy in the cleaning industry: analysis of contact allergy surveillance data of the Information Network of Departments of Dermatology. Joanna Liskowsky , Johannes Geier and Andrea Bauer. *Contact Dermatitis.* 2011 Sep;65(3):159-66..... 82
56. Dermatological screening and results of patch testing among Polish apprentice hairdressers. Krecisz B, Kiec-Swierczynska M, Chomiczewska D. *Contact Dermatitis.* 2011 Feb;64(2):90-5. 83
57. How to quantify skin impairment in primary and secondary prevention? HEROS: a proposal of a hand eczema score for occupational screenings. Weistenhöfer W, Baumeister T, Drexler H, Kütting B. *Br J Dermatol.* 2011 Apr;164(4):807-13..... 84
58. Nickel, cobalt and chromate sensitization and occupation. Rui F, Bovenzi M, Prodi A, Fortina AB, Romano I, Peserico A, Corradin MT, Carrabba E, Filon FL. *Contact Dermatitis.* 2010 Apr;62(4):225-31 85
59. Prevention of work-related skin diseases: teledermatology as an alternative approach in occupational screenings. Baumeister T, Weistenhöfer W, Drexler H, Kütting B. *Contact Dermatitis.* 2009 Oct;61(4):224-30. 86
60. Occupational respiratory and skin diseases among Finnish machinists: Findings of a large clinical study. Hannu T, Suuronen K, Aalto-Korte K, Alanko K, Luukkonen R, Järvelä M, Jolanki R, Jaakkola MS. *Int Arch Occup Environ Health.* 2012 Mar 16. [Epub ahead of print]..... 86
61. Validity and responsiveness of the Osnabrück Hand Eczema Severity Index (OHSI): a methodological study. Dulon M, Skudlik C, Nübling M, John SM, Nienhaus A. *Br J Dermatol.* 2009 Jan;160(1):137-42. 87
62. Dirt-binding particles consisting of hydrogenated castor oil beads constitute a nonirritating alternative for abrasive cleaning of recalcitrant oily skin contamination in a three-step programme of occupational skin

protection. Mahler V, Erfurt-Berge C, Schiemann S, Michael S, Egloffstein A, Kuss O. Br J Dermatol. 2010 Apr;162(4):812-8.....	88
63. Has European Union legislation to reduce exposure to chromate in cement been effective in reducing the incidence of allergic contact dermatitis attributed to chromate in the UK? Stocks SJ, McNamee R, Turner S, Carder M, Agius RM. Occup Environ Med 2012;69:150e152	89
64. Notification of occupational skin diseases by dermatologists in The Netherlands. Pal TM, de Wilde NS, van Beurden MM, Coenraads PJ, Bruynzeel DP. Occupational Medicine 2009;59:38-43	90
65. Hand dermatitis among university hospital nursing staff with or without atopic eczema: assessment of risk factors. Lan CC, Tu HP, Lee CH, Wu CS, Ko YC, Yu HS, Lu YW, Li WC, Chen GS. Contact Dermatitis. 2011 Feb;64(2):73-9.	91
66. The impact of measures for secondary individual prevention of work-related skin diseases in health care workers: 1-year follow-up study. Apfelbacher CJ, Soder S, Diepgen TL, Weisshaar E. Contact Dermatitis 2009; 60: 144-149	92
67. Occupational contact dermatitis and urticaria. Nicholson P, Llewellyn D. British Occupational Health Research Foundation. London, 2010.....	92
68. The influence of depression on the outcome of treatment in occupational dermatoses workers. Azim El SA, Selim AA, El-Raheem TA. J Dermatolog Treat. 2009;20(4):203-7.	94
69. A longitudinal application of three health behaviour models in the context of skin protection behaviour in individuals with occupational skin disease. Matteredne U, Diepgen TL, Weisshaar E. Psychol Health. 2011Sep.;26(9):1188-207.....	95
VIII. Anexo 1: Análisis crítico	97

I. ANTECEDENTES

La dermatitis ocupacional (DO) es la enfermedad ocupacional de la piel más frecuente en varios países del mundo, siendo responsable del 70 al 95% de los casos de dermatosis ocupacionales. Alrededor de la mitad de los trabajadores afectados experimentan efectos adversos en su diario vivir, con disminución en la calidad de vida, funcionalidad laboral y relaciones humanas en su hogar.

La DO puede ser dividida básicamente en dos subtipos: la forma alérgica y la irritativa, siendo especialmente frecuente la segunda; ambas se producen en base a la exposición a una sustancia con capacidad de generar reacciones alérgicas, entre los que se cuentan el níquel, el látex, los cromatos y los derivados de la goma, entre otros. En base a la frecuencia de exposición puede inferirse que distintas ocupaciones pueden presentar distintas susceptibilidades a desarrollar una DCO, siendo las más citadas habitualmente las profesiones del área de la salud, la industria de alimentos, los estilistas y los trabajadores de la construcción, entre otros. Existen medidas terapéuticas y preventivas disponibles, si bien la evidencia para éstas parece ser limitada. Esto es especialmente válido en la población chilena, donde los datos al respecto de este importante problema de salud son escasos.

El Ministerio de Salud, entre sus políticas de salud pública, considera relevante la preocupación por la salud de las y los trabajadores de nuestro país, particularmente en lo que se refiere a las enfermedades que derivan y se agravan por efectos de los agentes de riesgo en el trabajo, además de los accidentes fatales. De acuerdo a lo anterior, y en virtud de lo dispuesto por la Ley 16.744, el DS 594 de 1999 del Ministerio de Salud sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo y los artículos 18 y 21 del Decreto Supremo 109 de 1968, el Ministerio se encuentra abocado a introducir precisiones en la materia.

Por estas razones, se ha solicitado elaborar una guía en para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la dermatitis ocupacional. Para este objetivo, se requiere de apoyo técnico y sustento científico basado en la evidencia a través de una revisión sistemática de la literatura.

II. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica disponible, para contar con una base de información de calidad como referencia durante el proceso de elaboración y proposición de un protocolo de vigilancia en dermatitis ocupacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recolectar información bibliográfica sobre experiencia nacional e internacional en el abordaje de pacientes con dermatitis ocupacional.
- Recolectar información bibliográfica sobre costos asociados en salud e impacto ocupacional entre trabajadores afectados.
- Contar con una ficha básica de resumen de cada artículo seleccionado.
- Contar con una ficha expandida de cada artículo seleccionado.

- Contar con antecedentes suficientes que permitan dar un marco sólido al Protocolo frente a quienes tendrán la responsabilidad de implementarlo.

III. PRODUCTO O SERVICIO REQUERIDO

- a) **Primera etapa:** entrega de las fichas de resumen básicas de cada artículo seleccionado, que ofrezcan respuesta a las preguntas formuladas por la comisión técnica. Se buscará en los últimos tres años y priorizando publicaciones de instituciones y agencias internacionales como la Occupational Health clinical effectiveness unit (OHCEU) y la Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), así como otras instituciones y agencias de la Comunidad Europea.
- b) **Segunda etapa:** entrega de las fichas expandidas para cada uno de los artículos seleccionados por la comisión técnica, en formato estándar establecido por ésta.

IV. PREGUNTAS

Preguntas generales

1. ¿Cuál es la prevalencia de dermatitis ocupacional, nacional, internacional, por actividad económica, tipo de agente?
2. ¿Cuáles son las fuentes de exposición, agentes y tipos de industrias con mayor riesgo?
3. Una vez removido el agente causal, ¿existe recuperación de las lesiones dérmicas y otros síntomas clínicos? ¿Cuán prolongado es este periodo?

Preguntas relacionadas con la historia natural de la enfermedad

4. ¿Cuáles son los efectos fisiológicos y fisiopatológicos de la dermatitis ocupacional en los trabajadores: agudos y crónicos? Clasificación de dermatitis ocupacional.
5. ¿Cuáles son los principales mecanismos y el período de latencia de los agentes de riesgo, para generar dermatitis ocupacional?
6. ¿Cuáles son los hallazgos clínicos de dermatitis ocupacional?
7. ¿Qué patologías crónicas se agravan producto del desarrollo de la dermatitis ocupacional?
8. ¿Qué factores de riesgo y protectores relacionados con el trabajador podrían favorecer o proteger frente al desarrollo de la dermatitis, o agravar una dermatitis preexistente?

Preguntas relacionadas con vigilancia

9. ¿Cuáles son los sistemas de vigilancia y los protocolos de manejo de dermatitis ocupacional existente a nivel nacional e internacional? ¿Cuál es la periodicidad y flujos de seguimiento propuestos?
10. ¿Cuáles son las concentraciones (únicas y/o múltiples) de los diferentes agentes alérgenos identificados, necesaria para generar dermatitis ocupacional?

11. Respecto de las pruebas de tamizaje en un programa de vigilancia, ¿existe en la literatura un cuestionario para evaluación clínica de dermatitis ocupacional u otro indicador de tamizaje biológico, o de test cutáneo inmunológico? En caso de existir, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de ellos?
12. ¿Cómo se definen los expuestos que deben ser incluidos en un programa de vigilancia? ¿Durante cuánto tiempo deben permanecer en el programa?
13. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de dermatitis ocupacional?
14. ¿Cuándo se recomienda retirar al trabajador de la exposición?

Preguntas relacionadas con el ambiente laboral

15. ¿Cuáles son los factores de riesgo ambientales provocadores de dermatitis laboral?
16. ¿Cuáles son los valores límites permisibles ambientales recomendados para los agentes productores de dermatitis ocupacional?
17. ¿Cuáles son los principales métodos cualitativos recomendados para evaluar el riesgo de exposición a agentes causantes de dermatitis ocupacional en el trabajo?
18. ¿Cuáles son los métodos recomendables de muestreo y de análisis cuantitativo según la literatura, para determinar la concentración de los agentes de riesgo que generan dermatitis laboral en los sitios de trabajos (personales y/o ambientales)?
19. ¿Cómo se debe estimar la exposición de un trabajador cuando se ve expuesto a mezclas de agentes provocadores de dermatitis laboral?
20. ¿Con qué frecuencia se deben realizar las evaluaciones de agentes provocadores de dermatitis laboral?
21. ¿Qué medidas de mitigación, control y prevención, ingenieriles y administrativas, e intervenciones en los puestos de trabajo, se utilizan para disminuir los efectos de la exposición o reducir las concentraciones de los agentes provocadores de dermatitis? ¿Cuál es la efectividad reportada en la literatura de estas medidas?
22. ¿Existen elementos de protección personal recomendados (certificados) para disminuir el riesgo de exposición a agentes?
23. ¿Cuál es el costo del dermatitis ocupacional (aumento de tasa hospitalización, medicamentos, mortalidad, riesgo atribuible)?

Preguntas adicionales solicitadas por Minsal

24. Rehabilitación y reacomodación de los enfermos por dermatitis ocupacional.
25. Reeducación profesional.

V. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Con el fin de responder de mejor forma las preguntas solicitadas por el Minsal, se realizó el protocolo de búsqueda que se detalla a continuación.

Buscadores

Se realizó una búsqueda bibliográfica en los buscadores PubMed/MedLine, LILACS, SciELO, DARE, TripDatabase, la base de datos Cochrane para Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Review Group) y su registro central de ensayos clínicos controlados (Cochrane CENTRAL).

En consideración a lo solicitado por la contraparte, también se incluyó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de organizaciones dedicadas a salud ocupacional, puntualmente la Occupational Health clinical effectiveness unit (OHCEU), la Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, la Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), el National Health Service (NHS), la British Occupational Health Research Foundation (BOHRF) y el Australian Safety and Compensation Council (ASST).

Estrategia de Búsqueda

Se realizaron múltiples búsquedas bibliográficas durante el mes de Mayo de 2012 para cada pregunta solicitada. Se limitaron los resultados a los últimos 3 años, en base a lo requerido por la contraparte técnica. Sólo fueron seleccionados artículos pertinentes a la pregunta solicitada escritos en inglés, alemán, francés o español.

Los términos de búsqueda empleados incluyeron términos indexados en el Medical Subject Headings (MeSH), ampliamente utilizado en la base de datos MedLine, pero también se complementó lo anterior con términos no indexados. Los términos MeSH utilizados para la búsqueda fueron: “*Dermatitis, Occupational*”, “*Epidemiology*”, “*Prevention and Control*”, “*Diagnosis*”, “*Diagnosis, Differential*”, “*Environmental Exposure*”, “*Occupational Exposure*”, “*Primary Prevention*”, “*Secondary Prevention*”, “*Tertiary Prevention*”, “*Risk Factors*”, “*Prevalence*”, “*Incidence*”, “*Organization and Administration*”, “*Disease Management*”, “*Therapy*”, “*Protective Agents*” y “*Prognosis*”. Los términos no-MeSH complementarios incluyeron a “*Occupational Dermatoses*”, “*Occupational Dermatitis*” y “*Professional Dermatoses*”.

Fueron incluidos para evaluación estudios primarios en cuyo resumen existiera capacidad de reponder a alguna de las preguntas clínicas señaladas. Como estas últimas incluyen aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, entre otros, no se realizó un filtro específico para tipos de estudio pertinentes desde una mirada general. Todos los resúmenes fueron evaluados por dos revisores para evaluar la pertinencia a las preguntas clínicas planteadas. También se consideró a estudios secundarios (revisiones sistemáticas) y a guías clínicas basadas en evidencia, en base a lo solicitado por la contraparte técnica.

Fueron excluidos de la presente revisión artículos sin relación a las preguntas seleccionadas, cartas al editor, casos clínicos aislados o que aportaran evidencia anecdótica para realizar recomendaciones.

Traducción e Idiomas

Todo resumen considerado como pertinente a alguna de las preguntas arriba indicadas fue traducido al español por traductores certificados para aquello. El equipo de trabajo cuenta con certificación de la

Common European Framework of Reference for Languages C2 para inglés, C1 en alemán y C1 en francés para realizar esta tarea.

VI. RESULTADOS

Tras realizar la anterior búsqueda bibliográfica, se detectó un total de 570 abstracts potencialmente relevantes para la revisión posterior, quedando para estudio un total de 155. De estos artículos 140 corresponden a estudios primarios en el tema, 6 a revisiones sistemáticas, 2 a protocolos de investigación y 7 a guías clínicas utilizadas por otras sociedades para abordar el problema de la dermatitis ocupacional.

Artículos Seleccionados

De los 155 artículos inicialmente detectados como potencialmente relevantes para revisión, 70 fueron seleccionados en conjunto a la contraparte técnica para la redacción de sus fichas expandidas. Dado que sólo se seleccionaron estudios que aportaran evidencia científica a las preguntas establecidas por la contraparte, vale decir, estudios primarios o estudios que aportaran evidencia secundaria para análisis, un estudio adicional fue excluido por corresponder a una carta al editor.

Todas las publicaciones fueron evaluadas en base a pautas de calidad uniformes que se detallan en el anexo 1. En base a la información entregada por cada estudio y la calidad metodológica de éste, se indicó en forma cualitativa la capacidad de respuesta a las preguntas pertinentes en base a porcentajes.

A continuación se presentan las fichas expandidas de cada una de las publicaciones seleccionadas para análisis.

VII. ARTÍCULOS Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS

1. MANAGEMENT OF OCCUPATIONAL DERMATITIS IN HEALTHCARE WORKERS: A SYSTEMATIC REVIEW. SMEDLEY J, WILLIAMS S, PEEL P, PEDERSEN K, DERMATITIS GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP. OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE. 2012;69(4):276–9.

DOI: 10.1136/oemed-2011-100315

Objetivo: Evaluar las medidas terapéuticas disponibles para trabajadores del área de la salud con dermatitis ocupacional.

Pregunta de investigación: En pacientes con dermatitis ocupacional que se desempeñan en el área de la salud: ¿son eficaces las cremas emolientes u otros métodos de barrera, las sesiones educativas y la correcta higiene de manos para tratar la enfermedad? ¿Hay modificaciones en el riesgo de colonización o infección bacteriana?

Tipo de estudio: Revisión sistemática de la literatura.

Resultados principales

Un total de 1677 abstracts fueron considerados como potencialmente relevantes, sólo quedando 11 para revisión. Los resultados fueron enunciados sintéticamente en 5 preguntas relevantes:

- ¿Cuáles son los riesgos de colonización de la piel o infección activa de la piel en trabajadores con dermatitis activa?

Un estudio de cohorte de calidad suficiente respondió esta pregunta. Se detectó una mayor prevalencia de colonización de la piel entre enfermeras con dermatitis ocupacional en comparación a quienes no tenían esta complicación. Sin embargo, no hubo diferencias en la colonización a *Staphylococcus aureus*. Sin embargo, evidencia de dos ensayos aleatorizados (indirecta) sí detectó una relación entre la dermatitis ocupacional y la probabilidad de colonización con *Staphylococcus aureus*.

- ¿Cuál es el riesgo de que un trabajador con dermatitis ocupacional transmita una infección a otros en su ambiente laboral?

No hubo evidencia sólida para esta pregunta, sólo tres reportes de casos de brotes infecciosos en centros asistenciales. Dos de tres reportaron relación con dermatitis ocupacional.

- ¿Permiten los buenos cuidados de la mano (combinaciones de lavado y secado de mano, aplicación regular de cremas acondicionadoras) mejorar el pronóstico de la dermatitis ocupacional entre trabajadores y existen diferencias importantes en la eficacia de distintos métodos de cuidado cutáneo?

Dos ensayos clínicos aleatorizados y dos revisiones sistemáticas respondieron esta pregunta. La condición de la piel reportada por pacientes y observadores independientes mejoró, pero índices bioingenieriles, como la pérdida transepidérmica de agua, no mostraron modificaciones.

- ¿Qué tan eficaz es la vigilancia de salud para la detección precoz en dermatitis ocupacional?
- ¿Existen diferencias importantes en la eficacia entre cuestionarios de síntomas que son usados comúnmente para la vigilancia de salud y la inspección de la piel por una persona competente?

No hubo evidencia suficiente para responder ninguna de estas dos preguntas.

En base a estos resultados, el equipo de investigadores propone recomendaciones para el manejo de pacientes con dermatitis ocupacional:

- Los trabajadores debieran ser informados de que las manos con dermatitis ocupacional conllevan más riesgo de colonización bacteriana, por lo que debieran buscar tratamiento en forma precoz al detectarse síntomas.
- En caso de dermatitis ocupacional, los clínicos debieran restringir las labores con pacientes del personal afecto, restricción que puede suspenderse al disminuir la signología dermatológica.
- Los trabajadores con dermatitis ocupacional debieran emplear cremas acondicionadoras en el trabajo y preferir lavado con soluciones alcohólicas si es clínicamente apropiado.
- Programas de educación en lavado y cuidado de manos, uso de guantes y otras medidas protectoras debieran ser puestos a disposición del personal de salud.

Validez interna

Buena. Si bien hay limitaciones en la estrategia de búsqueda, como el uso sólo de idioma inglés, la estrategia abarca las bases de datos más importantes. No se detallan características de la búsqueda en sí. Existe metodología estandarizada de evaluación de calidad. La revisión sistemática no cuenta con meta-análisis y

por tanto no hay una evaluación cuantitativa de la heterogeneidad entre estudios. Falta además la evaluación de sesgo de publicación.

Grado de respuesta a preguntas

P4 10%: Existe mención de mayor riesgo de colonización de las manos en esta revisión, la que puede modificar el curso de la enfermedad o asociarse a mayor riesgo de infecciones.

P21 75%: La revisión sistemática aporta evidencia clara de beneficio de algunas medidas para el control de la dermatitis ocupacional. Sin embargo, la falta de meta-análisis impide estimar heterogeneidad en los beneficios obtenidos, así como tampoco una idea del efecto global de las medidas.

P22 50%: Si bien se hacen recomendaciones al respecto, no hay gran discusión sobre el uso de elementos de protección personal en esta revisión.

-
2. HAND ECZEMA GUIDELINES BASED ON THE DANISH GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HAND ECZEMA. MENNÉ T, JOHANSEN JD, SOMMERLUND M, VEIEN NK, DANISH CONTACT DERMATITIS GROUP. CONTACT DERM. 2011. P. 3–12.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2011.01915.x

Objetivo: Sugerir una clasificación basada en etiologías bien determinadas, patrones clínicos predefinidos y la dinámica del eczema de manos.

Pregunta de investigación: No aplicable, múltiples.

Tipo de estudio: Guía clínica.

Resultados principales

El eczema de manos afecta aproximadamente al 10% de la población global y es caracterizado por eritema, vesículas y edema en su fase aguda, e hiperqueratosis, infiltración y fisuras durante su fase crónica. Existen múltiples causas para el mismo, las que pueden agruparse en cuatro grupos principales: los irritantes (solventes orgánicos, fricción, guantes de látex), las alergias de contacto (detectado por pruebas en parche), las proteínas (contacto con algunos alimentos, especialmente causando reacciones habonosas), y la atópica, en la que una constitución atópica de las personas explicaría la dermatitis.

El diagnóstico del eccema de manos exige un examen físico completo que permite la clasificación clínica. Es clínicamente polimorfo y puede ser clasificado clínicamente en los siguientes tipos:

- Eccema de manos crónico fisurado: Definido por ser un eccema seco, con fisuras y descamación, posiblemente con áreas hiperqueratósicas en las manos. Aparece en casos de meses a años de evolución.
- Eccema de manos vesicular recurrente: Erupciones recurrentes con vesículas en las palmas o lados de las manos que pueden aparecer en intervalos entre semanas a meses.

- **Eccema de palmas hiperqueratósico:** Hiperqueratosis bien delimitada de las palmas, posiblemente con extensiones a superficie palmar de los dedos. No es inflamatorio ni presenta descamación, lo que permite diferenciarlo de psoriasis. Es el más común entre hombres de edad media.
- **Pulpitis:** Eczema hiperqueratósico de los pulpejos, posiblemente con fisuras que se extienden bajo las uñas. Puede tener vesículas.
- **Eccema interdigital:** Habitualmente sin vesículas, es el eccema limitado a áreas entre los dedos. Suelen tener descamación.
- **Eccema de manos numular:** Localizado por dorsal de las manos o dedos, presentan edema, hiperqueratosis, eritema y vesículas. Suele asociarse a infecciones por *Staphylococcus aureus*.

Una vez establecido el tipo clínico y la exposición deseablemente identificada, los pacientes con eczema de manos debieran ser evaluados en búsqueda de alergia de contacto mediante pruebas en parche (patch test) y, si es relevante, pruebas cutáneas por inoculación (prick test). Estas pruebas deben incluir al menos alérgenos estándar europeos y, si es considerado necesario, pueden incluir alérgenos específicos del paciente (guantes, otros productos). El anterior estudio permitirá al clínico además ofrecer una clasificación etiológica de la dermatitis, la cual es adicional a la establecida por fenotipo clínico y considera los siguientes subtipos:

- **Dermatitis de Contacto Alérgica:** El diagnóstico de este subtipo se hace con al menos una prueba cutánea positiva a un alérgeno y la exposición, probable o confirmada, al mismo para explicar los síntomas.
- **Dermatitis de Contacto Irritativa:** Se puede clasificar a la dermatitis como tal si hay una exposición significativa a irritantes conocidos y una relación temporal entre la exposición y el desarrollo de eccema de manos. No existen pruebas que puedan predecir qué individuo presentará este subtipo de dermatitis.
- **Dermatitis de Contacto a Proteínas:** Para ser clasificada como tal, deben cumplirse las condiciones de una exposición significativa a antígenos proteicos (comidas, látex, etc.), una relación temporal entre exposición y dermatitis, un prick test positivo al alérgeno sospechado o niveles de IgE específica elevados en circulación y/o una reacción por provocación positiva en caso de que estas últimas pruebas sean negativas.
- **Eccema de Manos Atópico:** Presente en pacientes con historia de dermatitis atópica o antecedentes de atopía.
- **Eccema de Manos No-Clasificable:** En aproximadamente un 20% de los pacientes no hay exposiciones alérgicas o irritativas identificables. Para estos pacientes, puede hacerse una clasificación puramente clínica del eczema, como se especificó arriba.

El tratamiento de la dermatitis atópica implica educación del cuidado de las manos y el uso de cremas humectantes, idealmente oleosas, para mejorar la función de barrera de la piel. Se recomienda además el uso de jabones en base a alcohol (menos irritantes) y que estas medidas sean indicadas por escrito a los pacientes afectados.

En caso de exposiciones ocupacionales, puede considerarse el uso de guantes como parte del tratamiento. Existen variados materiales. La elección del tipo de guante depende de la protección deseada para el trabajador. Guantes ajustados de látex o vinilo protegen contra agua, jabón y otros irritantes de la piel, así como a microorganismos. Para funciones más especializadas, existen guantes de goma o plástico con otros perfiles de protección. Los guantes debieran ser usados por cuánto tiempo sean necesarios, pero en la forma más breve posible. Si es posible, guantes de algodón delgados debieran ser usados bajo los ajustados y cambiados tan pronto como se humidifiquen.

El tratamiento farmacológico suele incluir esteroides tópicos, la piedra angular de esta terapia. El tratamiento debe ser mantenido con un esteroide alta potencia por un mes, para luego pasar a aplicaciones 2 a 3 veces por semana para la mantención.

Validez interna

Baja. Si bien es cierto existe un breve enunciado respecto a que la guía clínica fue desarrollada en conjunto a un panel de expertos, no hay una clara especificación de la metodología para hacer recomendaciones. Tampoco se ha dado peso de evidencia a las distintas recomendaciones enunciadas dentro de la guía clínica, por lo que no está claro si corresponden a recomendaciones basadas en evidencia o no.

Grado de respuesta a preguntas

P4 50%: Se ofrece una exhaustiva clasificación de la dermatitis en general, pero no es específica para la subpoblación de casos ocupacionales. Probablemente son intercambiables, sin embargo también debe considerarse que no está claro el proceso de selección de evidencia para proponer los subtipos arriba indicados.

P6 75%: Existe una descripción clínicamente útil para las manifestaciones cardinales en dermatitis ocupacional y la búsqueda de factores asociados a ésta.

P19 50%: En casos de personas expuestas a múltiples alérgenos, las pruebas cutáneas en parche parecen ser de utilidad.

P22 25%: Se hace una breve mención a métodos de prevención recomendados que pueden ser utilizados en el ambiente laboral, pero sin especificaciones de evidencia para sustentarlas.

-
3. EFFECTIVENESS OF PREVENTION PROGRAMMES FOR HAND DERMATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE. VAN GILS RF, BOOT CRL, VAN GILS PF, BRUYNZEEL D, COENRAADS PJ, VAN MECHELEN W, ET AL. CONTACT DERM. 2011;64(2):63–72.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2010.01825.x

Objetivo: Determinar si programas de prevención exhaustivos en dermatitis de manos que incluyan educación de trabajadores como un elemento son eficaces para la prevención de dermatitis ocupacional, adherencia, resultados clínicos y si reducen los costos derivados.

Pregunta de investigación: En pacientes con dermatitis de manos ¿permiten los programas de prevención disminuir la incidencia o costos, mejorar el curso clínico y/o la adherencia a las medidas de prevención seleccionadas en comparación a los cuidados usuales o placebo?

Tipo de estudio: Revisión sistemática de la literatura

Resultados principales

La búsqueda detectó un total de 1477 citaciones potencialmente relevantes para la revisión, siendo 7 artículos seleccionados para análisis en detalle. Cinco fueron ensayos clínicos aleatorizados y 2 ensayos

clínicos controlados. Tres fueron considerados de baja calidad y cuatro de alta. Por heterogeneidad de los resultados no se consideró apropiado obtener medidas de efecto global mediante un meta-análisis.

Eficacia respecto a ocurrencia de dermatitis de manos

Cuatro estudios evaluaron este resultado, reportándose en todos una reducción significativa del número de pacientes en el grupo intervenido. La evidencia encontrada para este resultado fue considerada como de calidad moderada.

Eficacia respecto a adherencia a medidas de prevención

Cinco estudios evaluaron este resultado. En tres de ellos se detectó un incremento significativo en la adherencia al uso de guantes protectores por los trabajadores. Sin embargo, dos no detectaron tales diferencias. La evidencia encontrada fue también evaluada como de calidad moderada para argumentar que las intervenciones educacionales incrementan la adherencia entre los trabajadores.

Eficacia respecto a resultados clínicos o en la condición de la piel

Existió importante variabilidad en los estudios, muchos indicando resultados clínicos en la piel con las medidas de educación y otros utilizando pruebas biológicas, como la pérdida de agua transepidérmica, para evaluar el resultado. Se encontró evidencia de baja calidad de cinco estudios de que los programas educacionales y medidas de protección de la piel tienen un efecto positivo en resultados clínicos y condición de la piel.

Eficacia respecto a resultados clínicos autorreportados

Por importante heterogeneidad en los resultados de cinco ensayos que evaluaron este desenlace, se concluyó que existe evidencia de baja calidad de cuatro estudios de que los programas educacionales y las medidas de protección cutánea tienen un efecto significativo y positivo en esta arista.

Validez interna

Buena. La revisión ofrece una metodología aceptable, si bien hay limitaciones importantes respecto a la restricción de artículos a idioma inglés y la utilización de sólo dos bases de datos. El proceso de selección de estudios aparece bien fundamentado, limitándose sólo a ensayos clínicos aleatorizados o controlados y existe un método descrito para evaluar discrepancias entre autores respecto a la evaluación de calidad. Pese a ello, las características de los estudios incluidos no permitieron realizar un metaanálisis para sintetizar resultados.

Grado de respuesta a preguntas

P21 75%: Esta revisión evalúa específicamente los efectos de la educación del personal como una intervención laboral para prevenir dermatitis ocupacional, detectándose evidencia moderada de eficacia para esta medida.

P22 25%: Si bien no se especifican qué elementos de protección personal permiten proteger a los trabajadores de la dermatitis ocupacional, se indica que el uso de guantes puede reducir la incidencia y que

la educación del equipo de trabajo al respecto puede incrementar la adherencia al uso y mejorar los resultados clínicos más importantes. La evidencia al respecto también es de calidad moderada.

4. THE EPIDEMIOLOGY OF HAND ECZEMA IN THE GENERAL POPULATION-PREVALENCE AND MAIN FINDINGS. THYSSEN JP, JOHANSEN JD, LINNEBERG A, MENNÉ T. CONTACT DERM. 2010;62(2):75–87.

DOI:10.1111/j.1600-0536.2009.01669.x

Objetivo: Sintetizar el conocimiento disponible respecto a la epidemiología del eccema de manos en la población general.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia del eccema de manos? ¿Cuál es la prevalencia del eccema de manos? ¿Cuáles son los factores de riesgo para tener eccema de manos?

Tipo de estudio: Revisión sistemática de la literatura

Resultados principales

La prevalencia del eccema de manos fue estimada en un 4%, con una prevalencia vital de hasta el 15%. La incidencia mediana fue estimada en 5.5 casos / 1000 personas-año. Entre los factores de riesgo más importantes se mencionan:

Género

El eccema de manos fue más frecuente entre mujeres que entre hombres, la que fue atribuida fundamentalmente a diferencias en el tipo de exposición a irritantes o alérgenos más que a diferencias anatómicas de la piel entre géneros.

