

RESUMEN DE REVISIÓN COCHRANE

Intervenciones para el eczema de manos[☆]

Interventions for hand eczema

M.T. González-Gil (RN, MsC, PhD)^{a,*} y M.M. Sánchez Sánchez (RN, MsC)^b^a Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España^b Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Antecedentes

El eczema de manos es una enfermedad crónica que consiste en la inflamación/dermatitis de la piel de las manos. Las causas del eczema de manos pueden ser multifactoriales e implicar tanto factores predisponentes como externos. Entre un tercio y la mitad de las personas con eczema de manos se consideran atópicas, lo que significa que están predispuestas a desarrollar asma, fiebre del heno o eczema¹. Las causas externas más comunes del eczema de manos incluyen el contacto con agentes tóxicos o irritantes leves, por ejemplo, el agua y los jabones, que dan lugar a una dermatitis de contacto irritante. La dermatitis de contacto alérgica está causada por el contacto de la piel con alérgenos, y se produce en personas que han desarrollado

una alergia de contacto a una sustancia específica, por ejemplo, los perfumes. Es menos frecuente que la dermatitis de contacto irritante. Los alérgenos ingeridos pueden provocar ocasionalmente eczema de manos, por ejemplo, el níquel. En muchas personas con eczema de manos crónico, la etiología es multifactorial, mientras que en algunos casos la causa sigue siendo desconocida.

Los síntomas asociados al eczema de manos incluyen un picor persistente que puede ser intenso y provocar alteraciones del sueño de quien lo padece. Pueden aparecer grietas, ampollas e hiperqueratosis que provocan dolor y reducen la movilidad de las manos. Esto puede repercutir negativamente en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades cotidianas, así como para realizar trabajos manuales, lo que supone una importante discapacidad y pérdidas económicas tanto para el individuo como para la sociedad en su conjunto. Además, los síntomas del eczema cutáneo pueden repercutir en el bienestar psicológico de las personas que lo padecen y provocar ansiedad, baja autoestima y fobia social, con el consiguiente estigma social.

Existen diversas intervenciones terapéuticas para controlar y manejar los signos y síntomas asociados al eczema de manos, entre las que se incluyen: medidas de protección de la piel, por ejemplo, guantes; tratamientos tópicos, por ejemplo, el uso de cremas con corticosteroides; y tratamientos sistémicos, por ejemplo, el uso de corticosteroides orales.

[☆] Este artículo es la traducción del resumen realizado por Jacqueline Pich, PhD, BNurs (Hons I), BSc. Senior Lecturer a la revisión sistemática Cochrane: Christoffers WA, Coenraads PJ, Svensson A, Diepgen TL, Dickinson-Blok JL, Xia J, Williams HC. Interventions for hand eczema (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019, Issue 4 Art. No: CD004055. DOI: 10.1002/14651858.CD004055.pub2. [Accesible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004055.pub2/full>].

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.t.gonzalez@uam.es
(M.T. González-Gil).

Objetivos

El objetivo principal de esta revisión² fue evaluar la eficacia de las intervenciones tópicas y sistémicas para el tratamiento del eczema de manos en adultos y niños.

Intervención/métodos

La revisión incluyó ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA) de intervenciones para el eczema de manos versus ningún tratamiento, placebo u otros principios activos. Se excluyeron aquellos estudios centrados en la prevención primaria del eczema de manos o en intervenciones no farmacológicas.

Las variables de resultado primarias que se consideraron fueron:

- Porcentaje de participantes con un control autovalorado como bueno/excelente de los síntomas
- Porcentaje de participantes con un control bueno/excelente de los síntomas valorado por el investigador
- Eventos adversos, tanto a corto plazo (durante el período de tratamiento) como a largo plazo (tras la finalización de la fase de tratamiento)

Las variables de resultado secundarias incluyeron:

- Reducción de la gravedad (valorada por los participantes)
- Reducción de la gravedad (valorada por el investigador)
- Tiempo de recaída
- Reducción de la dosis

Resultados

Esta revisión incluyó 60 ECA sobre diferentes intervenciones para el eczema de manos que involucraron a un total de 5.469 participantes. Se incluyeron estudios publicados desde el período de 1967 a 2018, y datos no publicados registrados en registros de ensayos clínicos hasta abril de 2018. Todos los estudios se realizaron en un contexto secundario e incluyeron participantes que tenían eczema de manos crónico de diferentes grados de gravedad.

La mayoría de los estudios fueron relativamente pequeños, entre 12 y 158 participantes, con más de la mitad de los participantes (n = 2.893) incluidos en 5 ensayos clínicos. Tres de estos ensayos consideraron el uso del retinoide alitretinoína vía oral y 2 el inhibidor tópico de la calcineurina. En general, los estudios fueron de corta duración, y solo 11 de ellos tuvieron una duración superior a 4 meses.

A continuación, se detallan los resultados de las principales comparaciones de interés.

Con relación a las cremas y pomadas de corticosteroides, los autores informaron que la espuma de propionato, cuando se compara con la espuma como vehículo, probablemente aumenta el control del eczema de manos (valorado así por los participantes: 516 versus 222 por 1.000); sin embargo, la diferencia fue menos clara para el control realizado por los investigadores y hubo más eventos adversos informados con la intervención, por ejemplo, quemadura/prurito en el sitio de aplicación. Estos resultados se

basaron en pruebas de certeza moderada. El uso del furoato de mometasona en espuma 3 veces por semana puede estar asociado con una leve mejoría en el control de los síntomas según los investigadores, en comparación con la aplicación 2 veces por semana. Se informó de cierta atrofia leve en ambos grupos. Estos resultados se basaron en pruebas de baja certeza.

