

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA



TEMA:

“Incidencia de la dermatitis atópica diagnosticada mediante los criterios de SEYMORE en la Consulta externa de Pediatría consultorio N° 1 del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo Abril – Julio de 2010”

TESINA PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

MEDICO GENERAL

AUTORA:

LETICIA ELIZABETH JAYA BAQUERO

TUTOR:

Dr. NELSON MUÑOZ.

Dr. MARIO REINOSO

Riobamba – Ecuador

### **DERECHOS DE AUTORÍA**

Yo Leticia Elizabeth Jaya Baquero soy responsable de las ideas, pensamientos y resultados expuestos en el presente trabajo de investigación y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

## **DEDICATORIA**

**A** Dios sobre todo por la vida y permitirme culminar este sueño tan arduo que me he propuesto

**A** mis Padres por el apoyo incondicional que me brindaron durante mi carrera

**A** mi Esposo y mis hijas por la comprensión y el tiempo que me permitieron separarme de ellos y sacrificarlos para obtener tan preciado título

## **AGRADECIMIENTO**

A mis tutores por la paciencia y dedicación para conmigo y a la vez su preciado tiempo para poder culminar con esta etapa de mi carrera, y realizar este trabajo ya que sin la guía de los Doctores: Nelson Muños, Mario Reinoso y José Álvarez no hubiese sido posible.

## RESUMEN

Hay pocos estudios sobre dermatitis atópica /DA en el medio y esto no se ha realizado en población infantil en la cual a de emplearse los criterios diagnósticos de Seymore. Siendo nuestro objetivo determinar la incidencia de la dermatitis atópica presentes en los niños. Se aplica un diseño Observacional, descriptivo, transversal, a todos los niños comprendidos entre 2 meses a 15 años. Una vez estudiado la problemática que aqueja a nuestra población y observando la gran incidencia de esta patología durante la estadía por el servicio de pediatría en el año de Internado Rotativo. El presente trabajo consta de hipótesis, marco teórico con sus debidas explicaciones científicas; además se cuenta con 240 pacientes pediátricos a los mismos que se les realizó la investigación en base a los criterios clínicos de Seymore aplicados en las entrevistas indagadas a sus padres. Para que sea más comprensivo el presente trabajo consta de tablas y gráficos los mismos que son explicativos y servirá para identificar de mejor manera el objetivo de nuestra investigación, una vez que fue recolectada la información y procesada se concluyó que el porcentaje real de incidencia de la dermatitis atópica en los pacientes que acuden a esta casa de salud y los diferentes factores pre disponentes que acompañan a esta enfermedad es del 13,3% (tomada de una muestra de 315 pacientes pediátricos), que a comparación con los índices de Estados Unidos (con un índice del 10 al 12%) que tomamos como referencia es alta, por lo que resulta preocupante el alto índice de esta enfermedad en un país pequeño y menos industrializado.

## **SUMMARY**

There are few studies it has more than enough dermatitis atopic he GIVES in our means and this has not been carried out in infantile population in the one which to of being used the diagnostic approaches of Seymore. Being our objective to determine the incidence of the dermatitis present atopic in the children. An Observational, descriptive, traverse design is applied, to all the children understood among 2 months to 15 years. Once studied the problem that it suffers our population and observing the great incidence of this pathology during the demurrage for the pediatrics service in the year of Boarding school Newspaper. The present work consists of hypothesis, theoretical mark with its due scientific explanations; we also have 240 pediatric patients to the same ones that were carried out the investigation based on the clinical approaches of Seymore applied in the interviews investigated to their parents. So that it is more understanding our work consists of charts and graphics the same ones that are explanatory and it will be good to identify in a better way the objective of our investigation, once the information was gathered and processed you concluded that the real percentage of incidence of the dermatitis atopic in the patients that go to this house of health and the different factors disponente that accompany to this illness is of 13,3% (taken of a sample of 315 pediatric patients) that to comparison with the indexes of United States (with an index of the 10 to 12%) that we take like reference is high, for what is worry the high index of this illness in a small country and fewer industrialized.

## **INDICE GENERAL**

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO 1 .....	4
Marco Referencial .....	5
Planteamiento del Problema .....	5
Formulación del Problema .....	6
OBJETIVOS .....	6
Objetivo General .....	6
Objetivos Específicos .....	7
Justificación .....	7
CAPITULO 2 .....	9
Marco Teórico .....	10
Posicionamiento personal .....	10
Antecedentes de la investigación .....	10
Fundamentación Teórica .....	11
Dermatitis .....	13
DERMATITIS ATÓPICA .....	15
Etiología y Patogenia .....	16
Clínica y criterios diagnósticos. ....	19
DERMATITIS ATÓPICA EN EL NIÑO .....	25
La piel del niño atópico .....	25
Manifestaciones Clínicas .....	26
Fases clínicas evolutivas o formas típicas de D.A. ....	26
Complicaciones .....	28
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO: MEDIDAS GENERALES .....	29
Exposición a alérgenos .....	30
Aeroalergenosen .....	31
Alimentación .....	32
Irritantes químicos .....	32
Tratamiento Farmacológico.....	32
Definición de términos básicos .....	38

Sistema de Hipótesis y Variables. ....	40
Hipótesis. ....	40
Variables ....	40
CAPITULO 3 .....	44
Marco Metodológico .....	45
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	47
DISEÑO .....	47
TIPO DE ESTUDIO .....	47
ÁREA DE ESTUDIO .....	47
POBALCIÓN Y MUESTRA .....	48
FUENTE DE DATOS .....	48
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS ...	48
TÉCNICAS .....	48
INSTRUMENTOS .....	48
TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	49
DESCRIPCIÓN GENERAL .....	50
DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA .....	51
ÁNÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS ..	52
ÁNÁLISIS DE LA POBLACIÓN ENFERMA .....	54
DISCUSIÓN .....	66
CAPITULO 4 .....	68
CONCLUSIONES .....	69
RECOMENDACIONES .....	70
BIBLIOGRAFÍA .....	71
Anexos .....	73



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación es realizado en pacientes pediátricos comprendido entre 2 meses y 15 años que acuden a la consulta externa de Pediatría del HPGDR en el año 2010.

La elaboración del documento de investigación es desarrollado a partir del:

Planteamiento del problema y de acuerdo al título de la investigación, el mismo que es Incidencia de la Dermatitis Atópica que es una enfermedad con etiología multifactorial, crónica inflamatoria, pruriginosa y recidivante. Posee un curso y pronóstico variable caracterizándose principalmente por prurito severo, sequedad de la piel y una reactividad cutánea exagerada

Aunque se puede presentar a todas las edades, generalmente se inicia en la infancia (el 60% de los pacientes presentan síntomas antes del primer año de vida y el 30 % antes del quinto año). Llegando a ser más severa cuando comienza más tempranamente. Puede desaparecer alrededor de los dos años y en algunas ocasiones en la pubertad, pero en un 30% de los casos puede persistir hasta la edad adulta.

Los datos referenciales a su incidencia y prevalencia varían dependiendo del grupo poblacional estudiado y de la ubicación geográfica.

En términos generales entre el 5% y el 15% de la población general sufre de esta patología, pero se ha estimado que en poblaciones pediátricas la frecuencia se encuentra entre el 10 y 20% mientras que varía entre un 2 al 10% en adultos <sup>12</sup>

Además la dermatitis atópica constituye el primer motivo de consulta en dermatología Pediátrica con una frecuencia del 12% sobre el total de atenciones. Por las características de la enfermedad y la afectación en la calidad de vida que conlleva, se la ha llegado a considerar como un problema de salud Pública <sup>9,12</sup>.

Existen varios factores de riesgo implicados en el desarrollo de la DA. Entre los más relevantes se ha mencionado los antecedentes familiares (hasta el segundo grado de consanguinidad (de la dermatitis atópica, rinitis y asma, todos los cuales siguen una predisposición genética a cuadros de hipersensibilidad).

