



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

**Prevalencia de dermatitis atópica y factores asociados en pacientes
pediátricos atendidos en consulta externa de dermatología del Hospital
Vicente Corral Moscoso, 2017**

**Tesis previa a la obtención del título
de Especialista en Pediatría**

Autora: Lisseth Jhoana Rojas Bastidas

CI: 0705356533

Director: Dr. Héctor Fabián Siguencia Astudillo

CI. 0103931234

Asesor: Dr. Phd. Luis Enrique Marcano Sanz

CI: 1755833744

Cuenca-Ecuador

2019



RESUMEN

Introducción

La dermatitis atópica es considerada como la manifestación dérmica de la atopía, ésta se define como la tendencia a reaccionar de forma exagerada frente a múltiples sustancias y puede manifestarse como distintas enfermedades.

La causa específica continúa siendo desconocida. Se han detallado causas genéticas, así como diversos factores alérgicos y no alérgicos.

La frecuencia de esta enfermedad ha aumentado sustancialmente en el mundo, elevándose 2 a 5 veces en los últimos 20 años, sobretodo en la población pediátrica.

Objetivos

Las consecuencias de las alergias en los niños se relacionan con ausentismo escolar, modificaciones en la conducta, trastornos del aprendizaje y hasta problemas de abuso infantil. Conocer la prevalencia de esta dolencia permitirá a una mejor planificación de los recursos para su atención.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El Universo lo constituyeron la totalidad de pacientes pediátricos atendidos en consulta externa dermatológica en el periodo Abril – Septiembre 2017. Se utilizaron los criterios diagnósticos del grupo de trabajo británico (1994), los cuales se basan en las características de la piel, así como en antecedentes personales y familiares de atopía.

Resultados

Se encontró que 28% de los pacientes pediátricos atendidos presentó dermatitis atópica, siendo mayor su frecuencia en el género femenino.

Los pacientes con antecedentes atópicos de rinitis alérgica presentaron mayor probabilidad de experimentar dermatitis atópica.

Conclusiones

La prevalencia de dermatitis atópica en la población pediátrica atendida en el Hospital Vicente Corral Moscoso es mayor a la reportada a nivel mundial, en el sexo femenino y con antecedentes de rinitis alérgica.

Palabras clave: Dermatitis atópica. Prevalencia. Factores de riesgo. Pediatría.



ABSTRACT

Background

Atopic dermatitis is considered as the dermal manifestation of atopy, it is defined as the tendency to overreact to multiple substances and may manifest as different diseases.

The specific cause remains unknown. Genetic causes have been detailed, as well as various allergic and non-allergic factors.

The frequency of this disease has increased substantially in the world, rising 2 to 5 times in the last 20 years, especially in the pediatric population

General Objective

The consequences of allergies in children are related to school absenteeism, behavioral changes, learning disorders and even problems of child abuse. Knowing the prevalence of this disease will allow a better planning of resources for your care.

Methodology

Quantitative, descriptive and transversal study. The universe was made up of all pediatric patients seen in a dermatological outpatient clinic in the period April - September 2017. The diagnostic criteria of the British working group (1994) were used, which are based on the characteristics of the skin, as well as on the personal and family history of atopy.

Results

It was found that 28% of the pediatric patients attended had atopic dermatitis, with a higher frequency in the female gender.

Patients with atopic history of allergic rhinitis were more likely to experience atopic dermatitis.

Conclusions

The prevalence of atopic dermatitis in the pediatric population treated at the Hospital Vicente Corral Moscoso is higher than that reported worldwide, in females and with a history of allergic rhinitis.

Key words: Atopic dermatitis. Prevalence. Risk factors. Pediatrics



INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INDICE	4
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO	9
CAPÍTULO I	10
1.1. INTRODUCCIÓN	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
CAPÍTULO III	25
3.1. HIPÓTESIS	25
3.2. OBJETIVOS	26
3.2.1. <i>Objetivo general</i>	26
3.2.2. <i>Objetivos específicos</i>	26
CAPÍTULO IV	27
4. METODOLOGÍA	27
4.1. TIPO DE ESTUDIO	27
4.2. UNIVERSO	27
4.3. TAMAÑO MUESTRAL	27
4.4. POBLACIÓN	27
4.5. INSTRUMENTO	28
4.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
4.6.1. <i>Inclusión</i>	28
4.6.2. <i>Exclusión</i>	28
4.7. CRITERIOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS	28
4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	29
CAPÍTULO V	33
5. RESULTADOS	33
CAPÍTULO VI	40
6. DISCUSIÓN	40
CAPÍTULO VII	45
7. CONCLUSIONES	45
CAPÍTULO VIII	46
8. RECOMENDACIONES	46
CAPÍTULO IX	47
9. BIBLIOGRAFÍA	47



ANEXOS	57
ANEXO 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	57
ANEXO 2.- ENCUESTA	58
ANEXO 3.- CRONOGRAMA	59
ANEXO 4.- PRESUPUESTO	60



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Liseth Jhoana Rojas Bastidas en calidad de autora y titular de los de derechos morales y patrimoniales de la tesis **Prevalencia de dermatitis atópica y factores asociados en pacientes pediátricos atendidos en consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de febrero de 2019.

Liseth Jhoana Rojas Bastidas

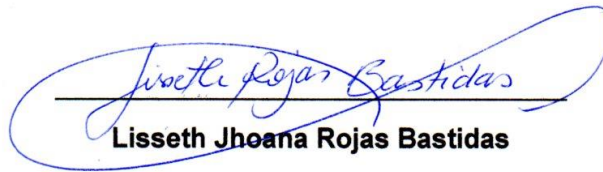
CI: 0705356533



Cláusula de propiedad intelectual

Lisseth Jhoana Rojas Bastidas en calidad de autora de la tesis: **Prevalencia de dermatitis atópica y factores asociados en pacientes pediátricos atendidos en consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de febrero de 2019.



Lisseth Jhoana Rojas Bastidas

CI: 0705356533



DEDICATORIA

A Dios en primer lugar por seguir confiando en mí. Lo hiciste justo cuando más lo necesitaba.

A mi madre por seguir aquí, conmigo, aferrándose a la vida, a su lucha incansable por mantenerse en pie, ejemplo de valentía, perseverancia y amor incondicional.

A mi padre, la personificación de la esperanza, su ejemplo de fe en los peores momentos los recordaré por el resto de mi vida.

A mis hermanos Anita, David y Johanna por alegrarme la existencia.

A mi compañero de vida, mi gran amor Pablo David, sin ti nada de esto hubiera sido posible.

A ti amor mío, hijo mío.

Lisseth.



AGRADECIMIENTO

A mi Director y Asesor de tesis por su gran colaboración y paciencia en este trabajo.

Al servicio de estadística, consulta externa y dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso por su apertura a la realización de este trabajo.

A mis queridos tratantes, enfermeras y compañeros por sus enseñanzas y paciencia, gracias por estos 3 años que los guardaré en lo más profundo de mi corazón.



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel. Esta puede presentarse de manera crónica o recurrente. El prurito es considerado como el síntoma más representativo e insidioso de esta enfermedad, la misma que está asociada frecuentemente con rinitis, alergia alimentaria y asma bronquial. La prevalencia de la dermatitis atópica ha ido en aumento en todos los países de la vida occidental. Además si se considera su característica cronicidad ésta llega a afectar la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares. (1)

Está demostrado que las personas que cursan con esta enfermedad con frecuencia presentan depresión y ansiedad comparado con el promedio. Los niños pueden presentar problemas afectivos, del comportamiento, bajas calificaciones e inclusive trastornos del sueño. Las enfermedades dermatológicas generan un impacto negativo en el estado emocional, así como en las relaciones sociales debido a la apariencia de las lesiones lo cual puede perjudicar el ambiente escolar del menor y su autoestima dando como resultado problemas de abuso escolar.(2)

El diagnóstico muchas veces suele representar un reto para el profesional debido a que existen otras afecciones que simulan muchos de los signos y síntomas reportados. Para ello se han formulado múltiples criterios diagnósticos, sin embargo la mayoría se consideran “imposibles” de realizar en periodos cortos de tiempo o con recursos limitados, es por esto que en servicios como consulta externa se prefieren criterios más simples y fáciles de aplicar. Diagnosticarla suele exigir una mezcla



recursos tanto humanos como de laboratorio, además es indispensable individualizar cada caso y mantener una adecuada relación médico-paciente. (3)

En la gran mayoría de los niños será la clínica la que nos lleve al diagnóstico, no sólo las lesiones cutáneas sino también la evolución, antecedentes familiares y personales, y sobre todo el prurito. Sin el prurito, el diagnóstico de esta enfermedad debe ser cuestionado. (4)

En cuanto al tratamiento, hasta la actualidad no se establece uno definitivo. El éxito del mismo está en manejar los signos y síntomas de forma individualizada, así como la aplicación de la piedra angular en el tratamiento de las enfermedades atópicas como lo son los corticoides. Recientemente se han propuesto la utilización de inmunomoduladores tópicos como el pimecrolimus y el tacrolimus que han demostrado efectividad sin presentar los efectos adversos de otro tipo de corticoides.