Los autores compararon varios tipos de irradiación con luz ultravioleta. La radiación con psoraleno y ultravioleta de longitud de onda A (PUVA) local puede dar lugar a una mejora en el control de los síntomas calificada por los investigadores en comparación con la radiación ultravioleta de longitud de onda B de banda estrecha (UVB-BE) local; sin embargo, el intervalo de confianza del 95% indica que la PUVA local podría suponer una diferencia escasa o nula (evidencia de certeza moderada).

Considerando la calificación realizada por los investigadores, los participantes que recibieron el tratamiento con el inhibidor tópico de la calcineurina, tacrolimus, en comparación con los que recibieron el tratamiento con vehículo, probablemente tengan durante un período de dos semanas más probabilidades de lograr un mejor control de los síntomas. Este hallazgo se basó en pruebas de certeza moderada.

El inmunosupresor oral ciclosporina calificado por el investigador o el participante probablemente mejora ligeramente el control de los síntomas en comparación con la crema tópica de betametasona (corticosteroide). El riesgo de eventos adversos, por ejemplo, mareos, fue similar entre los grupos. Estos resultados se basaron en pruebas de certeza moderada.

El tratamiento con un derivado oral de la vitamina A (retinoide), alitretinoína (10 mg), calificado por los investigadores en comparación con el placebo, logró un control de los síntomas (307 frente a 194 participantes por 1.000). Se encontraron resultados similares en el control de los síntomas calificados por los participantes (evidencia de alta certeza). Cuando se aumentó la dosis a 30 mg, el riesgo de cefaleas fue mayor en comparación con el placebo (74 frente a 251 por 1.000; evidencia de alta certeza).

Los autores advierten que la mayoría de los resultados proceden de estudios individuales con poca precisión, por lo que deben considerarse con precaución. La heterogeneidad entre los estudios y el pequeño tamaño de las muestras limitaron la capacidad de los autores para detectar diferencias entre los tratamientos. Además, muchos estudios tenían un riesgo de sesgo alto o poco claro en uno o más componentes del diseño del ensayo. Hubo 22 estudios financiados por empresas farmacéuticas.

Conclusiones

Los resultados de esta revisión no identificaron un tratamiento estándar o un régimen de tratamiento como mejor práctica para el manejo de los signos y síntomas del eczema de manos.

El uso de la espuma de propionato de clobetasol, en comparación con la espuma vehículo, se acompañó de un aumento en el control bueno/excelente del eczema de manos calificado por los participantes; sin embargo, el efecto es menos seguro para el control calificado por los

investigadores (evidencia de certeza moderada). Por otra parte, el uso de espuma de furoato de mometasona 3 veces a la semana, frente a 2 veces a la semana, puede ofrecer una ligera mejoría en el control de los síntomas calificado por los investigadores (evidencia de baja certeza).

La PUVA local puede producir una mejora en comparación con la UVB-BE local; sin embargo, el intervalo de confianza del 95% indica que la PUVA local podría suponer una diferencia escasa o nula (evidencia de certeza moderada).

El uso de la pomada de tacrolimus probablemente mejora el control de los síntomas calificado por los investigadores en comparación con los que recibieron la espuma vehículo (evidencia de certeza moderada).

La ciclosporina oral probablemente mejora ligeramente el control de los síntomas según los investigadores/participantes en comparación con la crema tópica de dipropionato de betametasona (evidencia de certeza moderada).

El tratamiento con un retinoide oral, la alitretinoína, mejoró el control de los síntomas, según los investigadores/participantes, en comparación con el placebo. El beneficio fue más evidente cuando se aumentó la dosis (de 10 a 30 mg); sin embargo, esto se acompañó de un aumento de los eventos adversos, por ejemplo, dolores de cabeza (evidencia de alta certeza).

Implicaciones para la práctica clínica

La amplia gama de opciones de tratamiento incluidas en el estudio subraya el hecho de que no existe una opción de tratamiento estándar para el eczema de manos. Los corticosteroides tópicos y la fototerapia con rayos UV fueron 2 de las principales opciones de tratamiento; sin embargo, los autores no encontraron suficientes datos que apoyaran un tipo de tratamiento sobre otro. En general, hubo datos limitados para apoyar la mejor manera de tratar el eczema de manos y, por lo tanto, los resultados de la revisión no pueden utilizarse para informar la práctica clínica. Por estas razones, es clave seguir investigando en esta área mediante los ECA de mayor magnitud para proporcionar información que oriente la práctica basada en la mejor evidencia.

Bibliografía

1. Coenraads PJ, Diepgen TL. Risk for hand eczema in employees with past or present atopic dermatitis. *Int Arch Occup Environ Health*. 1998;71:7–13.
2. Christoffers WA, Coenraads PJ, Svensson A, Diepgen TL, Dickinson-Blok JL, Xia J, et al. Interventions for hand eczema (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>. CD004055.



La misión de *Cochrane Nursing* (CN) es apoyar el trabajo de Cochrane, incrementando el uso de su biblioteca, y proporcionar una base de evidencia internacional para las enfermeras y los profesionales de la salud involucrados en la atención, dirección o investigación de los cuidados enfermeros. La CN produce columnas «*Cochrane Corner*» (resúmenes de revisiones Cochrane recientes y relevantes para la atención enfermera) que se publican regularmente en las revistas colaboradoras del grupo relacionadas con la atención enfermera. Los autores originales y las citas completas de las revisiones Cochrane se especifican en cada columna. Estos resúmenes publicados llegan a un grupo mucho más amplio de enfermeras y agencias de salud relacionadas internacionalmente y permiten el acceso directo a resultados de evidencia altamente relevantes al que los trabajadores de salud a pie de cama tienen difícil acceso. La información sobre los procesos desarrollados por este grupo puede consultarse en: <http://cnf.cochrane.org/evidence-transfer-program-review-summaries>.