Además, habría una probable participación de factores ambientales que provocarían la alteración inmunológica, tales como la exposición a tabaquismo pasivo, la presencia de acumuladores de polvo (por ejemplo alfombras, peluches y mascotas); y algunos de fondo nutricional, como la suspensión temprana de lactancia materna y el uso precoz de leche de fórmula durante la infancia. Sin embargo el papel de estos factores no está claramente definido y poco se conoce sobre la magnitud del riesgo asociado a cada uno de ellos.

A pesar de la incidencia de esta patología, en el medio existen pocos datos epidemiológicos al respecto. Hace algunos años, un estudio ejecutado en el Hospital Dermatológico Gonzalo González reportó una frecuencia de 3.2%. Sin embargo el trabajo incluyó población general y los criterios diagnósticos empleados generalmente fueron los de Williams, los cuales consideran como único criterio mayor al prurito y como criterios menores los antecedentes de dermatitis en pliegues, antecedentes familiares de atópica,

historia de sequedad en los últimos años y dermatitis visible, sin tener en cuenta la valoración de otros factores ambientales y de alimentación.

Ante la posibilidad de que la frecuencia en este grupo sea mayor a la comunidad, resulta oportuno determinar nuevamente la incidencia de la patología pero utilizando criterios netamente clínicos. Además sería relevante conocer más sobre los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesta esta población de menores de edad, debido a que las características socio-culturales del medio quizá condicionen que el riesgo basal sea mayor al existente en otras partes.

# **CAPITULO 1**

## **1. Marco Referencial**

### **1.1. Planteamiento del Problema**

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica de la piel, producida como consecuencia de reacciones inflamatorias causadas por un sistema inmunológico débil, en las que están implicadas en muchos casos reacciones de hipersensibilidad a diferentes antígenos ambientales como alimentos, neuroalérgenos o proteínas bacterianas. Se presenta mayoritariamente en niños con predisposición genética o con antecedentes personales o familiares de asma, rinitis y alergia alimentaria.

También se la conoce como eczema infantil y es muy común en los países desarrollados: suele afectar a 1 de cada 8 bebés y habitualmente aparece a partir de los seis meses de edad. El primer signo de esta patología es, a menudo, una zona seca en la piel que tiene aspecto irritado y que produce picor.

Sus principales síntomas son prurito, enrojecimiento e inflamación de la piel afectada. Muchos pacientes sufren los denominados periodos de brote agudo, en los que los síntomas se agravan aún más. Las lesiones cutáneas son casi constantemente pruriginosas, y el rascado continuo lleva a un círculo vicioso de picor-rascado-erupción-picor. Aunque es muy difícil evitar que un niño se rasque, es necesario conseguir romper este círculo.

En aproximadamente la mitad de los niños que han sufrido esta patología cuando eran bebés, el problema desaparece a los seis años. Puede manifestarse incluso hasta la adolescencia aunque, en la mayor parte de los casos, al llegar a esta edad ya ha desaparecido. Sin embargo, puede volver

a aparecer más adelante, habitualmente sólo en las manos en épocas de estrés.

A lo largo de la historia ha recibido multitud de nombres: Eczema constitucional, eczema infantil, neurodermitis diseminada de Broco, eczema flexurante de Hebra, prurigo eczema constitucional etc. <sup>14</sup>

Cada año hay más casos. En los últimos tiempos, la dermatitis atópica ha triplicado su presencia en los países desarrollados. Aunque las causas de este aumento no están muy claras, los expertos creen que este brote es debido al exceso de higiene.

No existen estudios específicos, a nivel de la provincia y no se cuenta en los registros hospitalarios un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado de la patología en estudio.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es la incidencia de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos comprendidos entre 2 meses a 15 años que acuden a la consulta externa de Pediatría consultorio N° 1 del HPGDR. En los meses comprendido entre Abril a Julio del 2010?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo General**

Investigar la incidencia de la dermatitis atópica por medio de los criterios clínicos de Seymore en los pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa del HPGDR.

### **1.3.2. Objetivo Específicos**

- Valorar a los pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa del HPGDR y discernir aquellos que presentan signos evidentes de la enfermedad, con la ayuda del Médico tratante.
- Conocer los factores de riesgo y antecedentes patológicos familiares que inciden en al dermatitis atópica mediante la aplicación de una encuesta personalizada a los padres; de los pacientes con alteraciones dérmicas.
- Evaluar físicamente a los pacientes pediátricos aplicando los Criterios de Seymore.
- Identificar las características generales de la población en estudio

### **1.4. Justificación**

Esta investigación se realiza ya que durante mi estadía por el servicio de PEDIATRIA específicamente en consulta externa del HPGDR se ha podido observar gran cantidad de pacientes que acuden por diversos motivos pero nunca por la afectación de la piel de sus hijos.

Debido a los factores climáticos por lo que atraviesa la Provincia que son años de exposición a la ceniza y los extremos fríos por los que estamos atravesando en la actualidad queremos demostrar si esos factores influye en la nueva generación expuesta a la misma, para desencadenar esta patología y así realizar un diagnóstico oportuno y favorable para la población en general.

Debido al desconocimiento de la patología por los padres de familia y su importancia en el diagnóstico precoz es que me veo en la obligación como personal médico que labora en esta Institución, proponer esta investigación para el mejoramiento de la atención, ya que la prevención es más barata y menos dolorosa.

Para realizar dicho objetivo me dedicare a acudir a la consulta externa de Pediatría consultorio N1 del H.P.G.D.R. por el tiempo estipulado para determinar la incidencia de la patología realizado una exploración netamente clínica a todos los niños que acudan con la ayuda y supervisión del médico tratante y tutor para así poder realizar un diagnóstico certero a tiempo el mismo que evite complicaciones al futuro y los padres de familia conozcan de la enfermedad y puedan ayudar a sus hijos.



# **CAPITULO 2**

## **2. Marco Teórico**

### **2.1. Posicionamiento personal.**

La siguiente investigación se fundamenta en una de las teorías del conocimiento que es Positivismo es decir parte de una Hipótesis la misma que se llegará a comprobar y obtener conclusiones y recomendaciones y el Pragmatismo pues no puede desvincularse la teoría de la práctica.

#### **2.1.1 Antecedentes de la investigación**

En el tratado de Nelson se descubrió a la Dermatitis Atópica como una enfermedad cutánea que afecta a más del 10% de los niños. Se asocia a menudo con una concentración sérica elevada de IgE y casi el 80% de los pacientes sufren Rinitis, alergias, asma o ambas.

Además refiere estudios genéticos los cuales indican que se trasmite con una fuerte influencia materna identificando genes candidatos que indican este trastorno.

En el artículo elaborado por la Dra. Anita Buestan del posgrado de dermatología de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador, acerca de: Prevalencia de la Dermatitis Atópica en niños que acuden a una Guardería de la Ciudad de Quito en el mes de agosto del 2006 de un total de 38 niños estudiados, 29 (76.3%) fueron de sexo masculino y 9 (23.7%) de sexo femenino. Los diagnósticos mayores y menores estuvieron presentes en un 23,7% y en un 65,8% respectivamente un total de 11 menores (9 varones y 2 mujeres) completaron los criterios necesarios para considerar los casos de Dermatitis Atópica. Por lo tanto en el grupo estudiado la prevalencia fue del 28.5%. Entre los casos las características

clínicas más frecuentes fueron afectación nasal 63,4% y acentuación perifolicular en 90.9%. El prurito fue el criterio mayor y menos frecuente.

Otra investigación previa fue la de los Doctores Jorge Jaya y Carlos Tapia estudiantes del sexto Año de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo con el tema: Determinar los Factores de Riesgo para la incidencia de Dermatitis Atópica en niños comprendidos entre 2 y 3 años de edad atendidos en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Provincial General Docente de Riobamba; donde concluyen que: La Dermatitis Atópica se presenta con mayor frecuencia en edades comprendidas entre 2 y 3 años.

Se encontró mayor prevalencia en la raza mestiza.

Se observó que la mayoría residen en el área urbana y que se ha encontrado patologías asociadas como: Rinitis y Asma principalmente

Según Rajka el 60% de los casos aparecen en el primer año de vida a los 5 años el 80 – 90% y solo el 2% de la Dermatitis Atópica después de los 20años.