La dermatitis atópica es considerada como multifactorial debido a que no se ha podido considerar un concepto etiopatogénico único. Es considerada como una interacción entre predisposición genética, medio ambiente, defectos en la piel y alteraciones de la respuesta inmunológica sistémica y local. (4,5)

Cabe recalcar que si se toman en cuenta los factores ambientales asociados a esta enfermedad, en el Ecuador se ha visto un aumento en el movimiento migratorio en el último año y con ello la casuística de la dermatitis atópica.

En función de la proyección 2010-2020; elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), para el año 2017 Cuenca se constituye en la tercera ciudad más poblada del país, con 603.269 habitantes. Además es una de las ciudades con mayor crecimiento industrial, razón por la cual es necesario establecer la frecuencia de casos y factores asociados a la misma. (6)



Esta enfermedad es representativa desde la perspectiva epidemiológica así como para el gasto público en salud, debido a que su tratamiento aún no está definido.

El seguimiento a los pacientes diagnosticados de dermatitis atópica resulta indispensable para llegar a un tratamiento individualizado. Además se debe promover la realización de investigaciones sobre esta enfermedad para lograr mejorar la comprensión y manejo de la misma.



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década se ha experimentado un gran avance en cuanto a la comprensión de la dermatitis atópica (DA), sobre todo en lo referente a los aspectos moleculares de su factores inmunopatológicos así como a la aplicación de terapias racionales. Sin embargo, aún nos encontramos distantes en comprender con detalle esta entidad cuya incidencia se encuentra en alarmante incremento.

La frecuencia de DA ha incrementado potencialmente en el mundo, de 2 a 5 veces en los últimos 20 años (3); Se estima una prevalencia de 15% a 20% para la población general (7). En la población pediátrica esta prevalencia alcanza cifras de hasta 10% y a nivel hospitalario se presume entre el 6% y 8% (8). Este incremento se relaciona a cambios medioambientales a los que estamos cada vez más expuestos en la actualidad, tales como polución ambiental, humedad, pólenes, ácaros, polvo domiciliario, alérgenos de mascotas, aditivos y preservantes de alimentos que facilitarían la aparición de la enfermedad en individuos que tengan susceptibilidad genética (9,10).

Según el informe del International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) entre los años 2009-2012, la prevalencia que alcanza esta enfermedad en Latinoamérica está en 22,5% (Quito, Ecuador) en edades entre 6-7 años; del 8,3% en adolescentes (Cordova, Rosario); 6,4% en niños de entre 6-7 años (Salta). Así, Sudamérica se consideraría como una región de alta prevalencia (11).

Existe además antecedentes de patología alérgica en alrededor del 30% y antecedentes familiares en al menos el 60%, sin diferenciarse si son maternos o paternos, mientras que 20% no reportan antecedentes de ninguna índole (12).



Hasta donde conoce la autora, no existen datos epidemiológicos de esta entidad en el Hospital Vicente Corral Moscoso y por ello se planteó la siguiente pregunta científica:

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de consulta externa dermatológica durante el período de abril a septiembre de 2017?



1.3. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades dermatológicas representan un gran porcentaje de las atenciones diarias en el servicio de consulta externa; se evidencia un incremento de enfermedades atópicas en los niños, siendo una de las más comunes la dermatitis atópica.

La bibliografía refiere factores asociados a ella, tales como: antecedentes familiares de atopía, edad gestacional, lactancia materna exclusiva, introducción de alimentos y tipos de alimentos. Los cuales resultan indispensables identificar en los pacientes, para así individualizar el tratamiento y crear protocolos de diagnóstico y terapéutica.(9)

Tomando en cuenta los diferentes signos y síntomas que se presentan; se han creado a lo largo de los años diversos criterios diagnósticos de diferente complejidad en su aplicación, para así caracterizar mucho más a la enfermedad y facilitar su diagnóstico. Es fundamental identificar esta afección y derivarla de forma oportuna para así evitar sus secuelas tanto físicas como psicológicas en el niño.

En Latinoamérica hace casi una década se trabaja para determinar la frecuencia real de esta afección en la población pediátrica. (13)

El impacto que producen las alergias en los niños es considerable, se relaciona con ausentismo escolar, cambios en la conducta, trastornos del aprendizaje y hasta problemas de abuso infantil. Conocer la prevalencia de esta enfermedad permite una mejor planificación en cuanto a los recursos para su atención.

La etiopatogenia multifactorial supone un inconveniente añadido para entender su aparición y curso clínico.



Tomando en cuenta que el Hospital Vicente Corral Moscoso es un hospital de subespecialidades y de referencia del Austro Ecuatoriano, la obtención de datos en el servicio de consulta externa dermatológica ofrecerá resultados relevantes para conocer mucho más esta entidad.

Esta tesis pretende ser una contribución científica para los pacientes pediátricos que acuden al servicio de consulta externa con la finalidad de dar recomendaciones justificadas y de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica (DA) es la manifestación dérmica de la atopía. La atopía se define como la capacidad a reaccionar de forma exagerada a determinadas sustancias y que puede manifestarse como diferentes enfermedades. (14)

La dermatitis atópica es una enfermedad crónicamente recidivante de características inflamatorias y pruriginosas que se manifiesta generalmente en los lactantes e infancia temprana. (15)

La terminología empleada para referirse a la enfermedad ha sido motivo de discusión y confusión durante más de un siglo. Los autores del término “dermatitis atópica” fueron Wise y Sulzberger en 1993 (16). Se creó para definir una entidad caracterizada por xerosis cutánea, lesiones eritematosas, prurito, así como su curso crónico y recidivante. Actualmente se reconocen otras denominaciones tales como eczema atópico siendo éste también aceptable.

Epidemiología

La DA se ha categorizado como un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, con una prevalencia alcanzada entre el 20% al 30% (17): Dicha prevalencia ha aumentado en las últimas décadas multiplicándose su cifra (18).

Según el ISAAC 2009-2012 la prevalencia en Sudamérica se ha incrementado con un porcentaje superior al 15% en niños de edades entre 6 y 7 años.



En los últimos años se han reportado menor cantidad de trabajos investigativos en cuanto a prevalencia de DA en el mundo, razón por la cual el porcentaje conocido se ha mantenido en el 20% (19).

Se encuentra igual afectación en ambos sexos hasta aproximadamente los 6 años de edad. Luego la prevalencia de DA se reporta mayoritariamente en mujeres que en varones (20).

La mayoría de casos (60%) se manifiesta en el primer año de vida, mientras que el resto de los mismos se presentan entre los 2 y 12 años y luego desde la pubertad a la adultez (11).

Etiopatogenia

La causa específica continúa siendo desconocida. Hasta el momento se han detallado factores genéticos y múltiples factores alérgicos y no alérgicos.

Existen varias teorías que proponen la etiopatogenia de la enfermedad siendo las más aceptadas dos teorías: la primera describe que la dermatitis atópica resulta de una alteración de la barrera de la epidermis causada por anomalías funcionales y estructurales intrínsecas en la piel. Según en esta teoría la enfermedad evolucionaría de afuera hacia adentro debido al defecto de la barrera primaria.

La segunda teoría considera esta patología como una alteración inmunológica en la que las células de Langerhans, células T y los mastocitos modulan una respuesta inflamatoria exagerada ante la exposición a factores medioambientales. (21)

La causa se mantiene desconocida, sospechando de factores genéticos y una mezcla de factores alérgicos y no alérgicos. (22)



Se conocen varios agentes que actúan como desencadenantes de la enfermedad entre ellos: calor, sudor, infecciones, resequedad de piel, alérgenos, irritantes y estrés emocional.

Diversos factores influyen en la evolución de la enfermedad, existen pacientes que empeoran con los cambios de temperatura bruscos, así como la labilidad emocional, infecciones bacterianas y virales.

Factores ambientales

El incremento de su prevalencia en la población pediátrica en los países desarrollados ha promovido la aparición de múltiples teorías sobre la posibilidad de que la enfermedad esté totalmente relacionada con los factores medioambientales.

En los últimos años ha recibido mucha atención la denominada hipótesis de la higiene.

La cual formula que la exposición infantil a los microbios y a determinadas infecciones ayuda a que el sistema inmunitario se desarrolle. Siendo así que una menor incidencia de infecciones en edades tempranas condicionaría a tener una mayor probabilidad de padecer dermatitis atópica.

Esta teoría ha desencadenado la realización de múltiples estudios, en los cuales no se ha podido establecer una relación causal consistente entre los procesos infecciosos y menor incidencia de dermatitis atópica (23).

Se ha estudiado además el efecto de la exposición a endotoxinas; las cuales podrían ser inductoras de Interleucina 10 e interferón alfa. En un estudio se pudo determinar que los niños que están en contacto con endotoxinas durante los primeros meses de vida desarrollan dermatitis atópica con menor frecuencia (24).