Edad

La prevalencia de eccema de manos es distinta según el estrato etario. La enfermedad parece afectar más a pacientes jóvenes o en edad productiva y disminuir mientras avanzan los años. La edad media al diagnóstico fue de 26 años entre mujeres y 28 años entre hombres en un estudio.

Dermatitis atópica y atopia

El antecedente de atopia es el principal factor de riesgo para el desarrollo de eccema de manos. Esto es especialmente válido para la población entre 20 y 30 años.

Genética

Factores genéticos distintos que la atopia son de importancia en el desarrollo de eccema de manos. Últimamente una mutación de la filagrina (filaggrin null) ha sido sugerida como un factor de riesgo genético importante.

Alergia al níquel

La alergia al níquel es un factor de riesgo para eczema de manos, pero su peso como factor puede verse reducido considerando los efectos de intervenciones ocupacionales destinadas a limitar la exposición a níquel en el trabajo.

Tabaquismo / alcoholismo

Puede existir una débil asociación entre el eczema de manos y el hábito tabáquico de las personas. No se ha detectado una asociación similar para alcoholismo.

Factores socioeconómicos y ocupacionales

El eczema de manos parece ser más frecuente en hogares con menos ingresos y con menor nivel educacional. Las exposiciones ocupacionales son variadas e incluyen al agua, detergente, polvos y otros. En general, parece ser que la enfermedad es más frecuente en profesiones de la salud (enfermería, medicina, etc.) y trabajos asociados a servicios generales.

Respecto al impacto de la enfermedad, la revisión ofrece la siguiente información:

- Un 70% de los pacientes consulta por su eczema de manos, y en 20% de los casos esto resulta en licencias médicas de más de 7 días y en cambios profesionales en torno al 10% de los casos. El tiempo fuera del trabajo puede ser más largo en aquellos con eczema de manos alérgico.
- Hasta un tercio de los pacientes afectados tienen una enfermedad moderada o severa, requiriendo uso de esteroides de alta potencia en algún momento.
- La historia natural de la enfermedad suele exceder los 10 años. Un 50% reporta eczema dentro de los últimos 12 meses y un 10% tendrá manifestaciones pasados 15 años.

Validez interna

Baja. La revisión detalla una estrategia de búsqueda en importantes bases de datos, pero no hace inferencia a selección de artículos en base a criterios de inclusión o exclusión, así como tampoco a su calidad. No parece existir un procedimiento para evaluar la heterogeneidad de los estudios incluidos. No queda claro la correcta aplicación de metaanálisis y existe una alta probabilidad de incurrir en una Paradoja de Simpson por lo mismo. No está clara la utilización de herramientas para evaluar sesgo de publicación.

Grado de respuesta a preguntas

P1 50%: El estudio fija la prevalencia de dermatitis ocupacional en torno al 4%, sin embargo no el método utilizado para este cálculo puede no ser el óptimo. Sin embargo, el dato concuerda con lo descrito en otras publicaciones.

P2 50%: En esta revisión las industrias de mayor riesgo fueron las vinculadas al área de la salud, pero pueden existir otras que no hayan sido consideradas en base a las limitantes metodológicas de la revisión.

P3 25%: Se ofrecen lineamientos generales respecto a la historia de la enfermedad tratada.

P8 75%: Hay información respecto a factores de riesgo importantes de la enfermedad por parte del trabajador, dentro de los cuales la atopía parece ser el más importante.

P23 75%: Se ofrecen cifras respecto al tiempo alejado de funciones laborales, probabilidad de cambio de carrera profesional como aproximaciones al impacto laboral de esta enfermedad.

5. INTERVENTIONS FOR PREVENTING OCCUPATIONAL IRRITANT HAND DERMATITIS. BAUER A, SCHMITT J, BENNETT C, COENRAADS P-J, ELSNER P, ENGLISH J, ET AL. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2010;(6):CD004414.

DOI: 10.1002/14651858.CD004414.pub2

Objetivo: Evaluar el efecto de intervenciones para prevenir dermatitis de mano ocupacional irritativa en personas sanas que trabajan en ocupaciones en las que la piel está en riesgo de ser dañada.

Pregunta de investigación: En personas con ocupaciones de riesgo para eczema de manos (enfermeras, médicos, empleados en fundiciones, etc.) ¿permiten los programas de prevención disminuir la incidencia o mejorar el curso clínico de la dermatitis ocupacional, mantener el empleo o mejorar la adherencia a las medidas preventivas?

Tipo de estudio: Revisión sistemática de la literatura

Resultados principales

La búsqueda sistemática detectó 21 citaciones potencialmente relevantes para esta revisión, sólo quedando para análisis seleccionadas 4, con un total de 894 participantes. Todos evaluaron como resultado primario la incidencia de dermatitis ocupacional.

El mayor de ellos, con 708 participantes que trabajaban en pinturas/tinturas comparó el uso de métodos de barrera (Cremas con silicona o carbón) en comparación a placebo. Se detectó una reducción en los casos de dermatitis, con un OR de 0.75, pero no se alcanzó significancia estadística (OR 0.75, IC95%: 0.53 - 1.07, $p=0.11$). El mismo fenómeno se repitió en otro ensayo con 54 trabajadores del metal, con menos frecuencia de dermatitis ocupacional en el grupo tratado que no alcanza significancia estadística.

Las intervenciones mostraron ser por lo demás seguras, con sólo efectos adversos limitados como prurito transitorio y sensación de sequedad cutánea reportadas en los 4 ensayos.

Los autores concluyen que si bien en la mayoría de los casos las intervenciones mostraron beneficios potencialmente de relevancia clínica, no se detectó significancia estadística acompañante, por lo que no hay evidencia concluyente de que la terapia con métodos de barrera sea eficaz en prevenir nuevos casos de dermatitis ocupacional. Sin embargo, es probable que la potencia estadística y la baja calidad de los estudios incluidos expliquen la falta de diferencias detectadas, por lo que tampoco puede decirse que estas intervenciones sean inefectivas.

Validez interna

Muy buena. La revisión sistemática posee una estrategia de búsqueda sólida, con evaluación estandarizada de la calidad de trabajos detectados y se seleccionan sólo los mejores diseños para responder las preguntas de investigación. Se incluye una estrategia para realizar un sintetizar los resultados con evaluación de

heterogeneidad de estudios y se considera la posibilidad de sesgo de publicación. Sin embargo, por la heterogeneidad de los trabajos sólo fue posible realizar un reporte narrativo de lo observado en los distintos estudios.

Grado de respuesta a preguntas

P22 75%: Según esta revisión sistemática existen tendencias que hacen pensar que los métodos de barrera (cremas humectantes) permitirían disminuir la incidencia de dermatitis ocupacional, pero no hay clara evidencia estadística de esto. Son necesarios más estudios para llegar a una conclusión definitiva, por cuanto los aquí incluidos no presentaron calidad metodológica suficiente para hacer recomendaciones en buena parte de los casos.

6. A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED STUDY TO ASSESS THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT MOISTURIZERS IN PREVENTING DERMATITIS INDUCED BY HAND WASHING TO SIMULATE HEALTHCARE USE. WILLIAMS C, WILKINSON SM, MCSHANE P, LEWIS J, PENNINGTON D, PIERCE S, ET AL. BR. J. DERMATOL. 2010;162(5):1088–92

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2010.09643.x

Objetivo: Evaluar el efecto de la aplicación de humectantes tras lavados de manos repetidos (15 veces al día) en comparación a jabón solo en trabajadores expuestos a presentar dermatitis ocupacional.

Pregunta de investigación: En personas en riesgo de presentar dermatitis ocupacional ¿permite el uso de cremas humectantes comparadas con la observación o placebo mantener la función de barrera de la piel?

Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado

Resultados principales

Un total de 132 pacientes fueron enrolados, 110 completaron el estudio (83%). El equipo tratado sólo con jabón tuvo un deterioro estadísticamente significativo de la condición de la piel medida en la escala HECSI ($p=0.003$). Tres de las 5 cremas utilizadas demostraron incrementos significativos en la función de barrera de la piel con la aplicación de un humectante en base a lo medido por el índice de pérdida de agua transepidérmica (TEWL), el que se mantuvo significativo con un producto hasta el día 14 de aplicación ($p=0.044$).

Validez interna

Moderada. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado por secuencias ocultas, con análisis por intención de tratamiento y pérdidas del seguimiento tolerables (17%). Sin embargo, no hay enmascaramiento claramente evidenciable y el cálculo de tamaño muestral parece haber sido basado en un análisis de 2 grupos y no de 6, como se expone en los últimos párrafos de pacientes y método. Por otro lado, se hacen comparaciones múltiples mediante la prueba de Kruskal y Wallis, sin especificar un método para corrección por lo mismo, como el método de Scheffé, por lo que los valores p no son del todo interpretables. Además debe

considerarse que dado que algunos elementos son mediciones repetidas en el tiempo de un mismo grupo, hubiera sido más apropiado utilizar una prueba de Friedman para estas comparaciones.

Grado de respuesta a preguntas

P21 50%: El presente estudio aporta evidencia respecto a la eficacia de cremas humectantes para la prevención de dermatitis ocupacional. También habría beneficios en índices fisiológicos de función de barrera entre los pacientes. Sin embargo, la metodología estadística empleada limita importantemente las estimaciones de valores p de significancia encontrados.

P22 50%: Similarmente, el uso de cremas de barrera por el personal mejoró índices de barrera cutánea en este estudio.

-
7. HANDS4U: A MULTIFACETED STRATEGY TO IMPLEMENT GUIDELINE-BASED RECOMMENDATIONS TO PREVENT HAND ECZEMA IN HEALTH CARE WORKERS: DESIGN OF A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL AND (COST) EFFECTIVENESS EVALUATION. VAN DER MEER EWC, BOOT CRL, JUNGBAUER FHW, VAN DER KLINK JLL, RUSTEMEYER T, COENRAADS P-J, ET. AL. BMC PUBLIC HEALTH. 2011;11:669.

DOI: 10.1186/1471-2458-11-669

Objetivo: El objetivo principal es evaluar la eficacia de una estrategia multicomponente para reducir la frecuencia de episodios de eccema de manos en profesionales de la salud. También se desea comparar eficacia de esta estrategia para evaluar adherencia a recomendaciones, estado general de salud de las manos, licencias médicas y productividad, así como una evaluación de costo-efectividad de estas medidas.

Pregunta de investigación: En personas que se desempeñan en el área de la salud ¿Permiten las estrategias multicomponente disminuir los episodios de eccema de manos, mejorar la adherencia a recomendaciones de prevención y/o el estado general de salud de las manos, reducir las licencias médicas y aumentar la productividad en relación a la observación?

Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado (Fase de Protocolo)

Resultados principales

En el estudio se incluyen profesionales de la salud que se desempeñan en funciones de trabajos húmedos, vale decir, trabajos en el que existan lavados de manos frecuentes. Se ha estimado que la prevalencia de dermatitis ocupacional en este grupo alcanzaría a un 24% de los trabajadores y que una intervención multicomponente debiera reducir esta cifra en al menos 25%.

Se realizará una aleatorización por departamentos de los trabajadores. La preestratificación se realiza basados en criterios que crean cuatro grupos: trabajadores con contacto con pacientes versus aquellos sin pacientes y trabajadores en alto v/s bajo riesgo de desarrollar eczema de manos en base a lo evaluado por un médico con experiencia en el área ocupacional. Las secuencias de aleatorización se mantienen ocultas.

Los pacientes asignados al grupo control reciben sólo un panfleto que contiene las guías basadas en evidencia para prevenir y reducir el eczema de manos. La intervención educativa propuesta para el grupo

intervenido está compuesta por siete etapas distribuidas en 4 meses y son precedidas por una sesión de mediciones basales realizada por una enfermera con entrenamiento en salud ocupacional. Se detallan las etapas a continuación:

- **Introducción e Inventario del Lugar de Trabajo:** La enfermera ocupacional da información sobre el estudio y el eczema de manos ocupacional. Después de esta sesión de educación se realizan visitas a 4 lugares de trabajo. La idea de estas visitas es dar a los trabajadores mayor aplicación a los contenidos expuestos en la sesión inicial.
- **Reconocer barreras de prevención:** En una segunda visita un mes después, la enfermera reúne a los trabajadores para identificar las barreras que impidieron la aplicación de las medidas de prevención recomendadas. Las tres barreras más importantes son seleccionadas mediante una escala de Likert de 4 puntos por los trabajadores.
- **Encontrar Soluciones:** Con un método similar al anterior, se priorizan soluciones de acuerdo a su aplicabilidad en el entorno de desempeño laboral.
- **Preparar implementación:** Se selecciona a un responsable en el equipo de trabajo por cada una de las 3 soluciones más relevantes para implementar la solución propuesta por el equipo de trabajo en la sesión arriba descrita.
- **Implementar soluciones:** Las soluciones son implementadas bajo supervisión de la enfermera y un equipo de profesionales entrenados conocidos como Dermacoaches. Estos últimos provienen del mismo equipo de trabajo y reciben un entrenamiento especial para realizar prevención de dermatitis de manos ocupacional.
- **Evaluación de Soluciones Implementadas:** Sesión dedicada a evaluar la implementación de soluciones solamente.
- **Mantenimiento:** Las soluciones serán mantenidas en el tiempo a través de los Dermacoaches y reuniones planificadas durante el año para continuar con su eficacia teórica.

Este ensayo se encuentra en fase de protocolo, por lo que aún no están disponibles sus resultados para mostrar la eficacia de la anterior intervención.

Validez interna

Buena. El trabajo considera un método para aleatorizar por secuencias ocultas, se describe claramente un cálculo de tamaño muestral razonable en relación a los beneficios clínicos planteados y considerando una máxima atrición del 20%, como es aceptado internacionalmente. El enmascaramiento de los pacientes puede ser un problema y el fenómeno de cointervención en el grupo control puede sesgar los resultados. Es también preocupante el hecho de que la intervención multicomponente puede arrojar intervenciones de prevención heterogéneas en base a cómo está planteada.

Grado de respuesta a preguntas

P21 50%: El presente estudio propone una estrategia de prevención educacional que puede contener medidas administrativas e ingenieriles como soluciones adicionales si son consideradas como plausibles y realizables por los trabajadores y personal entrenado en salud ocupacional. Sin embargo, aún no hay cifras respecto a la eficacia de las medidas.

P22 0%: El estudio no arroja cifras respecto a eficacia de métodos de protección personal en dermatitis ocupacional. Sin embargo, es posible que estas medidas sean consideradas dentro de un plan de trabajo con los trabajadores.

8. EFFECTIVENESS OF SKIN PROTECTION MEASURES IN PREVENTION OF OCCUPATIONAL HAND ECZEMA: RESULTS OF A PROSPECTIVE RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OVER A FOLLOW-UP PERIOD OF 1 YEAR. KÜTTING B, BAUMEISTER T, WEISTENHÖFER W, PFAHLBERG A, UTER W, DREXLER H. BR. J. DERMATOL. 2010FEB.1;162(2):362–70.

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09485.x

Objetivo: Evaluar la eficacia de un método de protección cutánea, especialmente evaluando la contribución de los cuidados de la piel o protección de la piel en la prevención de eczema de manos ocupacional.

Pregunta de investigación: En personas que se desempeñan en profesiones de riesgo de presentar dermatitis ocupacional ¿Permiten los métodos de barrera y cuidados de la piel reducir la severidad de los síntomas cutáneos en base a una escala de manifestaciones clínicas?

Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado

Resultados principales

Se incluyen 1020 trabajadores en el ensayo, aleatorizados a uno de los siguientes grupos de intervención: (1) programa de protección cutánea de cuidados “usuales” (métodos de protección y cuidado cutáneos), (2) uso de cremas antes o durante las horas de trabajo, pero sin exposición a cremas después del trabajo, (3) uso de productos de cuidado cutáneo sólo después del trabajo y (4) un grupo control que no recibió ninguna recomendación respecto al uso de métodos de protección o cuidado cutáneos.

Aproximadamente un 78% de los trabajadores completó el estudio. La adherencia a osciló entre 73.7% a 87.5% a un año de seguimiento. El grupo asignado a aplicar tanto métodos de barrera como cremas humectantes y el grupo asignado a medidas de protección solas tuvo puntajes discretamente más bajos en general, correspondiendo a una mejoría clínica estadísticamente significativa ($p < 0.001$, Kruskal - Wallis). Asimismo se detectó mayor proporción de pacientes con deterioro clínico de su eczema de manos entre aquellos asignados al grupo control y quienes no adhirieron a las medidas indicadas (análisis por protocolo).

Una baja proporción de personas solicitó reposo laboral por el eczema de manos durante el estudio (0.4%).

Validez interna

Baja. El método de aleatorización es insuficientemente descrito en cuanto a su técnica de realización y enmascaramiento, lo que puede explicar las asimetrías detectadas en las características de los pacientes en al menos 4 características de relevancia clínica para el desenlace seleccionado. Si bien hay descrito un método de análisis “multifactorial”, la metodología de análisis no es claramente enunciada en ningún momento. Si bien hay entrenamiento de los profesionales encargados de aplicar la escala, ésta no se describe con suficiente profundidad y no hay medición de variabilidad interobservador. Tampoco hay un método de enmascaramiento y falta un cálculo de tamaño muestral mínimo. Las pérdidas exceden el 20% de los pacientes incluidos.

Grado de respuesta a preguntas

P21 10%: Los métodos de barrera pueden disminuir la exposición a agentes causantes de dermatitis ocupacional. Sin embargo, el presente estudio presenta importantes falencias que impiden tomar conclusiones definitivas al respecto.

P22 10%: Si bien el presente estudio habla de mejorías clínicas al aplicar métodos de barrera o humectantes para el tratamiento del eczema de manos ocupacional, los importantes sesgos detectados impiden tomar conclusiones definitivas al respecto.

P23 10%: Hay una mínima mención a la necesidad de reposo laboral entre trabajadores en metalurgia por eczema de manos ocupacional, la que se calculó en aproximadamente 0,4%. La metodología no es la ideal para estimar esto.

-
9. PREVENTION OF OCCUPATIONAL SKIN DISEASE: A WORKPLACE INTERVENTION STUDY IN GERIATRIC NURSES. DULON M, POHRT U, SKUDLIK C, NIENHAUS A. BR. J. DERMATOL. 2009AUG.;161(2):337-44.

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09226.x

Objetivo: Evaluar si un programa de cuidados cutáneos para enfermeras geriátricas que incluya consejos para el manejo y entrenamiento para enfermeras, reduce las enfermedades de la piel en las manos, cambia las conductas ligadas al cuidado de la piel e incrementa la disponibilidad de productos de cuidado cutáneo en el ambiente laboral.

Pregunta de investigación: Entre enfermeras geriátricas ¿Permite la aplicación de una intervención educativa reducir los síntomas derivados de dermatitis ocupacional, mejorar la adherencia a medidas de prevención e incrementar la disponibilidad de elementos de protección en el ambiente laboral en comparación a los cuidados usuales o el placebo?

Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado (clúster)

Resultados principales

En este ensayo clínico aleatorizado por clústeres, 96 centros geriátricos fueron invitados a participar, sólo accediendo 26. La intervención fue voluntaria para las enfermeras que trabajaban en cada centro participante, pero sólo se consideró para seguimiento si un 70% o más del personal aceptaban la participación en el estudio, motivo por el que dos centros fueron retirados del estudio. La intervención consistió en sesiones educativas para enfermeras jefa y equipo de enfermería, con esquemas distintos para cada uno de estos subgrupos.

El grupo intervenido tuvo una reducción en sus síntomas en un 35%, la que fue estadísticamente significativa, en relación a sus propias mediciones al inicio ($p=0.02$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a reducción de síntomas en el análisis bivariado. Sin embargo, el análisis multivariado mostró que el ser asignado a la intervención completa se asoció en forma estadísticamente significativa a menor sintomatología cutánea (OR: 2.0 IC95%: 1.1-3.6).

Hubo además mejorías significativas respecto a la disponibilidad de guantes de algodón y uso de cremas humectantes en ambos grupos, viéndose los mayores incrementos en el grupo intervenido. Esto también fue

válido para la conciencia de existencia de guías de prevención en dermatitis ocupacional. El uso de desinfectantes de manos en reemplazo del lavado tradicional fue significativamente más frecuente en el grupo intervenido.

Validez interna

Baja. El método de aleatorización no se describe como oculto y hay 3 características clínicas asimétricas en la tabla 1 que pueden indicar errores en el proceso de aleatorización. El uso de enmascaramiento no queda del todo claro y no se ha calculado un tamaño muestral mínimo. Las pruebas de inferencia empleadas son adecuadas para el control de sesgos de confusión, pero no se detallan los modelos calculados ni la metodología usada. Además hay importante atrición, sólo participando el 27% de las enfermeras del grupo intervención y 40% del control en los resultados finales.

Grado de respuesta a preguntas

P21 25%: La educación del personal de enfermería se asocia a mayor adherencia a distintas medidas en dermatitis ocupacional, lo que puede incrementar su eficacia.

P22 25%: Existiría reducción en la sintomatología de los pacientes afectados con dermatitis ocupacional si se emplean medidas de educación respecto a cuidados de la piel. Sin embargo, el estudio presenta importantes sesgos que dificulta la interpretación de los resultados.

10. EFFECTIVENESS OF SKIN PROTECTION CREAMS IN THE PREVENTION OF OCCUPATIONAL DERMATITIS: RESULTS OF A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL. WINKER R, SALAMEH B, STOLKOVICH S, NIKL M, BARTH A, PONOCNY E, ET AL. INT ARCH OCCUP ENVIRON HEALTH. 2009APR.;82(5):653–62.

DOI: 10.1007/s00420-008-0377-2

Objetivo: Determinar si los efectos protectores de las cremas de protección cutánea pueden ser replicados en un ambiente ocupacional real durante actividades que exponen la piel. Asimismo determinar si la diferenciación entre productos de protección y cuidado cutáneo es aplicable y justificable para uso clínico.

Pregunta de investigación: Entre trabajadores en ocupaciones de riesgo para eczema ocupacional ¿Permiten los productos de cuidado y protección cutánea disminuir la incidencia de eczema de manos (leve, moderado y severo), modificar las pérdidas de agua transepidérmica y/o la percepción subjetiva de la enfermedad en relación al placebo?

Tipo de estudio: Ensayo clínico aleatorizado (clúster)

Resultados principales

Se seleccionaron fundamentalmente dos sectores para participar: construcción y la industria maderera. Un total de 1006 trabajadores fueron asignados aleatoriamente a recibir una de las siguientes intervenciones:

- Protección Cutánea, Aseo y Cuidados de la Piel: La aplicación de la protección cutánea era aplicada antes del trabajo y los cuidados de la piel después del mismo.

- Protección Cutánea y Aseo: Sólo aplicación de medidas de protección de la piel antes del trabajo.
- Cuidados de la piel y Aseo: Sólo productos de cuidado de la piel después del trabajo.
- Aseo de la Piel. Sólo uso de productos de aseo.

Todos fueron seguidos en 3 oportunidades y se midió un puntaje de severidad de dermatitis ocupacional y la pérdida de agua transepidérmica (TEWL). Sólo un total de 485 trabajadores completaron el seguimiento a 1 año, perdiéndose 430 del seguimiento fundamentalmente por cambios de turno. Hubo asimetría en las características clínicas de los trabajadores incluidos.

En cuanto a la incidencia de eczema, sólo se detectaron diferencias significativas entre trabajadores en la industria maderera que no aplicaron ninguna de las medidas terapéuticas (protección y cuidado de la piel) ($p=0.02$) en relación a otros subgrupos. Se detectaron progresivas mejorías en los índices TEWL dentro de los grupos asignados a intervenciones de barrera y cuidados de la piel, sin observarse mejorías en el grupo asignado a observación.

Validez interna

Baja. El método de aleatorización no se describe como oculto y tampoco es indicado en detalle. Existe enmascaramiento simple de los datos, pudiendo haberse hecho al menos doble. La atrición es un problema mayor de este ensayo, con pérdidas de seguimiento de más del 40% de los participantes, lo que a su vez explica las asimetrías encontradas entre los grupos de estudio. No hay una estimación del tamaño muestral mínimo.

Grado de respuesta a preguntas

P21 25%: La disponibilidad de métodos de barrera para trabajadores, al igual que de cremas de cuidado cutáneo puede disminuir la incidencia de dermatitis ocupacional, pero los sesgos del presente estudio impiden tomar una postura definitiva respecto a la eficacia de las mismas.

P22 25%: Existiría disminución en la incidencia de dermatitis ocupacional y mejoría en la barrera cutánea con métodos de barrera y de cuidado cutáneo empleados por los trabajadores. Esta conclusión está profundamente limitada por los errores sistemáticos arriba citados en el estudio.

11. ANÁLISIS DE LAS DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONALES EN CHILE. HERNÁNDEZ E, GIESEN L, ARAYA I. PIEL. ELSEVIER; 2011 (ARTICLE IN PRESS)

DOI:10.1016/j.piel.2011.05.014

Objetivo: Determinar la incidencia, determinantes y curso clínico de las dermatosis ocupacionales en Chile.

Pregunta de investigación: ¿Cuál(es) es/son la incidencia, determinantes y curso clínico de las dermatosis ocupacionales en Chile?

Tipo de estudio: Cohorte retrospectiva.

Resultados principales

Un total de 2165 pacientes fueron evaluados, presentando 329 (15,2%) una dermatitis de contacto ocupacional. El 69% presentó una dermatitis de contacto alérgica y el 31% restante una forma irritativa. Se encontró mayor propensión entre mujeres a presentar la forma alérgica y entre hombres de presentar la forma irritativa, las que alcanzaron significancia estadística ($p=0.001$). Sin embargo, estas diferencias pueden ser debidas a las condiciones de exposición laboral más que a reales diferencias en la piel entre personas.

Las ocupaciones más frecuentemente encontradas entre los pacientes con dermatitis ocupacional fueron la construcción (18,8%), las labores de limpieza (17,9%) y la actividad industrial (15,2%). Un 62,9% de los trabajadores requirió suspender su actividad laboral al menos transitoriamente y un 4% debió cambiar su ocupación por la dermatitis.

Los alérgenos más frecuentemente encontrados por un test en parche estandarizado fueron el sulfato de níquel (43,1%), el thiuram mix (30,4%) y el dicromato de potasio (28,4%).

Validez interna

Moderada. El artículo permite establecer una idea de la epidemiología general de las dermatosis ocupacionales en Chile. Sin embargo, su diseño retrospectivo limita las asociaciones pronósticas detectables y hace falta complementar el análisis estadístico con estudio multivariable para poder controlar mejor variables de confusión potenciales. Asimismo, estimaciones por intervalos de confianza del 95% hubieran sido deseables para permitir extrapolaciones poblacionales. Falta también una estimación del tamaño de la muestra y no queda claro el proceso de muestreo realizado para llegar a la representatividad de la misma.

Grado de respuesta a preguntas

P1 50%: La prevalencia en este estudio con población seleccionada llegó al 15,2% de los trabajadores, la que puede estar sobreestimada. No hay datos respecto a prevalencias diferenciadas por exposición específica. No se determinó incidencia en este trabajo.

P2 75%: Se entrega información respecto a las industrias más frecuentes que causaron episodios de dermatitis ocupacional.

P6 25%: Se describen las localizaciones más frecuentemente afectadas en dermatitis ocupacional, pero no hay mayor descripción clínica de los subtipos de lesiones detectados.

P8 10%: Hay mención de diferencias de presentación en cuanto a género en los subtipos de dermatitis. Hace falta un análisis mayor respecto a curso clínico por géneros y otros factores que podrían ser de interés.

P15 25%: Sólo se hace mención de las exposiciones más frecuentes en cuanto a generar dermatitis ocupacional en el ambiente laboral, pero no respecto a concentraciones u otros factores que puedan modificar la probabilidad de padecer esta enfermedad.

-
12. HAND ECZEMA CLASSIFICATION: A CROSS-SECTIONAL, MULTICENTRE STUDY OF THE AETIOLOGY AND MORPHOLOGY OF HAND ECZEMA. DIEPGEN TL, ANDERSEN KE, BRANDAO FM, BRUZE M, BRUYNZEEL DP, FROSCH P, ET AL. BR. J. DERMATOL. 2009FEB.;160(2):353–8.

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2008.08907.x

Objetivo: Caracterizar subdiagnósticos de eczema de manos con respecto a demografía básica, historia médica y morfología.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características clínicas y factores de riesgo asociados al eczema de manos?

Tipo de estudio: Transversal (multicéntrico)

Resultados principales

Un total de 416 pacientes fueron estudiados, 60% mujeres y la edad mediana fue 39 años (18-72 años). De todos los casos incluidos, un 51% fue identificado como ocupacional. Se encontró una sensibilización de contacto en el 63% de los pacientes, definida como una reacción positiva a al menos uno de los alérgenos en parche. El 45% de estas sensibilizaciones estuvieron asociadas al eczema actual.

Se reportaron erupciones persistentes por el 64% de los participantes. El 28% reportó haber requerido reposo laboral por el eczema de manos y un 12% reportaron licencias de más de 5 semanas consecutivas. En este grupo de pacientes, la dermatitis de contacto irritativa afectó a mujeres significativamente más frecuentemente que otros diagnósticos ($p < 0.05$). Las formas alérgicas y vesiculares fueron más frecuentes entre hombres.

Al evaluar a los pacientes mediante el puntaje HECSI, que integra las áreas afectadas y severidad de los síntomas para obtener una medición de la severidad de enfermedad, se obtuvo un puntaje mediana de 18 (IQR: 8-40) puntos. Los puntajes más altos fueron detectados en las formas de presentación alérgica y con lesiones hiperqueratósicas, mientras que los puntajes más bajos fueron vistos entre los pacientes con dermatitis irritativa. Los puntajes encontrados demostraron que en general los pacientes con dermatitis de contacto presentan formas relativamente severas de afectación, aún cuando son en general menor que los puntajes observados entre pacientes con eczema de manos crónico.

El área corporal más frecuentemente afectada fueron las manos, siendo raramente afectada las muñecas.

Validez interna

Moderada. La multicentricidad del artículo es deseable, por cuanto incrementa la aplicabilidad de las conclusiones, mas se trata de población seleccionada lo que podría sobreestimar las cifras de prevalencia. No está claro el proceso de muestreo realizado ni tampoco los criterios de exclusión empleados. Sería deseable una medición de variabilidad interobservador entre los participantes respecto a las escalas empleadas. El plan de análisis podría haber incluido intervalos de confianza para llevar a cabo extrapolaciones poblacionales.

Grado de respuesta a preguntas

P2 10%: La publicación sólo estima que del total de casos de dermatitis observados el 51% tiene un desencadenante ocupacional.