## **2.2. Fundamentación Teórica**

### **PIEL**

La piel es la frontera del organismo con el medio externo. Su función primordial es la adaptación y la conexión del individuo con el medio ambiente. Se considera el órgano de mayor superficie y es también el órgano de mayor peso. No es pretencioso decir que la piel es uno de los órganos más importantes de nuestro organismo.

Para demostrar su importancia basta decir que la falta de más del 40% de este órgano suele ser incompatible con la vida. <sup>1</sup>

## **FUNCIONES**

- **Protección:** Tiene una función de cobertura o aislamiento del organismo. Actúa como barrera física protegiendo al mismo de las abrasiones físicas, de las invasiones bacterianas y de las radiaciones.
- **Regulación de la temperatura corporal:** a través de la vascularización y las pérdidas de agua.
- **Control de las sensaciones:** a través de las terminaciones nerviosas y de los receptores.
- **Inmunológica:** La piel confiere un alto grado de protección frente a organismos patógenos y sustancias tóxicas.

Determinadas sustancias de la epidermis son capaces de inactivar microorganismos y de alterar la membrana de algunas bacterias.

Glándulas sebáceas y sudoríparas segregan sustancias bactericidas y fungicidas. Los elevados niveles de ácidos grasos de cadena larga presentes en el sebo cutáneo, en especial el ácido oleico, poseen propiedades antimicrobianas.

- **Homeostática:** Previene la pérdida excesiva del agua corporal (el 70% de nuestro organismo) y participa en la regulación de la excreción de líquidos, electrolitos y proteínas.
- **Facilita la síntesis de vitamina D:** ya que a través de numerosos precursores, por acción de la luz ultravioleta sobre la piel, se convierte la vitamina D en una sustancia activa.

## **Dermatitis**

Es una alteración cutánea caracterizada por una inflamación superficial de la piel con enrojecimiento, edema, descamación, prurito, exudado, y formación de vesículas. Se conoce también bajo el nombre de eczema, ambos términos son prácticamente sinónimos. Algunos autores reservan este nombre a la dermatitis que cursa con vesículas.

Se distingue una –exógena por causas que derivan del ambiente exterior (Radiaciones, sustancias irritantes y parasitarias), y una – endógena, por causas que tienen origen en el interior del cuerpo (enfermedades exantemáticas, autoinmunes, intoxicaciones, alergias, enfermedades endocrinas). Una forma particular de dermatitis (exógeno-endógena) es la que puede seguir a la administración de determinados fármacos que tienen una vía de eliminación a través de las glándulas de la piel (bromo, arsénico, yodo, etc. <sup>1,2</sup>

### **Tipos de dermatitis:**

- **Atópica:** Es una dermatosis inflamatoria frecuente, hereditaria, de curso crónico y caracterizado por la presencia de prurito intenso, eritema, exudación, formación de costras y descamación.
- **De contacto:** Es una inflamación de la piel causada por el contacto directo con una sustancia (irritante o alérgeno) que causa una reacción alérgica o irritante que varía en el mismo individuo con el tiempo.

Podemos distinguir distintos tipos: fototóxica, fotoalérgica, y la irritativa.

- **De estasis:** Es un enrojecimiento crónico con descamación, calor y tumefacción (inflamación) que afecta a la parte inferior de las piernas, cuya

piel adquiere un color marrón oscuro. Se produce a partir de una acumulación de líquido y sangre bajo la piel, por lo que tiende a afectar a personas con varices e hinchazón de las piernas (edema).

- **Del pañal:** Es el tipo más común en recién nacidos y niños pequeños, su incidencia y gravedad pueden verse reducidas con unos cuidados adecuados. Se caracteriza por un intenso eritema acompañado a veces de descamación en las superficies de contacto más íntimo con el pañal, como pueden ser las nalgas, los genitales, el abdomen inferior y el área púbica. La presencia de exudado indica la existencia de sobre infección bacteriana, los puntos blancos o pápulas rojizas en los bordes son causados por *Cándida albicans*.

- **Exfoliativa generalizada:** Grave inflamación que afecta a toda la superficie de la piel y evoluciona a un enrojecimiento extremo acompañado de una gran descamación.

- **Herpetiforme:** Es una erupción crónica extremadamente pruriginosa que consiste en la formación de pápulas y vesículas. Esta condición está asociada con la sensibilidad del intestino al gluten en la dieta (esprue celíaco).

- **Numular:** Es una erupción persistente que por lo general produce picor, unido a una inflamación caracterizada por manchas con forma de moneda que presentan diminutas ampollas, costras y escamas. Se acompaña de piel seca y es muy frecuente en invierno. Sin embargo, la erupción puede aparecer y desaparecer sin razón aparente.

- **Perioral:** Es un trastorno cutáneo caracterizado por pequeñas pápulas rojas (protuberancias) alrededor de la boca. <sup>3</sup>

- **Por rascado localizada:** También llamada liquen simple crónico, neurodermitis, es una inflamación crónica superficial de la piel que produce un picor intenso. Causa sequedad, descamación y la aparición de placas oscuras y gruesas de forma oval, irregular o angulada. No parece tener origen alérgico.
- **Seborreica:** Afección inflamatoria descamativa que se localiza principalmente en zonas centro-faciales, tórax, cuero cabelludo y área genital. Suele comenzar gradualmente, causando una descamación seca o grasienta en el cuero cabelludo (caspa), a veces con picor pero sin pérdida de pelo. <sup>3</sup>

## DERMATITIS ATÓPICA

La **Dermatitis Atópica** es una dermatosis inflamatoria frecuente, hereditaria, de curso crónico y caracterizado por la presencia de prurito intenso, eritema, xerosis, exudación, formación de costras y descamación. <sup>1</sup>

Afecta especialmente a la primera infancia y adolescencia, con un patrón de distribución de las lesiones características y que además afecta a pacientes con antecedentes familiares o personales de asma o rinitis alérgica ó de la propia dermatitis atópica. <sup>9</sup>

Parece ser que la dermatitis atópica o eczema atópico es la primera manifestación de otra enfermedad más general denominada atopia la cual se divide en tres fases:

- a) La alteración dérmica en la edad infantil, que puede estar acompañada o no de una alergia alimentaría.
- b) El asma.

c) La rinitis alérgica que aparece en la edad adulta.

### **Epidemiología**

La prevalencia de la dermatitis atópica se sitúa entre el 4 y el 20% dependiendo de la población en estudio, existiendo grandes diferencias entre el medio rural y el urbano donde la incidencia es más alta. Los pacientes asiáticos tienen una mayor prevalencia, así como los habitantes de las zonas más frías. La incidencia está aumentando debido, según: <sup>9,10,14</sup>

- estilo de vida
- aumento de la edad materna
- polución
- tabaquismo materno
- reducción de la lactancia materna

Aparece fundamentalmente en los primeros meses de vida o en la infancia y puede afectar al 10% de la población pediátrica.

A nivel pediátrico suele ser más frecuente en niños que en niñas (2/1) al igual que otras entidades alérgicas (asma, rinitis) invirtiéndose esta tendencia en la adolescencia y en la edad adulta. <sup>3</sup>

### **Etiología y Patogenia**

La patogenia exacta de la dermatitis se desconoce, se ha asociado con diversas alteraciones **inmunológicas y fisiológicas**.