En nuevos trabajos se propone la teoría de que una menor exposición a luz ultravioleta favorece el desarrollo de dermatitis atópica, brindando inclusive sugerencias terapéuticas con ultravioleta b de forma beneficiosa. (25)

Factores genéticos

La asociación entre las enfermedades atópicas principalmente asma y rinitis alérgica, sugiere alteraciones genéticas a nivel de mastocitos; además se relacionan a un grupo de genes que predisponen la producción de interleucinas proinflamatorias. Se ha logrado identificar alteraciones en la región codificadora del receptor de Interleucina 4 y mutaciones en el brazo largo del cromosoma 17 que se cree influyen en la expresión de la DA (17).

Signos y síntomas

Existen múltiples formas clínicas en la presentación clínica de la DA: desde lesiones flexurales hasta la eritrodermia.

La piel del infante generalmente presenta xerosis intensa y por sobre todo prurito. Su superficie puede tener lesiones en cualquier localización pero existe un patrón de aparición que se modifica con la edad. En niños menores de 2 años las lesiones se manifiestan más comúnmente como pápulas y vesículas que se erosionan precozmente, localizadas comúnmente en cara, frente y mejillas.

Posterior a los 2 años, especialmente en adolescentes; la localización cambia y las lesiones se tornan más crónicas. Las zonas afectadas se delimitan ubicándose en pliegues antecubitales y poplíteos, caras flexoras en muñecas, cara anterior en pies (26).

Diagnóstico

El diagnóstico de dermatitis se realiza mediante la clínica, debido a la inexistencia de pruebas que otorguen sensibilidad y especificidad relevantes.

A pesar de que la DA es una patología frecuente, su diagnóstico sigue representando un reto ya que no se conoce un consenso definitivo para establecer su diagnóstico.

Para ofrecer una solución a este problema se han creado múltiples criterios diagnósticos los que se basan en signos y síntomas que se agrupan en manifestaciones mayores y menores.

Entre los criterios más conocidos tenemos los propuestos por Hanifin y Rajka (27) los cuales constituyen un grupo de signos y síntomas que se agrupan en manifestaciones mayores y menores, debiendo estar presentes al menos 3 de cada grupo (Figura1).

El grupo de trabajo británico (1994) por su parte creó los criterios más sencillos y fáciles de aplicar (Figura 2).

CRITERIOS DE HANIFIN Y RAJKA
CRITERIOS MAYORES :
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prurito con o sin excoiación 2. Liquefificación y linealidad flexural en adultos .Dermatitis de cara y superficie extensora en los niños. 3. Dermatitis crónica o recurrente. 4. Historia familiar o personal de atopía (asma, rinoconjuntivitis, urticaria, dermatitis atópica) respiratoria o cutánea.
CRITERIOS MENORES:
<ul style="list-style-type: none"> · Xerosis · Ictiosis/ palmas hiperlineales/ queratosis · Edad de comienzo temprano, susceptibilidad a infecciones cutáneas bacterianas y virales. · Elevación de IgE sérica · Reactividad cutánea en test cutáneos · Dermatitis de manos y pies · Eccema de pezón · Queilitis · Conjuntivitis recurrente · Pliegue infraorbitario · Oscurecimiento periorbital · Palidez facial/ eritema facial · Eritrodermia · Pitiriasis alba · Pliegue anterior del cuello · Acentuación perifolicular · Dermografismo blanco / blanqueamiento retardado · Daño a la inmunidad celular · Queratocono · Catarata subcapsular anterior

Figura 1. Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka

CRITERIOS GRUPO DE TRABAJO BRITÁNICO
Necesario: Enfermedad cutánea pruriginosa
Al menos 3 de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none">• Antecedente de lesiones en superficies flexoras• Historia de piel seca de forma generalizada• Antecedente personal de otra enfermedad atópica (en menores de 4 años se incluye historia de enfermedad atópica en un pariente de primer grado)• Dermatitis visible en superficies flexoras o por protocolo fotográfico• Edad de inicio

Figura 2. Criterios diagnósticos del Grupo de Trabajo Británico

Estos criterios han sido comparados evidenciando que los de Hanifin y Rajka presentan mayor sensibilidad que los del Grupo de Trabajo Británico (96% frente a 86%). La especificidad fue similar (93% frente a 95%) (28).

Esto demostraría que los criterios diseñados por Hanifin y Rajka muestran superioridad pero en la práctica muchos autores dudan de su aplicabilidad dado al tiempo empleado para su aplicación y la necesidad de pruebas de laboratorio (IgE) , por lo que su uso se considera prudente en pacientes hospitalizados (29).

Mientras que los criterios del Grupo de Trabajo Británico (1994) resumen los signos y síntomas esperados y se consideran como sencillos en su aplicación (30).

Patologías asociadas

La DA puede asociarse a otras enfermedades como la ictiosis vulgar, vitíligo, dermatitis de contacto, alopecia areata, síndrome nefrótico, enfermedad de Kawasaki, alergias alimentarias e inmunodeficiencias (31).

Tratamiento

El tratamiento comprende fundamentalmente la educación del paciente y de los familiares, alivio de los síntomas, disminución de los brotes y prevención de recurrencias para así detener la marcha atópica.



Además, resulta importante evitar los factores desencadenantes, y realizar un tratamiento personalizado tomando en cuenta la edad, localización y la extensión de la lesión. (32)

Controlar el prurito resulta ser lo primordial en el tratamiento ya que el rascado agrava las lesiones; se puede recurrir a la hidroxicina por su efecto antihistamínico y sedante.

Además, se debe controlar la inflamación con el uso de antiinflamatorios tópicos cuya frecuencia dependerá del grado de inflamación encontrado en cada caso; el tacrolimus es un inmunosupresor potente beneficioso en esta enfermedad. (33)

Se puede concluir que la dermatitis atópica es considerada como una dermatosis crónica, de base genética y altamente pruriginosa que afecta especialmente a pacientes pediátricos; de causa desconocida y que en su patogenia existe una reactividad cutánea aumentada frente a diferentes estímulos que desencadenan prurito y las lesiones dérmicas características.

En los últimos años se han propuesto nuevos tratamientos tópicos eficaces y seguros para un mejor manejo de la enfermedad. Además la terapia biológica se ha utilizado en el campo de la dermatología, encontrando resultados satisfactorios.

Se ha probado el infliximab consiguiéndose buena respuesta en adultos. (34)

Otros tratamientos

Fototerapia

Se recomienda la aplicación natural de sol de la tarde por poco tiempo e ir aumentando progresivamente a exposición.

En unidades más especializadas incluso se aplican rayos ultravioleta de banda estrecha en pacientes que no responden a la terapia convencional. (35)



Inmunosupresores vía oral

Fármacos como ciclosporina, metrotexate pueden funcionar en casos graves.

Los anticuerpos monoclonales ofrecen resultados favorables en asma y se prevé su uso en dermatología. (36)

Control ambiental

Medidas en contra de alérgenos como polen y ácaros, ya que está demostrada la asociación entre los alérgenos y la exacerbación de los síntomas atópicos (37).

Atención psicológica

Se ha relacionado la DA con trastornos del sueño y afectación en las actividades diarias.

En casos graves el apoyo psicoterapéutico puede modificar las conductas, además de reducir el estrés y sobretodo favorece al control del prurito (38).



CAPÍTULO III

3.1. HIPÓTESIS

La prevalencia de dermatitis atópica en el Hospital Vicente Corral Moscos es cercana al 10 % y se asocia positivamente a factores tales como: atopía, atopía familiar y negativamente con: lactancia materna exclusiva, edad de ablactación, lugar de residencia



3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores asociados a dermatitis atópica en los pacientes pediátricos atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Dermatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el período de abril a septiembre de 2017.

3.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de acuerdo a variables sociodemográficas: edad, sexo, procedencia, ingreso económico mensual.
- Establecer la frecuencia de factores asociados: antecedentes de atopia, lactancia materna exclusiva, edad de ablactación, peso al nacer, ingreso económico familiar mensual.
- Identificar la asociación entre dermatitis atópica y los factores anteriormente mencionados.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, descriptivo y transversal.

4.2. UNIVERSO

Total de pacientes pediátricos atendidos en consulta externa dermatología en el periodo Abril – Septiembre 2017.

4.3. TAMAÑO MUESTRAL

Se calculó en el programa Epi Info versión 7.0

Tamaño de la población: 1.200 pacientes (total de pacientes pediátricos esperados en 6 meses de la consulta dermatológica).

Frecuencia esperada: 30 % (basado en estudio).

Límites de confianza: 5%

Intervalo de confianza: 95%

Obteniendo una muestra total de 254, se adiciona un 10 % por posibles pérdidas con un resultado de 280.

4.4. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por el total de pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa de Dermatología, del Hospital Vicente Corral Moscoso, dentro los turnos establecidos de lunes a viernes. Dicha consulta la realizan los Doctores: Marcelo Merchán y Mónica Salazar, dermatólogos.