P6 50%: Se detalla información acerca de lesiones frecuentes en dermatitis, grado de severidad y patrón de afectación. Sin embargo, la aplicación al subgrupo de pacientes con dermatitis ocupacional es limitada.

P23 50%: Se informa el impacto de la dermatitis en general como causa de pérdidas de días de trabajo.

-
13. PREVENTION OF HAND ECZEMA AMONG DANISH HAIRDRESSING APPRENTICES: AN INTERVENTION STUDY. BREGNHØJ A, MENNÉ T, JOHANSEN JD, SØSTED H. OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE. 2012MAY;69(5):310–6.

DOI: 10.1136/oemed-2011-100294

Objetivo: Investigar si una intervención educativa en tutores y aprendices puede reducir la incidencia de eczema de manos en una cohorte de aprendices de estilista daneses en alto riesgo de padecerla durante su entrenamiento.

Pregunta de investigación: En aprendices de estilista daneses en riesgo de desarrollar dermatitis ocupacional ¿Permite un programa de educación para tutores y educandos reducir la incidencia autoreportada mediante un cuestionario validado de eczema ocupacional en relación al placebo?

Tipo de estudio: Ensayo Clínico Controlado

Resultados principales

Un total de 502 participantes fueron enrolados en este estudio, pero sólo 283 son analizados. Se intentó reducir las pérdidas de seguimiento mediante contacto telefónico y cartas, respondiendo 84 personas. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las características basales de los aprendices, fundamentalmente mujeres (95.2%) y de edad promedio 17.5 años.

Los aprendices asignados a la intervención reportaron menor incidencia de eczema de manos ocupacional (19.4% v/s 28.3%, $p=0.04$). Esto se tradujo en un Odds Ratio (OR) de dermatitis ocupacional de 1.65 (IC95% 1.02 - 2.67). Al analizar qué factores se asociaron a padecer dermatitis ocupacional, se detectó que el pertenecer al grupo control y el antecedente de atopia fueron los únicos predictores en un análisis de regresión logística múltiple. No se detectaron influencias con la edad o el género de los pacientes.

Un 77% reportó que sus síntomas eran exacerbados en el trabajo y 59% reportó que tenían alivio de los mismos durante las vacaciones.

Por otra parte, los aprendices asignados al grupo intervención usaron guantes más frecuentemente que el grupo control, especialmente al realizar trabajos con cloro o al manipular shampoo. Menos reportaron exposición a trabajos húmedos en el grupo intervención en relación al grupo control.

Validez interna

Moderada. Se trata de un ensayo clínico controlado en el que se aplica una intervención educativa estandarizada a aprendices de estilista. Hay esfuerzos por disminuir la tasa de pérdidas de seguimiento y el análisis estadístico multivariable permite controlar por factores de confusión detectados en el estudio. Sin

embargo, la falta de aleatorización implica un sesgo importante, al igual que la ausencia de enmascaramiento (especialmente considerando que se trata de desenlaces autorreportados) y hubiera sido preferible emplear un modelo de Riesgos Proporcionales de Cox para el análisis multivariante. Hace falta también una estimación de tamaño muestral.

Grado de respuesta a preguntas

P21 75%: Una intervención educativa se asoció a menor incidencia de dermatitis ocupacional, así como favoreció el uso de métodos de barrera por parte del personal entrenado en sus beneficios.

P22 25%: Indirectamente se vio que el grupo intervenido tuvo mayor propensión a utilizar métodos de barrera, los que pueden haber explicado parte de los hallazgos de este estudio.

14. HIGH PREVALENCE OF SKIN SYMPTOMS AMONG BAKERY WORKERS. STEINER MFC, DICK FD, SCAIFE AR, SEMPLE S, PAUDYAL P, AYRES JG. OCCUP MED (LOND). 2011JUN.;61(4):280–2.

DOI: 10.1093/occmed/kqr039

Objetivo: Explorar la frecuencia e identificar factores de riesgo para síntomas de la piel en una pastelería pequeña.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de los síntomas cutáneos entre panaderos? ¿Qué factores se asocian para presentarlos?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

Se analizaron 93 personas, 52 mujeres y 41 hombres, con una edad promedio de 41 (rango 17 - 72) años. Los participantes fueron categorizados por un higienista ocupacional en base a su riesgo de presentar enfermedades ocupacionales de la piel basados en su profesión, la frecuencia de lavados de manos, proporción de trabajos húmedos y la manipulación de materiales de pastelería.

Los síntomas cutáneos fueron comunes. Dieciocho trabajadores (19%) reportaron al menos un síntoma de la piel en los últimos 12 meses, fundamentalmente entre aquellos identificados como de alto riesgo de presentaron dermatitis ocupacional. Un total de 15 trabajadores reportaron haber sido diagnosticados con dermatitis ocupacional y nueve indicaron mejorías sintomáticas en los periodos alejados de su ambiente laboral.

La categorización anteriormente descrita mostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con mayores frecuencias de dermatitis. Asimismo se detectó que los trabajadores en el grupo de alto riesgo tenían mayor propensión a usar guantes protectores.

Un análisis de regresión logística mostró un OR de 3.5 (IC95%: 0.9 -13.2, NS) para el lavado de manos frecuente (>20 /día) y 1.8 (IC95%: 0.4 - 7.6, NS) para atopía en modificar la probabilidad de presentar síntomas cutáneos en el ambiente laboral, controlando por género y edad.

Validez interna

Baja. Si bien el diseño transversal permite reconocer la frecuencia de síntomas cutáneos, no se especifica una metodología validada para la cuantificación de los mismos y este diseño no permite evaluar fiablemente factores de riesgo como se plantea en sus objetivos. No se detalla un cálculo de tamaño muestral para el análisis inferencial propuesto (por lo que no puede excluirse el suficiente poder estadístico) y este análisis aparece insuficientemente descrito. Hubiera sido idóneo complementarlo con intervalos de confianza para tener aproximaciones poblacionales a estas cifras.

Grado de respuesta a preguntas

P1 10%: El anterior estudio estimó la prevalencia de dermatitis ocupacional en un 15% de los trabajadores de una panadería, pero sus errores sistemáticos impiden la apropiada estimación de la cifra poblacional.

P2 10%: El anterior estudio también clasifica a las profesiones de riesgo en base a diversos factores de exposición, pero esta división es pobremente explicada en el trabajo.

P3 25%: Se hace mención de una reducción de la sintomatología entre trabajadores que suspenden la exposición ocupacional. Sin embargo, no hay datos respecto a este periodo.

P8 25%: Se detectaron asociaciones no significativas con factores de riesgo clásicos, las que están limitadas probablemente por la falta de potencia estadística en este estudio.

15. IDENTIFICATION OF METALLIC ITEMS THAT CAUSED NICKEL DERMATITIS IN DANISH PATIENTS. THYSSEN JP, MENNÉ T, JOHANSEN JD. CONTACT DERM. 2010SEP.;63(3):151–6.

DOI:10.1111/j.1600-0536.2010.01767.x

Objetivo: Identificar y caracterizar las fuentes que pueden resultar en alergia al níquel y dermatitis.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las fuentes de exposición en alergia al níquel?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

Durante un año se evaluaron 1489 pacientes con dermatitis en búsqueda de alergia al níquel, detectándose que un 18.3% presentaban reacciones positivas a esta sustancia (5.8% entre los hombres, 24.3% entre mujeres). A los pacientes que se pensó que tenían una alergia al níquel de importancia clínica actual (95) se les invitó a traer objetos de uso personal y ocupacional para ser evaluados mediante el test de dimetilglioxina (DMG) para evaluar emisión de níquel.

Entre los pacientes con dermatitis alérgica a níquel, 70 tenían elementos metálicos que fueron investigados para evaluar liberación de níquel por el test DMG. Un total de 151 elementos fueron investigados y 66 (43.7%) fueron positivos. Los implementos liberadores de níquel provinieron de tanto ambientes ocupacionales como domésticos.

Los implementos más importantes fueron peines para el cabello, llaves y llaveros con cadena, marcos, palos para tejer, herramientas de construcción y hebillas de cinturón. Los relojes, tijeras y teléfonos celulares, así como los anillos, mostraron reacciones positivas a la prueba DMG con menor frecuencia que las anteriores.

Validez interna

Baja. Si bien este ensayo tiene un tipo de diseño que permite establecer las fuentes de níquel más importantes para la población, el método en que ésta es evaluada es en parte autoreportada y no permite establecer claramente la importancia de las exposiciones ocupacionales en generar dermatitis ocupacional. El análisis estadístico es pobre y no incluye herramientas suficientes para establecer estimaciones de los parámetros poblacionales de lo observado. Tampoco hay un cálculo de tamaño muestral mínimo respecto de esta muestra.

Grado de respuesta a preguntas

P2 25%: En este estudio se detectó una alta frecuencia de sensibilización a níquel para explicar la dermatitis ocupacional. Sin embargo, se hace difícil estimar el peso de la exposición ocupacional con la metodología de este trabajo.

P17 10%: En este estudio se empleó el test de dimetilglioxina para estimar la liberación a níquel de distintos elementos.

16. HAIRDRESSERS WITH DERMATITIS SHOULD ALWAYS BE PATCH TESTED REGARDLESS OF ATOPY STATUS.
O'CONNELL RL, WHITE IR, MC FADDEN JP, WHITE JML. CONTACT DERM. 2010MAR.;62(3):177-81.

DOI:10.1111/j.1600-0536.2009.01696.x

Objetivo: Evaluar qué químicos son responsables de dermatitis de contacto alérgica entre peluqueros y conocer la prevalencia en base al estado de atopía.

Pregunta de investigación: ¿Qué químicos son responsables de la dermatitis de contacto alérgica? ¿Cuál es la prevalencia de dermatitis de contacto alérgica entre atópicos y no-atópicos?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

Se evaluó a 729 peluqueros, 91.1% mujeres de edad promedio 26 años (15 - 71). Un 64.5% se presentó con dermatitis sólo en manos, manos y cara o manos y pies, 13.7% presentó compromiso sólo de la cara y cuello. El resto se presentó con dermatitis en lugares no atribuibles a un proceso ocupacional.

Los alérgenos más frecuentemente detectados fueron el sulfato de níquel (32.1%), la p-fenilenediamina (PPD) (19%), el cloruro de cobalto (7.5%), el mix de fragancias I (6,6%) y el formaldehído (4.6%). Entre aquéllos con reactividad a PPD, se consideró al 92.8% como actualmente relevante para la ocupación.

Un total de 538 estilistas fueron evaluados contra una serie especializada en productos químicos de peluquería. Un total de 33.1% presentaron una reacción positiva a uno o más de estos químicos. De ellos, el

36.5% tenían una historia de eczema atópico. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de alergias detectadas entre ambos grupos. Las sustancias más comúnmente detectadas fueron el Glicerol monotioglicolato (21.4%), Persulfato de Amonio (10.6%), Tolueno 2,5-Diamina (4,5%) y Tioglicolato de amonio (3,9%).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la sensibilización a estos últimos fármacos en base al antecedente de atopía.

Validez interna

Baja. El presente ensayo corresponde a un estudio transversal de pacientes con dermatitis que fue diagnosticada en forma estandarizada y permite establecer los alérgenos más frecuentes. No está claro cómo se estableció el origen ocupacional de la misma. No se especifican criterios de inclusión o exclusión, el análisis estadístico aparece insuficientemente detallado y no se calcula un tamaño muestral. Hubiera sido ideal realizar estimaciones por intervalo de confianza para permitir correcta comparabilidad poblacional.

Grado de respuesta a preguntas

P2 50%: Se ofrece información respecto a los agentes más frecuentes entre los peluqueros, incluyendo una mezcla de alérgenos comunes específicos para esta profesión.

P6 50%: En este estudio se detectó que la forma de presentación más frecuente fue en manos o manos en combinación con otra área corporal. No hay datos respecto a las características de la dermatitis fuera de los territorios comprometidos.

P19 75%: Existen ocupaciones en riesgo de presentar sensibilización a múltiples agentes. En estos casos, las pruebas cutáneas estandarizadas permiten acercarse a los agentes más importantes.

17. TEMPORAL TRENDS OF PRESERVATIVE ALLERGY IN DENMARK (1985-2008). THYSSEN JP, ENKILDE K, LUNDOV MD, CARLSEN BC, MENNÉ T, JOHANSEN JD. CONTACT DERM. 2010FEB.;62(2):102-8.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2009.01668.x

Objetivo: Describir la prevalencia de alergia a preservantes en Dinamarca en un periodo de 24 años (1985 - 2008).

Pregunta de investigación: ¿Cuál fue la prevalencia de alergia a preservantes en Dinamarca entre los años 1985 a 2008?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

Un total de 18179 pacientes con dermatitis fueron evaluados (64,3% mujeres, rango de edad 4 - 99 años), de los cuales un 13.1% tenía dermatitis ocupacional y 32.5% eczema de manos. La mayoría (66.3%) tenían 40 o más años de edad.

Las alergias de contacto más prevalentes fueron a metildibromo glutaronitrilo (3.7%), formaldehído (3.1%) metilisotiazolinona (1.8%) y diazolidinil urea (1.6%). Las mujeres mostraron mayores prevalencias a alergias de contacto a formaldehído, metilisotiazolinona y quaternium-15, mientras que los hombres mostraron mayores prevalencias de alergias a parabenos, imidazolidinil urea y iodopropinil butilcarbamato. Estas diferencias alcanzaron significancia estadística en una prueba de Ji Cuadrado.

Respecto a las tendencias temporales en la prevalencia de alergia a preservantes, la alergia a formaldehído se mantuvo estable entre 2 y 4% durante los años de observación. El metildibromo glutaronitrilo se incrementó transitoriamente durante el 2000, siendo fundamentalmente afectados los hombres más que las mujeres (6.4% v/s 4.5%). La prevalencia de alergia a metilisotiazolinona y diazolidinil urea se mantuvo estable entre el 1 y 2% de los pacientes evaluados, siendo más frecuente entre hombres. Vistas en globo, la prevalencia de alergia de contacto a al menos un preservante se incrementó significativamente en el periodo de estudio ($p=0.001$).

Validez interna

Moderada. El presente estudio permite estimar limitadamente los alérgenos pertenecientes a la familia de los preservantes más frecuentes con un tamaño muestral importante. Sin embargo, no hay clara delimitación de criterios de inclusión y exclusión del presente trabajo y no se buscaron sistemáticamente preservantes en las pruebas realizadas, que hubiera sido ideal. Para permitir mayor comparabilidad entre periodos de tiempo y con otros estudios hubieran sido idónea la utilización de intervalos de confianza del 95%.

Grado de respuesta a preguntas

P1 25%: En el presente estudio los casos de dermatitis ocupacional fueron un 13% de los casos de dermatitis totales. Sin embargo, la cifra puede estar sesgada por la falta de criterios estandarizados para la estimación.

P2 10%: Se hace una estimación de los preservantes más frecuentemente asociados, los que pueden estar en relación con industrias asociadas. Sin embargo, el dato específico de industria de proveniencia no se encuentra en este trabajo.

P8 10%: Se encontraron propensiones entre géneros y grupos etarios a presentar dermatitis a preservantes. Sin embargo, es probable que las asociaciones detectadas tengan que ver con las exposiciones laborales/domésticas detectadas más que una diferencia fisiológica real.

-
18. CURRENT ACCEPTANCE AND IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE STRATEGIES FOR OCCUPATIONAL HAND ECZEMA IN 1355 METALWORKERS IN GERMANY. KÜTTING B, WEISTENHÖFER W, BAUMEISTER T, UTER W, DREXLER H. BR. J. DERMATOL. 2009AUG.;161(2):390–6.

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09085.x

Objetivo: Evaluar la implementación y aceptación de medidas de protección cutánea generalmente recomendadas en el ambiente laboral entre trabajadores en una fundición.

Pregunta de investigación: Entre trabajadores en alto riesgo de presentar dermatitis ocupacional ¿Existe adherencia a medidas terapéuticas de prevención para prevenir el desarrollo de dermatitis ocupacional?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

Un total de 1355 trabajadores pertenecientes a 19 empresas metalúrgicas fueron evaluados. La mayoría fueron hombres (96,7%) de edad mediana 42 años (rango 17-64), con 41% de fumadores. La mayoría estaba expuesto a uso de fluidos de corte, que fue considerado como un equivalente a trabajos húmedos (96.1%). Un 52% habían sufrido de alguna enfermedad dermatológica en las manos en algún momento de su vida y 43% reportaron problemas ocupacionales.

Todos los trabajadores participaron de un proceso en 3 etapas para la toma de medidas de protección cutánea, incluyendo educación, uso de cremas en barrera y cremas humectantes para el cuidado de la piel. Un 29% reportó que seguían las recomendaciones tal y como se habían indicado, mientras que un número similar de participantes (28%) negó el uso de cualquiera de estas medidas. Un pequeño subgrupo de trabajadores refirió emplear las cremas antes y después de la exposición, mientras que un otro sólo las usaba como barrera (pre-exposición), sin tomar otras medidas posteriores.

No se detectaron cambios estadísticamente significativos en un índice dermatológico para evaluar la extensión del daño cutáneo entre estos grupos de trabajadores. Los participantes que reportaron problemas de la piel en el ambiente laboral tendieron a utilizar más productos de cuidado post-exposición que los individuos sin síntomas (Razón de Prevalencias: 1.23 IC95%: 1.09-1.4)

Validez interna

Moderada. Si bien el presente estudio permite estimar que la adherencia entre trabajadores en metalurgia a medidas de protección cutánea es baja, el presente diseño no permite establecer la eficacia de las anteriores intervenciones, por cuanto no se garantiza simetría entre grupos comparados dada la falta de aleatorización, no existe enmascaramiento ni otras características que son deseables en ensayos clínicos de terapia. El uso del índice dermatológico presentado no se detalla y se refiere que “será publicado en otra revisión”. No existe evaluación de variabilidad intra o interobservador dentro de este índice en el presente trabajo.

Grado de respuesta a preguntas

P21 50%: En el presente estudio se indica una intervención consistente en medidas de barrera, cremas humectantes para el cuidado de la piel y educación (aparentemente) de los trabajadores para la prevención de la dermatitis ocupacional. La adherencia terapéutica parece ser baja. El presente diseño no permite evaluar eficacia terapéutica de estas medidas.

P22 75%: Los métodos de barrera como cremas y guantes son ampliamente utilizados para la prevención y tratamiento de la dermatitis ocupacional. El presente trabajo no permite evaluar eficacia.

19. VALIDATION OF SELF-REPORTING OF HAND ECZEMA AMONG DANISH HAIRDRESSING APPRENTICES.

BREGNHØJ A, SØSTED H, MENNÉ T, JOHANSEN JD. CONTACT DERM. 2011SEP.;65(3):146–50.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2011.01908.x

Objetivo: Evaluar la validez del autoreporte del eczema de manos entre aprendices de peluquería daneses.

Pregunta de investigación: Entre aprendices de peluquería ¿Es el autoreporte una medida válida para diagnosticar eczema de manos?

Tipo de estudio: Cohorte

Resultados principales

Quinientos dos aprendices de peluquería fueron reclutados en un estudio de seguimiento al momento de inicio de su entrenamiento como estilistas. Fueron examinados en 3 oportunidades por un médico con experiencia en eczema de manos mediante una escala validada basada en presencia, localización y severidad del eczema de manos (HECSI). Existió importante atrición durante la ejecución del estudio, sólo completando el trabajo 284 aprendices. Se intentó seguir a los aprendices perdidos de seguimiento por un método no reportado.

En total, 37 de los 764 exámenes clínicos realizados fueron positivos para eczema de manos, en el sentido en que el HECSI fue mayor que 0. El eczema de manos se detectó con más frecuencia al segundo control (6.8%) en relación al ingreso (2.6%). La incidencia de eczema de manos autoreportada entre los aprendices perdidos fue del 21.4% y 10.7% reportó que el eczema de manos fue la principal razón para cambiar de carrera.

La sensibilidad al segundo control fue del 70.3% (IC95%: 55%-85%) y la especificidad 99.8%(99.5% - 100%), lo que estuvo de acuerdo con otros estudios. Los valores predictivos positivo y negativo fueron 93.8% y 97.9% al segundo examen, respectivamente.

Validez interna

Buena. Se trata de un estudio de cohortes que empleó herramientas validadas para el diagnóstico de eczema de manos (HECSI) y preguntas clínicas basadas en otro cuestionario validado en la literatura (NOSQ-2002). Se utilizan herramientas de análisis inferencial apropiadas y su principal problema, la atrición, fue intentada de controlar mediante contacto de los aprendices perdidos de seguimiento, si bien no se especifica claramente el método para ello. El rendimiento de la prueba parece aceptable si se consideran los valores predictivos, pero debe considerarse que éstos pueden estar sobreestimados por la frecuencia de eczema de manos en la población evaluada, la que está en alto riesgo de presentarla.

Grado de respuesta a preguntas

P1 100%: La prevalencia de dermatitis ocupacional en este grupo fue del 6.8%. Sin embargo, puede estar subestimada por el hecho de que un grupo de aprendices deja su carrera a causa de la misma.

P6 10%: La utilización de la escala HECSI denota que el eritema, vesículas, fisuras, entre otras lesiones, son hallazgos frecuentes en la dermatitis ocupacional.

P11 100%: El presente estudio indica que el autoreporte basado en preguntas validadas del cuestionario NOSQ-2002 tiene una sensibilidad del 75% y especificidad del 99.8% para el diagnóstico de dermatitis ocupacional.

P23 25%: Se indica además que un importante grupo de aprendices pueden retirarse de sus carreras por desarrollar dermatitis ocupacional.

20. SPOILT FOR CHOICE--EVALUATION OF TWO DIFFERENT SCORING SYSTEMS FOR EARLY HAND ECZEMA IN TELEDERMATOLOGICAL EXAMINATIONS. BAUMEISTER T, WEISTENHÖFER W, DREXLER H, KÜTTING B. CONTACT DERM. 2010APR.;62(4):241-7.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2010.01703.x

Objetivo: Evaluar y comparar dos puntajes validados en eczema de manos (Osnabrück Hand Eczema Severity Index -OHSI- y el Hand Eczema Severity Index -HECSI) respecto a su idoneidad para ser empleados en un ambiente de telemedicina ocupacional.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la concordancia entre el OHSI y el HECSI para el diagnóstico de dermatitis ocupacional? En pacientes con dermatitis ocupacional ¿Permite el OHSI en comparación al HECSI realizar un tamizaje teledermatológico para el diagnóstico?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

Se evaluaron en total 120 fotografías en dos oportunidades. No se detectaron diferencias en el tiempo necesario para aplicar cualquiera de los test mencionados, que fue de 3 minutos en promedio ($p=NS$). En general, los puntajes tendieron a ser más bajos en la segunda medición.

Al asociar el puntaje total obtenido por HECSI u OHSI se detectó una asociación moderada ($\rho=0.651$ para el primer examen y 0.642 para el segundo), sin indicarse significancia estadística para la última. En un análisis cualitativo, el HECSI mostró un mejor acuerdo entre los resultados del primer y segundo examen.

Validez interna

Baja. Se trata de un estudio transversal realizado con fotografías cuyo objetivo es evaluar la concordancia entre dos escalas para tamizaje dermatológico. Los criterios de inclusión/exclusión no son claros y las pruebas estadísticas empleadas (Correlación de Spearman) no permiten evaluar tal resultado. Hubiera sido mejor emplear un análisis de regresión lineal simple o, mejor aún, emplear el método de Bland y Altman con puntajes estandarizados o relativos para permitir la comparación. Tampoco hay clara evaluación de un estándar de oro para el diagnóstico de dermatitis ocupacional.

Grado de respuesta a preguntas

P9 10%: El presente estudio indica la posibilidad de emplear escalas validadas para el tamizaje por tele dermatología de pacientes con sospecha de dermatitis ocupacional, tanto para la evaluación diagnóstica como de la severidad.

P11 50%: Se reporta que estos dos cuestionarios permiten establecer diagnóstico y evaluación de severidad en pacientes con dermatitis ocupacional, pero el método de evaluación es pobre e impide tomar conclusiones definitivas al respecto. No hay datos respecto al rendimiento de las pruebas diagnósticas empleadas.

21. CONCISE GUIDANCE: DIAGNOSIS, MANAGEMENT AND PREVENTION OF OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS. SMEDLEY J, OHCEU DERMATITIS GROUP, BOHRF DERMATITIS GROUP. CLIN MED. CLINICAL MEDICINE; 2010. P. 487–90.

PMID: 21117385

Objetivo: Sintetizar el conocimiento disponible para el diagnóstico, manejo y prevención de la dermatitis de contacto ocupacional.

Pregunta de investigación: No aplicable. Múltiples.

Tipo de estudio: Guía clínica.

Resultados principales

El presente documento es un resumen breve de las guías clínicas publicadas de la British Occupational Health Research Foundation (BOHRF) y de la Occupational Health Clinical Effectiveness Unit (OHCEU).

La dermatitis ocupacional tiene una prevalencia del 9.7% de la población y una incidencia entre 5.5 y 8.5/1000 personas-año, correspondiendo a la forma de contacto entre el 70 y 90% de las enfermedades ocupacionales de la piel. Si bien no amenaza la vida, puede impactar severamente la calidad de vida, funcionalidad diaria y relaciones interpersonales/sociales. Fisiopatológicamente se encuentra relacionada a mecanismos de hipersensibilidad tipo IV, por tanto mediados por células T y con estrecha relación a alérgenos causantes. Concordantemente, las manifestaciones clínicas como eritema y vesiculación en fase aguda y liquenificación, fisuras, y sequedad de la piel en las crónicas, se manifiestan preferentemente en los sitios de exposición cutánea (manos y cara). En el artículo se provee además una lista de los alérgenos más frecuentes de acuerdo a la ocupación del paciente.

Se realizan además recomendaciones para el manejo de los pacientes con dermatitis ocupacional:

1. Recomendaciones para todos los pacientes
 - a. El médico debe tomar una historia ocupacional completa que al menos incluya su trabajo, materiales con los que trabaja, localización de lesiones y relaciones temporales con el trabajo.
 - b. Solicitar pruebas confirmatorias en forma objetiva para determinar relación causal con el alérgeno (patch test o prick test).

- c. Tratar síntomas establecidos con emolientes, corticoesteroides tópicos y sustitutos de jabón.
- d. Aconsejar a pacientes sobre el riesgo incrementado de exposición en el trabajo y sugerirles evitar la exposición mediante el uso de guantes y usar sustitutos de jabón/emolientes después del trabajo.
- e. Considerar dejar el trabajo para facilitar la recuperación o ajustar los deberes laborales para el mismo fin.
- f. Derivar a pacientes con formas resistentes a corticoesteroides a un dermatólogo para el tratamiento con fármacos de segunda línea.
- g. Derivar a pacientes a un centro dedicado a Medicina Ocupacional para determinar el curso laboral en conjunto con el empleador.

2. Recomendaciones en caso de no haber acceso a Centros de Salud Ocupacional

- a. Notificar al empleador del diagnóstico de dermatitis ocupacional y recomendar programas de reubicación laboral para disminuir la exposición a irritantes. En caso de que esto no sea posible, el médico debe sugerir al empleador la toma de las siguientes medidas:
 - i. En caso de no poder eliminarse la exposición, proveer de guantes u otros medios de barrera similares.
 - ii. Cremas de acondicionamiento cutáneo deben ser provistas para después del trabajo, así como los trabajadores invitados a utilizarlas para su protección.
 - iii. No debe fomentarse el uso de cremas de barrera previo a la jornada laboral, puesto que no son habitualmente efectivas.
 - iv. Los trabajadores en riesgo de tener dermatitis ocupacional en el ambiente laboral debieran ser provistos de educación acerca de la dermatitis, los principios de la buena higiene de manos y el uso de guantes y cremas, previo a la exposición y acondicionadores.

3. Recomendaciones para trabajadores del área de la Salud

- a. La piel afectada por dermatitis ocupacional se ve más probablemente colonizada con bacterias y el riesgo es más alto en lesiones agudas severas. Deben tomarse precauciones adicionales para evitar el paso de bacterias a otros miembros del equipo y pacientes.
- b. Productos de limpieza con alcohol debieran ser usados en el trabajo si son apropiados para la descontaminación de las manos en vez de un lavado completo de éstas.
- c. Los trabajadores del área de la salud con formas agudas o severas de dermatitis ocupacional debieran ser restringidos temporalmente del contacto con pacientes que estén en alto riesgo de contraer infecciones asociadas a cuidados de salud hasta que las lesiones ya no sean severas o agudas.
- d. Los trabajadores de la salud pueden continuar en trabajos clínicos siempre y cuando:

- i. Puedan seguir normas estándar para el control de infecciones.
 - ii. No sean implicados en la transmisión de una infección a un paciente.
 - iii. Su dermatitis no se deteriora producto del trabajo clínico.
- e. Si la dermatitis se deteriora como resultante del trabajo clínico, ajustes temporales a los deberes debieran realizarse para facilitar la recuperación.

Validez interna

Buena. La metodología es detallada en las versiones completas de las guías de ambas entidades, pero se describe una forma estandarizada para la realización de recomendaciones basada en los criterios del Royal College of Physicians y la metodología SIGN escocesa. La fuerza de las recomendaciones es, en cualquier caso, habitualmente moderada o baja por la calidad de los estudios que permiten realizar las afirmaciones.

Grado de respuesta a preguntas

P1 100%: Se indica claramente la magnitud del problema, si bien no la metodología usada para la medición.

P2 75%: Se especifican las industrias con los alérgenos más frecuentemente asociados en una tabla dentro de la síntesis de resultados.

P3 50%: Se establece que hay recuperación facilitada en caso de retirar la exposición de los pacientes afectados, pero no hay información respecto al tiempo.

P4 25%: Se expone a la enfermedad como derivada de mecanismos de hipersensibilidad mediados por linfocitos T y que sus manifestaciones clínicas pueden clasificarla en agudas o crónicas.

P5 25%: Se establece que existe una forma irritativa de aparición rápida (horas a días), pero no se indican específicamente periodos de tiempo para lo mismo.

P6 100%: Se establece una clasificación clínica de los hallazgos clínicos más frecuentes en dermatitis ocupacional y su patrón topográfico más frecuente de aparición.

P7 50%: Más que patologías, parece ser que la dermatitis ocupacional deteriora principalmente la calidad de vida de quien la padece, limita su capacidad laboral y puede inducir cambios de carrera.

P9 50%: En la guía se establece un flujo de trabajo dependiente de prestadores de salud, en el que un médico debe hacer notificación a un departamento de salud ocupacional o al empleador mismo para la toma de medidas que faciliten la recuperación o reinserción laboral del trabajador.

P12 50%: Se hace mención que las personas consideradas “en riesgo” deben ser vigiladas estrechamente, pero que las medidas de prevención deben estar a disposición de todos los trabajadores incluidos.