- A.** Existen evidencias que sugieren que las alteraciones inmunes sean unos de los componentes fundamentales de la dermatitis atópica en las que se incluyen:

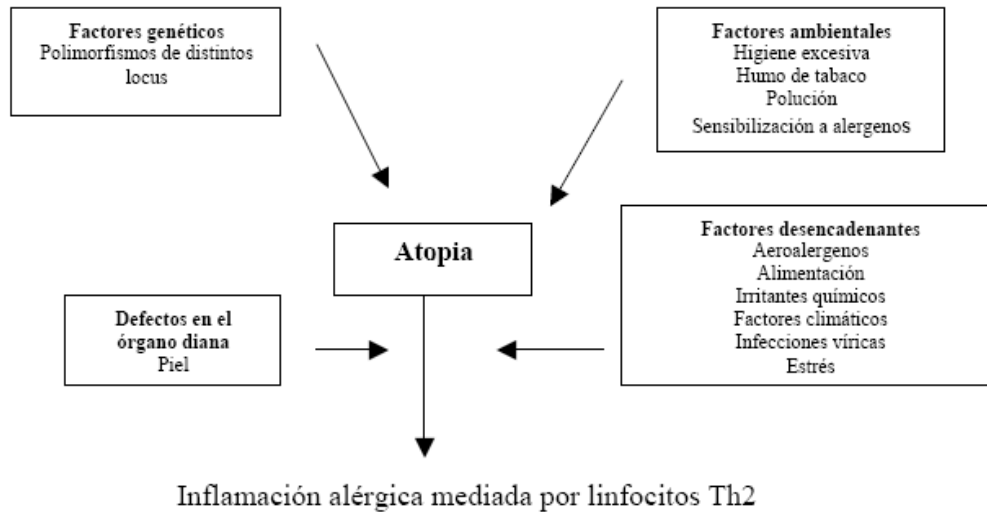


- producción elevada de IgE
- presencia de alteraciones de la inmunidad celular con mayor frecuencia de infecciones cutáneas víricas y bacterianas. La más habitual es la colonización por staphylococcus aureus que está presente en el 90% de las lesiones cutáneas de atópia.
- alteraciones de las pruebas de sensibilidad retardada como la tuberculina
- alteraciones de las subpoblaciones de linfocitos T y de las células de Langerhans así como eosinofilia.

Una vez que los alérgenos han contactado con la piel, como respuesta se pueden producir dos tipos de linfocitos T: los Th1 y los Th2. Los Th2 se responsabilizan de la respuesta alérgica y los Th1 se encargan de las reacciones mediadas por células y de antagonizar la respuesta alérgica de los Th2.

El predominio de los Th2 en los atópicos, estaría determinado por factores genéticos y ambientales, requiriendo para su desarrollo además de la predisposición, alteraciones en el órgano diana (la piel en este caso) y de factores desencadenantes. <sup>1,13,14</sup>

Factores que influyen en el desarrollo de las reacciones inflamatorias mediadas por linfocitos Th2 características de la atopia



**Cuadro 1**

**B.** En los pacientes con dermatitis atópica se pueden observar diversas alteraciones farmacológicas y fisiológicas que no se explican por las alteraciones inmunes como:

- existencia de palidez facial
- dermografismo blanco
- test de presión al frío positivo
- positividad de las pruebas de acetilcolina y metilcolina.

Lo que se debe a un predominio de receptores colinérgicos y un bloqueo de los beta adrenérgicos.

**C.** También se producen alteraciones bioquímicas que provocan una tendencia a irritarse fácilmente y a la xerosis. Lo que se origina por un aumento de la pérdida transepidérmica de agua y por una alteración de la

función de barrera de la piel, que está relacionado con una alteración del metabolismo de los ácidos grasos, lo cual provoca una disminución de metabolitos del ácido linoleico y linolénico que tienen un papel preponderante en la normal estructura de la piel y en su función como barrera.

## **Clínica y Criterios Diagnósticos.**

La dermatitis atópica no tiene una lesión específica, por lo que el diagnóstico se basa en una serie de síntomas. Una de las más importantes es el **prurito**, el cual, empeora por múltiples factores como: <sup>10</sup>



**Figura 1**

- Los distintos alérgenos, tanto inhalantes como en alimentos
- Las infecciones
- La sequedad ambiental
- La sudoración excesiva
- El contacto con irritantes cutáneos (lana, fibras acrílicas, jabones y detergentes )

**Las lesiones de eczema**, que pueden ser agudas ó crónicas, se caracterizan por máculas, pápulas y placas eritematosas, exudativas. El

rascado y las escoriaciones dan lugar a las lesiones crónicas que se caracterizan por engrosamiento cutáneo (liquenificación).

**Las zonas de afectación** también son características, en lactantes es fundamentalmente en cara y cuello y a medida que el niño se vuelve adulto las lesiones tienden a localizarse en las caras de extensión de las articulaciones (zona poplíteo y antecubital). <sup>14</sup>



**Figura 2**



**Figura3**



**Figura 4**

Para diagnosticar este tipo de enfermedad se ha establecido varios criterios como los de Hanifi y Rajka; Williams; y los criterios modificados de Seymore para niños con eccema.

La agrupación y clasificación de estos síntomas en mayores y menores propuestos por Hanifi y Rajka son los que universalmente son aceptados como diagnóstico de dermatitis atópica:

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito</li> <li>• Inicio precoz</li> <li>• Morfología y distribución típica en función de la edad</li> <li>• Carácter crónico y recidivante</li> <li>• Antecedentes familiares de Atópia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerosis</li> <li>• Ictiosis- Queratosis- Hiperlinealidad palmar</li> <li>• Afectación de manos y pies</li> <li>• Queilitis</li> <li>• Susceptibilidad infecciones (estafilococo, herpes)</li> <li>• Eczema a nivel del pezón</li> <li>• Acentuación Perifolicular</li> <li>• Niveles elevados de IgE.</li> <li>• Detección de hipersensibilidad tipo I bien por tests cutáneos o por IgE específica.</li> <li>• Pliegue infraorbitario</li> <li>• Queratocono</li> <li>• Conjuntivitis recidivante</li> <li>• Catarata subcapsular anterior</li> <li>• Píntiriasis alba</li> <li>• Prurito con el sudor</li> <li>• Dermografismo blanco</li> <li>• Interrelación con factores medioambientales</li> </ul>

**Cuadro 2**

Todo este conjunto de síntomas configuran el diagnóstico de Dermatitis Atópica. Recientemente la UK Working Party, ha establecido unos criterios mínimos que por especificidad y sensibilidad pueden equipararse a los que en su momento establecieron Hanifin y Rajka

Obligatorio: **PRURITO CUTANEO**

Ello conlleva: **RASCADO Y LESIONES SECUNDARIAS**

A este signo capital deben asociarse tres o más de los siguientes síntomas:

✓ Localización típica:

1. Zonas de pliegue a nivel de codo u otras articulaciones
2. Zona posterior de las rodillas
3. Cuello y Cara
4. Dorso de los pies

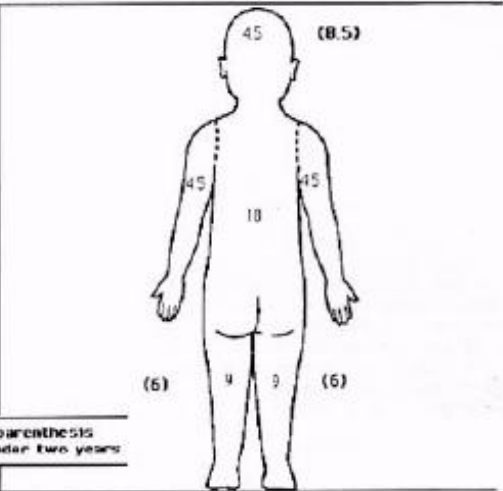
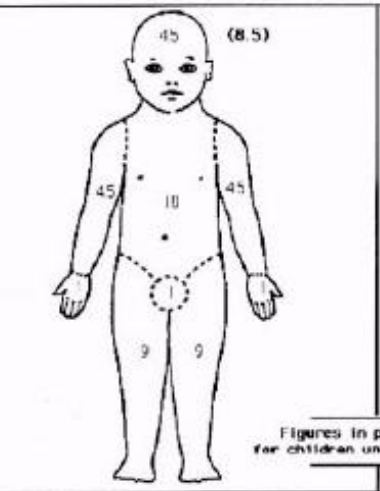
- ✓ Historia personal de Asma y/o Rinitis; o historia familiar (en primer grado) de enfermedad atópica
- ✓ Historia de sequedad cutánea durante el año precedente
- ✓ Dermatitis visible en flexuras u otras localizaciones en niños menores de cuatro años
- ✓ Inicio del brote antes de la edad de dos años.
- ✓ Existen diferentes tablas como el SCORAD, que se utilizan para clasificar la dermatitis atópica con relación a su extensión e intensidad y que son útiles en la realización de protocolos terapéuticos. <sup>10,14,15</sup>.