Tamaño de la población: Número estimado de pacientes pediátricos que se atienden en consulta de Dermatología en un periodo de 6 meses.



4.5. INSTRUMENTO

Se utilizó como instrumento los Criterios del Grupo de Trabajo Británico (1994), el cual consiste en evaluar los parámetros que constan en el Formulario Anexo 2. Se utilizaron estos criterios al considerarse como sencillos en su aplicación en un área tan concurrida, como lo es el área de consulta externa dermatológica.

4.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.6.1. Inclusión:

Pacientes que acuden a la consulta externa dermatológica

Pacientes en rango de edad entre 0 a 18 años

Presencia de un acompañante legal que firme el consentimiento informado

4.6.2. Exclusión

Presencia de otra patología dermatológica tales como: escabiosis, dermatitis seborreica, dermatitis alérgica de contacto, ictiosis, psoriasis e inmunodeficiencias.

Pacientes que abandonen el servicio antes del registro completo de información.

4.7. CRITERIOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS

Los participantes pudieron retirarse en forma voluntaria en cualquier momento de la investigación.

Se utilizó consentimiento informado tal como se detalla en el Anexo 1, previo a la aplicación de la encuesta, se aplicó el cuestionario en forma independiente a los pacientes, previa breve información sobre el correcto llenado del formulario, fue



llenado durante su espera a la atención en el consultorio e inclusive algunos casos junto con el médico dermatólogo durante la consulta, además se brindó acompañamiento permanente por parte de personal adiestrado para resolver inquietudes. Se hizo énfasis en la confidencialidad de los datos para mejorar la credibilidad de las respuestas en los cuestionarios aplicados no se escribió el nombre del participante para mantener y asegurar el anonimato y privacidad de la información y así mejorar la confianza de los participantes.

4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los resultados se tabularon en el programa SPSS versión 24, con el cual se realizó el procesamiento y análisis estadístico descriptivo, el cual se presentó como medidas de frecuencias y porcentajes.

Para ver asociación, las variables se dicotomizaron en función de presencia DA y cada una de las variables estudiadas.

Se obtuvieron razones de prevalencia: $a/a+b/c/c+d$ para determinar la fuerza de asociación, y se consideró asociación positiva valores mayores a 1, negativa con valores menores a 1 y sin asociación con valores de 1; se obtuvo los IC al 95% para determinar la certidumbre de dichas razones de prevalencia y finalmente la precisión estadística mediante el test de chi cuadrado y se consideró preciso valores de p menores a 0,05.

Se realizó un análisis bi-variado entre la variable dependiente (Dermatitis Atópica) con las siguientes variables:



VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio.	Años	Fecha de nacimiento	Cuantitativa intervalar: Menor a 1 año 1-4 años 5-9 años ≥ 10 años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los animales o plantas.	Fenotipo	Rasgos físicos	Dicotómica: 1. Mujer 2. Hombre
Residencia	Lugar donde vive habitualmente la persona	Zonal	Lugar de procedencia referido en la historia clínica	Dicotómica: 1.Rural 2.Urbana
Peso al nacer	Peso tomado inmediatamente después de haber nacido.	Gramos	Carnet de Nacimiento o referencia verbal	Cuantitativa continua y dicotómica 1 : Peso bajo 2: Normal 3: Alto
Ingreso económico familiar mensual	Dinero que, en concepto de paga, recibe regularmente una familia sumados los ingresos de	Dólares	Cantidad de dinero mensual que gana la familia referido por el representante legal.	Cuantitativa continua



	cada uno de los miembros en un mes.			
Síntomas y signos clínicos presentes	Signo clínico es un elemento que el médico puede percibir en un examen físico. Síntoma es un elemento subjetivo, percibido sólo por el paciente.	Síntomas Signos	Se utilizó como instrumento los Criterios del Grupo de Trabajo Británico (1994) la cual consiste en evaluar los siguientes parámetros: Enfermedad cutánea pruriginosa más Tres o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de lesiones en superficies flexoras • Historia de piel seca de forma generalizada • Antecedente personal de otra enfermedad atópica • Dermatitis visible en superficies flexoras o por protocolo fotográfico • Edad de inicio 	Dicotómica 1. Si 2. No
Antecedentes Patológicos personales	Se refieren a <i>antecedentes</i> de diferentes patologías, modo de vida y características personales	Patologías	Patologías registradas en la historia clínica del paciente 1. Eczema 2. Rinitis Alérgica 3. Asma bronquial	Dicotómica 1: Si 2:No



			<p>4. Alergias alimentarias</p> <p>5. Estrés Emocional</p> <p>6. Ansiedad</p>	
Antecedentes Patológicos Familiares	Se refieren a <i>antecedentes</i> de diferentes patologías, modo de vida y características familiares.	Patologías relevantes en familiares.	<p>Patologías registradas en la historia clínica del paciente</p> <p>Patologías en familiares (Madre, padre, hermanos)</p> <p>1. Dermatitis Atópica</p> <p>2. Asma</p> <p>3. Rinitis alérgica</p>	<p>Dicotómica:</p> <p>1:Si</p> <p>2:No</p>
Lactancia Materna exclusiva	La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno	Meses	<p>Interrogatorio</p> <p>Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida</p>	<p>Dicotómica</p> <p>1:Si</p> <p>2:No</p>
Edad de ablactación	Incorporación progresiva de alimentos a la dieta del bebe	Meses	<p>Interrogatorio</p> <p>Menos de 6 meses</p> <p>Más de 6 meses</p>	<p>Cuantitativa continua</p>

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla.1 Distribución según el sexo, edad, residencia e ingreso familiar.

Variable	Frecuencia n=289	%
Sexo		
Hombre	126	43,6
Mujer	163	56,4
Edad		
Menor de 1 mes	4	1,4
1-11 meses	31	10,7
12-23 meses	18	6,2
2-5 años	48	16,6
6-9 años	45	15,6
10-18 años	143	49,5
Residencia		
Urbana	191	66,1
Rural	98	33,9
Ingreso familiar		
Menor del básico	161	55,7
Básico	97	33,6
Mayor al básico	31	10,7

De los pacientes atendidos en el Servicio de Consulta Externa Dermatológica, llama la atención que los adolescentes son los que más registran atenciones médicas, tal como se detalla en la tabla 1. Esto se podría relacionar a los diversos trastornos hormonales relacionados a este grupo de edad que se manifiestan en la piel. Además se evidencia que los pacientes con un ingreso familiar menor del básico acuden mucho más, sin embargo hay que tomar en cuenta que se trata de un hospital público en donde la mayoría de los pacientes son de escasos recursos económicos.

Tabla .2 Prevalencia de Dermatitis atópica

Variable	Frecuencia n=81	%	IC95%
Dermatitis Atópica			
Si	81	28,03	22,9 – 33,2
No	208	71,97	
Total	289	100,00	



La tabla 2 muestra un porcentaje representativo de dermatitis atópica; tomando en cuenta que dentro de idiosincrasia de nuestra población no es frecuente la atención médica por padecimientos dermatológicos.

Tabla .3 Distribución según criterios diagnósticos.

Variable	Frecuencia n=81	%
Antecedentes de afectación flexural		
Si	75	92,6
No	6	7,4
Piel seca		
Si	80	98,8
No	1	1,2
Dermatitis Flexural visible		
Si	74	91,4
No	7	64,7
Historia de otras enfermedades		
Si	64	79,0
No	17	21,0
Historia de otras enfermedades		
Rinitis	42	51,9
Alergia alimentaria	5	6,2
Asma	10	12,3
Dermatitis	3	3,7
Ansiedad	3	3,7
Estrés emocional	1	21,0
Ninguno	17	50,9
Antecedentes familiares		
Si	30	37,0
No	3	3,7
No aplica	48	59,3
Enfermedad antecedente familiar de enfermedad atópica		
Rinitis	11	13,6
Alergia alimentaria	4	4,9
Asma	6	7,4
Dermatitis atópica	9	11,1
Ninguna	51	63,0

El análisis de las características clínicas; detallado en la tabla 3, evidenció que además de la enfermedad pruriginosa, condición indispensable y por tanto presente en el 100% de los diagnósticos de dermatitis atópica, los criterios que se cumplen con

mayor frecuencia son la evidencia de afectación flexural, así como antecedentes familiares y personales de rinitis.

Tabla .4 Determinación de la relación entre el sexo, edad al diagnóstico y edad de inicio de los síntomas con la Dermatitis Atópica.