P14 75%: El retiro de la exposición es deseable siempre que sea posible, de acuerdo a lo mencionado en esta guía, para acelerar la recuperación y por tiempos limitados.

P15 50%: Se hace mención a las ocupaciones de mayor riesgo descritas y también a que fisiopatológicamente aquellas profesiones con trabajos húmedos pueden tener alteraciones de la barrera cutánea que expongan a los trabajadores a mayores riesgos de presentar dermatitis ocupacional.

P16 25%: Más que la existencia de valores ambientales permisibles, parece ser que la exposición a determinadas sustancias presentan riesgos per se de presentar casos de dermatitis ocupacional.

P19 75%: Pruebas cutáneas en parche debieran ser realizadas a todos los trabajadores. Estas pueden además ser complementadas con alérgenos propios del ambiente laboral.

P21 100%: Se establecen claramente las medidas recomendables desde esta perspectiva para el tratamiento de los pacientes con dermatitis ocupacional.

P22 100%: Se establecen claramente las medidas recomendables a ser implementadas por los trabajadores para tanto la prevención como el tratamiento de los pacientes con dermatitis ocupacional.

P24 75%: Se hace mención a lineamientos generales respecto a la reacomodación de pacientes con dermatitis ocupacional en general y para el área de la salud.

P25 75%: Se hace mención a lineamientos generales respecto a la reeducación de pacientes con dermatitis ocupacional en general y para el área de la salud.

22. MULTICENTER STUDY "MEDICAL-OCCUPATIONAL REHABILITATION PROCEDURE SKIN--OPTIMIZING AND QUALITY ASSURANCE OF INPATIENT-MANAGEMENT (ROQ)". SKUDLIK C, WEISSHAAR E, SCHEIDT R, WULFHORST B, DIEPGEN TL, ELSNER P, ET AL. JOURNAL DER DEUTSCHEN DERMATOLOGISCHEN GESELLSCHAFT 2009FEB.;7(2):122–6

DOI: 10.1111/j.1610-0387.2008.06864.x

Objetivo: Evaluar la eficacia, capacidad de transferencia y permanencia de medidas de rehabilitación con pacientes internados en dermatosis ocupacional.

Tipo de estudio: Cohorte prospectiva con controles históricos (Protocolo)

Resultados principales

El presente documento es un protocolo de intervención propuesto para medir la eficacia de una serie de medidas de rehabilitación (prevención terciaria) en trabajadores con dermatitis ocupacional. Dentro del protocolo se incluyen intervenciones educacionales, tratamiento especializado por dermatólogos evitando el uso de esteroides, uso de medidas de protección cutánea y periodos alejados del ambiente laboral para facilitar recuperación (pacientes internados). Se provee un flujograma de manejo general en la publicación del protocolo.

La evaluación del programa está pendiente, por lo que no hay resultados que reportar. Sólo hay información respecto a un flujo de prevención terciaria propuesto.

Validez interna

Moderada. Dado que se trata de una pregunta de intervención, hubiera sido deseable realizar un ensayo clínico aleatorizado o controlado para la respuesta, pero los autores explican que esto no es posible en Alemania por regulaciones vigentes. Se podrían controlar sesgos mediante técnicas de análisis multivariante, pero aún así el peso de evidencia sigue siendo menor que el de un ensayo aleatorizado. No se ha especificado un cálculo de tamaño muestral mínimo y la intervención puede resultar asimétrica en base a lo estimado para cada paciente, lo que dificultará la interpretación de los resultados. Lo último puede ser mitigado por el hecho de que la intervención se describe como estandarizada.

Grado de respuesta a preguntas

P23 10%: En la introducción se hace mención de la importancia económica del problema, pero no hay metodología específica que la respalde.

P24 50%: El estudio tendrá capacidad moderada para evaluar a un esquema de tratamiento multidisciplinario con medidas de prevención terciaria en dermatitis ocupacional.

P25 50%: El estudio tendrá capacidad moderada para evaluar a la reeducación profesional en la rehabilitación de pacientes con dermatitis ocupacional.

23. DETERMINANTS OF CURRENT HAND ECZEMA: RESULTS FROM CASE-CONTROL STUDIES NESTED IN THE PACO FOLLOW-UP STUDY (PACO II). APFELBACHER CJ, FUNKE U, RADULESCU M, DIEPGEN TL. CONTACT DERM. 2010;62(6):363–70.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2010.01729.x

Objetivo: Evaluar factores de riesgo asociados con la presencia de eczema de manos y dermatitis de manos irritativa en dos estudios de casos y controles dentro de una cohorte con largo tiempo de seguimiento en la industria automovilística.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar eczema de manos y dermatitis de mano irritativa entre trabajadores en la industria automovilística?

Tipo de estudio: Cohorte prospectiva con controles históricos (Protocolo)

Resultados principales

La prevalencia de eczema de manos en el periodo de seguimiento de 10 años fue del 21% (IC95%: 19-23.1%), con una incidencia acumulada del 29.3% (26-9%-31.6%) en el periodo de seguimiento completo de 13 años. En ambos estudios, el contacto con aceites o fluidos basados en aceite para el trabajo del metal, trabajos húmedos de más de 2 horas y el uso de limpiadores abrasivos más de una vez por día fueron las exposiciones más frecuentes. Trabajar en oficina fue más prevalente entre controles ($p < 0.05$), mientras que el eczema de manos durante el tiempo como aprendiz, la diátesis atópica de la piel, el eczema flexural y la aplicación de productos de protección o cuidado cutáneos más de una vez por día fueron significativamente más frecuente entre los casos.

En el primer estudio se detectaron asociaciones inversas, pero no estadísticamente significativas, entre tener un trabajo de oficina y mayor edad con el eczema de manos. La diátesis atópica de la piel y el antecedente de eczema de manos se asociaron positivamente a presentar una dermatitis ocupacional en manos, pero sólo el antecedente de atopía se asoció en forma estadísticamente significativa (aOR: 2.47, IC95%: 1.71 - 3.55).

En el segundo estudio orientado a determinar factores asociados específicamente a dermatitis de mano irritativa, un análisis de regresión logística encontró similares relaciones inversas entre el trabajo de oficina y la edad, siendo directas las relaciones de la diátesis atópica y los trabajos húmedos por más de 2 horas. La única estadísticamente significativa fue el antecedente de atopía (aOR: 1.84, IC95%: 1.20 - 2.80).

Validez interna

Baja. Se trata de dos estudios de casos y controles dentro de una cohorte prospectiva destinados para evaluar factores de riesgo de dermatitis ocupacional. No queda claro el motivo del cambio de diseño hacia estudio de casos y controles. La selección de controles está contaminada con pacientes con antecedentes de eczema de manos, por lo que no puede evaluarse a este antecedente en cuanto a la magnitud de su asociación con el resultado. No hay estimaciones de tamaño muestral mínimo y si bien se enuncia la utilización de métodos multivariados, no queda claro que se hayan evaluado estadísticos postestimación del modelo propuesto (con 3 de 4 variables no - significativas). La asociación de uso de cremas con pertenecer al grupo de casos es probablemente espuria considerando la relación causa-efecto entre las dos variables y la falta de consideración de la temporalidad de las mismas en el diseño.

Grado de respuesta a preguntas

P8 25%: El presente estudio detecta que el antecedente de atopía es relevante. Podrían existir relaciones con edad y tipo de trabajo, pero por las limitantes del tamaño muestral no es posible tomar conclusiones definitivas al respecto.

P15 25%: Parece haber relación con el desarrollo de trabajos húmedos en este trabajo, pero no se alcanza significancia estadística. La falta de tamaño muestral es una limitante importante.

24. NURSES' PERCEPTIONS OF THE BENEFITS AND ADVERSE EFFECTS OF HAND DISINFECTION: ALCOHOL-BASED HAND RUBS VS. HYGIENIC HANDWASHING: A MULTICENTRE QUESTIONNAIRE STUDY WITH ADDITIONAL PATCH TESTING BY THE GERMAN CONTACT DERMATITIS RESEARCH GROUP. STUTZ N, BECKER D, JAPPE U, JOHN SM, LADWIG A, SPORNRAFT-RAGALLER P, ET AL. BR. J. DERMATOL. 2009 MAR.;160(3):565–72.

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2008.08951.x

Objetivo: Investigar la percepción de enfermeras sobre los efectos adversos del lavado de manos y desinfección alcohólica y obtener información sobre la prevalencia de dermatitis de mano y sensibilización a alcoholes y productos de aseo basados en alcohol.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles es la percepción de enfermeras sobre los efectos adversos del lavado de manos y desinfección alcohólica? ¿Cuál es la prevalencia de dermatitis de mano, sensibilización a alcoholes o productos de aseo basados en alcohol?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

El estudio está dividido en dos partes. Un estudio piloto en el que se enviaron cuestionarios para obtener información demográfica y un estudio multicéntrico mayor auspiciado por el Deutsche Kontaktallergiegruppe (Grupo Alemán de Alergias de Contacto).

Estudio piloto

Un total de 1343 cuestionarios fueron enviados, respondiéndose el 38,7% (532). La mayoría de quienes respondieron fueron mujeres (73%), de edad media 37 años (rango 20 a 62) y que se habían desempeñado en enfermería por una media de 16 años (rango 1 a 42). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes expuestas a lavado de manos con detergentes o con alcohol según las áreas de ocupación ($p < 0.001$). El 66.3% pensó que el uso de productos con alcohol era responsable de los cambios de la piel, mientras que el resto consideró al lavado de manos como la principal causa de la irritación cutánea ($p < 0.001$). La mayoría planteó una causa irritativa para sus síntomas (más que una alérgica) y el 60.1% pensó que los productos basados en alcohol eran más dañinos que el lavado de manos tradicional.

De las enfermeras que reportaron síntomas cutáneos, 167 (51.5%) reportaron una influencia negativa causada por la irritación cutánea en su diario vivir, y 121 (41%) en la laboral. El grado de deterioro en la calidad de vida diaria fue evaluado mediante una escala de 10 puntos, donde 10 es el máximo deterioro y 1 uno muy leve. Las enfermeras indicaron que el deterioro en la calidad de vida fue de 3 puntos en promedio y 2 para la vida laboral, indicando un detrimento relativamente bajo. Diecisiete (3.5%) reportaron incapacidad temporal para trabajar por la dermatitis.

Estudio multicéntrico

Se enviaron 4737 encuestas en 5 centros asistenciales, respondiéndose 1828 (37.6%). Las características de las encuestadas fueron similares a las del caso anterior. El 36.4% identificó a los productos basados en alcohol como dañinos para la piel, significativamente más que quienes indicaron que el lavado de manos era dañino (5.1%, $p < 0.0001$), el 30.8% consideró a ambos procedimientos como dañinos y el 27.7% pensó que ambos eran seguros para la piel. Al igual que en el caso anterior, la mayoría de las enfermeras plantearon una causa irritativa para los síntomas cutáneos.

En general, el 70.6% (IC95%: 68.5 - 72.7%) reportaron irritación de la piel en el pasado en la encuesta de síntomas cutáneos. Ésta varió significativamente según el lugar de ocupación ($p < 0.01$), siendo más alta entre enfermeras trabajando en sala (73,4%) comparado con aquellas que trabajaban en clínicas ambulatorias (60,5%). Las enfermeras que trabajaban en pabellón o UCI tuvieron prevalencia de síntomas intermedia (72%). La prevalencia a un año de dermatitis de manos de acuerdo a una definición propuesta por los autores fue 22.4% (IC95%: 20.5% - 24.4%), sin detectarse diferencias estadísticamente significativas entre los distintos sitios de trabajo.

No hubo reacciones alérgicas alcohol, sólo 3 casos (de 250 enfermeras) de reacciones irritativas. En cuanto a productos basados en alcohol, tres enfermeras mostraron una reacción positiva, la que fue atribuible a componentes del producto en 1 caso.

Validez interna

Moderada. El presente estudio aporta información valiosa respecto al impacto de una enfermedad frecuente en una población de riesgo, pero debe considerarse que se emplea un cuestionario que no ha sido validado en la literatura y no se aportan medidas de lo último dentro de la metodología de trabajo. El método para hacer el diagnóstico de dermatitis ocupacional tampoco está en base a criterios universales y esto puede falsear la estimación de la prevalencia real del problema.

Grado de respuesta a preguntas

P1 75%: El presente estudio muestra la prevalencia de dermatitis ocupacional basada en síntomas cutáneos y un diagnóstico semi-estandarizado en una población de riesgo. Debe considerarse en la interpretación que si bien los síntomas son los de dermatitis ocupacional, el método empleado puede falsear los resultados.

P6 10%: El estudio plantea síntomas claros para hacer el diagnóstico de casos de dermatitis ocupacional, si bien no estima la frecuencia de éstos.

P13 10%: El estudio plantea un método para hacer el diagnóstico de dermatitis ocupacional, pero éste debe ser validado en estudios diseñados para ello.

P23 100%: Este trabajo permite estimar el impacto de la enfermedad entre profesionales de la salud, quienes están especialmente expuestos a contraerla.

25. LONG-TERM FOLLOW-UP STUDY OF OCCUPATIONAL HAND ECZEMA. MÄLKÖNEN T, ALANKO K, JOLANKI R, LUUKKONEN R, AALTO-KORTE K, LAUERMA A, ET AL. BR. J. DERMATOL. 2010Nov.;163(5):999–1006.

DOI: 10.1111/j.1365-2133.2010.09987.x

Objetivo: Determinar el pronóstico médico y ocupacional de pacientes con eczema de mano ocupacional e identificar factores que se asocian a la mantención del eczema de manos.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles es el pronóstico médico y ocupacional a largo plazo entre pacientes con eczema de manos ocupacional? ¿Qué factores se asocian a este pronóstico?

Tipo de estudio: Cohorte retrospectiva

Resultados principales

Se evaluaron un total de 605 pacientes, 54% mujeres con edad promedio en torno a los 42 años. El tiempo de seguimiento medio fue 10.5 años (rango 7 a 14) y la duración promedio de la dermatitis ocupacional 4.82 años. Un 40% reportó curación del eczema de manos durante los últimos 12 meses antes de la realización del cuestionario, la que fue “peor” entre pacientes con antecedentes de atopia. Se detectó mayor proporción de pacientes que curaban la enfermedad si la atopia duraba 1 año o menos ($p < 0.001$). En un

análisis de regresión logística múltiple, el cambiar de ocupación, la duración del eczema antes del diagnóstico y los antecedentes de atopia fueron factores asociados significativamente con la continuación de la dermatitis ocupacional.

Entre las consecuencias para la salud se establece que un 48% de los pacientes buscaron atención médica y un 23% tuvieron reposo laboral por el eczema de manos. Esto último sólo se asoció a edad mayor de 45 años al diagnóstico. Entre los pacientes con eczema durante los últimos 12 meses, 27% reportó necesitar tratamiento con esteroides tópicos u otro tratamiento activo. La localización del eczema en las manos se asoció con peores respuestas terapéuticas.

Las consecuencias ocupacionales durante el seguimiento incluyeron cambios de ocupación en el 34% de los pacientes seguidos, lo que fue especialmente común entre pacientes más jóvenes y en ocupaciones asociadas a manipulación de alimentos y peluquería. Sólo un 8% de los pacientes continuó trabajando sin realizar ningún cambio en su ambiente laboral. La pérdida del trabajo (desempleo y retiro) secundario a dermatitis ocupacional fue reportada en un 25% de los pacientes y fue más común entre pacientes de más de 45 años, pacientes con formas alérgicas de presentación y entre ocupaciones asociadas en alimentos.

Validez interna

Moderada. Es un estudio retrospectivo que busca evaluar pronóstico con diagnósticos de dermatitis ocupacional proveniente de un servicio de vigilancia nacional. Las herramientas empleadas para la medición de las variables incluyen un cuestionario que no está claramente validado en el texto y si bien se establecen criterios para el diagnóstico, no hay validación de los mismos ni especificación del número de observadores (con estimaciones de variabilidad entre ellos) para la clasificación. No se hace un cálculo de tamaño muestral (si bien éste es relativamente importante) y el método estadístico de análisis no aparece completamente clarificado, puntualmente no se especifica la técnica deseada para el modelamiento logístico y tampoco hay evaluación de estadísticos postestimación.

Grado de respuesta a preguntas

P3 50%: El estudio permite establecer que la recuperación de las lesiones cutáneas es más probable si el trabajador es retirado de la exposición, pero no un tiempo mínimo para tal resultado.

P7 10%: El estudio no hace mención a patologías específicas que se deterioren por la dermatitis ocupacional, pero establece impacto en la salud de las personas directo derivado de la enfermedad y factores asociados a lo anterior.

P8 50%: Se establecen factores asociados a peores resultados laborales y médicos en dermatitis ocupacional.

P14 25%: El retiro temporal del trabajador se asoció a mayor posibilidad de curación. Si bien esto no establece una norma de manejo, parece ser un factor a considerar si se desea obtener recuperación de las lesiones.

P23 75%: Hay mención a algunos desenlaces importantes asociados al costo e impacto laboral de la enfermedad.

26. NON-INVASIVE BIOENGINEERING METHODS IN AN INTERVENTION STUDY IN 1020 MALE METAL WORKERS: RESULTS AND IMPLICATIONS FOR OCCUPATIONAL DERMATOLOGY. KÜTTING B, UTER W, BAUMEISTER T, SCHALLER B, WEISTENHÖFER W, DREXLER H. CONTACT DERM. 2010MAY;62(5):272-8.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2010.01706.x

Objetivo: Determinar la utilidad de métodos de monitoreo biofísicos en el ambiente de trabajo. Evaluar la eficacia de tres estrategias de tratamiento cutáneas en reducir la gravedad de la dermatitis ocupacional evaluable en índices de monitoreo biofísicos.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la utilidad de métodos de monitoreo biofísicos (Pérdida de agua transepidermica) si son usados en el ambiente de trabajo? Entre pacientes trabajadores en metalúrgica ¿permiten las estrategias de protección cutánea, cuidados de la piel o la combinación de ambas en relación al placebo mejorar la dermatitis evaluada en pérdida transepidermica de agua y colorimetría?

Tipo de estudio: Ensayo Clínico Aleatorizado

Resultados principales

Se evaluaron un total de 1020 pacientes, 800 de los cuales completaron el seguimiento. Sólo se consideró a hombres mayores de 18 años (edad promedio: 40.6 años, rango 18 a 62). Al año de seguimiento la pérdida de agua transepidermica fue significativamente más baja en el grupo de participantes asignados a recibir métodos de barrera solos ($p=0.02$), indicando un efecto protector, pero esta diferencia fue muy pequeña como para ser de relevancia clínica.

Se detectó una muy baja correlación entre el eritema medido por colorimetría y el evaluado en una escala de síntomas para dermatitis ocupacional (Rho de Spearman: 0.13, IC95%: 0.06 - 0.20). Dado que el eritema es uno de los hallazgos morfológicos más frecuentes de eczema de manos agudos, estos valores en colorimetría fueron evaluados pese a la baja correlación en las 4 ramas del estudio, observándose puntuaciones de eritema más altos en los grupos que recibieron el esquema terapéutico combinado.

Validez interna

Muy baja. El estudio muestra en sus objetivos el deseo de evaluar a la pérdida transepidermica de agua como método de vigilancia entre personas en alto riesgo de presentar dermatitis ocupacional, pero a la vez realiza un estudio de intervención previo a la evaluación de la herramienta en este escenario. No se describe apropiadamente el método de validación. En cuanto a la intervención, se indica que es un ensayo aleatorizado, pero no hay descripción del proceso para generar secuencias, ocultamiento de las mismas, niveles de enmascaramiento y la atrición es de más del 20%. La intervención no es suficientemente descrita. Tampoco hay un cálculo de tamaño muestral mínimo ni se reportan suficientemente las características de los pacientes en una tabla 1, por lo que no es posible determinar si los hallazgos son atribuibles a la intervención realizada o a características particulares de los enfermos.

Grado de respuesta a preguntas

P11 0%: El estudio establece que la pérdida de agua transepidérmica y la colorimetría pueden usarse como herramientas biofísicas para el tamizaje de dermatitis ocupacional. Sin embargo, la metodología seleccionada no permite establecer conclusiones fidedignas al respecto.

P22 0%: El estudio muestra resultados de no efectividad clínica de las medidas seleccionadas. Sin embargo, sus errores sistemáticos no permiten tomar conclusiones concretas.

27. SUSTAINABILITY OF AN INTERDISCIPLINARY SECONDARY PREVENTION PROGRAM FOR HAIRDRESSERS.

WULFHORST B, BOCK M, GEDIGA G, SKUDLIK C, ALLMERS H, JOHN SM. INT ARCH OCCUP ENVIRON HEALTH. 2010FEB.;83(2):165–71.

DOI: 10.1007/s00420-009-0480-z

Objetivo: Determinar la eficacia de un programa interdisciplinario (médico y educacional) en prevención secundaria para permitir la permanencia en el trabajo entre peluqueros.

Pregunta de investigación: Entre peluqueros ¿Permite un programa de vigilancia médico y educativo comparado con el manejo médico habitual reducir la deserción laboral por dermatitis ocupacional?

Tipo de estudio: Ensayo Clínico Controlado.

Resultados principales

Se realizó una intervención en 4 etapas a realizarse en 6 meses, consistentes en un examen dermatológico con entrevista exploratoria, un seminario educativo sobre protección cutánea, consultorías en el sitio de trabajo de los peluqueros y un seminario final con consultoría y examen dermatológico. Un total de 300 peluqueros participaron en este estudio, 215 asignados al grupo intervención y 85 al control con un seguimiento que osciló entre los 9 meses y 5 años. Un subgrupo fue seguido por 10 años desde el inicio del protocolo en 1994.

La mayoría de las personas seguidas fueron mujeres (94.1%), con edad promedio 27.6 años (rango 18 a 66). Hubo diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la incidencia de dermatitis de contacto alérgica ocupacional (más frecuente en el grupo intervenido, 57,3 v/s 37,3%, $p < 0.001$) y la presencia de eczema atópico, que fue más frecuente en el grupo control (37,3% v/s 13% $p < 0.001$).

Un 75.8% de los pacientes del grupo intervenido y 94.1% de los del grupo control respondieron al control de los 9 meses. Un 71.8% de los pacientes del grupo intervenido pudo mantenerse en su trabajo en contraposición al 60% de los del grupo control. Esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0.16$). Aquellos que se retiraron de su trabajo lo hicieron por la dermatitis ocupacional en un 14.7% de los casos en el grupo intervenido y 22.5% de los casos del control.

A los 5 años, un 80% de los pacientes del grupo intervenido y el 64,7% de los del grupo control pudieron ser controlados. El 58.7% de los del grupo intervención se mantenía en su trabajo en comparación al 29.1% de los del grupo control. Los que renunciaron a sus ocupaciones lo hicieron por la dermatitis ocupacional en un 12.8% de los del grupo intervenido y 27.3% de los del grupo control. Esta diferencia alcanzó significancia

estadística ($p < 0.001$). Estas diferencias proporcionales se mantuvieron al control de 10 años, pero se diluyó la significancia estadística, probablemente por atrición de la muestra.

Validez interna

Baja. Si bien las conclusiones son interesantes, debe considerarse que los grupos son asimétricos en sus características desde un inicio, secundario a la falta de aleatorización, la atrición es superior al 20%, no existe ninguna forma de enmascaramiento y las intervenciones médicas no son estandarizadas, por lo que pueden ser perfectamente asimétricas entre grupos. No se realiza un cálculo de tamaño muestral para estimar la magnitud de efecto detectable por el estudio a priori.

Grado de respuesta a preguntas

P23 50%: El estudio permite establecer que la deserción laboral por este problema parece ser frecuente entre estilistas, pero deben considerarse los sesgos previamente descritos en la interpretación de las cifras.

P24 - P25 25%: La educación del trabajador en medidas de prevención del contacto puede ser útil para permitirle mantenerse en su ocupación, pero los errores metodológicos de este trabajo no permiten obtener evidencia definitiva de aquello.

28. KONTAKTEKZEM: LEITLINIEN DER DEUTSCHEN DERMATOLOGISCHEN GESELLSCHAFT (DDG). BRASCH J, BECKER D, ABERER W, BIRCHER A, KRÄNKE B, DENZER-FÜRST S, ET AL. ALLERGOLOGIE. DUSTRI; 2007;30(7):249–60.

Objetivo: Sintetizar el conocimiento disponible para el manejo de pacientes con eczema de contacto.

Pregunta de investigación: No aplicable. Múltiples.

Tipo de estudio: Guía clínica

Resultados principales

El eczema de contacto es una entidad morfológica caracterizada por una reacción eczematosa precedida habitualmente por eritema, vesículas, exudación, pápulas y liquenificación de la piel. Corresponde a una reacción cutánea derivada de la intolerancia a una molécula del ambiente, conocida como alérgeno, que se corresponde con métodos de reacción tipo 1 o tipo 4.

En promedio, la prevalencia parece afectar en torno al 7% de la población, lo que la hace comparable en importancia epidemiológica a otras enfermedades frecuentes, como la Diabetes Mellitus. La incidencia reportada varía en distintos estudios, con cifras que oscilan entre 1,6 hasta 28/1000 pacientes-año. Un estudio reportó un modelo considerando riesgo “intermedio”, situándose la cifra en 3/1000 pacientes/año. La frecuencia de sensibilización a alérgenos parece ser más importante, en torno al 15%-20%. La prevalencia de tales sensibilizaciones varía de acuerdo a la sustancia investigada, siendo las más frecuentes el sulfato de níquel, las fenilendiaminas y las mezclas de fragancias (fragrance mix).

La enfermedad corresponde a una entidad en la que factores endógenos y ambientales confluyen para su desarrollo. Entre los primeros se cuentan al género, la edad, factores étnicos, una diátesis atópica, enfermedades cutáneas concomitantes, el hábito tabáquico y algunos factores genéticos (polimorfismos de enzima NAT2 -N-Acetiltransferasa 2- o TNF-alfa 308). El factor ambiental tendría que ver con la exposición a un agente, sin describirse valores corte en las que esta exposición es más probable. Para desarrollar un eczema de contacto se plantea debe existir una barrera cutánea deficiente, lo que facilita el contacto entre alérgenos y células presentadoras de antígenos. Éstas generarán una respuesta inmune con múltiples mediadores en conjunto a linfocitos T, generando el espectro clínico de la enfermedad.

El diagnóstico del eczema de contacto comienza con las manifestaciones clínicas de éste. La más frecuente manifestación es el eritema, el que puede acompañarse de vesículas en casos más severos. De mantenerse la exposición, el eritema progresa hacia resequedad de la piel con fisuras y liquenificación, signos más bien atribuidos a eczema de contacto crónico. De retirarse la exposición en fases agudas, existe la posibilidad de restitución *ad integrum* en un plazo de tiempo breve. En este mismo sentido, la anamnesis y el examen físico son de vital importancia para poder establecer el diagnóstico de eczema de contacto. Toda anamnesis debe incluir antecedentes ocupacionales para determinar alérgenos posibles. No se recomiendan pruebas específicas para el diagnóstico de eczema de contacto irritativo en esta guía.

Existen varias aristas terapéuticas a considerar. La más importante es el retiro de la exposición, considerando la fisiopatología basada en noxas externas antes enunciada. Ningún tratamiento sintomático sería capaz de mitigar la enfermedad si la exposición es mantenida. En casos en que no sea posible retirar al paciente de la exposición, múltiples métodos de barrera existen para conseguir reducir la exposición, como guantes y otros métodos de barrera. La redistribución laboral a un ambiente en el que no exista el factor de exposición es también una opción en casos ocupacionales.

Existe evidencia limitada para la recomendación de terapia médica en general. La mayoría corresponde a tratamientos tópicos, siendo la primera línea de éstos los esteroides tópicos. La elección de cada agente en particular depende de la localización e intensidad de las lesiones cutáneas. Otras opciones terapéuticas incluyen los inhibidores de calcineurina (no aprobados en Alemania, Austria y Suiza), la terapia ultravioleta (en especial para casos crónicos)

Validez interna

Baja. La guía clínica se describe como una revisión sistemática de preguntas clínicamente importantes y refiere tener una orientación económica asociada, pero no se describe la metodología empleada para estos fines y tampoco existe graduación de las recomendaciones de acuerdo a su peso de evidencia relativo a cada pregunta.

Grado de respuesta a preguntas

P1 100%: La revisión sintetiza estudios que permiten estimar la frecuencia del problema en la población general y la frecuencia de sensibilizaciones a agentes más frecuentes, si bien no hay subtipificaciones por actividades económicas.

P2 25%: La revisión enuncia los agentes más frecuentemente asociados a dermatitis de contacto, de los que pueden inferirse ocupaciones de mayor riesgo.

P3 50%: Se enuncia que existe la posibilidad de recuperación de las lesiones dérmicas, especialmente en casos agudos, pero no hay estimación del tiempo necesario para tales efectos.

P4 75%: Hay una breve descripción de la fisiopatología de la dermatitis ocupacional y una clasificación basada en localización e intensidad de lesiones.

P5 50%: Si bien hay una reseña fisiopatológica de los efectos de la dermatitis ocupacional y algunas menciones a factores de riesgo, no se indican tiempos de latencia mínimos para ello.

P6 100%: Se establecen claramente las manifestaciones clínicas cardinales de la dermatitis ocupacional.

P7 25%: No se mencionan patologías asociadas a descompensación por dermatitis ocupacional, sino que más bien su impacto en la población general.

P8 75%: Hay mención de los factores de riesgo del trabajador más importantes en el desarrollo de la enfermedad.

P10 25%: No se hace mención a una cuantía de alérgenos necesarios para presentar la enfermedad, sino que más bien a una susceptibilidad en parte genética de individuos a desarrollar una respuesta de hipersensibilidad frente a alérgenos del ambiente. En este sentido, puede ser que la intensidad de exposición no tenga tanta relación con el problema, sino que más éste esté en la falla de la permeabilidad de la barrera cutánea.

P14 75%: En casos de dermatitis de contacto irritativa se sugiere siempre limitar la exposición del trabajador al alérgeno. Esto puede ser conseguido con la relocalización del trabajador y métodos de barrera antes que con la suspensión de las funciones laborales.

P15 50%: Los factores de riesgo tendrían que ver fundamentalmente con profesiones en la que la barrera cutánea pueda verse comprometida, como los trabajos húmedos.

P21 25%: Hay una breve mención respecto a métodos que permiten disminuir la exposición a agentes.

P22 25%: Hay una breve mención respecto a métodos personales que permiten disminuir la exposición a agentes, sin especificarse el nivel de evidencia para utilizarlos.

P25 25%: La relocalización del trabajador en nuevas funciones para evitar la exposición a alérgenos es reconocida como una herramienta importante en la limitación de la exposición, pero no se mencionan cifras respecto a su eficacia.