**SCORAD  
EUROPEAN TASK FORCE  
ON ATOPIC DERMATITIS**

INSTITUTION \_\_\_\_\_  
PHYSICIAN \_\_\_\_\_

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_  
Date of Birth:     DD/MM/YY  
Date of Visit:

**Topical Steroid used:**  
Potency/brand name) \_\_\_\_\_  
Amount / Month  (6)  
Number of flares / Month



Figures in parenthesis for children under two years

**A: EXTENT** Please indicate the area involved

**B: INTENSITY**

**C: SUBJECTIVE SYMPTOMS  
PRURITUS+SLEEP LOSS**

CHIEF ILLIA	INTENSITY
Erythema	
Edema/Papulation	
Oozing/crust	
Excoriation	
Lichenification	
Dryness *	

**MEANS OF CALCULATION**  
INTENSITY ITEMS  
(average representative area)  
0= absence  
1= mild  
2= moderate  
3= severe  
\* Dryness is evaluated on uninvolved areas

**SCORAD  $A/5 + 7B/2 + C$**

Visual analog scale (average for the last 5 days or nights)  
PRURITUS (0 to 10)  0 ..... 10  
SLEEP LOSS (0 to 10)  0 ..... 10

TREATMENT: \_\_\_\_\_

REMARKS: \_\_\_\_\_

## Crterios de Williams

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerosis</li> <li>• Ictiosis- Queratosis- Hiperlinearidad palmar</li> <li>• Afectación de mano</li> <li>• Queilitis</li> <li>• Susceptibilidad infecciones</li> <li>• Eczema a nivel del pezón</li> <li>• Acentuación Perifolicular</li> <li>• Niveles elevados de IgE.</li> <li>• Pliegue infraorbitario</li> <li>• Queratocono</li> </ul>

Al menos debe estar presente el Prurito y tres menores <sup>2,14</sup>

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ECCEMA MODIFICADOS DE SEYMORE

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito</li> <li>• Afectación Nasal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerosis</li> <li>• Hiperlinearidad palmar</li> <li>• Fisuras retroauriculares</li> <li>• Descamación de la piel cabelluda</li> <li>• Acentuación perifolicular</li> </ul>

- Al menos deben estar presentes 2 criterios mayores y 2 menores
- O al menos 1 mayor y mínimo 3 menores. <sup>2</sup>.



## **DERMATITIS ATÓPICA EN EL NIÑO**

### **La piel del niño**

El recién nacido a término posee una epidermis madura pero no presenta la innervación adecuada en sus glándulas sudoríparas, lo que implica una secreción sudoral baja y por consiguiente problemas de termorregulación.

El ecosistema bacteriano cutáneo se constituye pocas horas después de nacer, el pH cutáneo es ácido, entre 4,5 y 6; lo que ayuda a evitar la proliferación bacteriana. El uso abusivo de soluciones antisépticas o de jabones muy alcalinos puede alterar este pH favoreciendo la aparición de infecciones y dermatitis. <sup>1</sup>

### **La piel del niño atópico**

- Es una piel seca, pruriginosa e irritable.
- Presenta una pérdida de la función barrera, lo que implica un aumento de la pérdida transepidérmica de agua y una mayor susceptibilidad a las infecciones cutáneas por virus, bacterias y hongos.
- En estos pacientes se aísla "S. Aureus" con una frecuencia del 95 %, sin embargo en la población sana la colonización es del 10%. El "S. Aureus" es el causante del empeoramiento de la D.A. por eso obtenemos una muy buena respuesta en los niños afectados cuando instauramos tratamiento antibiótico.
- En adolescentes se ha implicado al género Malassezia ("Pityrosporum ovale u Orbiculare"), afectando principalmente a la cabeza y al cuello. En estos casos los tratamientos antimicóticos ofrecen una respuesta rápida.

## **Manifestaciones Clínicas**

- **Prurito:** Es intenso. El lactante trata de rascar su cara con todo lo que encuentra a su lado, lo que puede provocar la aparición de costras en la piel y su posterior infección.

Los niños tienen un menor umbral de prurito, presentan una mayor facilidad para sufrirlo y para que esta sea una sensación más duradera.

Este prurito suele estar provocado por los cambios de temperatura. Es característico, por ejemplo, el que se presenta al desnudarse (algunos lactantes y niños comienzan a rascarse la piel desnuda aunque esta no muestre lesiones de D.A.)

## **Fases clínicas evolutivas o formas típicas de D.A.**

La DA es fluctuante, puede aparecer en cualquier edad. No todos los enfermos pasan por todas las etapas. Es característico, en general, la remisión de los síntomas en verano. <sup>3</sup>

**A. Fase del lactante:** Desde los dos meses a los dos años. Es excepcional la aparición antes de los dos meses y en el 60% de los casos aparece durante el primer año de vida.

- Predominan las placas eritemato-edematosas que evolucionan con erosiones y descamación.
- Frecuentemente las lesiones aparecen en las mejillas y mentón, respetando el triángulo naso-labial.

- En muchas ocasiones se ven afectadas la frente, pabellones auriculares, cuero cabelludo, cuello, dorso de las manos y zona de extensión de las extremidades, aunque también pueden aparecer en otras del cuerpo

**En general se admite la siguiente premisa: UNA DERMATITIS ANTES DE LOS DOS MESES ES SEBORREICA Y A PARTIR DE LOS DOS MESES ATOPICA.1**

Muchas veces la dermatitis seborreica es una forma de inicio de D.A., haciendo casi imposible un diagnóstico diferencial entre ambas.

Al final del segundo año, el 50 % de los niños con D.A. dejan de tener brotes.

**B. Fase Infantil:** Entre los dos y los doce años, hay autores que sitúan esta fase entre los cuatro y los diez años, dejando los cuatro años restantes libres o con pocas manifestaciones.

- Lo más característico en esta fase son las placas de eczema seco y la dermatitis en codos y rodillas (flexural).
- Las lesiones que pueden afectar a todos los pliegues están más diseminadas y son menos agudas.
- También se afectan los párpados (blefaritis atópica con sobre infección por "S. Aureus" frecuentemente).
- El prurito sigue siendo el síntoma principal. En esta etapa pueden aparecer otras manifestaciones cutáneas de D.A. tales como dermatitis plantar.

**C. Fase de adolescente o adulto:** A partir de la pubertad

- Los adolescentes pueden presentar placas localizadas de eczema seco en los pezones y areolas.

- La dermatitis persiste en las manos.
- Hacia los doce años el proceso remite, en ocasiones desaparece pero a veces se repiten los episodios de forma intermitente. <sup>4</sup>

<i>Denominación</i>	<b>Tipo de lesión</b>	<b>Distribución</b>	<b>Edad</b>
<i>Del lactante</i>	Eczema Exudativo	- Mejillas - Cara - Tórax - Miembros	2 meses a 2 años
<i>Infantil</i>	Prurito Eczema seco Descamación Queilitis descamativa Pitiriasis alba Dermatosis palmo-plantar juvenil	- Miembros - Flexura cubital - Flexura poplítea - Nuca - Manos - Perioral - Cara - Tronco - Raiz de brazos - Pies - Manos	2 a 12 años
<i>Del adolescente y adulto joven</i>	Liquenificación Eczema Dishidrosis	- Cara - Cuello - Flexuras - Manos - Pies	12 a 20 años

**Cuadro 3**

## **Complicaciones**

El niño con D.A. es más susceptible que la población sana a la hora de sufrir una serie de complicaciones, las más frecuentes son las infecciones ya sean bacterianas, micóticas o víricas.