Sexo	Dermatitis atópica		Total	Chi ² Valor P	OR IC 95%
	Si	No			
Hombre	31 (10,7)	50 (32,9) 113	126 (43,6)	1,299 0,254	0,74 (0,44 – 1,25)
Mujer	50 (17,3)	(39,1)	163 (56,4)		
Edad al diagnóstico					
Menor de 1 mes	1 (0,3)	3 (1,0)	4 (1,4)	5,278	
1-11 meses	12 (4,2)	19 (6,6)	31 (10,7)	0,383	
12-23 meses	8 (2,8)	10 (3,5)	18 (6,2)		
2-5 años	13 (4,5)	35 (12,1)	48 (16,6)		
6-9 años	10 (3,5)	106	45 (15,6)		
10-18 años	37 (12,8)	(36,7)	143 (49,5)		
Edad de inicio de los síntomas					
Menor de 1 año	23 (28,0)	0 (0,0)	23 (28,0)	2,941	
1-2 años		0 (0,0)	17 (20,7)	0,568	
3-5 años	17	1 (1,2)	21 (25,6)		
6-9 años	(20,7)	0 (0,0)	10 (12,2)		
10-18 años	20 (24,4)	0 (0,0)	11 (13,4)		
	10 (12,2)				
	11 (13,4)				

Según describe la tabla 4, no se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la dermatitis atópica, aunque es mayor la frecuencia en el sexo femenino; De igual manera no se determinó una asociación estadísticamente significativa con la edad al diagnóstico. Esto se podría relacionar a que los pacientes pueden permanecer con sintomatología por larga data y no acudir a recibir atención



médica dado que se trata de una enfermedad insidiosa, con exacerbaciones que muy pocas veces requiere de atención médica inmediata.

Tabla .5 Determinación de la relación entre Dermatitis Atópica con los antecedentes personales, antecedentes familiares y lugar de residencia.

Variable	DA		Total	Chi ² Valor P	OR IC 95%
	Si	No			
Antecedentes personales				40,197 <0,0001	6,275 3,43 – 11,48
Si	64	78 (27,0)	142		
No	(22,1) 17 (5,9)	130 (45,0)	(49,1) 147 (50,9)		
Patologías				47,516 <0,0001	
Rinitis	42	52 (18,0)	94 (32,5)		
Asma	(14,5)	10 (3,5)	15 (5,2)		
Dermatitis	5 (1,7)	8 (2,8)	18 (6,2)		
Ansiedad	10 (3,5)	0 (0,0)	3 (1,0)		
Estrés emocional	3 (1,0)	6 (2,1)	9 (3,1)		
Ninguno	3 (1,0)	2 (0,7)	3 (1,0)		
Total	1 (0,3) 17 (5,9)	130 (45,0)	147 (50,9)		
Antecedentes familiares				22,23 0,0001	
Si	30	28 (9,7)	58 (20,1)		
No	(10,4)	25 (8,7)	28 (9,7)		
No aplica	3 (1,0) 48 (16,6)	155 (53,6)	203 (70,2)		
Enfermedad familiar				34,104 <0,0001	
Rinitis	11 (3,8)	24 (8,3)	35 (12,1)		
Alergia alimentaria	4 (1,4)	2 (0,7)	6 (2,1)		
Asma	6 (2,1)	3 (1,0)	9 (3,1)		
Dermatitis atópica	9 (3,1)	1 (0,3)	10 (3,5)		
Ninguna	51 (17,6)	178 (61,6)	229 (79,2)		
Residencia				0,466 0,495	1,21 0,699 – 2,10
Urbana	56	135	191		
Rural	(19,4) 25 (8,7)	(46,7) 73 (25,3)	(66,1) 98 (33,9)		

Conforme especifica la tabla 5, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre pacientes con antecedentes personales de enfermedades atópicas



y la dermatitis atópica. Se evidencia que los pacientes que cumplen este criterio, tienen alrededor de seis veces más riesgo de padecer la enfermedad.

Tomando en cuenta de que existen patologías descritas en la marcha atópica en las cuales se incluye a la rinitis, asma, alergias alimentarias y la misma dermatitis atópica, es de suponer que su relación también se confirme en este estudio.

Tabla .6 Determinación de la relación entre dermatitis atópica y el ingreso familiar, el peso al nacimiento, la lactancia materna y la edad de ablactación.

Variable	DA		Total	Chi ² Valor P
	Si	No		
Ingreso familiar				19,30 <0,0001
Menor del básico	29 (10,0)	132 (45,7)	161 (55,7)	
Básico	37 (12,8)	60 (20,8)	97 (33,6)	
Mayor del básico	15 (5,2)	16 (5,5)	31 (10,7)	
Peso al nacimiento				1,754 0,416
Normal	68 (23,5)	160 (55,4)	228 (78,9)	
Bajo	10 (3,5)	38 (13,1)	48 (16,6)	
Alto	3 (1,0)	10 (3,5)	13 (4,5)	
Lactancia materna				1,079 0,299
Si	51 (17,6)	117 (40,5)	168 (58,1)	
No	30 (10,4)	91 (31,5)	121 (41,9)	
Edad de ablactación				12,484 0,187
1 mes	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	
2 meses	2 (0,7)	5 (1,7)	7 (2,4)	
3 meses	11 (3,8)	28 (9,7)	39 (13,5)	
4 meses	10 (3,5)	18 (6,2)	28 (9,7)	
5 meses	2 (0,7)	19 (6,6)	21 (7,3)	
6 meses	45 (15,6)	102 (35,3)	147 (50,9)	
7 meses	2 (0,7)	9 (3,1)	11 (3,8)	
8 meses	1 (0,3)	14 (4,8)	15 (5,2)	
Continúa lactando	7 (2,4)	12 (4,2)	19 (6,6)	
Desconoce	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,3)	

Otro factor asociado a la dermatitis atópica, según este estudio guarda relación con los ingresos familiares bajos; tal como señala la tabla 6. Sin embargo, como se comentó anteriormente, este estudio se realizó en un hospital público al cual la mayor parte de pacientes que acuden, son de escasos recursos económicos.

Tabla 7 Determinación de la relación entre dermatitis atópica con aparición de sintomatología ante exposición a sustancias alergénicas y tratamiento recibido.

Variable	DA		Total	Chi ² Valor P
	Si	No		
Aparición de sintomatología ante exposición a sustancias alergénicas	54 (18,7)	66 (22,8)	120 (41,5)	29,304 <0,0001
Si	27 (9,3)	142 (49,1)	169 (58,5)	
No				
Sustancias				45,742 <0,0001
Polvo	28 (9,7)	45 (15,6)	73 (25,3)	
Polen	2 (0,7)	4 (1,4)	6 (2,1)	
Pelos animales	15 (5,2)	8 (2,8)	23 (8,0)	
Ácaros	4 (1,4)	3 (1,0)	7 (2,4)	
Moho	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,7)	
Alimentos	5 (1,7)	1 (0,3)	6 (2,1)	
Medicamentos	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,7)	
Ninguno	27 (9,3)	143 (49,5)	170 (58,8)	
Tratamiento previo DA				8,535 0,003
Si	61 (21,1)	118 (40,8)	179 (61,9)	
No	20 (6,9)	90 (31,1)	110 (38,1)	
Tipo de tratamiento				8,433 0,587
Antihistamínicos	9 (3,1)	22 (7,6)	31 (10,7)	
Corticoides	7 (2,4)	13 (4,5)	20 (6,9)	
Hidratación	12 (4,2)	19 (6,6)	31 (10,7)	
Ninguno	30 (10,4)	81 (28,0)	111 (38,4)	
Antibióticos	13 (4,5)	50 (17,3)	63 (21,8)	
Protector solar	3 (1,0)	6 (2,1)	9 (3,1)	
Cauterización química	2 (0,7)	10 (3,5)	12 (4,2)	
Propranolol	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,7)	
Benzoato de bencilo	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	
Antimicótico	2 (0,7)	5 (1,7)	7 (2,4)	
Queratolíticos	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,7)	

La aparición de sintomatología ante exposición a sustancias alergénicas se describe en la tabla 7, resultando ser un factor asociado a la dermatitis atópica. Principalmente se identificó una mayor exposición al polvo y a los pelos de animales como exacerbante de la sintomatología. Además, se debe tomar en cuenta que un porcentaje de los pacientes proviene de áreas rurales en donde la población se dedica



mayoritariamente a la ganadería, esto aumentaría su exposición a los pelos de animales.

Además, se identificó que la gran mayoría de pacientes habían recibido tratamiento previo entre los cuales predominan los antibióticos, esto se podría relacionar con los procesos infecciosos añadidos a las lesiones que se presentan con frecuencia.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La prevalencia de dermatitis atópica según este estudio es de 28%; mayor a la reportada en otros estudios pediátricos de Europa y Estados Unidos que se encuentran entre el 10 a 20%, lo cual refleja la apreciación de que existe un aumento de su prevalencia en países en vías de desarrollo (39).

En el estudio de Buestán (40) en la ciudad de Quito, la prevalencia de dermatitis atópica detectada fue de 28,9% mayor a la reportada en trabajos locales previos, pero bastante aproximada a la referencia internacional y a nuestro estudio.

Es probable incluso que la prevalencia real sea aún mayor debido a que la población ecuatoriana no acostumbra acudir por atención médica para tratar padecimientos dermatológicos, lo que indica la necesidad de aplicar instrumentos que permitan el pesquisaje para el diagnóstico precoz de la DA y así evitar complicaciones (41).