29. DERMATITIS: OCCUPATIONAL ASPECTS OF MANAGEMENT. A NATIONAL GUIDELINE. NHS PLUS, ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, FACULTY OF OCCUPATIONAL MEDICINE. LONDON:RCP, 2009

PMID: 21117385

Objetivo: Sintetizar el conocimiento disponible para el manejo ocupacional de pacientes con dermatitis ocupacional; con especial enfoque en trabajadores del área de la salud.

Pregunta de investigación: No aplicable. Múltiples.

Tipo de estudio: Guía clínica

Resultados principales

La guía clínica realiza recomendaciones específicas para el entorno ocupacional, las que son complementadas con el documento emitido por el Royal College of Physicians (Smedley. Clin Med. Clinical Medicine; 2010. p. 487–90).

La dermatitis de manos es una enfermedad frecuente, con una prevalencia del 9.7% de la población y una incidencia de 5.5 a 8.5/1000 personas/año. Puede ser una condición incapacitante y que deteriora importantemente la calidad de vida de quienes la padecen, sin mencionarse patologías asociadas a descompensación en este documento. La forma ocupacional correspondería a un 20% de todas las enfermedades ocupacionales y al 70% de las patologías dermatológicas asociadas a ocupaciones, con probablemente importante subdiagnóstico asociado a esto. El pronóstico en formas moderadas a severas es pobre, encontrándose que un 20% de las personas pueden requerir tiempos alejados de sus ocupaciones con un 5% necesitando cambios de ocupación o jubilaciones anticipadas. El alejarse de las sustancias alergénicas ha sido uniformemente citado como una medida necesaria para asegurar la recuperación, pero se han descrito casos de pacientes que no se recuperan pese a esta medida. Fuera de estos impactos para los trabajadores, dentro del área de la salud hay evidencia limitada de que los trabajadores con dermatitis ocupacional pueden incrementar el riesgo de adquisición de infecciones nosocomiales por los pacientes, por una mayor tendencia a ser colonizados con especies bacterianas intrahospitalarias.

Las ocupaciones en mayor riesgo de presentar dermatitis ocupacional son los floristas, peluqueros, operadores que trabajan con gomas, vidrio o cerámica, estilistas y profesionales del área de la salud (fundamentalmente enfermeras). Entre los factores de riesgo conocidos se mencionan la exigencia de trabajos húmedos, lavado de manos frecuente, exposición a químicos irritantes o alergénicos y el uso persistente o frecuente de guantes. Pese al gran impacto que tiene la enfermedad, no se detectó evidencia para indicar que esquemas de vigilancia entre trabajadores se asociaran a beneficios clínicos en dermatitis ocupacional.

Entre las manifestaciones clínicas de dermatitis se reflejan evidencias de una respuesta inflamatoria aguda o crónica, con el edema de la epidermis y una infiltración inflamatoria encontrada en la gran mayoría de los casos. Síntomas y signos típicos son la resequedad cutánea, el edema, prurito, eritema, vesiculación, exudados y formación de costras o fisuras. En casos crónicos la piel puede tomar una apariencia liquenificada. Los cambios de la piel están frecuentemente limitados a áreas expuestas. En base a su etiología, la dermatitis ocupacional puede clasificarse además en formas alérgicas o irritativas.

En cuanto al manejo de pacientes con dermatitis ocupacional se evaluaron a las cremas humectantes, emolientes, uso de guantes y a medidas educacionales en una variedad de desenlaces clínicos relevantes, como la incidencia de casos de dermatitis ocupacional o cambios en índices biofísicos como la pérdida transepidérmica de agua (TEWL), hidratación de la piel en cronómetro y cambios en la coloración de la misma con cromómetros. Hubo un pequeño cuerpo de evidencia que evidenció que cremas acondicionantes pueden mejorar la condición de la piel de trabajadores del área de la salud con daños en la piel, así como que el uso de cremas en barrera no serían mejores que el uso de vehículos solos en mejorar indicadores

clínicos de la condición de la piel. No hubo evidencia de mejoría en índices de bioingeniería al respecto. La educación del personal fue también evaluada, encontrándose menor deterioro en índices biofísicos entre los pacientes asignados a intervención en un ensayo clínico pequeño.

Validez interna

Buena. La presente guía enuncia claramente una metodología de trabajo sistemática para la búsqueda y evaluación de la mejor evidencia disponibles para hacer sus recomendaciones. Se emplea la metódica SIGN en forma estandarizada, incluyendo un periodo de entrenamiento para los participantes de la redacción de la guía clínica. Las estrategias de búsqueda, selección y evaluación de calidad de los trabajos es más que adecuada. Las principales limitaciones vienen de la baja disponibilidad de ensayos de alta calidad para hacer recomendaciones y limitantes inherentes al esquema SIGN para evaluación de publicaciones.

Grado de respuesta a preguntas

P1 100%: La revisión otorga cifras precisas de la magnitud del problema en Europa.

P2 100%: La revisión indica las profesiones con mayor riesgo de presentar dermatitis ocupacional.

P3 75%: Se menciona que habitualmente la suspensión de la exposición se asocia a mejores resultados clínicos, con recuperación de las lesiones en la mayoría de los casos. Sin embargo, hay casos refractarios aún a esta medida y no se explicita un periodo de tiempo mínimo para lo último.

P4 75%: Se plantea una clasificación clínica y fisiopatológica basada en manifestaciones y etiología de dermatitis ocupacional.

P6 100%: Los hallazgos clínicos se corresponden a una enfermedad inflamatoria y permiten establecer una clasificación etiológica y cronológica en base a determinadas manifestaciones. La revisión ofrece una breve exposición de cómo diagnosticar clínicamente y clasificar los casos de dermatitis ocupacional.

P7 50%: No se mencionan patologías que se deterioren producto de la dermatitis ocupacional, mas sí que ésta puede causar deterioros en calidad de vida de las personas aquejadas por ella.

P9 50%: La revisión concluye que no existe evidencia para recomendar protocolos de vigilancia en dermatitis ocupacional a la fecha y que hay necesidad de mayor investigación en esta área.

P10 50%: No se hace mención a concentraciones específicas de alérgenos para causar dermatitis ocupacional, pero sí que una disrupción en la barrera cutánea que facilite la exposición a tales alérgenos puede facilitar el desarrollo de la enfermedad. Por tanto, más que una relación dosis-respuesta, parece existir vulnerabilidad por otras vías para explicar el desarrollo de la enfermedad.

P12 50%: También en relación a la pregunta 7, no existe evidencia para recomendar un programa de vigilancia, por lo que no se han definido personas de riesgo para participar en ellos. Probablemente deban considerarse factores de riesgo personales y de la ocupación para desarrollar estos protocolos en el futuro.

P14 75%: No se hace mayor mención a periodos de tiempo o momentos en el que el trabajador deba ser retirado de la exposición, pero se indica que personas con formas moderadas a severas de enfermedad suelen requerir periodos transitorios alejados del trabajo para permitir la recuperación de las lesiones.

P15 100%: Se mencionan claramente los factores de riesgo más frecuentemente asociados a la ocupación en dermatitis ocupacional.

P16 50%: No hay mención a niveles tóxicos necesarios para generar la enfermedad, sólo se indica que la “exposición a agentes” es suficiente para la última. En general, la literatura habla de un rol más importante en la disrupción de la barrera cutánea para indicar susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad.

P21 - 22 75%: La revisión indica en general evidencia débil o insuficiente para recomendar diversas medidas terapéuticas para evitar exposición a agentes, como se detalla en la sección de resultados.

P23 100%: Se indican claramente cifras respecto al impacto de la enfermedad en términos de probabilidad de ausentismo y jubilación anticipada por este problema.

30. [OPTIMIZED DERMATOLOGIST'S REPORT AND HIERARCHICAL MULTI-STEP INTERVENTION. RANDOMIZED EVALUATION OF THE CORNERSTONES OF PREVENTIVE OCCUPATIONAL DERMATOLOGY]. VOß H, MENTZEL F, WILKE A, MAIER B, GEDIGA G, SKUDLIK C, ET AL. HAUTARZT. 2009;60(9):695–701.

DOI: 10.1007/s00105-008-1703-z

Objetivo: Evaluar los efectos de un programa de vigilancia y tratamiento en múltiples etapas en el manejo de pacientes con dermatitis ocupacional.

Pregunta de investigación: En trabajadores con dermatitis ocupacional ¿Permite un programa de diagnóstico y tratamiento en múltiples etapas disminuir la severidad del eczema, el retiro de la ocupación y los costos de procedimientos dermatológicos?

Tipo de estudio: Cohorte. Fase de Protocolo.

Resultados principales

La siguiente cohorte representa un estudio que se encuentra en curso en la Universidad de Osnabrück. Por tanto, aún no tiene resultados específicos disponibles. El protocolo contempla el reclutamiento de 1600 personas que son asignadas a dos cohortes paralelas, una de tratamiento habitual en eczema de manos ocupacional y otra en la que el modelo de intervención en múltiples etapas es aplicado. Estas últimas contemplan estrategias de prevención primaria y secundaria

Validez interna

Buena. El estudio permitirá evaluar el impacto ocupacional de medidas de prevención secundaria entre trabajadores con dermatitis ocupacional cuando complete su seguimiento.

Grado de respuesta a preguntas

P9 10%: El estudio propone un flujograma de diagnóstico y seguimiento de dermatitis ocupacional, pero aún no hay datos respecto a la eficacia del mismo.

31. DOES SMOKING HAVE A SIGNIFICANT IMPACT ON EARLY IRRITANT HAND DERMATITIS IN METAL WORKERS?
KÜTTING B, UTER W, WEISTENHÖFER W, BAUMEISTER T, DREXLER H. DERMATOLOGY (BASEL).
2011;222(4):375–80.

DOI: 10.1159/000329433

Objetivo: Determinar el impacto del hábito tabáquico en la dermatitis ocupacional en una población en alto riesgo de padecerla.

Pregunta de investigación: Entre trabajadores en alto riesgo de presentar dermatitis ocupacional ¿Modifica el tabaquismo en comparación al no fumar la incidencia de manifestaciones clínicas y severidad de la enfermedad?

Tipo de estudio: Cohorte

Resultados principales

Un total de 1355 trabajadores en una fundición que mayoritariamente trabajaban en sistemas de turno fueron reclutados para participar en un ensayo paralelo a esta cohorte, consintiendo participar en este subestudio con seguimiento a un año un total de 1020. Los participantes fueron sometidos a una entrevista estandarizada fundamentalmente diseñada para evaluar condiciones laborales a la que se agregaron preguntas respecto al tabaquismo y fue repetida a los 12 meses. La presencia de sintomatología/signología cutánea fue evaluada mediante un cuestionario estandarizado (HEROS), con poca variabilidad interobservador descrita.

La mayoría de los participantes fueron hombres (96,7%) de edad promedio 40.8 años (rango 17 a 64 años). Aproximadamente un 40% de la muestra reportó fumar. Entre fumadores se reportó una significativa mayor incidencia de vesículas dishidróicas (25.5% v/s 19.3%, $p=0.007$). En cuanto a sintomatología global medida por escalas, no se detectaron diferencias significativas entre fumadores y no-fumadores, salvo en lo que respecta a la severidad del eritema, el que fue moderadamente más alto entre fumadores ($p=0.016$).

Un total de 800 trabajadores pudieron ser seguidos a un año (78,4%), apreciándose que los fumadores tuvieron más posibilidad de perderse del seguimiento que los no-fumadores (OR: 1.5, IC95%: 1.19 - 1.85). Una mayor proporción de fumadores reportaron usar esteroides tópicos en relación a no-fumadores (2.9 v/s 1%, $p=0.038$), o el haber usado esteroides en los últimos 6 meses (4.4 vs. 2.1%, $p = 0.068$), alcanzándose significancia estadística sólo para la primera comparación. Los fumadores reportaron más frecuentemente episodios de dermatitis de manos basados en el número de consultas dermatológicas y discapacidad asociada a la dermatitis de manos.

Validez interna

Moderada. El estudio permite establecer razonablemente que el tabaquismo es un factor asociado a presentar formas de dermatitis ocupacional con mayor signología con vesículas o eritema y con cursos ocupacionalmente más severos, si bien no se detallan mayormente cifras al respecto de esta última conclusión. El diseño prospectivo es deseable para la estimación de factores de riesgo, pero la atrición observada (21,6%) y la falta de control de variables de confusión mediante técnicas multivariantes limitan las

conclusiones. Asimismo el hecho de ser un subestudio perteneciente a otro ensayo que evalúa intervenciones puede sesgar las conclusiones.

Grado de respuesta a preguntas

P2 25%: El estudio establece que los trabajadores en fundiciones se encuentran en mayor riesgo y ofrece lineamientos generales de algunas otras ocupaciones que comparten esta característica.

P8 75%: Se ofrece evidencia de calidad razonable para establecer al tabaquismo como un factor de riesgo para desarrollar dermatitis ocupacional de curso más bien grave.

32. LESIONAL SKIN VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR LEVELS CORRELATE WITH CLINICAL SEVERITY IN PATIENTS WITH CEMENT ALLERGIC CONTACT DERMATITIS. ZEDAN H, EL-BASET HAA, ABD-ELSAIED AA, EL-KARN MF, MADKOR H. EAST MEDITERR HEALTH J. 2010;16:420-4.

Objetivo: Determinar si la intensidad de las manifestaciones clínicas en dermatitis ocupacional se relacionan a niveles de citoquinas como el factor de crecimiento vasculo-endotelial (VEGF) y/o el Interferón gamma (IFNg)

Pregunta de investigación: En trabajadores con dermatitis ocupacional alérgica a cemento ¿Existe relación entre la intensidad de los síntomas evaluadas con escalas validadas (Escala EASI) y la expresión de citoquinas proinflamatorias (VEGF e IFNg)?

Tipo de estudio: Transversal

Resultados principales

Se evaluaron 32 pacientes con dermatitis de contacto alérgica a cemento que fueron pareados con 20 controles sanos. La edad media de los participantes fue 33.5 años (SD: 6.3 años) y todos fueron hombres. No se especificaron las características de pareo en el estudio. Los sitios de dermatitis más frecuentemente comprometidos fueron las manos, antebrazos, pies, piernas y brazos, principalmente. La duración media de la dermatitis fue de 3.5 (SD: 1) años.

Se detectaron niveles significativamente más altos ($p=0.005$) VEGF e IFNg en el suero y biopsias cutáneas entre pacientes con dermatitis de contacto alérgica a cemento en comparación a controles sanos, pero no se detectó correlación entre ambas citoquinas que alcanzara significancia estadística. Sin embargo, también existió una correlación positiva estadísticamente significativa y clínicamente importante entre los niveles de VEGF y el puntaje obtenido en la escala EASI de sintomatología ($r=0.86$, $p<0.001$).

Validez interna

Buena. El presente estudio ofrece una metodología de trabajo aceptable para evaluar a estas herramientas en la fisiopatología de la enfermedad. Limitantes son el pequeño tamaño muestral, el uso de estadística paramétrica con tamaños relativamente pequeños y la falta de información respecto a las características empleadas para seleccionar los controles.

Grado de respuesta a preguntas

P4 75%: El estudio provee evidencia de laboratorio que aclara la fisiopatología inflamatoria de la enfermedad.

P6 10%: Asimismo entrega información sobre manifestaciones clínicas más frecuentes con respecto a su topografía, sin embargo no está diseñado para estos fines y el tamaño muestral no permite tomar conclusiones al respecto.

33. A 6-MONTH FOLLOW-UP STUDY OF 1048 PATIENTS DIAGNOSED WITH AN OCCUPATIONAL SKIN DISEASE. MÄLKÖNEN T, JOLANKI R, ALANKO K, LUUKKONEN R, AALTO-KORTE K, LAUERMA A, ET AL. CONTACT DERM. 2009;61(5):261–8.

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2009.01611.x

Objetivo: Determinar el resultado médico y ocupacional de 1048 pacientes diagnosticados con dermatitis de contacto ocupacional en el Instituto Finés de Salud Ocupacional y determinar factores pronóstico para la continuación de la dermatitis.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores pronósticos que determinan el resultado final de la dermatitis ocupacional tanto desde una perspectiva médica como ocupacional?

Tipo de estudio: Cohorte.

Resultados principales

De una población de 1835 pacientes con dermatitis ocupacional, 1048 aceptaron participar en este estudio. La edad promedio fue 41,7 años (DS: 10.8), un 69% tenía antecedentes de atopía y 22% eran alérgicos al níquel. Las ocupaciones más frecuentes fueron las asociadas a la industria alimentaria (10%), personal dental (9%), granjeros (8%), mecánicos (6%), estilistas (5%), maquinistas (5%) y profesionales del área de la salud (4%).

En un seguimiento a 6 meses, un cuarto de los pacientes requirieron reposo laboral secundario a su enfermedad cutánea. Los pacientes con alergia a cromatos y los en ocupaciones asociadas a la manipulación de alimentos fueron los que más frecuentemente requirieron reposo. Asimismo, un tercio de los participantes fueron o removidos de las labores con exposición a alérgenos o cambiaron su ocupación secundario a la enfermedad de la piel. Los pacientes de más de 45 años y aquellos con antecedentes de atopía cambiaron de ocupación más frecuentemente que los demás, pero no se alcanzó significancia estadística.

Tras 6 meses de seguimiento, la curación de la enfermedad fue significativamente peor entre personas que no cambiaron de ocupación o labores en relación a las que sí (17 v/s 33%, OR: 2.7 IC95%: 1.9 - 3.8). En un modelo de regresión logística que consideró las variables edad, género, antecedente de atopía, diagnóstico, ocupación, cambios de ocupación, alergia de contacto relacionada al trabajo y resultados en pruebas en parche cutáneas, los antecedentes de mantenerse en la ocupación y la atopía respiratoria (OR: 1.8, IC95%:

1.1 - 3.1) fueron predictores estadísticamente significativos para la mantención de la dermatitis de contacto ocupacional.

Validez interna

Moderada. Si bien el estudio está presentado como una cohorte de tamaño muestral importante, existen varias limitantes que deben ser consideradas. Entre ellas, está el uso de métodos no estandarizados para establecer los diagnósticos de dermatitis y sus subtipos, la aplicación de un cuestionario no validado (si bien parte de las preguntas fueron posteriormente usadas en otros cuestionarios que sí han sido sometidos a validación) y las técnicas de análisis estadístico usadas. Si bien es cierto se enuncia la aplicación de modelos multivariados, no queda del todo claro el modelo final considerado y no aparece metodología enunciada para estadísticos postestimación. Además los OR no son presentados como formas ajustadas de los mismos, por lo que perfectamente pueden corresponder a asociaciones sin control por confusión.

Grado de respuesta a preguntas

P2 50%: El anterior estudio brinda información de las ocupaciones más frecuentemente vistas entre trabajadores con dermatitis ocupacional, pero debe considerarse que el trabajo no está diseñado para estimar esta última frecuencia.

P3 75%: Existe evidencia de moderada calidad metodológica que permitiría enunciar que no sólo existe recuperación de lesiones con la limitación de la exposición, sino que la no-suspensión de la exposición es un factor asociado a mayor disparidad de presentar lesiones persistentes. Además, la persistencia de las lesiones cutáneas parece ser frecuente a lo menos a los 6 meses de seguimiento.

P8 50%: El estudio aporta algunos datos respecto a factores asociados a la persistencia de las lesiones, pero la metodología estadística empleada para el análisis denota una probabilidad alta de error en las estimaciones.

P14 10%: Este estudio aporta evidencia observacional que la suspensión de la exposición es un factor deseable para el manejo de los pacientes afectados con dermatitis ocupacional, y que la falta en llevar a cabo este paso se asocia a mayor disparidad de lesiones cutáneas persistentes.

P15 10%: Si bien en este estudio no hay información respecto a factores de riesgo ambientales, la metodología de análisis propuesta con un modelo de regresión con ajuste para muchas variables, puede haber hecho a la detección de estos últimos factores imposible por agotamiento del tamaño muestral.

P23 75%: El estudio otorga información sobre la probabilidad de ausentismo laboral y cambios ocupacionales derivado de este problema.

P25 25%: El estudio brinda información observacional que apunta a que la reeducación del trabajador con reasignación a otra función permite una mayor probabilidad de recuperación en dermatitis ocupacional.

34. DISEASE SEVERITY AND QUALITY OF LIFE IN A FOLLOW-UP STUDY OF PATIENTS WITH OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS. LAU MYZ, MATHESON MC, BURGESS JA, DHARMAGE SC, NIXON R. CONTACT DERM. 2011SEP.;65(3):138-45

DOI: 10.1111/j.1600-0536.2011.01896.x

Objetivo: Investigar el impacto de la dermatitis de contacto ocupacional y su severidad en la calidad de vida de las personas, y determinar la asociación entre distintas formas de medición en calidad de vida.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto en calidad de vida para los pacientes con dermatitis de contacto ocupacional?

Tipo de estudio: Cohorte retrospectiva.

Resultados principales

De un total de 725 pacientes seleccionables, 119 fueron estudiados y 109 completaron los formularios de calidad de vida SF-36 y DLQI. Cincuenta y seis fueron hombres, y la edad promedio 46.4 (DS: 13.6) años. El tiempo medio de seguimiento fueron 5.44 años (2.9 a 10 años).

El puntaje medio de componente físico del cuestionario SF36 fue 52 puntos (Rango Intercuartil, RIC: 43 a 65) y el mental 51 (RIC: 44 a 77 puntos), ambos comparables a los puntajes normativos australianos. Se detectaron disminuciones estadísticamente significativas ($p=0.03$) en el cuestionario SF-36 entre pacientes con dermatitis ocupacional sólo en el dominio social, por lo que el SF-36 fue considerado como una escala poco sensible para determinar el impacto de la enfermedad entre pacientes con dermatitis ocupacional.

El puntaje mediana del DLQI fue 4.5 (IQR: 2 a 8), indicando un moderado impacto en calidad de vida a partir de la sintomatología dermatológica. Se detectó una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la severidad de la enfermedad tanto evaluada por pacientes como por médicos ($p<0.0001$).

Validez interna

Moderada. El estudio permite establecer en términos de calidad de vida el impacto de la enfermedad en su forma ocupacional, si bien puede existir un sesgo de selección hacia enfermedades más severas considerando que sólo son casos evaluados por dermatólogo ocupacional. El tamaño muestral es limitado, pero la utilización de medidas estandarizadas en la evaluación de los resultados y el diagnóstico realizado por un observador especializado en el ambiente ocupacional son altamente deseables. Hubiera sido ideal emplear estimaciones por intervalos de confianza para permitir extrapolaciones poblacionales y comparabilidad respecto a algunas características de interés, como el grado de compromiso en calidad de vida. La atrición es también un problema importante en este trabajo

Grado de respuesta a preguntas

P7 25%: El estudio indica que más que un deterioro en otras patologías, existe un impacto en calidad de vida moderado derivado de esta enfermedad.

P11 10%: El estudio emplea herramientas de evaluación estandarizadas, pero no está diseñado para evaluar el rendimiento diagnóstico de éstas.

P23 0%: El estudio no asoció el impacto social de la enfermedad considerando las pérdidas laborales con ausentismo o cambios de carrera, si bien hay una disminución estadísticamente significativa de esta dimensión en el cuestionario SF-36.

35. LATEX ALLERGY: OCCUPATIONAL ASPECTS OF MANAGEMENT. A NATIONAL GUIDELINE. NHS PLUS, ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, FACULTY OF OCCUPATIONAL MEDICINE. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, LONDON, 2008

Objetivo: Sintetizar el conocimiento disponible respecto al manejo de pacientes con alergia al látex.

Pregunta de investigación: No aplicable. Múltiples.

Tipo de estudio: Guía clínica.

Resultados principales

De un total de 3724 artículos, 40 fueron finalmente utilizados para formar las recomendaciones de la guía. Las principales recomendaciones se detallan en el siguiente listado:

Exposición

- Con el fin de minimizar los riesgos asociados a la exposición al látex, debieran monitorearse y disminuirse las concentraciones de proteína asociada a látex en el aire con el fin de disminuir los síntomas respiratorios y alérgicos derivados de la exposición, así como la incidencia de sensibilización al latex. Estas mediciones pueden ser de ayuda en confirmar los efectos terapéuticos de las medidas de reducción de exposición a alérgenos. Nivel de Recomendación C. Se requiere más investigación al respecto.
- Si se usan productos de látex en el ambiente laboral, los empleadores debieran proveer productos libres de polvo, en caso de estar disponibles. Los empleadores debieran asegurar que productos con polvo no sean usados en el trabajo. Nivel de Recomendación: C.

Guantes y análisis de costos

- Los usuarios de guantes de látex y compradores debieran estar en conocimiento que el riesgo de desarrollar alergia al látex es más alto con el uso de guantes con polvo de látex y que los guantes para examinar pueden tener más alérgenos que sus versiones quirúrgicas. Nivel de Recomendación: D.
- Aquellos encargados con políticas de compra de guantes debieran estar en conocimientos de alternativas a guantes de látex pueden tener otros problemas asociados, particularmente fracasos, menor satisfacción usuaria y eficacia de barrera. Nivel de recomendación: B.
- Para aquellos encargados por políticas de compra de guantes, es importante reconocer que el cambio a formas libres de polvo puede ser costo - efectiva (en términos de costos de guantes y compensación por alergias). El cambio a guantes no basados en látex también puede ser una medida costo-eficaz. Nivel de Recomendación: D.

Sustitución de guantes de látex por formas sin polvo o libres de látex

- Los empleados con alergia al látex, sensibilización o asma inducida por látex debieran usar guantes libres de éste como una manera efectiva de reducir sus síntomas y/o eliminarlos, así como reducir marcadores de sensibilización. Nivel de Recomendación: C
- Aquellos encargados con las políticas de compra de guantes debieran cambiar la adquisición de guantes de látex con polvo a formas libres de éste, con bajo contenido proteico o guantes no basados en látex

como una medida efectiva de reducir síntomas entre empleados afectados por la alergia. Nivel de Recomendación C.

- Aquellos encargados con las políticas de compra de guantes debieran cambiar la adquisición de guantes de látex con polvo a formas libres de éste, con bajo contenido proteico o guantes no basados en látex como una medida efectiva de reducir síntomas entre empleados afectados por la alergia. Nivel de Recomendación C.
- Los encargados con políticas de compra de guantes debieran estar conscientes que para empleados con asma inducida por látex o rinitis, el cambio de guantes con polvo de látex a formas libres de polvo y extractos proteicos es similarmente efectiva en la reducción de síntomas del empleado afecto que cambiarlos por formas sin látex. La evidencia no apoya necesariamente la necesidad de prohibir los guantes de látex completamente en el ambiente laboral. Nivel de Recomendación: C.

Prevención primaria

- Los involucrados de políticas de salud y seguridad debieran cambiar los guantes con polvo a los libres de polvo y antígenos proteicos como una medida efectiva de reducir la incidencia de alergia al látex en su organización. Nivel de Recomendación: C.
- El uso de cremas de manos entre personal que usarán guantes de látex libres de polvo o antígenos proteicos no puede ser recomendado. Nivel de Recomendación: C.

Inmunoterapia

- La inmunoterapia está recomendada como una opción de tratamiento para aquellos con alergia al látex, en caso de que el cambio a otros guantes para reducir síntomas sea no plausible o inefectivo. Nivel de recomendación A/B.

Educación

- Una prohibición absoluta del uso de guantes de látex con polvo debiera ser empleada por aquellos que planifiquen cambios institucionales, puesto que es más efectiva que una política puramente basada en restricciones voluntaria. Nivel de recomendación: C.
- Los cambios institucionales concernientes al uso de guantes de látex debiera ser acompañados por un plan de implementación y comunicación detallada, reconociendo que puede existir resistencia por las preferencias y preocupaciones de los usuarios. Nivel de recomendación: D.

Calidad de vida y empleo

- Salvo los casos más severos de alergia al látex y asma inducida por látex, todos los casos debieran ser manejados evitando la relocalización o redundancia laboral, sino que más bien con una cuidadosa evitación personal de la exposición en el trabajo y cambios menores del ambiente laboral. Nivel de recomendación C.

Validez interna

Buena. La presente guía enuncia claramente una metodología de trabajo sistemática para la búsqueda y evaluación de la mejor evidencia disponibles para hacer sus recomendaciones. Se emplea la metódica SIGN en forma estandarizada. Las estrategias de búsqueda, selección y evaluación de calidad de los trabajos es adecuada en cuanto a su extensión, pero debe considerarse la exclusión de artículos sólo por barrera de

idioma al realizar el análisis. Buena parte de las recomendaciones están limitadas por la calidad de los estudios, reflejado en niveles de recomendación habitualmente bajos.

Grado de respuesta a preguntas

P1 50%: El estudio ofrece una estimación global de los casos de alergia a látex dentro de los casos de dermatitis ocupacional

P21 50%: Se ofrecen aspectos de manejo para el control de exposición a látex en general con el fin de evitar alergias en globo.

P22 75%: En casos de alergia ocupacional al látex, se dan recomendaciones generales respecto a medidas de prevención primaria.

P25 50%: Se dan lineamientos generales respecto al rol de la reeducación y reasignación laboral a pacientes afectados con alergia al látex.

36. CARPE: A REGISTRY PROJECT OF THE GERMAN DERMATOLOGICAL SOCIETY (DDG) FOR THE CHARACTERIZATION AND CARE OF CHRONIC HAND ECZEMA. APFELBACHER CJ, AKST W, MOLIN S, SCHMITT J, BAUER A, WEISSHAAR E, MAHLER V, TREICHEL S, RUZICKA T, LUGER T, ELSNER P, DIEPGEN TL. JDDG;2011(9):682–688

DOI: 10.1111/j.1610-0387.2011.07694.x

Objetivo: Caracterizar a los pacientes portadores de eczema crónico de manos y sus terapias.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características y las terapias de los pacientes portadores de eczema crónico de manos?

Tipo de estudio: Estudio de cohorte

Resultados principales

Se enrolaron 515 pacientes en el estudio, 53.8% mujeres y la edad promedio fue 47,3 años. La duración promedio del eczema crónico de manos previo a la inclusión en el estudio fue de 7 años.

Las tres ocupaciones más comunes fueron enfermería y área salud (18,8%), trabajadores metalúrgicos y eléctricos/mecánicos (15,9%) y comida y catering (14,9%). En el 5,1% de los casos la ocupación debió ser cambiada a causa del eczema. El 21,9% fue catalogado como eczema severo, el 45,9% como moderado, el 18,6% como leve, el 8,6% como casi recuperado y el 1,4% como totalmente recuperado (opción múltiple).

En los 12 meses previos a la inclusión, el 94,5% de los pacientes había recibido al menos un corticoide tópico, el 31,9% había recibido un inhibidor de la calcineurina, El 38,3% había recibido alguna clase de fototerapia y los corticoides sistémicos se habían usado en el 14,9% de los casos.

Validez interna

Muy alta. El diseño de la investigación es claro, con criterios de inclusión, exclusión y plan de seguimiento bien definido.