- **Bacterianas:** debe sospecharse sobre infección bacteriana ante las lesiones eritematosas muy exudativas, a veces con costras de tipo impétigo. Más del 90% de los pacientes con D.A. presentan colonización por estafilococo.
- **Micóticas:** Suele estar afectado el cuero cabelludo y los pliegues cutáneos.
- **Víricas:** Los niños con dermatitis atópica pueden presentar verrugas y herpes simple. Es importante la posible afectación ocular que puede ocasionar opacidad en la córnea o ceguera.

## **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:**

### **MEDIDAS GENERALES**

#### **1 El baño**

- ♦ De manera regular y a 33° de temperatura
- ♦ No debe prolongarse más de 15 minutos.
- ♦ No jabón sustitutos de jabón con DOVE Glicerina mas PH5 Eucerin
- ♦ El secado debe hacerse con cuidado con una toalla limpia y suave, sin frotar.
- ♦ No es conveniente usar secadores de aire caliente que deshidratan más la piel. <sup>1,15</sup>

#### **Tratamiento de la sequedad cutánea (Xerosis):**

Es recomendable el uso regular de cremas con este fin las cuales pueden aplicarse una o varias veces al día y el momento más adecuado es después del baño. El principal efecto de las cremas es evitar la evaporación del agua epidérmica, produciendo una hidratación “pasiva”. La hidratación se produce

por vía interna a partir del agua que ingiere el individuo y que le aportan los vasos dérmicos. Por tanto, se recomienda a los pacientes atópicos que tomen agua regularmente para favorecer la hidratación, llegando hasta dos litros de agua diarios. <sup>1</sup>

Las sustancias que se han utilizado en aplicación tópica con esta finalidad son:

- Ácido láctico: alfa-hidroxiácido que forma parte del llamado factor hidratante natural de la piel.
- Miristato de Isopropilo, Parafina líquida, Vaselina inerte, Cera de abejas: evitan la pérdida de agua en la piel por su efecto oclusivo.
- Aceite de almendras: rico en ácidos grasos poli insaturados.
- Urea: sobre todo si la sequedad va acompañada de un grosor cutáneo.
- Ceramidas: reducen la pérdida de agua
- Aceite de girasol: rico en ácido linoleico.
- También se incorporan a estos preparados activos con acción cicatrizante y reparadora: alantoína, aceite de caléndula y de rosa mosqueta.

Las más frecuentes dentro de las citadas anteriormente son el ácido láctico, propilenglicol y urea.

### **Exposición a alérgenos:**

La D.A. es una enfermedad que se relaciona con la exposición a alérgenos y la respuesta anómala a éstos.

Estos factores no son los mismos para todos los pacientes. Desde el punto de vista terapéutico, hay que reconocer y enseñar al paciente a que

identifique los agentes que agravan su dermatitis dada su gran variabilidad individual. <sup>3</sup> Estos pueden ser:

**Aeroalergenos:** se encuentran en la atmósfera, principalmente los ácaros del polvo. Su diagnóstico se realizaría a través de pruebas epicutáneas.

Recomendaciones:

- correcta aireación de las habitaciones
- utilizar aspirador en lugar de barrer
- evitar tener en la habitación objetos susceptibles de almacenar polvo (alfombras, mantas, cortinas...)
- que el niño atópico no se arrastre por alfombras de materiales no permitidos.

**Alimentación:** la alergia alimentaria se define como una reacción inmunológica a la comida, mediada o no por IgE. El término intolerancia alimentaria se refiere a reacciones producidas por un mecanismo no inmunológico.

Así algunos alimentos (fresas, marisco) pueden agravar un brote de D.A. sobre todo si se consumen en grandes cantidades.

Los antígenos alimentarios pueden agravar la dermatitis atópica mediante tres vías:

- contacto directo
- vía digestiva
- vía inhalatoria.

También han sido implicados los metales y las dietas con alto contenido en sal. <sup>12</sup>

**Irritantes químicos:** estos pacientes pueden presentar una tolerancia reducida a irritantes que entran en contacto directo con la piel como agua, lana, fibras sintéticas. También factor irritante es la polución atmosférica. <sup>3</sup>

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

### **Corticoterapia:**

Los corticoides son eficaces para controlar las lesiones de dermatitis atópica. Su utilidad es debida a los dos efectos que poseen: antiinflamatorio e inmunosupresor.

- Afectan a las células endoteliales de forma que su activación, vital para el proceso inflamatorio, es inhibida.
- Su acción inmunosupresora es debida a que reducen la actividad de mastocitos, eosinófilos y células de langerhans y la producción de citoquinas por parte de los linfocitos T y los mastocitos.

**Pomadas o ungüentos grasos**, cuyos vehículos son más oclusivos, se aplicarán en zonas secas o liquenificadas.

**Lociones o cremas** en zonas de pliegues cutáneos o lesiones muy exudativas.

En general, no menos de 7-10 días. Se aplican dos veces al día en los brotes y cuando se llega a su control se debe intentar rebajar a una vez al



día, aplicándolos inmediatamente tras el baño, cuando la piel está bien hidratada.

Los “nuevos” corticoides con rápida metabolización (mometasona, aceponato de metilprednisolona, fluticasona) son ideales por su cociente riesgo/beneficio favorable.

El uso crónico de estos fármacos puede producir atrofia permanente de la piel, la supresión adrenal y retraso en el crecimiento.

Los esteroides orales se considerarán como último recurso y durante periodos cortos. Se utilizan dosis iniciales de 0,5-1 mg/Kg/día de prednisona disminuyendo paulatinamente. <sup>11,15</sup>

### **Antihistamínicos:**

La principal utilidad de estos fármacos en D.A. es el alivio del intenso prurito. Este efecto se debe fundamentalmente a la acción sedante, ya que en la D.A. están involucrados otros mediadores distintos a la histamina.

- Los antihistamínicos de primera generación son los más eficaces para este propósito por su marcado carácter sedante. Los de primera elección son la hidroxicina y difenhidramina. La hidroxicina puede emplearse a partir de los 6 meses a razón de 1mg/Kg/día. Su administración es mejor por la noche.

Otros antipruriginosos que podemos utilizar pero nunca en menores de 2 años son:

- pramoxina: sobre la zona afectada de 2-4 veces al día.
- mentol: cada 2 horas si es necesario. <sup>11,14</sup>

### **Antibioterapia:**

Frecuentemente los pacientes con D.A. suelen tener la piel colonizada por cepas patógenas de S.aureus y por levaduras.. En estos pacientes deben tratarse con rapidez las infecciones bacterianas cualquiera que sea su localización.

- Los fármacos de elección en infecciones cutáneas son la Dicloxacilina y Cefalosporina. Para infección local limitada, puede mupirocina.
- El uso frecuente de antisépticos, como povidona yodada, clorhexidina
- Permanganato potásico disminuye el número de estafilococos presentes.
- Para infección fúngica por Malassezia el antifúngico más eficaz es ketoconazol. <sup>17</sup>

### **Tratamiento de la Dermatitis Atópica Grave:**

Además de todas las medidas generales citadas anteriormente, en cuanto al tratamiento farmacológico las posibilidades son multifactoriales:

- ◆ Uso de antihistaminicos orales de primerageneración

- ♦ Uso de antibiótico tópicos solos (mupirocina), asociados a corticoides o administración oral de un antibiótico eficaz frente a staphilococcus aureus evitar la sobreinfección (cloxacilina). También se usa la mupirocina en su forma intranasal para evitar las impetiginizaciones.
- ♦ Uso de corticoides para controlar las reacciones inflamatorias presentes en los pacientes atópicos.

Las terapias inmunosupresoras actualmente en estudio son:

- ❖ FOTOTERAPIA
- ❖ INTERFERON  $\gamma$
- ❖ INMUNOSUPRESORES SISTEMICOS.
- ❖ MACROLACTAMICOS TÓPICOS.
- ❖ INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA.