En el presente estudio se identificó que los adolescentes presentaron con mayor frecuencia la enfermedad; con un 49,5% en comparación con otros grupos etarios, este dato coincide con el estudio realizado por Machado y colaboradores (42) en el cual se reporta que en 69,1% de los casos las edades de los pacientes oscilaban entre 10 y 18 años y confirmó además la mayor prevalencia en mujeres con 60,3%; cifra que se asemeja con esta investigación ya que se obtuvo un 56,4% de casos en el género femenino. Sin embargo según Pomavilla y Torres (43) en su estudio en la ciudad de Cuenca, mencionaron que luego de que el paciente sobrepasa los seis años de edad, la DA tiene mayor prevalencia en hombres llegando a un porcentaje de 44,1%, dato que contrasta con nuestros resultados.



En base a esta investigación; los antecedentes tanto personales como familiares de rinitis alérgica favorecen el desarrollo de la reacción inflamatoria cutánea. Tomando en cuenta la investigación de Jácome (11) respecto a su estudio realizado en la ciudad de Quito, el 84,7% de los pacientes diagnosticados de DA presentaron antecedentes familiares y personales de enfermedades atópicas, y hace énfasis en que la existencia de antecedentes familiares aumenta la posibilidad de herencia de la patología.

Se tomó en cuenta además la investigación de Machado, para quien en su estudio el 35,3% de los casos determinaron relación entre el diagnóstico de dermatitis atópica con la presencia de antecedente familiar de rinitis (42). Chara (44) concuerda con esta apreciación demostrando la relación del antecedente familiar de rinitis con dermatitis atópica. Por el contrario, la investigación de Rivera y colaboradores determinó que el 52,94% de niños con dermatitis atópica, presentaron una asociación significativa con alergias cutáneas motivadas por alimentos. (45)

En este estudio se determinó como criterios diagnósticos más frecuentes a la afectación flexural, piel seca y dermatitis flexural visible; mismos que coinciden con la investigación de Quiñónez, quien señala que con mayor frecuencia existió afección visible en flexuras, mejillas, frente y zonas extensoras de extremidades (46). Además, de acuerdo con Ancón, la presencia de *Staphylococcus aureus*; en el 90% de la piel de los pacientes, es la causante de que ésta se vuelva seca y pruriginosa(47), así mismo cuando existen lesiones en superficies flexoras, el prurito favorece a la sobreinfección estafilocócica o candidiásica.

No se evidenció en este trabajo asociación estadísticamente significativa entre edad y aparición de los síntomas, dato que coincide con Ibáñez (48), en cuyo estudio no se encontraron diferencias según las variables edad y sexo. Además, Ibáñez hace



referencia a la lactancia materna; la cual según su estudio mejora la calidad de vida en los niños, los protege frente a la aparición de DA, de alergia al polen o rinitis alérgica y frente a algunas características clínicas cutáneas. Esta conclusión no es compartida en este trabajo debido a que no se encontró asociación estadística entre dermatitis atópica y lactancia materna.

Esta investigación no encontró relación entre lugar de residencia y la DA. Si bien es conocido que la contaminación ambiental; producto del aumento de la industrialización y de la urbanización, constituye un factor determinante del incremento de la prevalencia de DA, tal como señala en el estudio de Dei-Cas (49), el ozono, el benceno, el dióxido de sulfuro, los metales pesados (níquel, cobre, arsénico y aluminio, entre otros) y sus subproductos, constituyen parte de los compuestos contaminantes del aire, que son conocidos como irritantes de las vías respiratorias y potentes agentes proinflamatorios. Sin embargo, no se pudo concluir esta afirmación en la presente investigación.

En cuanto a el peso a nacer y la DA, esta investigación no obtuvo resultados concluyentes respecto a su relación, sin embargo en el estudio de Simon R. (50), los resultados indican que el bajo peso al nacer protege el desarrollo y la aparición de la dermatitis atópica. El mismo estudio, evaluó las tasas de prevalencia de la alergia a alimentos y dermatitis atópica en lactantes de bajo peso al nacer, encontrando que el bajo peso al nacer se asociaba significativamente con un menor riesgo de padecer tanto alergia a los alimentos como dermatitis atópica.

Con el presente estudio se identificó que existe relación entre ingreso familiar y la dermatitis atópica, lo cual coincide con el trabajo de Morales (51), para quien los niños cuyos padres tienen un estrato socioeconómico bajo, desconocen sobre la



enfermedad y por lo tanto, no cuidan ni toman medidas hacia los niños, esto debido principalmente a la falta de recursos. La situación económica de las familias con hijos que han sido diagnosticados con dermatitis se ve afectada, generando malestar debido al dinero invertido en tratamientos que no han sido efectivos, al costo de las cremas hidratantes; que muchas veces no existen en los centros de atención médica públicos, que son costosas y afectan a la situación de la familia en general (52).

La exposición a sustancias alergénicas resultó ser un factor asociado a DA según este trabajo investigativo. Principalmente se identificó aparición de síntomas ante la exposición a polvo en un 9,7% y a pelos de animales en un 5,2%. Este dato es compartido por el trabajo de Jácome, quién reportó 42% de los pacientes que mostraron sintomatología, presentaron alergia al polvo (11); similar al publicado por Vásquez y colaboradores, quienes determinaron que el polvo fue el principal sensibilizador en el 38,1% de los pacientes (55). En cambio para Soto (53), los ácaros alcanzaron un 60% como alérgeno con más alta frecuencia.

Finalmente, esta investigación constató que la mayoría de pacientes con diagnóstico de DA habían recibido tratamiento previo a base de antibióticos y lociones hidratantes. Esto también se identificó en el estudio de Cebrián (52), en el cual el tratamiento más utilizado fue la crema hidratante para la piel para así aliviar el prurito; este tipo de tratamiento no siempre funciona por lo que la búsqueda de otro tipo de terapia como la farmacológica representa cansancio y frustración a la familia del paciente, lo que a veces genera que acudan a buscar alivio en remedios caseros o naturales.

Autores como Barbarot (39) afirman que no existe un tratamiento definido para conseguir la remisión de los síntomas y control de la enfermedad, lo que concuerda con Álvarez y colaboradores, los cuales refieren que el tratamiento es básicamente



para disminuir síntomas, recurrencias y alcanzar control de los mismos a largo plazo
(55).



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES

- La prevalencia de la dermatitis atópica en el presente estudio ha sido superior a la reportada en estudios internacionales.
- La dermatitis atópica se presentó mayoritariamente en pacientes adolescentes femeninas de padres de bajos recursos.
- Antecedentes familiares y personales de rinitis alérgica se relacionan con mayor prevalencia de dermatitis atópica.
- La comorbilidad más frecuente fue la rinitis alérgica.
- La lactancia materna exclusiva, edad de ablactación, el peso al nacer y el lugar de residencia no se relacionan a la presencia de dermatitis atópica
- De los pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso; en el periodo de estudio, el alérgeno más común fue el polvo.
- La mayoría de pacientes con dermatitis atópica que acudieron a consulta externa ya contaban con tratamiento previo, a base de antibióticos y lociones hidratantes.



CAPÍTULO VIII

8. RECOMENDACIONES

- Realizar un diagnóstico precoz con criterios definidos y de fácil aplicación. Esto contribuirá a ejecutar un manejo farmacológico personalizado y eficaz para mejorar; en la medida de lo posible, la calidad de vida de estos pacientes.
- Vigilar a aquellos pacientes que presenten en su historia personal o familiar datos de enfermedades atópicas, especialmente al existir antecedentes de rinitis alérgica.
- Realizar un examen físico detallado, así como una anamnesis dirigida a determinar la presencia padecimientos dermatológicos en pacientes de bajos recursos económicos.
- Evadir la exposición a alérgenos; especialmente polvo y pelo animal, debido a que estos pueden iniciar o exacerbar la sintomatología. Mantener un adecuado aseo personal, para evitar sobreinfectar las heridas provocadas por el rascado.
- Evitar la automedicación, se recomienda la hidratación de la piel, sin embargo el uso de antibióticos puede acarrear complicaciones no deseadas.



CAPÍTULO IX

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto-Torres L, Torrelo A. Dermatitis atópica y otras erupciones eccematosas. *Pediatr Integral* 2016; 20(4): 216–226
2. Campos A, Bezerra L, Araújo F, Moreira de Santos M, Santos A, Pires C. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. *Rev. paul. pediatr.* (Internet). 2017: (consultado 28 de Julio 2018);35(1):5-10. Disponible en:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000100005&lng=en.
3. Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, y Moreno-Giménez J. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación *Actas Dermosifiliogr.* (Internet). 2013 (Consultado el 25 de febrero 2017);104(1):4-16. Disponible en <http://www.actasdermo.org/es/pdf/S0001731012001093/S300/>
4. Alonso R, Orayne E, Rodríguez M, Hernández M, Alonso M. Aspectos de interés sobre la etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Rev. Med. Electrón.* (Internet). 2018: (consultado 28 de diciembre de 2018); 40(4): 1139-1148. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400019&lng=es.
5. Rojas A, Quezada L. Relación entre dermatitis atópica y alergia alimentaria. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2013 Jul [consultado 2018 Septiembre 01]; 84(4): 438-450. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000400012&lng=es.



6. INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) (2013), Proyección de la Población Ecuatoriana, por años calendario, según cantones 2010-2020 [base de datos en línea]. (Consultado el 28 de diciembre 2018). Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
7. Lee H, Han K , Kim K , Gyu Park Y, Lee Y ,Y Park Prevalence of Atopic Dermatitis in Korean Children Based on Data From the 2008-2011 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. Allergy Asthma Immunol Res (Internet). 2016 (Consultado el 30 de marzo 2017) ;8(1):79-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695412/pdf/aair-8-79.pdf>
8. McNally NJ ,Phillips; Williams HC The problem of atopic eczema: aetiological clues from the environment and life styles. Soc Sci Med, (Internet) 2017 (Consultado el 04 de Abril 2017) 46 (6): 729-741. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953697001743?via%3Dihub>
9. Gray CL , Goddard E , Karabus S , Kriel M , Lang AC , Manjra AI et al. Epidemiology of IgE-mediated food allergy. South African Medical Journal (Internet) 2014 (Cosultado el 8 de may2017); 105, (1): 68-69 disponible en :<http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/9103>.
10. Giachetti A, Greco M, Scacchi M, Flores R. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica. Soc Arg de Ped (Internet).2013 (consultado el 08 de Mayo 2017).1(3):3-6. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-nacional-de-dermatitis-at-oacutepica-2013.pdf>.



11. Jácome A. Caracterización de Dermatitis Atópica en la escuela San Francisco de Asís de la Arcadia y su relación con antecedentes de padres atópicos en la ciudad de Quito, septiembre 2015 junio 2016 (Tesis previo a la obtención del Título de Especialista en Dermatología). Universidad Central de Ecuador , Quito (Ecuador)
12. Cáceres H, Chambergo R, Lozano M. DERMATITIS ATÓPICA. Paediatrica (Internet) 2002.(Consultado el 25 de Mayo 2017). 4(3):16-32. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v04_n3/dermatitis_at%C3%B3pica.htm
13. Sánchez J, Páez B, Macías A, De Falco A. Puntos clave en el tratamiento de la dermatitis en Latinoamérica. Rev. Aler. Méx. (Internet) 2015: (consultado 28 de enero de 2018);62:226-233. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Alejandra_Weinmann/publication/280693930_Key_points_for_the_management_of_dermatitis_in_Latin_America_The_SLAAI_Consensus/links/5a0efd8ba6fdccd95db72919/Key-points-for-the-management-of-dermatitis-in-Latin-America-The-SLAAI-Consensus.pdf
14. Jaqueline J, Cabanilla-Becerra, Sanchez-Saldaña L. Dermatitis atópica. Dermatol Perú. (Internet): 2012 (consultado 25 de marzo 2018);22(3):176-178. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v22_n3/pdf/a08v22n3.pdf
15. Vásquez L, Olaya M, Cleves D, Ramírez-Zuluaga L, Serrano C. Caracterización de los niños menores de cinco años con sospecha de enfermedades alérgicas. Rev. Aler. Méx. (Internet). 2018 (consultado 28 de enero de 2019); 65(1):52-60. Disponible en:



- [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000100052&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000100052&lng=es)
16. Prado-Izquierdo M, Prado O, Visoso-Salgado A. Dermatitis atópica severa e hiper-IgE. Rev. alerg. Méx. [Internet]. 2017 [consultado 27 de octubre 2018]; 64(4):487-492. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000400487&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000400487&lng=es)
17. Leung DY. Clinical implications of new mechanistic insights into atopic dermatitis. *Curr Opin Pediatr.* (Internet) 2016 (consultado el 28 de enero de 2019); 28(4):456-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988808/>
18. Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, De-Falco A. Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology. Rev Alerg Mex. 2014;61(3):178-211
19. Sánchez J, Sánchez A, Cardona R. Revisión crítica de los resultados del ISAAC para dermatitis atópica en ciudades del trópico. Rev. Alerg. Méx. (Internet). 2018 (consultado 28 de enero de 2019); 65(4):389-399. Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/341/891>
20. Álvarez K, Delgado A, Naranjo J, Pérez M, Valdés del Pino A. Dermatitis atópica en un infante. MEDISAN (Internet). 2014 (consultado 28 de enero de 2019); 18(1):120-126. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100017&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100017&lng=es)



21. Garnica CP, Zúñiga LCG, Huerta L. Actualidad en el tratamiento sistémico de la dermatitis atópica en pediatría. *Alerg Asma Inmunol Pediatr* (Internet). 2015 (Consultado el 18 de septiembre 2017); 24 (1):18-28. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2015/al151d.pdf>
22. Craig-Müller SA, Reichenberg JS. The other itch that rashes: a clinical and therapeutic approach to pruritus and skin picking disorders. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2015; 15(6):31. DOI: 10.1007/s11882-015-0532-2
23. Lyons JJ, Milner JD, Stone KD. Atopic dermatitis in children: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2015; 35 (1): 161-183. doi:10.1016/j. iac.2014.09.008
24. Boguniewicz M, Leung DY. The ABC's of managing patients with severe atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2013; 132: 2511-2-e5. doi:10.1016/j.jaci.2013.06.030
25. Vallejo EO, Vargas N, Martínez LM, Agudelo CA, Ortiz IC. Perspectiva genética de los rayos UV y las nuevas alternativas de protección solar. *Rev. argent. dermatol.* [Internet]. 2013 [consultado 2018 Ene 30] ; 94(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2013000300002&lng=es.
26. Weidingers S, Novak N. *The Lancet* (Internet) .2016. (Consultado el 28 de agosto 2017) ; 387(10023) : 11009-1122 . Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00149-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00149-X/fulltext)
27. Paras P, Vakharia L, Chopra R, Silverberg J. Systematic Review of Diagnostic Criteria Used in Atopic Dermatitis Randomized Controlled Trials.



- Am J Clin Dermatol (Internet) 2018 (consultado el 15 de noviembre 2018) 19:15–22. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40257-017-0299-4#citeas>
28. Varona P, Fabré D, Águila R, Corona B, Fernández V, Suárez R. Prevalencia de síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003). Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Mar [consultado el 15 de febrero 2018] ; 28(1):42-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100006&lng=es.
29. Torres-Borrego J, Fontán M. Pruebas diagnósticas en alergología pediátrica. Protoc diagn ter pediatr. 2013; 1:185-205.
30. Dammak A, Guillet G, Guillet S. Dermatitis atópica del niño. Elsevier 2015; 19(3):1-13
31. Thomsen SF. Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. ISRN Allergy. 2014; 2014: 354250.
32. Einchenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopica dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014; 71: 116-132. doi: 10.1016/ jaad.2014.03.023.epub
33. Villegas C, García C, Caballero F, Monge D. Efectividad de una intervención educativa en el abordaje y manejo de niños con dermatitis atópica y sus familias. Med Cutan Iber Lat Am 2017; 45 (3): 178-184
34. Park YW, Yeom KB, Kim KH. Refractory atopic dermatitis in childhood: improvement with methotrexate? Ann Dermatol. 2013; 25 (1): 114-116. doi:10.5021/ ad.2013.25.1.114



35. Rincón-Pérez C, Larenas D, Figueroa M, Luna J, García L. Mexican consensus on the diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adolescents and adult. *Rev. Alerg. Mex* (Internet). 2018 (consultado 30 de marzo 2018); 65(2); 8-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30278478>
36. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013: Resumen ejecutivo. *Arch. argent. pediatr.* (Internet). 2014 (consultado 28 enero 2018); 112(3):293-294. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000300023&lng=es.
37. Prevención de las enfermedades alérgicas en la infancia: entre la teoría y la realidad. *Arch. argent. pediatr.* (Internet). 2016 [consultado 12 marzo 2018]; 114(3):277-287. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-
38. Ribera M, Ross S, Madrid B, Ruiz-Villaverde R, Rebollo F. Documento de consenso sobre las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas. *Actas Dermosifiliogr.* (Internet) 2018. (consultado 21 de abril de 2018); 10 (1):1-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731018304988?via%3Dihub>
39. Barbarot S, Aubert H, Bernier C, Stalder JF. *Dermatitis Atópica. EMC-Dermatología*, 2016; 50 (4): 1-22.
40. Buestán A. Prevalencia de dermatitis atópica en niños que acuden a una guardería de la ciudad de Quito. (Tesis postgrado Dermatología). Universidad Central del Ecuador , Quito (Ecuador) Disponible en:



<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11350/1/T-UCE-0006-005-2016.pdf>

41. Maza C.A, Morales MA, Morales ME, Traducción - adaptación transcultural al español del cuestionario infants Dermatology quality of life para niños menores de cuatro años con dermatitis atópica. Revista Alergia México.2016;63 (3): 270-277
42. Machado del Risco E, Nicolau P, Monde C, Ballester Y, García N.Efectividad de la inmunoterapia bacteriana con extracto de Staphylococcus aureus en la dermatitis atópica. Convención Tecnosalud Camagüey (Internet) 2016 (Consultado el 28 de agosto 2017). Disponible en : <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/aper/view/22/18>
43. Pomavilla, MC, Torres LC, Prevalencia de dermatitis atópica y el estudio de sus comorbilidades en pacientes entre 3 meses a 16 años de consulta externa de dermatología del HVCM. Cuenca 2014-2015. (tesis pregrado). Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca (Ecuador) 2015. URI: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23652>
44. Chara R. Factores de Riesgo Asociados a DA por Diagnóstico Clínico en Niños y Niñas Menores de 14 Años en la Consulta Externa de Pediatría y Dermatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Enero de 2014 Diciembre de 2016.(Tesis de grado). Perú: Universidad Privada de Tacna; 2016. Recuperado de: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/143>
45. Rivera Z, Bravo N, Rivera I, Di Prisco M, Hagel I .Influencia de la alergia alimentaria y la infección por Giardia duodenalis en la prevalencia y



severidad de la dermatitis atópica en niños preescolares venezolanos.