Grado de respuesta a preguntas

P2 75%: En este estudio, las profesiones más afectadas fueron la enfermería y el área salud, el trabajo metalúrgico y eléctrico/mecánico y la industria de la comida y catering. Cabe destacar que si bien la metodología es fuerte, esta cohorte se refiere a pacientes con eczema crónico no necesariamente ocupacional.

P3 75%: En este estudio el 1,4% de los pacientes fue catalogado como “totalmente recuperado” y el 8,6% como “casi recuperado” al analizar el índice de severidad, lo que habla de reversibilidad de las lesiones. Cabe destacar que si bien la metodología es fuerte, esta cohorte se refiere a pacientes con eczema crónico no necesariamente ocupacional.

P24 25%: En esta cohorte el 5,1% de los pacientes debió cambiar de trabajo producto de la dermatitis ocupacional, aunque no se detallan indicaciones de cambio a un ambiente sin exposición a noxas.

37. SELF-REPORTED OCCUPATIONAL HEALTH OF GENERAL DENTAL PRACTITIONERS. AYERS KM, THOMSON WM, NEWTON JT, MORGAINÉ KC, RICH AM. OCCUPATIONAL MEDICINE 2009;59:142–148

doi: 10.1093/occmed/kqp004

Objetivo: Describir el estado de salud ocupacional de los practicantes de odontología general en Nueva Zelanda e identificar su asociación con características de la práctica.

Pregunta de investigación: Entre los odontólogos generales de Nueva Zelanda, ¿cuál es el estado de salud ocupacional y qué características propias de la práctica se encuentran asociados?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal.

Resultados principales

La tasa de respuesta a la encuesta fue del 77%. El 68% de quienes respondieron fueron hombres.

Los odontólogos que tratan un mayor volumen de pacientes presentaron menos síntomas de dermatitis ocupacional que los que tratan un menor volumen de pacientes (37% y 47% respectivamente, $p < 0,05$). Asimismo, las mujeres y odontólogos más jóvenes presentaron más síntomas que el resto.

Los síntomas de dermatitis más comunes fueron irritación de los ojos, nariz o vía aérea (32%), prurito en manos o dedos (28%), manos secas con grietas (28%), descamación de manos y dedos (10%), manos y dedos enrojecidos (9%), vesículas en manos y dedos (8%) y manos eritematosas y edematosas (5%).

Validez interna

Regular. La encuesta utilizada no fue validada previamente y no existe clara descripción del plan de análisis, pero hubo un buen porcentaje de respuestas y los resultados se explican claramente.

Grado de respuesta a preguntas

P6 75%: En este estudio el 56% de los pacientes tuvo alguna de las manifestaciones nombradas en los resultados, pero es importante mencionar que esos síntomas fueron preguntados dirigidamente en la encuesta, por lo que podrían existir otras manifestaciones que no fueron cubiertas por la encuesta.

P8 50%: En este estudio existió una relación inversa entre el número de pacientes atendidos semanalmente y síntomas de dermatitis ocupacional, que fue estadísticamente significativa. La asociación entre la edad y género del odontólogo se menciona, pero no se muestran los datos, lo que no permite evaluar si estos resultados son válidos.

38. ON THE LOOKOUT FOR PRECURSOR LESIONS: WHERE DOES DRY SKIN END AND SLIGHT HAND ECZEMA BEGIN?
BAUMEISTER T, UTER W, WEISTENHÖFER W, DREXLER H, KÜTTING B. CONTACT DERMATITIS 2011, 66,
63–71

doi: 10.1111/j.1600-0536.2011.01969.x

Objetivo: Caracterizar las lesiones precursoras del eczema ocupacional de manos en trabajadores metalúrgicos.

Pregunta de investigación: En trabajadores metalúrgicos ¿Cuáles son las lesiones precursoras del eczema ocupacional de manos?

Tipo de estudio: Cohorte prospectiva

Resultados principales

Se reclutaron 800 pacientes, con mediana de edad 42 años, 37,8% fumadores. El 46,6% de los sujetos mostró signos de atopía.

El 21,5% (172 personas) de los sujetos refirió haber experimentado vesículas dishidróicas en algún momento, de los cuales 21 tenían vesículas al momento de la evaluación. Solo hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre fumadores y no fumadores para la presencia de erosiones en la piel (más frecuentes en fumadores).

La mayor parte de los pacientes mostró eritema (95,8%) y las lesiones secundarias fueron más frecuentes que las primarias: liquenificación 98,8% y costras 70%. El 35% de los sujetos presentó descamación y el 16% presentó fisuras. La asociación más frecuente de lesiones fueron eritema & liquenificación y liquenificación & costras. La liquenificación ocurrió con mayor frecuencia en las palmas, nudillos y dedos; la distribución de las costras fue similar a la de la liquenificación aunque fue más frecuente en el dorso de la mano y la punta de los dedos. El eritema fue más frecuente en los nudillos. Las fisuras fueron más frecuentes en las puntas de los dedos, las erosiones en el dorso de la mano y las vesículas tuvieron una distribución homogénea.

A los 12 meses de seguimiento, todos los pacientes tenían alguna lesión. El 24% había consultado al dermatólogo. El 54% reportó tener vesículas durante el periodo de seguimiento, y el eritema fue ligeramente más frecuente al seguimiento.

Validez interna

Baja. Este estudio carece de cálculo de tamaño muestral y no existen los criterios de inclusión y exclusión, además, no se reporta si hubo pérdidas de seguimiento, no se definen los criterios diagnósticos usados para eczema ocupacional, ni se define la variabilidad interobservador para las lesiones a observar.

Grado de respuesta a preguntas

P6 75%: En este estudio, los hallazgos clínicos más frecuentes del eczema de manos ocupacional fueron en orden de frecuencia: liquenificación (98,8%) distribuida en palmas, nudillos y dedos, eritema (95,8%) distribuido principalmente en los nudillos, costras (70%) ubicadas principalmente en palmas, nudillos, dedos, dorso de la mano y puntas de los dedos, descamación (35%), fisuras (16%) principalmente en las puntas de los dedos y vesículas de distribución homogénea. Además, las asociaciones más frecuentes fueron eritema y liquenificación en primer lugar y liquenificación y costras en segundo lugar de frecuencia.

39. OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS: A REVIEW OF 18 YEARS OF DATA FROM AN OCCUPATIONAL DERMATOLOGY CLINIC IN AUSTRALIA. J. CAHILL, J. D. L WILLIAMS, M. C. MATHESON, A. M. PALMER, J. A. BURGESS, S. C. DHARMAGE AND R. L. NIXON. SAFE WORK AUSTRALIA

Objetivo: Describir las características de los pacientes con dermatitis ocupacional en un policlínico de dermatitis ocupacional en Melbourne, Australia, y definir los determinantes para su ocurrencia.

Pregunta de investigación: Entre los pacientes con dermatitis ocupacional consultantes en un policlínico especializado ¿Cuáles son sus características y cuáles son los determinantes para su ocurrencia?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal.

Resultados principales

Se estudiaron los registros clínicos de 2600 pacientes consultantes entre 1993 y 2012, un 55,6% fueron hombres, con edades entre los 15 y 82 años. El 41,8% fue catalogado como atópico.

En el 75% de los casos la patología se atribuyó a un origen laboral según los criterios de Mathias. El ambiente laboral fue sustancialmente contribuyente a la dermatosis en el 60% de los casos atendidos en el policlínico, y parcialmente contribuyente en el 15,1% de los casos. En el 24,3% de los casos no se encontró una asociación al trabajo.

El 89,9% de los casos con dermatitis de contacto irritativa fue asociado sustancialmente y parcialmente al trabajo, y un 10% fue asociado parcialmente al trabajo. Los principales irritantes fueron agua y trabajo húmedo (37%), jabón y detergentes (32,6%), calor y sudor (15,5%), aceites y refrigerantes (14,4%) y solventes (14%).

La dermatitis de contacto alérgica fue diagnosticada en el 52% de los casos. El 94,9% de las veces se asoció sustancialmente al trabajo y parcialmente en un 5,2% de los casos. El Tetraethylthiuram disulfide se asoció a enfermedad ocupacional en un 3,1% del total de pacientes atendidos.

Las actividades laborales más frecuentes fueron: comerciantes (25,7%), trabajadores del área salud (21,1%) y manipuladores de alimentos (10,1%). Los sitios más frecuentemente afectados fueron las manos (65% de los casos), brazos (18%) y cara (15,6%).

Validez interna

Baja. Este estudio no cuenta con criterios de inclusión y exclusión claramente establecidos, ni estimación del tamaño muestral. El plan de análisis es poco claro y los resultados no responder adecuadamente a la pregunta de investigación.

Grado de respuesta a preguntas

P2 75%: En este estudio las ocupaciones que presentaron con más frecuencia una dermatitis ocupacional fueron los comerciantes, trabajadores de la salud y manipuladores de alimentos. Los agentes con mayor frecuencia asociados a dermatitis de contacto irritativa fueron agua y trabajo húmedo, jabón y detergentes, calor y sudor, aceites y refrigerantes y solventes. El Tetraethylthiuram disulfide se asoció a enfermedad ocupacional e un 3,1% del total de casos. Es necesario tener en cuenta que la metodología de este estudio es limitada.

P6 50%: Los sitios más afectados por la dermatitis ocupacional son, en orden de frecuencia; manos, brazos y cara. Este estudio no especifica qué otros hallazgos fueron encontrados al examen clínico, la variabilidad interobservador o la estandarización de su búsqueda.

P8 50%: El 41,8% de los pacientes tenía antecedentes de atopía, lo que lo postula como un posible factor asociado, sin embargo, la asociación no se encuentra probada en este estudio.

P13 75%: En este estudio se utilizó la definición de Mathias para definir la asociación de la dermatitis al ambiente laboral.

40. FREQUENCY OF OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS IN AN AMBULATORY OF DERMATOLOGIC ALLERGY.
DUARTE I, ROTTER A, LAZZARINI R. AN BRAS DERMATOL. 2010;85(4):455-9.

Objetivo: Definir la incidencia de la dermatitis ocupacional y sus subtipos en un policlínico ambulatorio de dermatología, describir el perfil demográfico de los pacientes afectados y los agentes sensibilizadores más importantes.

Pregunta de investigación: Entre los pacientes que consultan en un policlínico ambulatorio de dermatología ¿cuál es la prevalencia de la dermatitis ocupacional, sus subtipos, agentes sensibilizadores y las características de los pacientes afectos?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal.

Resultados principales

Del total de pacientes consultantes, el 10,9% (IC 95% 8,67 - 13,72) fue diagnosticado como portador de una dermatitis de contacto ocupacional. El 30% de los casos fue dermatitis de contacto irritativa y el 70%, alérgica. Los sitios más afectados fueron las manos (70%), brazos (30%) y piernas (12%).

La mayor parte de los afectados (64%) fueron hombres y la edad promedio fue 44,5 años. El 36,7% tenía antecedentes previos de atopía. Las profesiones más frecuentes fueron los trabajadores del hogar (39%) y del área construcción (33,5%).

Los agentes sensibilizadores más frecuentes fueron el bicromato de potasio (41%), sulfato de níquel (23%), carba-mix (23%), cloruro de cobalto (20%), tiuram-mix (19%) y PPD-mix 7 (18%).

Validez interna

Baja. La metodología de recolección de datos se encuentra apenas descrita y no hay claros criterios de inclusión o exclusión, asimismo, se desconoce cuántos observadores hubo y si existió variabilidad interobservador para el diagnóstico de dermatitis ocupacional.

Grado de respuesta a preguntas

P1 75%: La prevalencia de dermatitis ocupacional fue del 10,9% de los consultantes de una clínica dermatológica ambulatoria.

P2 75%: Los agentes sensibilizadores más frecuentes fueron el bicromato de potasio (41%), sulfato de níquel (23%), carba-mix (23%), cloruro de cobalto (20%), tiuram-mix (19%) y PPD-mix 7 (18%). Las profesiones más frecuentemente afectas fueron los trabajadores del hogar y del área de la construcción (39% y 33,5% respectivamente).

P8 25%: En esta serie, la mayoría de los afectados fueron hombres (64%).

41. SELF-REPORTED OCCUPATIONAL SKIN CONTACT WITH CLEANING AGENTS AND THE RISK OF DISABILITY PENSION. FEVEILE H, CHRISTENSEN KB, FLYVHOLM MA. CONTACT DERMATITIS 2009; 60: 131–135

PMID: 19260909

Objetivo: Identificar la asociación entre exposición a productos de limpieza y la transición a una pensión de invalidez en Dinamarca.

Pregunta de investigación: Entre los trabajadores daneses ¿existe asociación entre la exposición a agentes de limpieza y la transición a una pensión de invalidez?

Tipo de estudio: Estudio de cohorte

Resultados principales

Se incluyeron en el estudio 4116 mujeres y 4221 mujeres. Durante el seguimiento 552 del total de empleados seguidos se acogió a un retiro anticipado. La razón de riesgo (HR) de retiro anticipado en las mujeres expuestas a agentes de limpieza fue de 1,97 (IC 95% 1,47-2,63), mientras que en las no expuestas

fue de 1. Entre los hombres expuestos a agentes de limpieza la razón de riesgo (HR) fue de 1,08 (IC 95% 0,6-1,94)

Entre las mujeres, el 11% de los casos de pensión por invalidez fueron atribuidos a la exposición a agentes de limpieza o desinfectantes.

Validez interna

Buena. La cohorte deriva de un estudio a nivel nacional con criterios de inclusión y exclusión bien definidos y los datos son obtenidos de fuentes fiables. Las debilidades son que la exposición a agentes de limpieza es autoreportada y que no existió cálculo de tamaño muestral previo a buscar la existencia de una asociación.

Grado de respuesta a preguntas

P15 25%: En este estudio existió asociación entre la exposición a agentes de limpieza y necesidad de pasar a una pensión de invalidez, sin embargo, no se evalúa si esto fue debido a una dermatitis de contacto. Entre las mujeres existió una asociación estadísticamente significativa entre el retiro anticipado y la exposición a agentes de limpieza. Además, el 11% de los casos de pensión por invalidez en mujeres fueron debidos a la exposición de agentes de limpieza o desinfectantes.

42. DELAY IN MEDICAL ATTENTION TO HAND ECZEMA: A FOLLOW-UP STUDY. HALD M, AGNER T, BLANDS J, JOHANSEN JD; DANISH CONTACT DERMATITIS GROUP. BRITISH JOURNAL OF DERMATOLOGY 2009 161, PP1294–1300

PMID: 19681880

Objetivo: Evaluar los cambios en severidad de la dermatitis ocupacional entre la primera visita y un control a 6 meses, y evaluar la influencia de la demora a la primera consulta.

Pregunta de investigación:

Tipo de estudio: Estudio de cohorte prospectiva.

Resultados principales

La edad media de los pacientes fue de 38 años (RIQ 28-50). La duración media de los síntomas de dermatitis ocupacional hasta la primera consulta fue de 1 año. La espera media del paciente (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la solicitud de una hora con dermatología) fue de 3 meses, y la espera del sistema de salud (desde pedir la hora a tener la evaluación dermatológica) también fue de 3 meses. El 52,2% experimentó una demora total de más de 6 meses.

No se encontró asociación entre la demora del paciente y la del sistema de salud. Hubo mayor espera del paciente entre los pacientes de clase media y alta, y los pacientes provenientes de provincias también tuvieron significativamente más espera por sistema de salud.

A la primera consulta, el 54,6% de los pacientes presentó dermatitis moderada o severa. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la severidad de la dermatitis y el tiempo de espera de atención médica

(por el paciente o por el sistema de salud). Un 52,5% de los pacientes presentó mejoría a los 6 meses. Existió peor pronóstico entre los pacientes con demora de más de 12 meses (del paciente o del sistema de salud). El aOR para mal pronóstico por mes de retraso del paciente fue de 1.11 (95% CI 1.02–1.21) y por mes de retraso del sistema de salud fue de 1.05 (95% CI 1.00–1.10)

Validez interna

Regular. Los criterios de inclusión y exclusión son claros pero los cuestionarios y formularios utilizados no se encuentran validados, y tampoco hubo cálculo de tamaño muestral.

Grado de respuesta a preguntas

P8 75%: El ser de clase social media y alta, el ser joven, y el ser de provincia, se asoció con mayor retraso entre la aparición de los síntomas y la primera visita médica, asimismo, el retraso de más de 12 meses entre la aparición de los síntomas y la primera consulta dermatológica se asoció a peor pronóstico con un aOR de 1.06 (95% CI 1.02–1.11).

P9 75%: En este estudio se observó un peor pronóstico en los pacientes con retraso de la atención por más de un año desde el inicio de los síntomas de dermatitis, con un Odds Ratio ajustado de 1.06 para el outcome conjunto de retraso del paciente en consultar y del sistema de salud. Sin embargo, no se detalla cómo fue el método estadístico para el análisis multivariado, con qué variables se encuentra ajustado.

P15 75%: El provenir de una provincia se asoció con mayor demora entre el inicio de los síntomas y la primera evaluación dermatológica, a su vez, una demora de más de 12 meses entre la aparición de los síntomas y la primera consulta se asoció a peor pronóstico de la dermatitis ocupacional con un aOR de 1.06 (95% CI 1.02–1.11).

43. DO HAIRDRESSERS IN DENMARK HAVE THEIR HAND ECZEMA REPORTED AS AN OCCUPATIONAL DISEASE? RESULTS FROM A REGISTER-BASED QUESTIONNAIRE STUDY. SUSAN H. LYS DAL, HEIDI SØSTED, JEANNE D. JOHANSEN. CONTACT DERMATITIS 2012, 66, 72–78

doi: 10.1111/j.1600-0536.2011.01997.x

Objetivo: Determinar en qué medida la dermatitis ocupacional es reportada al organismo regulador como una enfermedad ocupacional entre los peluqueros de Dinamarca, si acaso existe sub-reporte y por qué.

Pregunta de investigación: Entre los peluqueros daneses portadores de dermatitis ocupacional ¿se reporta la enfermedad como enfermedad ocupacional al organismo regulador?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

Un total de 5187 peluqueros respondió una encuesta enviada por correo a todos los peluqueros registrados de Dinamarca, de los cuales el 84,9% reportó tener o haber tenido dermatitis ocupacional en algún

momento de su carrera, pero solo el 20,7% lo reportó como enfermedad ocupacional. En el 71,3% de los afectados el eczema comenzó mientras eran aprendices y solo un 50% consultó un médico.

La severidad del eczema se asoció a mayor frecuencia de reporte como enfermedad ocupacional (aOR 19,2 IC95% 8,8 - 25,6 en quienes tenían eczema permanente), mientras que el ser autoempleado se asoció a menor frecuencia de reporte (aOR 0,74 IC95% 0,52 - 0,97 para reportar el eczema).

El principal motivo para no reportar la enfermedad como enfermedad ocupacional fue el “pensar que mejoraría solo” en un 40,4% de los casos y en segundo lugar que el médico no informara de la posibilidad de reporte y el no creer que se obtendría una compensación a cambio, cada una con un 25%.

Validez interna

Regular. La metodología de recolección de datos fue adecuada y un hubo un porcentaje importante de peluqueros que respondieron la encuesta, sin embargo, la dermatitis ocupacional fue autoreportada y no certificada por un especialista, además, existen falencias técnicas en la elaboración del modelo de asociación multivariada.

Grado de respuesta a preguntas

P1 25%: Entre los peluqueros que respondieron la encuesta, la prevalencia de dermatitis ocupacional fue del 84,9%, pero el diagnóstico fue autoreportado por lo que podría estar sobreestimado.

P2 100%: La prevalencia de dermatitis ocupacional autoreportada entre los peluqueros que respondieron la encuesta fue del 84,9%.

P8 50%: Según este estudio el momento de mayor vulnerabilidad para desarrollar dermatitis ocupacional entre los peluqueros sería durante los años de aprendizaje, pero el diagnóstico fue autoreportado.

P9 75%: En Dinamarca la dermatitis ocupacional debe reportarse al ministerio del trabajo, el reporte puede realizarse por parte del trabajador afectado, del médico, o del sindicato.

44. THE GERMAN EXPERIENCE 10 YEARS AFTER THE LATEX ALLERGY EPIDEMIC: NEED FOR FURTHER PREVENTIVE MEASURES IN HEALTHCARE EMPLOYEES WITH LATEX ALLERGY. MERGET R, VAN KAMPEN V, SUCKER K, HEINZE E, TAEGER D, GOLDSCHIED N, HAUF MG, RAULF-HEIMSOTH M, KROMARK K, NIENHAUS A, BRUENING T. INT ARCH OCCUP ENVIRON HEALTH (2010) 83:895–903

DOI 10.1007/s00420-010-0533-3

Objetivo: Probar si el uso de guantes de látex sin talco o con baja carga alérgica que rige desde 1998 en Alemania permite que los trabajadores del área salud trabajen sin riesgos de salud.

Pregunta de investigación: Entre pacientes con enfermedad laboral asociada al látex entre 1996 y 2004, ¿es la prohibición del uso de guantes de látex con talco o con alta carga alérgica una medida eficiente de prevención secundaria?

Tipo de estudio: Estudio de cohorte

Resultados principales

De 772 encuestas enviadas a pacientes que habían sido reportados al sistema de seguros por enfermedad ocupacional relacionada al látex entre 1196 y 2004, 91 sujetos respondieron (18%). La edad promedio fue 43 (DS 10.6 años). Diez pacientes dejaron o se cambiaron de trabajo a causa de la alergia al látex, el 44% de los pacientes usaba antialérgicos.

La intensidad de los síntomas decreció de 8,5 desde el punto máximo a 2,3 al momento de la presente evaluación (unidades no especificadas). Muy pocos sujetos iniciaron los síntomas de alergia al látex después del año 2000, año en que se inició una prohibición del uso de guantes de látex con talco o alta carga alérgica.

Validez interna

Baja. La pregunta de investigación es difícil de definir, no existen claros criterios de inclusión, exclusión, no existe cálculo de tamaño muestra, no existe un plan de análisis definido.

Grado de respuesta a preguntas

P21 0%: En este estudio se pretendió evaluar la efectividad de la prohibición del uso de guantes de látex con talco y con alta carga alérgica como medida de prevención secundaria de las enfermedades ocupacionales asociadas al látex. Si bien hubo una caída de la sintomatología desde el punto máximo hasta el momento de la intervención, se desconoce la unidad en que está medida la magnitud de severidad, asimismo, se desconoce si el momento de máxima sintomatología ocurrió antes o después de la prohibición. No se discute específicamente el caso de la dermatitis ocupacional.

45. METALWORKING EXPOSURES AND PERSISTENT SKIN SYMPTOMS IN THE ECRHS II AND SAPALDIA 2 COHORTS. MIRABELLI MC, ZOCK JP, BIRCHER AJ, JARVIS D, KEIDEL D, KROMHOUT H, NORBÄCK D, OLIVIERI M, PLANA E, RADON K, SCHINDLER C, SCHMID-GRENDELMEIER P, TORÉN K, VILLANI S, KOGEVINAS M. CONTACT DERMATITIS 2009; 60: 256–263

PMID: 19397617

Objetivo: Objetivar si existe una relación dosis respuesta entre la exposición a trabajo metalúrgico y dermatitis ocupacional.

Pregunta de investigación: En trabajadores metalúrgicos ¿existe una relación entre el grado de exposición a agentes sensibilizadores y la prevalencia de síntomas de

Tipo de estudio: Cohorte

Resultados principales

Se reclutó una cohorte de 676 trabajadores de la industria metalúrgica. El 13% de los encuestados refirió prurito cutáneo intermitente en los últimos 6 meses, y el 10% durante los últimos 10 meses. La prevalencia de trabajadores con historia de eczema de manos o alergia de piel fue mayor (24%) entre quienes estaban expuestos menos de 1 día por semana.

La prevalencia de síntomas en los últimos 6 meses (prurito intermitente de piel) fue más común entre quienes estaban expuestos frecuentemente a metales duros (19%), productos basados en aceite (18%) y/o desengrasantes (17%). La razón de prevalencia ajustada es de 1.76 (IC95% 1.25–2.49), que indica mayor riesgo de síntomas cutáneos a mayor exposición. El uso de fluidos basados en agua aumentó la razón de prevalencia a 2.15 (95% CI: 1.35–3.44). La prevalencia de síntomas cutáneos, así como la razón de prevalencia (RP) para síntomas cutáneos (<3 días/semana: RP 1.84 IC95% 1.14– 2.97; 4–7 días/semana: RP 2.06, IC95% 1.21– 3.50).

Existió una asociación estadísticamente significativa entre tiempo de exposición por semana y prevalencia de síntomas para la exposición a cobre, metales duros (tungsteno, cobalto y berilio), fluidos en base de aceite y a agentes orgánicos y desengrasantes.

Validez interna

Regular. Los criterios de inclusión y exclusión a la base de datos no son homogéneos puesto que existen dos grupos de pacientes provenientes de dos bases de datos mayores, asimismo, estos criterios no están diseñados para responder la pregunta de investigación de este estudio.

La definición de “dermatitis ocupacional” es inadecuada.

Grado de respuesta a preguntas

P1 50%: En esta cohorte de trabajadores de la industria metalúrgica, el 13% tuvo síntomas de dermatitis ocupacional en los 6 meses previos. Sin embargo, cabe destacar que no se realizó el diagnóstico de dermatitis a los sujetos incluidos en el estudio, ni se evaluó su asociación al trabajo, lo que resta valor a este hallazgo.

P2 50%: En este estudio entre trabajadores de la industria metalúrgica, los agentes con mayor riesgo para presentar síntomas de dermatitis ocupacional fueron: exposición a metales duros (tungsteno, cobalto, berilio), a fluidos basados en aceite y agentes orgánicos y desengrasantes. Cabe destacar que en este estudio solo se evaluó la prevalencia de prurito de manos entre los trabajadores y no se verificó el diagnóstico de dermatitis ocupacional.

P15 50%: En este estudio existió una relación entre el tiempo de exposición y la aparición de prurito intermitente por más de 6 meses para el tungsteno, cobalto, berilio, fluidos a base de aceites para trabajo metalúrgico y agentes orgánicos y desengrasantes. Cabe destacar que en este estudio no se realizó el diagnóstico de dermatitis ocupacional, si no que se asumió que el prurito intermitente en las manos era indicador del diagnóstico.

46. EVIDENCE-BASED GUIDELINES FOR THE PREVENTION, IDENTIFICATION AND MANAGEMENT OF OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS AND URTICARIA. NICHOLSON PJ, LLEWELLYN D, ENGLISH JS; GUIDELINES DEVELOPMENT GROUP. CONTACT DERMATITIS 2010; 63: 177–186

PMID: 20831687

Objetivo: Resumir la evidencia disponible para facilitar la prevención, identificación y manejo de la dermatitis ocupacional y urticaria.

Pregunta de investigación: No aplica (múltiples).

Tipo de estudio: Guía clínica.

Resultados principales

La dermatitis de contacto ocupacional es la enfermedad cutánea ocupacional más frecuente en países desarrollados (70-90% de los casos de enfermedad cutánea ocupacional), y la urticaria corresponde al 1-8% de los casos. La dermatitis irritativa ocurre con mayor frecuencia que la dermatitis alérgica. La incidencia varía entre 5,7 a 101 casos por 100000 trabajadores por año para dermatitis ocupacional y entre 0,3 a 6,2 casos por 100000 trabajadores para urticaria.

Los agentes más reportados para dermatitis de contacto son el cobalto, cromatos, cosméticos y fragancias, epóxicos, níquel, plantas, preservantes, acrílicos y resinas. Para dermatitis irritativa los agentes más frecuentemente reportados son alcohol, aceites y refrigerantes, desengrasantes, desinfectantes, productos del petróleo, jabón y limpiadores, solventes y trabajo húmedo. En el caso de urticaria los agentes reportados con más frecuencia fueron caspa vacuna, alimentos y productos animales, harina y granos, y goma de látex.

Los trabajadores más expuestos son los agricultores, trabajadores de belleza, de la industria química, aseadores, cocineros, electrónicos, peluqueros, trabajadores de la salud y social, operadores de maquinaria, mecánicos, trabajadores metalúrgicos y de la industria automovilística. Para urticaria, son los cocineros, granjeros y trabajadores de la salud y trabajo social.

El antecedente de atopía en la infancia es un factor de riesgo independiente para dermatitis ocupacional y urticaria.

Las manos son el sitio más afectado por la dermatitis ocupacional y urticaria, luego, muñecas, brazos y cara. Esta enfermedad puede manifestarse en cualquier momento de la carrera.

La sustitución del trabajador reduce la incidencia tanto de la dermatitis de contacto como urticaria. Asimismo, limitar el uso de guantes (en conjunto con otras medidas) disminuye la incidencia de dermatitis e contacto irritativa. El usar recubrimiento de algodón bajo los guantes puede ayudar a mantener la integridad de la barrera cutánea. La aplicación regular de emolientes es efectiva como prevención, pero no existe suficiente evidencia para definir el rol de las cremas usadas antes del trabajo.

La relación temporal entre la exposición y la aparición de la dermatitis de contacto sugiere la causa o contribución del trabajo a sus síntomas. El diagnóstico debería realizarse en base a una anamnesis exhaustiva, examen físico y test cutáneos.

El pronóstico es variable, cerca de la mitad de los trabajadores experimenta compromiso de la calidad de vida, funcionalidad y relaciones interpersonales en el hogar. Igualmente, la mitad de los trabajadores requirió licencia médica a causa de los síntomas. La pérdida o cambio del trabajo es frecuente entre quienes padecen dermatitis ocupacional.

Los síntomas suelen continuar por años tras el diagnóstico pese al cambio de trabajo, en embargo, el evitar la exposición al desencadenante, especialmente al látex, puede facilitar la recuperación de las lesiones. En quienes continúen expuestos, el uso de guantes y elementos de protección puede ayudar a evitar la persistencia de lesiones. La educación sobre la enfermedad permite mejorar el pronóstico.

Validez interna

Regular. Existe una buena descripción de la metodología utilizada; se especifican los sitios de búsqueda y se utilizan los criterios SIGN y del Royal College of General Practitioners. Sin embargo, la estrategia de búsqueda no está del todo enunciada, lo que disminuye significativamente su calidad metodológica.

Grado de respuesta a preguntas

P1 75%: Esta guía clínica entrega cifras precisas de incidencia sin especificar por ubicación. Además, entrega cifras de frecuencia relativa respecto a todo el espectro de dermatitis de contacto.

P2 100%: Se mencionan cuáles son los trabajadores más expuestos y cuáles son los agentes que con mayor frecuencia gatillan la enfermedad.

P6 50%: Se mencionan los sitios más frecuentes de afectación, pero no las características clínicas distintivas de la enfermedad.

P8 100%: Los antecedentes de atopía en la infancia son un factor de riesgo independiente para el desarrollo posterior de dermatitis ocupacional.