## **FOTOTERAPIA**

Hay varias modalidades de tratamiento, la radiación con UVA1 (340-400 nm) es la que ha sido más eficaz, ya que disminuye la eosinofilia y no posee ningún efecto secundario grave. La razón del efecto terapéutico es que se induce la apoptosis de linfocitos T, con lo que va a disminuir la producción de citoquinas. <sup>15</sup>

## **INTERFERON**

Los pacientes con D.A. poseen una clara mayoría de linfocitos Th2 productores de interleukinas 4 y 5, frente a los Th1 que secretan interferón.

Se postuló que el tratamiento con interferón reduciría los niveles de IgE y mejoraría el estado atópico. Se observó que disminuía el número de infecciones porque se activaban los macrófagos y los linfocitos Natural Killer para prolongar la supervivencia de neutrofilos, <sup>10,15</sup>

## **INMUNOSUPRESORES SISTÉMICOS**

\***CICLOSPORINA:** Es bastante eficaz en el tratamiento a corto plazo de las formas graves de D.A. Inhibe la producción de interleukina 4 y la diferenciación de linfocitos T en Th2.

## **INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA**

La aplicación tópica consigue una mejora rápida de la respuesta antiinflamatoria y no se observan efectos secundarios.

## **MACROLACTÁMICOS TÓPICOS**

**TACROLIMUS:** “Protopic” Es un macrolactámico con función inmunosupresora. Su mecanismo de acción es por unión con proteínas

citosólicas (inmunofilinas) con las que forma un complejo inhibidor que evita la transcripción de citoquinas y la activación de linfocitos T.

Ha demostrado su eficacia en concentración del 0.03%, 0.1% y 0.3% .

Los efectos secundarios más frecuentes son prurito local y quemazón en la zona de administración que suelen desaparecer al cuarto día. <sup>15</sup>

## 2.3. Definición de Términos Básicos

**BUN:** Nitrógeno ureico sanguíneo.

**Comedones:** Acumulo de piel descamada y bacterias en los poros de la piel.

**Dishidrosis:** Aparición brusca de vesículas y ampollas en los espacios interdigitales y caras laterales de dedos, palmas y plantas, siempre con intenso prurito.

**Dermatoma:** Segmento cutáneo inervado por el correspondiente segmento espinal.

**Dermografismo:** Estado en el cual los trazados efectuados en la piel con la uña o un estilete, dejan marcas elevadas.

**Fisuración Infra auricular:** Fisuras por debajo de una o ambas orejas con una longitud de más de 2 mm., casi siempre colonizadas por *Stafilococcus aureus*. Se cree que su origen puede ser la acumulación de champú ó jabón en la zona.

**Fómite:** Sustancia u objeto cualquiera, no alimenticio, que conserva y transmite el contagio.

**Impétigo:** Enfermedad contagiosa de la piel causada por estafilococos. Ocurre principalmente en niños y se caracteriza por la formación de pústulas.

**Ictiosis:** Sequedad y formación de masas epidérmicas semejantes a escamas.

**Liquenificación:** Engrosamiento cutáneo.

**Mácula:** Lesión cutánea elemental que consiste en una mancha roja de dimensiones variables pero que no se eleva de la piel.

**Pápula:** Elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel que ordinariamente termina en descamación.

**Pitiriasis:** Descamación de la piel.

**Pliegue antecubital:** Zona anterior del codo

**Pliegue Popliteo:** Zona posterior de las rodillas

**Prodrómico:** Signo, síntoma o estado precursor que indica el comienzo o aproximación de una enfermedad.

**Prurito:** Picor

**Pústulas:** Ampollas llenas de pus.

**Queilitis:** Inflamación de los labios.

**Queratocono:** Deformidad de forma cónica de la cornea.

**Queratosis:** Dermatitis caracterizada por una anomalía en la queratinización de la piel

**Xerosis:** Sequedad

## **2.4. Sistema de Hipótesis y Variables.**

### **2.4.1. Hipótesis.-**

La multifactoriedad aumenta la incidencia de la dermatitis atópica.

### **2.5.2. Variables**

#### **2.5.2.1 Variable Independiente**

Multifactoriedad

#### **2.5.2.2 Variable Dependiente**

Dermatitis Atópica

### **2.5.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**



<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>				
<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>
<b>INDEPENDIENTE</b>				
Multifactoriedad	Múltiples factores que inciden en el proceso de la enfermedad	Factores	Factores ambientales, físicos, sociales, biológicos. Edad Antecedentes de Rinitis Asma en los padres DA en padre y/o madre. Lactancia materna < 6 meses Tabaquismo dentro del hogar	Encuesta  Cuestionario  Observación directa

<b>DEPENDIENTE</b>				
DERMATITIS ATÓPICA	<p>La DA es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica recidivante; de comienzo generalmente en la infancia o en la adolescencia, caracterizada por lesiones de morfología y distribución específica según la edad, de etiología no bien definida donde se invocan diferentes factores etiopatogénicos, y se</p>	Enfermedad inflamatoria	<p>Inflamación de la piel</p> <p>Aumento de los niveles de la IgE</p> <p>Antecedentes personales, familiares, ambientales.</p> <p>Irritaciones</p>	

	<p>asocia con frecuencia con un aumento de los niveles séricos de IGE y antecedentes personales o familiares de atopia, que se traduce como una tendencia genéticamente predispuesta para reaccionar de manera exagerada a ciertos estímulos ambientales irritantes o alérgicos.</p>			
--	--	--	--	--

# **CAPITULO 3**

### 3. Marco Metodológico

En el presente trabajo de investigación se realizó un estudio prospectivo en busca de la incidencia de la Dermatitis Atópica utilizando los criterios clínicos de Seymore para su diagnóstico; a los Niños que acuden por consulta externa de pediatría del Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Para las distintas actividades se contó con la autorización respectiva del Médico Tratante (Dr. Nelson Muñoz). Fueron atendidos todos los niños y niñas que acudieron por diversos motivos con edades comprendidas entre 2 meses y 15 años. Se excluyeron a los RN y menores de 2 meses de edad y no se realizó nuevamente el examen físico a los niños atendidos con anterioridad.

El examen físico fue realizado bajo la supervisión del médico tratante y en presencia del padre de familia.

Para investigar los factores de riesgo, antecedentes familiares y antropométricos se aplicó una encuesta personal a los padres de familia de los niños afectados en un consultorio contiguo del mismo hospital.

Al observar los niños Seymore (positivo); en el examen físico se aplicó los siguientes parámetros:

Se procedió a pedir muy comedidamente a los padres de familia que les despojara de las prendas de vestir por completo al niño, con el objeto de realizar la observación y detectar los cambios visibles en la piel; Así por ejemplo para:

**El Prurito:** se preguntó a los padres, si sus niños se rascaban la piel.

**Afectación Nasal:** usamos los siguientes componentes: Obstrucción Nasal, Prurito nasal, rinorrea, ronquera nocturna si presentaba alguno de estos componentes automáticamente era positivo los criterios mayores.

**Xerosis:** se observa la piel seca descamativa completamente desnudo el paciente.

**Hiperlineabilidad Palmar:** se pidió al niño indicar las palmas de las manos sin hiperextender las mismas, aclarando que los niños mayores cumplen la orden mientras que los menores simplemente tenía que extender y observar las palmas con la ayuda de la madre.

**Acentuación peri folicular:** se observo y palpo con el dorso de la mano este signo en cara, brazos y piernas de los niños, en donde se detectó una superficie rugosa con varias elevaciones granulares.

**Fisuras retro auriculares:** solo se flexionó el pabellón auricular hacia la línea media para poder observar y se preguntó si alguna vez se utilizó corticoide tópicos . Y finalmente

**La Descamación del Cuero Cabelludo:** se observó mediante palpación con los dedos del explorador y elevación del cabello introduje mis dedos desde la parte occipital a la parietal bilateralmente para ver si existía descamación de la misma ya sea fina o profusa.

Se utilizó el método Deductivo – Inductivo ya que permite establecer proposiciones de carácter general inferidas de la observación y el análisis de fenómenos particulares, también en la elaboración de esquemas lógicos apoyados por conocimientos teóricos.