Dermatología Venezolana 2015;53(2):19-25

46. Quiñónez MC. Prevalencia de la dermatitis atópica en niños de 1 a 14 años de edad en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, periodo enero-julio 2015. (Tesis de grado). Loja: UNL; 2016. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16761>

47. Acón R. Dermatitis atópica. RevMed Cos Cen 2014; 71 (610) : 239-242

48. Ibáñez Tortajada M, SorlíGuerola J. Efecto de la lactancia materna en la calidad de vida y en el desarrollo de la dermatitis atópica. RevPediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 Jun [consultado 2018 Jul 18]; 17(66): 115-124. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300003>

49. Dei-Cas P, Acuña M, Dei-Cas L. Dermatitis atópica en niños: estudio comparativo en dos grupos etarios. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2014 [consultado 12 de Diciembre 2018]; 82(5): 410-418. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000500006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000500006>.

50. Simon R. La dermatitis atópica y su relación con la lactancia materna. (Tesis de grado). Valladolid: Universidad de Valladolid; 2014. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13341/1/TFG-L853.pdf>

51. Morales VJ. Infección en dermatitis atópica, factores de riesgo en pacientes pediátricos de 3-5 años en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo de Enero del 2013 a Diciembre del 2015. (Tesis de grado).



Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/25886>

52. Cebrián, J. Estudio de casos: La realidad social de los pacientes con dermatitis atópica. (Tesis de grado). Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2016. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/57297/files/TAZ-TFG-2016-1475.pdf>
53. Soto AS, Partida GA, Romero PMS, Martínez VA, Días GL, Bautista GSG, Análisis descriptivo de la sensibilización a alérgenos en una población pediátrica. *Alerg Asma Inmunol Pediatr.* 2015 ; 24, (2) :40-53
54. Vásquez L, Olaya M, Cleves D, Ramírez-Zuluaga LF, Serrano C. Caracterización de los pacientes menores de cinco años con sospecha de enfermedades alérgicas. *Rev. alerg. Méx.* [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2018 Jul 17]; 65(1): 52-60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000100052&lng=es. <http://dx.doi.org/10.29262/ram.v65i1.343>.
55. Álvarez K, Delgado A, Naranjo JA, Pérez M, Valdés del Pino A. Dermatitis atópica en un infante. *MEDISAN* [Internet]. 2014 Ene [citado 2018 Jul 17]; 18(1): 120-126. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100017&lng=es.

**ANEXOS****ANEXO 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO****UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE PEDIATRÍA****PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA Y FACTORES ASOCIADOS EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE
DERMATOLOGÍA DEL HVCM 2017**

Fecha: _____

La señorita Md. Lisseth Rojas Bastidas, postgradista de pediatría de la Universidad de Cuenca, está realizando un proyecto de investigación previa a la obtención del título de especialista en Pediatría sobre “PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HVCM 2017”, por tal motivo se obtendrá información de la historia clínica y se aplicará un formulario para la recolección de datos al representante legal del paciente. La información derivada del formulario será de estricta confidencialidad, siendo los beneficiarios los pacientes pediátricos al crear lineamientos para promover un diagnóstico precoz adecuado tratamiento para disminuir la recurrencia de esta patología.

Yo, _____ con cédula de identificación número _____, reconozco que la Md. Lisseth Rojas B. me ha explicado todas las preguntas a realizar, habiendo entendido el objetivo del trabajo y que información derivada de esta será confidencial y usada únicamente para fines académicos, autorizo libremente sin ninguna presión la inclusión en el estudio de mi hijo(a).

Firma del Representante Legal

Firma del investigador



ANEXO 2.- ENCUESTA

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
"DERMATITIS ATÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA DEL HVCM 2017"**

NÚMERO DE FORMULARIO : _____ HCL: _____
 EDAD: _____
 SEXO : 1: HOMBRE 2: MUJER FECHA: _____

CRITERIOS DEL GRUPO DE TRABAJO BRITANICO (MARCAR LA RESPUESTA) 1: SI 2: NO		
ENFERMEDAD PRURIGINOSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="checkbox"/>	EDAD DE INICIO? (ESPECIFICAR AÑOS) _____	HISTORIA DE AFECTACIÓN FLEXURAL? <input type="checkbox"/>
HISTORIA DE PIEL SECA GENERALIZADA? <input type="checkbox"/>	DERMATITIS FLEXURAL VISIBLE? <input type="checkbox"/>	
HISTORIA PERSONAL DE OTRA ENFERMEDAD ATÓPICA? (Diagnosticadas por profesional) <input type="checkbox"/> 1: RINITIS 2: ALERGIA ALIMENTICIA 3: ASMA <input type="checkbox"/> 4: DERMATITIS ATÓPICA 5: ANSIEDAD 6: ESTRÉS EMOCIONAL		
CONTESTAR EN CASO DE MENORES DE 4 AÑOS EXISTE HISTORIA DE ATOPIA EN PADRE MADRE O HERMANOS? <input type="checkbox"/> EN CASO DE SER AFIRMATIVO ESPECIFIQUE CUÁL? 1: RINITIS 2: ALERGIA ALIMENTICIA <input type="checkbox"/> 3: ASMA 4: DERMATITIS ATÓPICA		
RESIDENCIA <input type="checkbox"/> 1: URBANA 2: RURAL	SALARIO BÁSICO FAMILIAR (SUMATORIA DE INGRESOS FAMILIARES) _____	PESO AL NACER? <input type="checkbox"/> 1: NORMAL 2: BAJO 3: ALTO
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES? <input type="checkbox"/>	EDAD DE ABLACTACIÓN? EDAD EN MESES QUE LA QUE INICIÓ ALIMENTACIÓN DISTINTA A LA LECHE _____	
HA NOTADO QUE LOS SÍNTOMAS EMPEORAN CUANDO ESTÁ EN CONTACTO CON LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS? <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA; CON CUÁL? 1: POLVO 6: ALIMENTOS (ESPECIFICAR ALIMENTO) 2: POLEN 7: MEDICAMENTO (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> 3: PELO DE ANIMALES 4: ÁCAROS 5: MOHO		
TRATAMIENTO PREVIO RECIBIDO? _____ TRATAMIENTO RECIBIDO EN EL ÚLTIMO MES ESPECIFICAR: _____		



ANEXO 3.- CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																	
	1 E	2 F	3 M	4 A	5 M	6 J	7 J	8 A	9 S	10 O	11 N	12 D	13 E	14 F	15 M	16 A	17 M	18 J
Elaboración de protocolo	x																	
Revisión y aprobación del protocolo		x																
Construcción y revisión de instrumentos			x															
Recolección de datos				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Análisis estadístico															x	x		
Elaboración y revisión del informe final																	x	
Presentación de informe final																		x

La planificación de las actividades propuestas en el presente cronograma se cumplió en base a lo descrito.

**ANEXO 4.- PRESUPUESTO**

Recursos Humanos

Autor/a: Lisseth Rojas B.

Director/es: Dr. Fabian Siguencia

Asesor/es: Dr. Luis Marcano

Materiales

Descripción	Costo unitario (USD)	Cantidad	Costo total (USD)
Millar de papel A4 de 80 gr	0,50	1.000	500
Copias	0,02	1.000	20
CD regrabable	0,80	5	5
Computadora portátil ACER	1.000	1	800
Impresora EPSON XP-310	600	1	600
Memoria USB Kingston 2 GB	10	1	10
Tinta para impresora	15	1	15
Carpetas	0,50	10	5
Lapiceros	0,50	5	2,5
Internet	23	12	276
Energía eléctrica	15	12	180
Telefonía	27	12	324
Transporte	50	12	600
TOTAL (USD)			USD 3.335,00