P13 50%: La guía se refiere al diagnóstico mediante anamnesis, examen físico y test cutáneos, así como la definición de ocupacional, sin embargo, no profundiza en criterios cuantitativos para su diagnóstico.

P21 100%: En esta guía se mencionan elementos preventivos frente a la dermatitis ocupacional.

P22 100%: En este documento se mencionan algunos elementos de protección personal que podría disminuir la exposición a agentes desencadenantes.

47. THE ADDITIVE VALUE OF PATCH TESTING WITH PATIENTS' OWN PRODUCTS AT AN OCCUPATIONAL DERMATOLOGY CLINIC. SLODOWNIK D, WILLIAMS J, FROWEN K, PALMER A, MATHESON M, NIXON R. CONTACT DERMATITIS 2009; 61: 231–235

PMID: 19825095

Objetivo: Cuantificar el valor aditivo de los test cutáneos al usar los productos propios del paciente en una clínica de dermatología ocupacional.

Pregunta de investigación: En los pacientes consultantes en una clínica de dermatología ocupacional ¿Cuál es el valor aditivo de incluir en el test cutáneo los productos traídos por el paciente?

Tipo de estudio: Estudio de prueba diagnóstica

Resultados principales

Se estudiaron 1532 pacientes atendidos consecutivamente en una clínica de dermatología ocupacional. Todos ellos fueron evaluados con la batería de parches estándar y con parches con sus propios productos.

El promedio de edad fue 40 años y la mayor parte fueron hombres. El 6,6% de los pacientes (101) reaccionaron a sus propios productos y para el 1,3% (20), esta reacción tuvo un valor aditivo definitivo. En el 3,9% la reacción apoyó los hallazgos de los parches estándar y en el 1,4% restante, la reacción se consideró irrelevante.

Las actividades laborales más afectadas fueron los comerciantes, operadores de maquinaria y trabajadores de la salud. El uso de los parches con productos propios del paciente tuvo su mayor valor aditivo entre los operadores de maquinaria.

Las reacciones más comunes fueron a resina epoxy (24,7%) seguido de Thiuram mix (16,9%) y colophonium (13%).

Validez interna

Muy buena. Si bien se trata de un estudio retrospectivo, todos los pacientes fueron sometidos a una batería estándar de exámenes y a la intervención estudiada. Los criterios de selección y las definiciones se encuentran correctamente especificados.

Grado de respuesta a preguntas

P2 100%: Las actividades laborales más afectadas en este estudio fueron los comerciantes (36,6%), operadores de maquinaria (17,8%) y trabajadores de la salud (13,9%).

P11 100%: En este estudio se utilizaron pruebas cutáneas de parche estándar a la norma europea, con una sensibilidad reportada del 70-80%. Se probó el valor de agregar pruebas de parche incluyendo los productos propios del paciente, cuyo valor agregado es del 5,2% sobre la sensibilidad basal; en un 3,9% la reacción apoyó los hallazgos de la batería estándar y en un 1,3% esta reacción fue la única pista diagnóstica.

P13 100%: En este estudio se usaron los criterios de Mathias modificados para definir la asociación de la dermatitis a la ocupación laboral.

48. SAFETY, EFFECTIVENESS AND COMPARABILITY OF PROFESSIONAL SKIN CLEANSERS. TERHAER FK, BOCK M, FARTASCH M, GABARD B, ELSNER P, KLEESZ P, LANDECK L, POHRT U, SEYFARTH F, SCHLIEMANN S, DIEPGEN TL, ZAGRODNIK F, JOHN SM. JDDG;2010 8:806–810

DOI: 10.1111/j.1610-0387.2010.07468.x

Objetivo: Definir cuáles son los estándares de seguridad y testeo de los limpiadores cutáneos profesionales en Alemania.

Pregunta de investigación: Entre los fabricantes de productos de limpieza cutánea profesionales, ¿cuáles son los estándares de seguridad y testeo utilizados?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal.

Resultados principales

El 71,6% de los productos revisados fueron probados para tolerabilidad cutánea, esto, sin que exista obligación legal de hacerlo.

El uso de harinas de maderas es capaz de sensibilizar a los usuarios.

Validez interna

Muy mala. Los objetivos y la pregunta de investigación son difíciles de deducir, la metodología utilizada no responde eficientemente a la pregunta de investigación y los resultados son presentados de forma poco ordenada y difícil de objetivar.

Grado de respuesta a preguntas

P18 0%: Este artículo solo se guió por la composición del producto descrita en la etiqueta, sin medir los componentes individualmente.

49. THE EUROPEAN BASELINE SERIES IN 10 EUROPEAN COUNTRIES, 2005/2006--RESULTS OF THE EUROPEAN SURVEILLANCE SYSTEM ON CONTACT ALLERGIES (ESSCA). WOLFGANG UTER ET AL. CONTACT DERMATITIS 2009; 61: 31-38

PMID: 19659962

Objetivo: Revisar el espectro de la dermatitis de contacto en los países europeos según el sistema de vigilancia europeo de dermatitis de contacto.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es el espectro de dermatitis de contacto en Europa?

Tipo de estudio: Cohorte retrospectiva

Resultados principales

Se analizaron los datos de test cutáneos de 19988 pacientes entre 2005 y 2006. La prevalencia de dermatitis ocupacional fluctuó entre 4,4% (Sur) y 37% (Noreste) del total de pacientes con dermatitis de contacto.

Los test cutáneos resultaron positivos con mayor frecuencia a Alcohol lanolin (30%), Myroxylon pereirae (25%), Colophonium (20%), Neomycin sulfate (20%) y paraben mix (16%).

Validez interna

Baja. No se detallan los criterios de inclusión y exclusión ni se muestra la definición de dermatitis ocupacional utilizada, lo que limita considerablemente el análisis.

Grado de respuesta a preguntas

P1 75%: La prevalencia de dermatitis ocupacional entre los pacientes con dermatitis de contacto en Europa fluctúa entre 4,4% al sur y 37% al norte. Es importante destacar que no se detallan los criterios diagnósticos utilizados para catalogar una dermatitis como ocupacional.

P2 50%: Los alérgenos que resultaron positivos con mayor frecuencia en los test cutáneos fueron Alcohol lanolin (30%), Myroxylon pereirae (25%), Colophonium (20%), Neomycin sulfate (20%) y paraben mix (16%), sin embargo, estos resultados son válidos para el total de pacientes con dermatitis de contacto, sin que se desglosen los pacientes con dermatitis ocupacional.

50. OCCUPATIONAL FOOD-RELATED HAND DERMATOSES SEEN OVER A 10-YEAR PERIOD. VESTER L, THYSSEN JP, MENNÉ T, JOHANSEN JD. CONTACT DERMATITIS, 66, 264–270

doi: 10.1111/j.1600-0536.2011.02048.x

Objetivo: Describir los resultados de screening y examen de pacientes con enfermedad cutánea relacionada a alimentos en un tercio de referencia terciario en Copenhague, Dinamarca.

Pregunta de investigación:

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

Se incluyeron 336 pacientes en este estudio, 64.8% mujeres, con rango etáreo entre los 17 y 77 años. Un 31% tenía dermatitis atópica.

Un 57% tuvo dermatitis de contacto a irritantes, un 22% presentó dermatitis de contacto por proteínas, un 16,4% fue no clasificable, un 2,1% presentó urticaria de contacto no inmunológica, un 1,8% presentó dermatitis de contacto alérgica y un 0,3% urticaria de contacto inmunológica.

Existió una asociación estadísticamente significativa entre trabajar haciendo emparedados y dermatitis de contacto por proteínas (aOR 3,9 IC95% 1,4-10,8).

Los alérgenos que presentaron mayor reactividad al prick test fueron: papas (11,5%), ajo (11,1%) y pulpa de kiwi (13,2%).

Validez interna

Buena. Este es un estudio descriptivo de la experiencia acumulada en 10 años en el centro estudiado, cuyo mayor sesgo es que los datos fueron recolectados retrospectivamente.

Grado de respuesta a preguntas

P2 75%: En este estudio, la actividad con mayor riesgo de presentar una dermatitis de contacto a proteínas fue fabricar emparedados.

P4 100%: En este estudio se clasificó la dermatitis ocupacional en 5 categorías; urticaria de contacto no inmunológico, urticaria de contacto inmunológica, dermatitis de contacto alérgica, dermatitis de contacto irritativa y dermatitis de contacto a proteínas.

P8 25%: Este estudio menciona que la atopía es un factor de riesgo asociado a dermatitis ocupacional, pero no genera evidencia al respecto.

P11 50%: En este estudio el tamizaje de pacientes se realizó mediante test cutáneos conteniendo diferentes alimentos comunes, pero no se detallan los índices diagnósticos ni tampoco son obtenibles de forma indirecta.

51. QUANTIFICATION OF WET-WORK EXPOSURE IN NURSES USING A NEWLY DEVELOPED WET-WORK EXPOSURE MONITOR. VISSER MJ, BEHROOZY A, VERBERK MM, SEMPLE S, KEZIC S. ANN. OCCUP. HYG., VOL. 55, NO. 7, PP. 810–816, 2011

doi: 10.1093/annhyg/mer041

Objetivo: Evaluar el rendimiento de un aparato monitor de exposición a trabajo húmedo en enfermeras en comparación con la observación directa.

Pregunta de investigación: Entre un grupo de enfermeras expuesta a trabajo húmedo ¿Cuál es el rendimiento de un monitor de exposición en comparación con la observación directa?

Tipo de estudio: Estudio de prueba diagnóstica

Resultados principales

Se observó a 27 enfermeras, con un tiempo de observación promedio de 107 minutos. En ese periodo de observación, el tiempo total promedio de exposición a trabajo húmedo fue de 25 minutos.

Los tipos de trabajo húmedo más frecuentes fueron el lavado de manos o aplicación de alcohol gel que ocurrieron 13 y 9 veces respectivamente durante un periodo de observación de 2 horas. La mayor parte de las veces los guantes fueron usados por alrededor de 5 minutos, pero en un 25% de los casos su uso excedió los 10 minutos.

Para los episodios de trabajo húmedo, la sensibilidad del monitor fue del 76% (rango 45-100%) y especificidad del 79% (rango 41-99%), con un área bajo la curva de características de receptor operador (ROC) 0,84 (rango 0,32-0,89), pero con un factor de sobreestimación de 3. Para el uso de guantes la sensibilidad fue de 63% (rango 16-88%) y la especificidad fue de 69% (rango 52-87%), el área bajo la curva ROC fue de 0,68 (rango 0,32-0,89), el factor de sobreestimación fue de 2.

Los autores concluyen que el patrón de trabajo húmedo en un hospital puede ser demasiado complejo para el correcto funcionamiento del dispositivo.

Validez interna

Buena. El diseño metodológico es bastante bueno, con la salvedad de la ausencia de cálculo de tamaño muestral.

Grado de respuesta a preguntas

P5 25%: El tiempo promedio de exposición a trabajo húmedo en este estudio fue de 25 minutos en periodos de observación de 107 minutos, sin embargo, no se estudió la correlación entre el tiempo de exposición y la aparición de dermatitis de contacto ocupacional

P18-P19 100%: En este estudio se utilizó un monitor que se instala en el dedo medio de la mano y que se compone de dos termistores, uno para la temperatura de la piel y uno para la temperatura ambiental. La detección se basa en cambios en las diferencias de temperatura entre el aire y la piel. Para episodios de trabajo húmedo, en un 76% de las veces el monitor fue capaz de detectarlo, pero también sobreestimó la exposición con varios falsos positivos. Para el uso de guantes el rendimiento fue peor, detectando su uso solo en un 63% de las veces y también sobreestimando el uso por un factor de 2.

52. LONG-TERM EFFECTIVENESS OF SECONDARY PREVENTION IN GERIATRIC NURSES WITH OCCUPATIONAL HAND ECZEMA: THE CHALLENGE OF A CONTROLLED STUDY DESIGN. WILKE A, GEDIGA K, WEINHÖPPEL U, JOHN SM, WULFHORST B. CONTACT DERMATITIS, 66, 79–86

doi: 10.1111/j.1600-0536.2011.01976.x

Objetivo: evaluar la efectividad a largo plazo de un método de profilaxis secundaria para dermatitis ocupacional en enfermeras geriátricas.

Pregunta de investigación: En enfermeras geriátricas sometidas a un programa de profilaxis secundaria de dermatitis ocupacional ¿Cuál es la efectividad a largo plazo?

Tipo de estudio: Ensayo clínico controlado

Resultados principales

Hubo 102 en el grupo con la intervención multidisciplinaria y 107 en el grupo control. Más del 90% de los participantes fueron mujeres. La edad promedio fue 39 años.

El porcentaje de respuesta al tiempo 1 (3 meses) fue de 80,4% en el grupo intervenido y 72,9% en el grupo control. Al tiempo 2 (6 años) fue de 79,4% en el grupo intervenido y 58,9% en el grupo control.

En cuanto a la permanencia en el trabajo, al tiempo 1 el 96,3% del grupo intervención mantuvo su ocupación, del porcentaje que cambió de ocupación ninguno fue por dermatitis ocupacional. En el grupo control el 7,7% dejó su trabajo por la dermatitis ocupacional, con un 85,9% que mantenía su ocupación. Al

tiempo 2 el 6,9% de las enfermeras del grupo intervención y 13,9% en el grupo control habían dejado su trabajo a causa de la dermatitis ocupacional.

Las lesiones cutáneas eran igual de frecuentes al tiempo cero en ambos grupos. Al tiempo 1 el 46,8% del grupo intervención reportó estar libre de lesiones cutáneas versus el 16,4% del grupo control. Al tiempo 2 el 38,2% del grupo intervención reportó estar libre de lesiones contra el 28%.

Validez interna

Mala. Se trata de un estudio no aleatorizado, sin enmascaramiento para el estadístico, sin cálculo de tamaño muestral y con análisis de resultados por protocolo y no por intención de tratar.

Grado de respuesta a preguntas

P3 50%: Si bien no es el objetivo de este estudio, se evaluó la severidad de las lesiones a través del tiempo. No hubo diferencias significativas entre la severidad a largo plazo entre el grupo control e intervenido, pero en ambos grupos se observó una disminución de la severidad con el tiempo. Además, hubo significativamente menos lesiones tipo vesículas entre los pacientes del grupo intervención, asimismo, hubo mejoría en 4 signos clínicos (resequedad, vesículas, fisuras, oozing, en el grupo intervenido a 6 años, mientras que hubo mejoría en solo 2 de estos signos (descamación y fisuras) en el grupo control.

P21 75%: En este estudio se evaluó un programa de intervención multidisciplinaria de 6 meses de duración compuesto por una consejería sobre la elección, uso correcto y eliminación de guantes protectores y sobre la correcta aplicación de productos de cuidado de la piel. Adicionalmente, hubo un curso de protección de la piel en grupos de 8 a 10 personas. Al final del periodo de 6 meses hubo un seminario de repaso. Si bien este estudio tiene reparos metodológicos, más pacientes del grupo intervenido lograron permanecer en sus puestos de trabajo a largo plazo (no se realizaron pruebas de hipótesis para evaluar significación estadística) y lograr cambios en la severidad de su dermatitis (hubo una menor severidad al seguimiento pero no hubo una diferencia estadísticamente significativa al comparar con los controles).

53. NICKEL SKIN LEVELS IN DIFFERENT OCCUPATIONS AND AN ESTIMATE OF THE THRESHOLD FOR REACTING TO A SINGLE OPEN APPLICATION OF NICKEL IN NICKEL-ALLERGIC SUBJECTS. D.J. GAWKRODGER, C.W. MCLEOD AND K. DOBSON ET AL. BR J DERMATOL. 2012 JAN;166(1):82-7.

DOI 10.1111/j.1365-2133.2011.10644.x

Objetivo: Medir la cantidad de níquel en la piel de los dedos de trabajadores en cuyos empleos se sospeche que el níquel juegue un rol como alérgeno de contacto. Definir un punto de corte respecto a la cantidad de níquel que produce dermatitis en individuos alérgicos al níquel, luego de una aplicación única evaluada dos días después.

Pregunta de investigación: ¿A qué niveles de concentración de níquel se exponen los trabajadores en diferentes ocupaciones? ¿A qué niveles de concentración de níquel en contacto con la piel presentan reacción las personas alérgicas?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

La concentración de níquel que presentan en los dedos de las manos cajeros, asistentes de ventas, proveedores e incluso personal de oficina es $> 0.035 \text{ ug cm}^{-2}$ niveles a los cuales el 22% de los alérgicos reaccionarán según demuestran otras publicaciones.

Se demuestra además que la exposición cutánea única a dosis crecientes de níquel aumenta la aparición de dermatitis en aquellos sujetos alérgicos a partir de concentraciones de 5.0 ug cm^{-2} .

Validez interna

Regular. El estudio cumple con el objetivo principal, que es el de describir, sin realizarse estadística inferencial. Desde el punto de vista de la evidencia debe tenerse en cuenta que corresponde a un trabajo de corte transversal, y que los resultados estarán muy probablemente acotados a la población estudiada. No se menciona nada del proceso de selección de los sujetos incluidos en el estudio.

Grado de respuesta a preguntas

P16 25%: Es difícil extrapolar los resultados de este estudio, debido al sesgo de selección que puede tener la muestra elegida. Los valores de níquel establecidos como umbral en los cuales se presenta reacción cutánea alérgica son realizados en situación experimental poco extrapolable a una situación real ambiental (exposición única, en parches de níquel).

P18 25%: El método utilizado para medir la concentración cutánea de níquel no sería el más recomendado, pues subvalora los niveles al tomarse el promedio de la superficie y no tomar en cuenta las superficie más expuestas y por tanto probablemente con mayor concentración; probablemente, conviene utilizar otros métodos.

54. A SURVEY OF WORK-RELATED SKIN DISEASES IN DIFFERENT OCCUPATIONS IN POLAND. KURPIEWSKA J, LIWKOWICZ J, BENCZEK K, PADLEWSKA K. INT J OCCUP SAF ERGON. 2011;17(2):207-14.

PMID: 2167972

Objetivo: Estudiar la prevalencia de auto-reporte de síntomas cutáneos de piel y antebrazos en diferentes poblaciones

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de las enfermedades y trastornos de la piel en diferentes ocupaciones en Polonia?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

El estudio se realizó en 581 trabajadores de la salud, 61 estilistas, 149 cosmetólogos, 91 trabajadores de servicios relacionados con alimentos, 181 trabajadores de industrias de metal, 90 trabajadores de servicios

relacionados con limpieza y 69 trabajadores textiles. Los trabajadores de la salud fueron los que presentan mayor frecuencia de exposición, dentistas 86%, matronas 67%, enfermeras 51% y médicos 41% de exposición; además en un 30% manifiestan trastornos con guantes de látex.

Trastornos auto-reportados de piel se presentan en un 64% de trabajadores de servicios relacionados con limpieza, 30% trabajadores de industrias del metal, 34% en trabajadores de servicios relacionados con alimentos, 24% trabajadores textiles, 21% de estilistas y cosmetólogos.

Validez interna

Regular. El estudio cumple con el objetivo principal, que es el de describir, sin realizarse estadística inferencial. No se menciona como se realiza muestreo o selección de las empresas, y dentro de éstas a los trabajadores que participarán (sesgo de selección). Además puede existir sesgo importante de medición al utilizarse cuestionarios de auto-reporte, donde pueden influir muchos factores en el mayor o menor reconocimiento, diagnóstico y también prevención por parte de cada uno de los individuos de las diferentes profesiones.

Grado de respuesta a preguntas

P1 75%: Entrega información internacional de prevalencia, a tener en cuenta los detalles metodológicos ya mencionados.

55. CONTACT ALLERGY IN THE CLEANING INDUSTRY: ANALYSIS OF CONTACT ALLERGY SURVEILLANCE DATA OF THE INFORMATION NETWORK OF DEPARTMENTS OF DERMATOLOGY. JOANNA LISKOWSKY , JOHANNES GEIER AND ANDREA BAUER. CONTACT DERMATITIS. 2011 SEP;65(3):159-66.

doi: 10.1111/j.1600-0536.2011.01937.x

Objetivo: Identificar los alérgenos más frecuentes causantes de dermatitis de contacto y determinar si existe alguna tendencia temporal de la dermatitis alérgica de contacto en mujeres que trabajan en servicios relacionados con limpieza.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los alérgenos que con mayor frecuencia causan dermatitis de contacto en mujeres que trabajan en servicios de limpieza? ¿Existe alguna diferencia en cuanto a la diferencia de aparición de patrones de sensibilización a estos alérgenos entre mujeres mayores y menores de 40 años?

Tipo de estudio: Estudio de caso/control

Resultados principales

Un 19.4% de las mujeres que trabajaban en limpieza han presentado o presentan dermatitis atópica, 81.6% han sufrido de dermatitis ocupacional de manos; se diagnosticó 31% de dermatitis alérgica de contacto en este grupo. Al compararse con el grupo control I (mujeres sin dermatitis ocupacional), las mujeres con dermatitis presentan mayor sensibilización a alérgenos ocupacionales relevantes. No se reconoció una diferencia entre mujeres menores y mayores de 40 años respecto a patrones de sensibilización.

Validez interna

Regular. No se menciona control de variables confundentes, los criterios de exclusión no están explícitos. Esto hace impreciso realizar conclusiones respecto de la estadística inferencial utilizada al comparar los casos con los controles. Desde el punto de vista de estadística descriptiva está bien construido.

Grado de respuesta a preguntas

P2 30%: Responde a frecuencia de exposición de agentes alérgenos, pero en una población determinada (mujeres que trabajan en servicios de limpieza).

56. DERMATOLOGICAL SCREENING AND RESULTS OF PATCH TESTING AMONG POLISH APPRENTICE HAIRDRESSERS. KRECISZ B, KIEC-SWIERCZYNSKA M, CHOMICZEWSKA D. CONTACT DERMATITIS. 2011 FEB;64(2):90-5.

doi: 10.1111/j.1600-0536.2010.01844.x.

Objetivo: Investigar la frecuencia de trastornos cutáneos ocupacionales entre peluqueros en práctica e identificar los factores que contribuyen a la aparición de dermatosis durante el entrenamiento vocacional

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de trastornos de la piel en practicantes de peluquería en Polonia, y cuál serán los factores causantes de dermatosis durante su entrenamiento vocacional?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

Se reportaron trastornos cutáneos relacionados al trabajo en un 43.9%. En el examen dermatológico realizado se encuentran signos de eczema en 25.9% de los estudiantes. Test cutáneo con alérgenos relacionados a esta ocupación fueron positivos sólo en mujeres (38.1% del total de mujeres), siendo el alérgeno más frecuente el níquel. De todos los estudiantes estudiados se encontró dermatitis de contacto alérgica en un 27.3% (considerando anamnesis, examen físico y test cutáneo y de éstos 7.9% fueron de causa ocupacional), dermatitis de contacto irritante en un 51.1%. La atopia parece no ser un factor de riesgo para desarrollar dermatitis de contacto irritante (OR 0.61 IC 0.21 - 1.7).

Validez interna

Buena. Existe sesgo de selección al incluir sólo institutos que respondieron y aceptaron participar en el estudio, que se intenta disminuir al seleccionar al azar uno de esos tres. El número de casos incluidos en el estudio es pequeño. En general es un buen trabajo de corte transversal, con herramientas (cuestionarios) validadas para la medición, se solicitó evaluación por comité de ética. Se cumple el objetivo de describir frecuencias. No se explica el grado de control de variables confundentes al realizar el cálculo estimativo de riesgo

Grado de respuesta a preguntas

P1 75%: Se describen frecuencias de dermatitis ocupacional en una profesión específica, considerando los sesgos de selección de la muestra, y además se describen los alérgenos que de forma común se asocian a dermatitis de contacto irritante.

P2 75%: Se describen las probables fuentes de exposición y agentes con mayor riesgo de producir dermatitis en una ocupación determinada. No se hace comparación con otras ocupaciones.

P8 25%: Se menciona sólo la búsqueda del antecedente de atopia como factor de riesgo para mayor presencia de dermatitis. No se especifica si se buscó otros factores ni cómo se controlan las variables confundentes.

57. HOW TO QUANTIFY SKIN IMPAIRMENT IN PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION? HEROS: A PROPOSAL OF A HAND ECZEMA SCORE FOR OCCUPATIONAL SCREENINGS. WEISTENHÖFER W, BAUMEISTER T, DREXLER H, KÜTTING B. BR J DERMATOL. 2011 APR;164(4):807-13.

doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10181.x.

Objetivo: Evaluar la utilidad de un score en el lugar de trabajo para tamizaje de eccema precoz de manos y el valor de ésta para identificar individuos con riesgo elevado para presentar trastornos dermatológicos ocupacionales.

Pregunta de investigación: ¿Es de utilidad el score HEROS (score eccema de manos para tamizaje ocupacional) para el tamizaje de eccema de manos de presentación precoz y puede éste identificar a los individuos en mayor riesgo de presentar dermatitis?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

En los 800 trabajadores de la industria del metal incluidos en el estudio se encontró lesiones cutáneas leves en un 84.4% y lesiones moderadas en 2.6% (no se registran lesiones graves). La variabilidad al aplicar el score intraobservador e interobservador fue muy consistente.

El score registrado al inicio del periodo de seguimiento no es mayor en individuos que posteriormente presentan criterios de gravedad de lesiones cutáneas, mientras que los scores al final sí son mayores en estos individuos.

Validez interna

Regular. Probable sesgo de selección, se incluyen voluntarios sin especificar mayormente reclutamiento, criterios de exclusión o inclusión. Una fortaleza es el análisis de la variabilidad intra e interobservador, lo que ayuda a controlar el sesgo de medición del trabajo. No se menciona las pruebas estadísticas utilizadas para comparar los puntajes finales del score con antecedentes asociados a severidad de las lesiones (uso de corticoides tópicos, consulta dermatológica y discapacidad por lesiones cutáneas de manos durante el periodo estudiado).

Grado de respuesta a preguntas

P9 50%: El estudio trabaja con una herramienta para el tamizaje de eccema de manos, lo que serviría en la población estudiada, mostrándose puntajes altos en pacientes que refieren uso de corticoides tópicos para manos y consulta dermatológica durante el periodo de seguimiento respecto con aquellos que no requieren de ambas medidas ($p < 0.001$ y $p = 0.024$ respectivamente; no se menciona prueba estadística utilizada).

P11 50%: Se describe esta herramienta de tamizaje en esta población determinada, que demuestra buena consistencia en la variabilidad intra e interobservador; no se calcula sensibilidad y especificidad del score.

58. NICKEL, COBALT AND CHROMATE SENSITIZATION AND OCCUPATION. RUI F, BOVENZI M, PRODI A, FORTINA AB, ROMANO I, PESERICO A, CORRADIN MT, CARRABBA E, FILON FL. CONTACT DERMATITIS. 2010 APR;62(4):225-31

Objetivo: Estimar la prevalencia de alergia a níquel, cromato y cobalto y estudiar su posible asociación con factores de riesgo individuales y ocupacionales.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia alergia a níquel, cobalto y cromato? ¿Se asocia la alergia a estos elementos a factores de riesgo individual u ocupacional?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

Se observó sensibilización a sulfato de níquel en 24.6%, 10.2% a cloruro de cobalto y 8.7% a dicromato de potasio. En mujeres jóvenes (26-35 años) se observó mayor sensibilización al níquel y se asoció a trabajos relacionados con metal y mecánica; sensibilización a cromato en trabajos relacionados con la industria de la construcción. El cobalto se asoció a trabajo textil y cueros en mujeres y en servicios de limpieza en hombres.

Validez interna

Buena. Muestra recolectada de diferentes Unidades Dermatológicas y de Medicina Ocupacional en Italia con buen número de casos. Existe un sesgo de selección puesto que sólo se analizan los pacientes que consultan y pueden quedar aquellos casos más leves fuera. Se utilizó cuestionario que se describe como estandarizado, no se menciona el método de estandarización o si está validado en otras publicaciones. Se realizó test cutáneo según pautas validadas. Se realizó regresión logística controlando por variables confundentes como edad estratificada e historia personal y familiar de atopia.

Grado de respuesta a preguntas

P1 80%: Prevalencia de alergia al níquel, cobalto y cromato en población que consulta, probablemente está quedando fuera parte de la población con alergia y con síntomas más leves.

P2 80%: Se describe a qué rubros se asocian con más frecuencia las alergias a los elementos en estudio. No se buscaron aparentemente fuentes de exposición más específicas.

P8 70%: El único factor de riesgo mencionado en el estudio es la historia personal y familiar de atopia, que no mostró relación con mayor riesgo de sensibilización para ninguno de los elementos estudiados. Se realizó mediante regresión logística lo que da más peso al análisis, aunque no se menciona comprobación de supuestos ni detalles sobre la construcción del modelo de regresión.

59. PREVENTION OF WORK-RELATED SKIN DISEASES: TELEDERMATOLOGY AS AN ALTERNATIVE APPROACH IN OCCUPATIONAL SCREENINGS. BAUMEISTER T, WEISTENHÖFER W, DREXLER H, KÜTTING B. CONTACT DERMATITIS. 2009 OCT;61(4):224-30.

PMID: 19825094

Objetivo: Determinar si la tele dermatología es un método igual de sensible y específico que el examen convencional cara a cara para detectar lesiones cutáneas mínimas

Pregunta de investigación: ¿Es la tele dermatología un buen método para evaluar lesiones cutáneas mínimas?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

En el análisis bivariado la tele dermatología demuestra puntajes promedio totales más elevados, (16.3 vs 13.1, $p < 0.0001$). Se concluye que existe una sobrevaloración mediante el método de tele dermatología, pero que de todas formas es una herramienta con buen costo-beneficio.

Validez interna

Buena. Criterios de inclusión y exclusión claros para reclutamiento. Como herramienta de medición se utiliza score creado para el estudio ya que no existen otros que evalúen lesiones mínimas de piel; se describe con detalle construcción y utilización. Se realiza análisis bivariado para comparar ambos métodos. El estudio, a pesar de no definirse como comparación de diagnósticos plantea como objetivo evaluar sensibilidad y especificidad de tele dermatología, lo cual finalmente no se cuantificó (no se entregan valores de sensibilidad y especificidad de tele dermatología).

Grado de respuesta a preguntas

P11 50%: Se utiliza un cuestionario que no se evalúa ni se detalla en el estudio. La herramienta utilizada como score de evaluación de lesiones mínimas de piel tanto para tele dermatología como evaluación cara-a-cara se detalla en el estudio, pero no se concluyen ni entregan valores de sensibilidad y especificidad.

60. OCCUPATIONAL RESPIRATORY AND SKIN DISEASES AMONG FINNISH MACHINISTS: FINDINGS OF A LARGE CLINICAL STUDY. HANNU T, SUURONEN K, AALTO-KORTE K, ALANKO K, LUUKKONEN R, JÄRVELÄ M, JOLANKI R, JAAKKOLA MS. INT ARCH OCCUP ENVIRON HEALTH. 2012 MAR 16. [EPUB AHEAD OF PRINT]

DOI 10.1007/s00420-012-0754-8

Objetivo: Evaluar enfermedad respiratoria y dermatológica ocupacional corroborada clínicamente en una muestra grande de maquinistas en el sur de Finlandia.

Pregunta de investigación: ¿Es la teledermatología un buen método para evaluar lesiones cutáneas mínimas?

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal

Resultados principales

De una muestra de 138 casos con sospecha de enfermedad respiratoria y dermatológica ocupacional se observó luego de estudio clínico con entrevista médica y prick test una prevalencia de 0.92% (95 % CI 0.24–1.16) para dermatosis ocupacional (6 casos), de los cuales 4 correspondieron a dermatitis de contacto alérgica y 3 de tipo irritante, siendo la causa más frecuente los fluidos de corte de metal (1. mezcla de clorometilisotiazolinona/metilisotiazolinona y níquel en fluidos de corte de metal 2. dimetilaminopropilamina en agentes de limpieza de manos 3. Dietanolamida de ácido graso de coco 4. Colofonia).

Validez interna

Muy buena. La selección de casos se realiza en 69 compañías distintas mediante encuesta telefónica a todos los trabajadores que cumplieran con criterios de inclusión explicitados. Existió gran pérdida de casos que no participaron de la siguiente etapa de entrevista médica, pero se intenta controlar dicho sesgo con análisis de variables estudiadas en grupo que participó y aquel que no participó, sin encontrarse diferencias significativas, excepto en la edad promedio (41.2 ± 9 vs 37.6 ± 10.1 respectivamente) y la duración en años del trabajo actual (15.9 ± 10.0 vs 12.8 ± 9.6 respectivamente).

Grado de respuesta a preguntas

P1 80%: Buena aproximación de la prevalencia de dermatosis ocupacional por ser muestra amplia tomada de la mayoría de las empresas de metal de todo un sector de Finlandia. A tener en cuenta la pérdida significativa de casos.

P2 80%: Se describen mediante pruebas con prick test con los alérgenos más frecuentes y aquellos a los que específicamente estaban expuestos.

P6 100%: Se describen los hallazgos clínicos en aquellos pacientes en que se diagnosticó durante el estudio dermatitis ocupacional (dermatitis atópica, psoriasis, urticaria dermatográfica, dermatitis hiperqueratósica, eccema discoide, eccema transitorio).

61. VALIDITY AND RESPONSIVENESS OF THE OSNABRÜCK HAND ECZEMA SEVERITY INDEX (OHSI): A METHODOLOGICAL STUDY. DULON M, SKUDLIK C, NÜBLING M, JOHN SM, NIENHAUS A. BR J DERMATOL. 2009 JAN;160(1):137-42.

DOI 10.1111/j.1365-2133.2008.08870.x

Objetivo: Evaluar el valor clinimétrico del Índice de severidad de eccema de manos de Osnabrück (OHSI) y validar su uso longitudinal comparando con el Manuscore como estándar de oro.

Pregunta de investigación: ¿Sirve el OHSI para monitorizar los efectos del tratamiento médico en individuos con eccema de manos ocupacional?

Tipo de estudio: Estudio de método diagnóstico

Resultados principales

Ambos métodos se correlacionan bien en la medición antes y después de tratamiento ($r_s=0.77$ y $r_s=0.73$ respectivamente, ambos con $p<0.001$), pero existe un 6% de valores de ambos índices que se alejan en los rangos más extremos; existe subestimación por parte de OHSI respecto de Manuscore para valores extremos (leves o severos). En cuanto a la capacidad de discriminar severidad de las lesiones al inicio del tratamiento, OHSI presenta una sensibilidad de 73% y especificidad de 78% (VPN: 80%, VPP: 70%); en cambio al término del tratamiento presenta sensibilidad de 50% y especificidad 97% (VPN: 97%, VPP: 67%). La magnitud del efecto para el promedio de cambio entre el tratamiento inicial y final para ambos scores es muy similar, siendo algo mayor para OHSI (podría corresponderse con mayor sensibilidad o sobreestimación para OHSI según los autores).

Validez interna

Muy buena. Muestra pequeña, con criterios de inclusión permisivos. Se comparan dos pruebas diagnósticas, utilizando Manuscore como estándar de oro (escala validada) versus nueva escala OHSI. Se realiza análisis de validez, discriminación de cambio y medición de respuesta al cambio entre ambos scores mediante pruebas para análisis bivariados pareados. Se calcula sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo para OHSI.

Grado de respuesta a preguntas

P11 100%: A pesar de ser una muestra pequeña, este estudio describe un índice que podría utilizarse como tamizaje, por su rapidez y sencillez de aplicación.

62. DIRT-BINDING PARTICLES CONSISTING OF HYDROGENATED CASTOR OIL BEADS CONSTITUTE A NONIRRITATING ALTERNATIVE FOR ABRASIVE CLEANING OF RECALCITRANT OILY SKIN CONTAMINATION IN A THREE-STEP PROGRAMME OF OCCUPATIONAL SKIN PROTECTION. MAHLER V, ERFURT-BERGE C, SCHIEMANN S, MICHAEL S, EGLOFFSTEIN A, KUSS O. BR J DERMATOL. 2010 APR;162(4):812-8.

DOI 10.1111/j.1365-2133.2009.09602.x

Objetivo: Investigar los efectos irritantes in vivo en la piel de tres formulaciones para la limpieza abrasiva (detergente solo, detergente con aceite de ricino y detergente con harina de cáscara de nuez).

Pregunta de investigación: ¿Tienen los productos de limpieza de tipo abrasiva un efecto irritante para la piel?

Tipo de estudio: Ensayo clínico controlado

Resultados principales

Se demostró efecto de tratamiento global significativo en ambos grupos para las variables: (i) pérdida de agua transepidérmica (al comparar harina de cáscara de nuez con control, con $p=0.01$ y diferencia estimada de 2.3 IC 95% 0.4-4.2) (ii) eritema cutáneo (con diferencias entre aceite de ricino y harina de cáscara de nuez pero sin lograr demostrarse significancia estadística). Se demostró luego de 3 semanas alteración de la topografía de la piel cuando se utilizó detergente con harina de cáscara de nuez.

Validez interna

Regular. Fue revisado por comité local de ética. Se reclutan 30 voluntarios y se asignan 15 con antecedentes de atopía y 15 sin antecedentes de atopía. No se describe aleatorización de los voluntarios a las ramas, pues se separaron en 2 grupos predefinidos por los investigadores. No se menciona enmascaramiento de los participantes (investigadores que realizan medición, individuos expuestos a tratamientos). Se describe con detalle las pruebas estadísticas utilizadas para el análisis inferencial. Se utiliza modelo de regresión doblemente multivariante, incluyéndose las variables y sus correspondientes interacciones; no se describe verificación de supuestos del modelo.

Grado de respuesta a preguntas

P24 10%: Se examinan varios tratamientos de limpieza de tipo abrasiva, intentando determinar cuáles pueden ser más irritantes, provocar alteraciones cutáneas y cuáles podrían ser utilizados con mayor seguridad al compararlos.

63. HAS EUROPEAN UNION LEGISLATION TO REDUCE EXPOSURE TO CHROMATE IN CEMENT BEEN EFFECTIVE IN REDUCING THE INCIDENCE OF ALLERGIC CONTACT DERMATITIS ATTRIBUTED TO CHROMATE IN THE UK?
STOCKS SJ, McNAMEE R, TURNER S, CARDER M, AGIUS RM. OCCUP ENVIRON MED 2012;69:150E152

doi: 10.1136/oemed-2011-100220

Objetivo: Analizar cambios en la incidencia de la dermatitis de contacto alérgica (DCA) atribuida a cromato.

Pregunta de investigación: ¿Ha cambiado la incidencia de dermatitis de contacto alérgica atribuida a cromato luego del cambio de legislación Europea sobre disminución de concentración de cromato en el cemento?

Tipo de estudio: Ecológico

Resultados principales

Se observó declinación importante en la incidencia de dermatitis alérgica de contacto en general respecto al periodo previo a la legislación, y aún más marcado en aquellas atribuidas a cromato. Esto último se ve con mayor fuerza en el grupo de trabajadores expuestos a cemento (0.37 IC 95% [0.24 - 0.57]).

Validez interna

Muy buena. Se toma como muestra los casos reportados por dermatólogos de la Red de Salud Ocupacional de UK. Criterios de inclusión y exclusión explícitos. Se separan 3 grupos para diferenciar la probable causa de dermatitis de contacto alérgicas (grupo 1. todas las DCA atribuidas a cromato, 2. DCA atribuidas a cromato en trabajadores expuestos a cemento 3. Trabajadores expuestos a cemento con DCA no atribuida a cromato).

Grado de respuesta a preguntas

P21 100%: Se demuestra cómo una legislación en relación a disminución de la concentración de cromato en el cemento se traduce en disminución en la incidencia de dermatitis de contacto alérgica atribuida a este elemento.

64. NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL SKIN DISEASES BY DERMATOLOGISTS IN THE NETHERLANDS. PAL TM, DE WILDE NS, VAN BEURDEN MM, COENRAADS PJ, BRUYNZEEL DP. OCCUPATIONAL MEDICINE 2009;59:38–43

doi: 10.1093/occmed/kqn149

Objetivo: Mostrar los resultados del periodo 2001-2005 obtenidos de un plan de vigilancia voluntario de enfermedades ocupacionales de la piel llevado a cabo en los Países Bajos.

Tipo de estudio: Cohorte retrospectivo

Resultados principales

Dermatitis de contacto constituyó el hallazgo más frecuente de todas las alteraciones de la piel asociadas al trabajo (80%), siendo la mayoría reportados el primer año de vigilancia. Respecto a las ocupaciones más frecuentes en que se reportaron casos fueron sector salud (16%), cosméticos e higiene (13%), industria del metal (13%), industria de la comida (11%), agricultura (8%), servicios de limpieza (7%) y construcción (7%). Los factores irritantes como trabajo con exposición a humedad, químicos y factores mecánicos fueron los más frecuentemente reportados. Un 28% de los individuos manifestaron en la primera visita al dermatólogo no estar trabajando en ese momento por sus problemas en la piel.

Validez interna

Muy buena. Participan en total 27 dermatólogos voluntarios, cada uno en sus respectivas ocupaciones reporta dermatitis ocupacionales de contacto. La muestra parece ser representativa de la población. Se describen hallazgos en términos de frecuencia, números absolutos y tasa de incidencia entre las industrias.

Grado de respuesta a preguntas

P1 90%: Se describe la frecuencia de dermatitis ocupacional en los Países Bajos, además de las ocupaciones más frecuentemente reportadas.

P2 80%: Se describen las industrias y los agentes asociadas a mayor frecuencia de alteraciones de la piel.

P15 100%: Se describen los factores ambientales más frecuentemente reportados como asociados a dermatitis ocupacional.

65. HAND DERMATITIS AMONG UNIVERSITY HOSPITAL NURSING STAFF WITH OR WITHOUT ATOPIC ECZEMA: ASSESSMENT OF RISK FACTORS. LAN CC, TU HP, LEE CH, WU CS, KO YC, YU HS, LU YW, LI WC, CHEN GS. CONTACT DERMATITIS. 2011 FEB;64(2):73-9.

doi: 10.1111/j.1600-0536.2010.01813.x.

Objetivo: Aclarar el impacto de eccema atópico en la aparición de dermatitis de las manos e identificar factores de riesgo conductuales en enfermeras con dermatitis de manos.

Tipo de estudio: Cohorte

Resultados principales

Resultan factores de riesgo para desarrollo de dermatitis: eccema atópico OR ajustado: 3.76 [IC 95%2.40 – 5.90] y más de 10 años de experiencia de trabajo OR ajustado: 1.52 [IC 95%1.07 – 2.18]. Hay que tener en cuenta que sólo un 17% de enfermeras con dermatitis de manos presentan en forma concomitante eccema atópico. De los factores de riesgo conductual, el único que demostró diferencia estadísticamente significativa fue el lavado de manos más de 6 veces durante el turno de 4 horas en que se documentaron estas conductas (OR 3.02 IC [95%1.26 – 7.23]).

Validez interna

Regular. Muestra por conveniencia de un centro hospitalario. Se registran las actividades realizadas por enfermeras en relación a exposición a posibles irritantes y se cronometra el tiempo de exposición, varios observadores entrenados. Modelo de regresión logística para el análisis inferencial (no se menciona adición de interacciones correspondientes o verificación de supuestos del modelo).

Grado de respuesta a preguntas

P8 50%: Se describe el eccema atópico como factor de riesgo para presentar dermatitis de contacto. A tener en cuenta las limitaciones del estudio.

P15 20%: Se desprende de los resultados que el trabajo en contacto con humedad frecuente (lavado de manos) aumenta el riesgo de dermatitis.

66. THE IMPACT OF MEASURES FOR SECONDARY INDIVIDUAL PREVENTION OF WORK-RELATED SKIN DISEASES IN HEALTH CARE WORKERS: 1-YEAR FOLLOW-UP STUDY. APFELBACHER CJ, SODER S, DIEPGEN TL, WEISSHAAR E. CONTACT DERMATITIS 2009; 60: 144–149

doi: 10.1111/j.1600-0536.2010.01813.x.

Objetivo: Investigar el curso de las enfermedades ocupacionales de la piel en trabajadores del área de la salud y ver qué cambios conductuales en salud se producen luego de un año de asistir a un curso de prevención secundaria individual.

Tipo de estudio: Cohorte

Resultados principales

De un total de 206 individuos el 37.4% eran enfermeras, cuidadoras (30.6%), médicos (12.6%) y asistentes de odontología (12.6%). Un 77.2% presentó lesiones de la piel, siendo los diagnósticos más frecuentes dermatitis irritante (35.9%), dermatitis atópica de manos (9.2%) y dermatitis alérgica (4.9%). Luego de un año mediante seguimiento telefónico se pesquisan 140 individuos con lesiones de la piel (68.0%), cuarenta y dos (20.4%) refieren que las lesiones no han cambiado desde la primera evaluación, ciento cuarenta y ocho refieren que las lesiones han mejorado (71.8%) y 16 (7.8%) cuentan que las lesiones han empeorado. Se observa cambios conductuales con diferencias estadísticamente significativas, reportándose disminución en la frecuencia de lavado de manos y del uso de guantes.

Validez interna

Regular. Existe sesgo de selección, se reclutan individuos que voluntariamente asisten a cursos de prevención secundaria. Existe además sesgo de medición, debido a que la segunda evaluación se realiza a través de contacto telefónico.

Grado de respuesta a preguntas

P3 50%: Luego de un curso de prevención secundaria se observan cambios conductuales que se asocian a disminución de la severidad de lesiones de la piel.

P21 20%: Se describen medidas de disminución de la exposición a factores asociados a dermatitis ocupacional, pero no se analiza en términos de efectividad en este estudio.

67. OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS AND URTICARIA. NICHOLSON P, LLEWELLYN D. BRITISH OCCUPATIONAL HEALTH RESEARCH FOUNDATION. LONDON, 2010.

Objetivo: Ayudar a reducir la incidencia de dermatitis de contacto ocupacional urticaria por contacto ocupacional. Proveer una guía basada en la evidencia para la prevención, identificación y manejo de los casos.

Tipo de estudio: Guía clínica

Resultados principales

Dermatitis de contacto ocupacional corresponde a un 70 a 90% de las enfermedades ocupacionales de la piel reportadas en países desarrollados, con una incidencia entre 11 y 86 casos/100.000 trabajadores por año. La proporción de los subtipos alérgico o irritante va a depender de las diferentes industrias y agentes a los que se expongan los trabajadores. La urticaria de contacto ocupacional representa sólo entre un 1 a 8% de los casos reportados de enfermedades ocupacionales de la piel, con una incidencia entre 0.3 y 6.2 casos/100.000 trabajadores por año

Dentro de los agentes más frecuentes para dermatitis de contacto alérgica se describen el cobalto, cromo y cromatos, cosméticos y fragancias, níquel, plantas, preservantes, resinas y acrílicos. En el caso de la dermatitis de contacto irritativa son frecuentes alcoholes, fluidos de corte, desengrasantes, desinfectantes, derivados del petróleo, jabones, limpiadores, solventes y trabajo húmedo (ej. frecuente lavado de manos). Los agentes más frecuentemente reportados para urticaria de contacto fueron caspa animal, productos alimentarios, harina, granos y látex.

Las profesiones con mayor riesgo de presentar dermatitis de contacto incluyen agricultura, belleza, limpieza, química, construcción, cocina y alimentos, electrónica, estilistas, salud, mecánica y operarios de maquinaria, metal e industria automotriz. Aquellos en mayor riesgo de presentar urticaria de contacto fueron panaderos, granjeros, manipuladores de alimentos, trabajadores del área de la salud y social.

El factor de riesgo independiente más significativo para presentar dermatitis y urticaria de contacto es la exposición a irritantes y alérgenos. Pocos trabajos han evaluado los factores individuales, endógenos que podrían aumentar también el riesgo. No hay argumentos concluyentes para asociar la atopía como factor de riesgo a dermatitis de contacto, no así con el antecedente de dermatitis atópica durante la adultez, donde aparece como un factor de riesgo independiente para desarrollar dermatitis de contacto ocupacional; en cuanto a la etapa de la carrera de un individuo, la dermatitis de contacto ocupacional se puede presentar en cualquier momento (incluso en practicantes). Respecto a urticaria de contacto a látex, algunos trabajos la han asociado a historia personal/familiar de atopía y pruebas cutáneas positivas para aeroalérgenos comunes.

Las áreas más comúnmente afectadas para ambas alteraciones ocupacionales de la piel son las manos.

Como prevención, se ha demostrado que la reducción y sustitución de agentes causales disminuyen el riesgo de aparición de urticaria y dermatitis de contacto. Algunas cremas, emolientes utilizadas previo exposición pueden prevenir la dermatitis de contacto. Intervenciones educacionales correctamente implementadas y mantenidas en el tiempo logran cambios conductuales a favor de la prevención.

El diagnóstico se realiza mediante una historia y examen clínicos detallados, además de pruebas cutáneas. La relación temporal entre los síntomas y presencia en el trabajo indican si la ocupación ha contribuido o fue causa de la dermatitis o urticaria.

Un número importante de trabajadores que presentan dermatitis de contacto persisten con los síntomas incluso por años, aún con tratamiento e incluso cambio de trabajo. El pronóstico es ampliamente variable, y en algunas condiciones el control de los síntomas permite evitar el cambio de trabajo. El impacto de esta enfermedad ocupacional se traduce en mala calidad de vida, disfunción en las relaciones personales,

ausentismo laboral, pérdida del puesto de trabajo o cambio de tipo de empleo, aunque en su gran mayoría las personas la padecen trabajan a pesar de los síntomas.

En los casos confirmados de urticaria y dermatitis, evitar mayor exposición puede permitir en muchos casos la recuperación (particularmente en el caso del látex), aunque puede existir la posibilidad de persistencia de síntomas y lesiones (en el caso de cromato y algunas sales metálicas). La reubicación de las personas diagnosticadas en otras áreas de trabajo dentro de la misma ocupación con menor exposición al agente causal, el uso de guantes o ropa de protección puede, en algunos casos, reducir y/o prevenir los síntomas. Trabajadores que ya presentan daños en la piel mejoran con el uso de cremas acondicionantes, pero el uso de cremas previo al trabajo no mejora su condición.

Validez interna

Muy Buena. Se realizó una búsqueda sistemática de estudios que mediante términos generados por un comité de expertos, excluyéndose revisiones narrativas y reporte de casos. Una limitación importante es que se buscaron sólo artículos publicados en idioma inglés. Se realizó revisión crítica de cada uno de los artículos por dos miembros del comité revisor. Se utilizó el sistema de graduación de SIGN y RCGP modificado para evaluar la fuerza de la evidencia.

Grado de respuesta a preguntas

P1 100%: Se describe la frecuencia e incidencia de ambas patologías en la población Europea.

P2 80%: Se describe las industrias y agentes que representan mayor riesgo.

P6 60%: Se realiza descripción de localización más frecuente de ambas patologías.

P8 100%: Se mencionan los factores de riesgo individuales investigados en la literatura que presentan evidencia de asociación a dermatitis y urticaria.

P13 100%: Se describe el proceso para realizar diagnóstico de dermatitis y urticaria de contacto ocupacional

P21 80%: Se mencionan medidas que ha probado algún grado de eficacia para controlar la exposición a los agentes causales, pero no se reporta su efectividad.

P24 90%: Respecto a la reacomodación existe evidencia que en algunos casos puede reducir los síntomas, pero en casos en que la reacomodación se utiliza para reducir la exposición y no necesariamente eliminarla, de acuerdo a lo descrito.

68. THE INFLUENCE OF DEPRESSION ON THE OUTCOME OF TREATMENT IN OCCUPATIONAL DERMATOSES WORKERS. AZIM EL SA, SELIM AA, EL-RAHEEM TA. J DERMATOLOG TREAT. 2009;20(4):203–7.

DOI: 10.1080/09546630802607479

Objetivo: Evaluar la utilidad de un cuestionario y evaluaciones psicoconductuales en identificar la influencia de la depresión en la respuesta a corticoides tras un cambio de ocupación entre pacientes que presentan una dermatitis ocupacional.

Tipo de estudio: Cohorte

Resultados principales

De un total de 250 trabajadores se evaluaron 87 (35%) que presentaron una dermatosis ocupacional. Cincuenta y cinco presentaron dermatitis ocupacional, todos de tipo irritativa. La edad media de los trabajadores fue de 51.1 ± 4.42 años, presentando exposición ocupacional durante una media de 24.29 ± 3.03 años. Todos fueron tratados mediante un esquema con esteroides.

A los 6 meses de seguimiento, 30 trabajadores (55%) estaban curados, mientras que 25 (45%) no mejoraron o presentaron ataques recurrentes tras una mejoría preliminar. Se observó mayor depresión entre los pacientes no respondedores según lo detectado en puntajes del Índice de Depresión de Beck (5.7 ± 2.6 v/s 15.6 ± 5 , $p < 0.001$) y peores puntajes en múltiples índices psicométricos ($p < 0.01$ para todas las comparaciones).

Validez interna

Baja. El presente diseño de cohortes, si bien permite evaluar la presencia de un factor de exposición a presentar mala respuesta terapéutica a dermatitis ocupacional, se encuentra expuesto a múltiples sesgos de confusión que no son controlados mediante un análisis multivariado. No existe un cálculo de tamaño de la muestra y no está claro el método de evaluación de la dermatitis ocupacional, las que además fueron mezcladas con "cualquier desorden dermatológico de origen ocupacional". No se calcula el tamaño de la muestra.

Grado de respuesta a preguntas

P7 - P8 25%: El presente estudio establece una asociación entre depresión y dermatitis ocupacional, pero no está claro si esta relación es una causa o un efecto.

69. A LONGITUDINAL APPLICATION OF THREE HEALTH BEHAVIOUR MODELS IN THE CONTEXT OF SKIN PROTECTION BEHAVIOUR IN INDIVIDUALS WITH OCCUPATIONAL SKIN DISEASE. MATTERNE U, DIEPGEN TL, WEISSHAAR E. PSYCHOL HEALTH. 2011SEP.;26(9):1188–207.

DOI: 10.1080/08870446.2010.546859

Objetivo: 1) Determinar si variables socio-cognitivas son capaces de predecir la intención de realizar medidas de protección de acuerdo a tres modelos conductuales. 2) Determinar si 3 teorías pueden ser aplicadas para predecir la protección cutánea cuando el individuo ha regresado al trabajo y 3) Determinar fortalezas y limitaciones de cada uno de los modelos al ser aplicados a conductas de protección cutánea en individuos con dermatitis ocupacional

Tipo de estudio: Cohorte

Resultados principales

Ciento cincuenta individuos (60,7% hombres, edad media 44.1 ± 12.5 años) participaron del estudio, completando el seguimiento a 7 semanas 117 (78%). No se detectaron efectos significativos en las conductas pasadas respecto a las futuras más allá de las variables incluidas en las tres teorías conductuales, sugiriendo que la influencia de la conducta pasada en la futura estaba mediada por las variables de cada una de las teorías. Sin embargo, los coeficientes de determinación de estas asociaciones fueron en torno al 30%.

Validez interna

Baja. Los instrumentos utilizados para medición no se describen como validados, si bien son realizados mediante metodologías de entrevistas en profundidad. La atrición es también problemática superando al 20% de los pacientes incluidos. Asimismo hay que considerar que los cambios conductuales en el grado de adherencia a medidas de protección se basa en autoreporte, lo que está considerablemente expuesto a sesgos.

Grado de respuesta a preguntas

P8 0%: El estudio ofrece información respecto a estimaciones limitadas en la predicción de la capacidad de realizar cambios por parte de los trabajadores en base a modelos teóricos socio-cognitivos, pero no establecen riesgos en cuanto al desarrollo de dermatitis ocupacional.

VIII. ANEXO 1: ANÁLISIS CRÍTICO

Se efectuó un análisis de las principales condiciones de validez interna de los estudios seleccionados, de acuerdo a los criterios que se describen más adelante.

Para los estudios secundarios el análisis se realizó con el estándar de oro de una revisión sistemática evaluando los siguientes criterios:

- ¿La revisión pretendió dar respuesta a una pregunta clínica sensible?
- ¿La búsqueda de estudios relevantes fue detallada y exhaustiva?
- ¿Los estudios primarios fueron de alta calidad metodológica?
- ¿La evaluación de los estudios fue reproducible?
- ¿Fueron los resultados similares entre los estudios?
- ¿Cuáles son los resultados generales de la revisión?
- ¿Fueron precisos los resultados?
- ¿Fueron todos los desenlaces importantes considerados?

Para los estudios primarios el análisis se realizó ponderando los criterios según el tipo de estudio.

Para los estudios de cohorte:

- ¿Se encuentra claramente establecida la pregunta de investigación del estudio, en términos de: la población de interés, los factores de riesgo o pronóstico (variables de exposición), y los desenlaces considerados relevantes?
- ¿Es un estudio de cohorte un diseño apropiado para contestar la pregunta?
- ¿Es la cohorte representativa de una población definida?
- ¿Cuáles son sus características distintivas?
- ¿Se utilizaron criterios de inclusión o exclusión que sea importante tener presentes?
- ¿Se utilizaron medidas de exposición objetiva o subjetiva?
- ¿Son las medidas de exposición válidas?
- ¿La exposición de los sujetos se clasificó usando el mismo procedimiento en todos?
- ¿Se utilizó medidas de resultado objetivas o subjetivas?
- ¿Son las medidas de resultado válidas?
- ¿Se utilizó un procedimiento confiable para detectar todos los desenlaces ocurridos?
- ¿Se clasificó el desenlace usando el mismo procedimiento en todos los sujetos?
- ¿Se encontraban los sujetos o quienes midieron los desenlaces ciegos a la exposición?
- ¿Fue el seguimiento suficientemente largo para que los desenlaces pudieran manifestarse?
- ¿Fue el seguimiento suficientemente completo?
- ¿Pueden las pérdidas de seguimiento estar relacionadas con el desenlace?
- ¿Pueden las pérdidas de seguimiento invalidar el resultado?
- ¿Se utilizó algún método para ajustar el efecto de las variables de confusión?
- ¿Se consideraron todas las variables confusoras potencialmente importantes?

Para los estudios de casos y controles:

- ¿Se encuentra claramente establecida la pregunta de investigación del estudio, en términos de: la población de interés, los factores de riesgo o pronóstico (variables de exposición), y los desenlaces considerados relevantes?
- ¿Es un estudio de casos y controles un diseño apropiado para contestar la pregunta?
- ¿Está definido cómo se seleccionaron los casos y los controles?
- ¿Se midieron los desenlaces de la misma forma en los dos grupos comparados?
- ¿Demostraron similitud en todos los determinantes conocidos del desenlace?
- ¿El seguimiento fue suficientemente completo?
- ¿Se utilizó algún método para ajustar el efecto de las variables de confusión?
- ¿Se consideraron todas las variables confusoras potencialmente importantes?

Para los ensayos clínicos aleatorizados:

- ¿Se utilizó un método apropiado para generar secuencias aleatorias?
- ¿Si no fue así, se utilizó un método cuasialeatorizado? ¿Cuál fue éste?
- ¿Hay evidencia en el artículo de que hubo encubrimiento de la asignación?
- ¿Son los factores pronósticos basales similares entre los grupos?
- ¿Hubo ciego?
- ¿Quién estuvo ciego en el estudio?
- ¿Cuál fue la proporción de pérdidas de seguimiento?
- ¿Es posible que las pérdidas tengan relación con el desenlace?
- ¿Ocurrieron en proporción distinta entre los grupos?
- ¿Pudieran las pérdidas haber sesgado los resultados de manera significativa?
- ¿Se aplicó el principio del análisis por intención de tratar en el estudio?
- ¿Si los hubo, qué ocurrió con los pacientes que ingresaron al estudio y finalmente no recibieron ninguna de las intervenciones evaluadas? ¿Fueron excluidos del análisis?
- ¿Hubo “inclusiones falsas”? ¿Qué ocurrió con ellas?
- ¿Hubo cointervenciones distintas entre los grupos que pudieran haber sesgado los resultados?
- ¿Incluyó el estudio algún análisis de subgrupos?
- ¿Es es análisis de subgrupos confiable?
- ¿Son los resultados del análisis de subgrupos clínicamente significativos?

Para los estudios de pruebas diagnósticas:

- ¿Era el espectro de pacientes representativo de los pacientes que recibirán la prueba en la práctica?
- ¿Se encuentran claramente descritos los criterios de selección de los sujetos?
- ¿Es apropiado el estándar de referencia (es probable que clasifique la condición blanco correctamente)?
- ¿Es el período entre el estándar de referencia y la prueba bastante corto, como para estar razonablemente seguros de que la condición blanco no cambió entre las dos pruebas?
- ¿Fue la muestra entera o una selección al azar de ella la que fue verificada usando un estándar de referencia?
- ¿Los pacientes recibieron el mismo estándar de referencia sin importar el resultado de la prueba?
- ¿Fue el estándar de referencia independiente de la prueba índice (es decir la prueba del índice no formaba parte del estándar de referencia)?
- ¿Fue descrita con suficiente detalle la ejecución de la prueba como para permitir que sea replicada?
- ¿Fue descrita con suficiente detalle la ejecución del estándar de referencia como para permitir que sea replicado?
- ¿Fueron los resultados de la prueba interpretados sin conocimiento de los resultados del estándar de referencia?

- ¿Fueron los resultados del estándar de referencia interpretados sin conocimiento de los resultados de la prueba?
- ¿Estaban disponibles los mismos datos clínicos que uno encuentra cuando se utiliza la prueba en la práctica, cuando fueron interpretados los resultados de la prueba?
- ¿Fueron divulgados los resultados no interpretables o intermedios de la prueba?
- ¿Fueron explicados los retiros del estudio?