## **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

El trabajo de investigación se caracterizó por ser Observacional, Explicativa, Descriptiva e Intervencional. Observacional ya que el investigador no interviene. Se limita a observar y describir la realidad; Descriptiva porque una vez tabulado la información recopilada se podrá explicar las consecuencias o efectos que trae consigo el fenómeno detectado; Intervencional ya que el investigador introduce variables en el estudio, interviniendo en la realidad y desarrollo del mismo.

## **DISEÑO:**

El trabajo investigativo se caracteriza por ser de campo no experimental; de campo porque comprenden los datos recogidos en forma directa por parte del investigador, es una investigación que se realiza en un lugar determinado, en este caso en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

## **TIPO DE ESTUDIO:**

Es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo.

## **ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio se realizó en Hospital Provincial General Docente de Riobamba en consulta externa de pediatría, consultorio N° 1.

### **3.2 POBALCIÓN Y MUESTRA:**

La población con la cual se trabajó en este estudio está constituida por 315 infantes atendidos en la consulta externa de pediatría del HPGDR, se tomó en cuenta a toda la población ya que queremos obtener resultados más exactos los mismos que se tomaron en Abril a Julio del 2010.

### **FUENTE DE DATOS:**

Fue obtenida de las encuestas realizadas a los familiares de los pacientes y la aplicación de los criterios clínicos de SEYMORE en los pacientes pediátricos previa valoración del Médico Tratante.

## **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.3.1 TÉCNICAS**

En este trabajo investigativo se utilizó la encuesta vasado en los antecedentes familiares antropométricos y la aplicación de los criterios clínicos de Seymore.

### **3.3.2 INSTRUMENTOS**

Para la investigación los instrumentos a utilizar de acuerdo a las técnicas aplicadas son:

- **Encuesta:** Cuestionario realizado por el investigador <sup>4</sup>



### **3.4 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

- Para el procesamiento y tabulación de datos se utilizó el paquete informático Microsoft Office Excel y las fórmulas estadísticas para intervalo de frecuencia. <sup>16</sup>
- En cuanto a la interpretación de los resultados se utilizó la tabulación demostrada a través de tablas, gráficos, cuadros y análisis para su mejor comprensión.

## **DESCRIPCIÓN GENERAL**

Este trabajo trata sobre el estudio de la Incidencia de la Dermatitis Atópica diagnosticada mediante los criterios clínicos de Seymore en los pacientes pediátricos atendidos en Consulta externa del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Se excluyó a pacientes de recién nacidos hasta un mes veinte y nueve días, debido que la Dermatitis Atópica se diagnostica a partir de los 2 meses de vida.

Al igual que a los niños que acuden por cita previa en quince días porque su caso ya fue inscrito con anterioridad cuando acudió por primera vez.

Se valoró individualmente a todos los pacientes que acudieron a la consulta externa pediátrica sin tomar en cuenta que ya eran pacientes que frecuentaran el consultorio, cabe anotar, que se les inscribió solo una vez ya que, en algunas ocasiones los pacientes debían regresar por cuestiones de criterio médico.

En el tiempo establecido se llegó a revisar a 315 pacientes pediátricos.

Mediante la observación se estableció que un 13.65% (43 pacientes) se encuentra enferma y un 86.35% (272 pacientes) fueron atendidos por otra causa.

Una vez observado al paciente y éste cumple con los criterios clínicos de Seymore, procedí a realizar la entrevista individualizada con los padres de familia en busca de antecedentes familiares y los factores pre disponentes.

## DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA

De los 315 pacientes pediátricos que acudieron a la consulta externa solo 43 menores (19 varones y 24 mujeres) completaron los criterios necesarios para considerarlos casos de dermatitis atópica por lo tanto, en el grupo estudiado la incidencia de la dermatitis atópica fue del 13.65%

De la población enferma con dermatitis atópica; se realizó una entrevista personal a los padres de los pacientes pediátricos involucrados con lo que se corroboró que los niños sufren esta enfermedad a consecuencia de padecimientos paternos es así; que la rinitis está presente en el 6.03%; alergia a los picados de himenópteros en un porcentaje de 6.03%; otros 1.59% (comprendida entre asma, dermatitis atópica, urticaria, conjuntivitis).

Para encontrar los factores pre disponentes en nuestro ambiente sugerí los siguientes: fumadores, madres fumadoras durante la gestación, tipo de vivienda, humedad, mascotas intra domiciliarias, pisos alfombrados; encontrando que: los padres fumadores y las mascotas intra domiciliarias son los factores que con más incidencia se presentan con un porcentaje del (7.9%); pisos alfombrados y humedad (5.6%), madres fumadoras durante la gestación y tipos de vivienda (0.15%); de la población afectada.

### 3.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 3.5.1 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN EN GENERAL

##### GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA AÑO 2010

Tabla 1  
NÚMERO DE PACIENTES POR EDADES

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	86	27%
1 - 4 AÑOS	137	43%
5 - 9 AÑOS	72	23%
10 - 14 AÑOS	18	6%
15 - 19 AÑOS	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

NUMERO DE CASOS POR EDADES

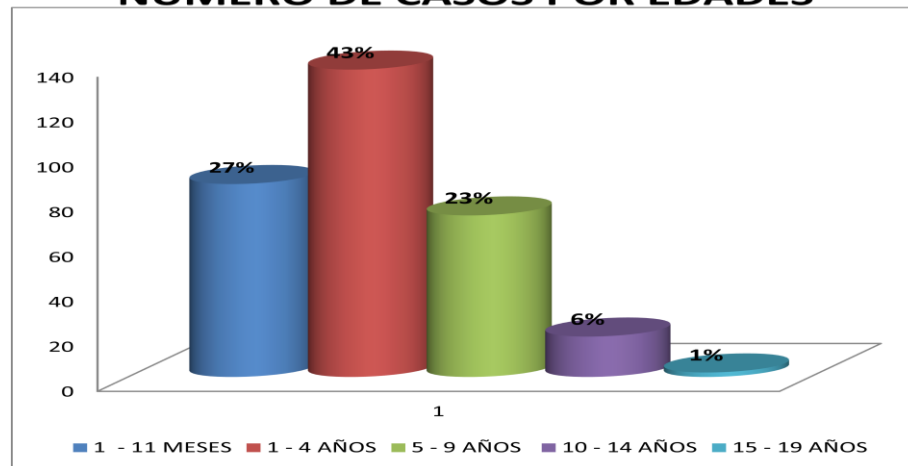


GRAFICO 1: Número de Casos por Edades

De acuerdo a los datos recolectados podemos observar que la mayor incidencia de pacientes que acuden a la consulta externa por diferentes motivos se encuentra comprendida entre 1 – 4 años con 137 niños de un total de 315.

## GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL AÑO 2010

Tabla 2

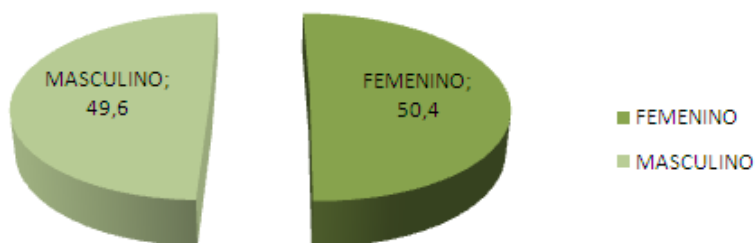
### NÚMERO DE PACIENTES POR GÉNERO

Xi	F	%
FEMENINO	159	50,4
MASCULINO	156	49,6
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>100</b>

Fuente: Pacientes que acuden a la consulta externa del HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya

### NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN SEXO



De acuerdo a los datos recopilados podemos observar que no existe mayor diferencia entre los pacientes en cuanto al género, ya que acuden a esta casa de salud en igual proporción; comprendido entre 49,6% para masculino y 50.4% para el femenino.

### 3.5.1 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ENFERMA

#### GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA AÑO 2010

Tabla 3

##### NÚMERO DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	9	20,90%
1 - 4 AÑOS	22	51,10%
5 - 9 AÑOS	9	20,90%
10 - 14 AÑOS	3	6,90%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

##### NÚMERO DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

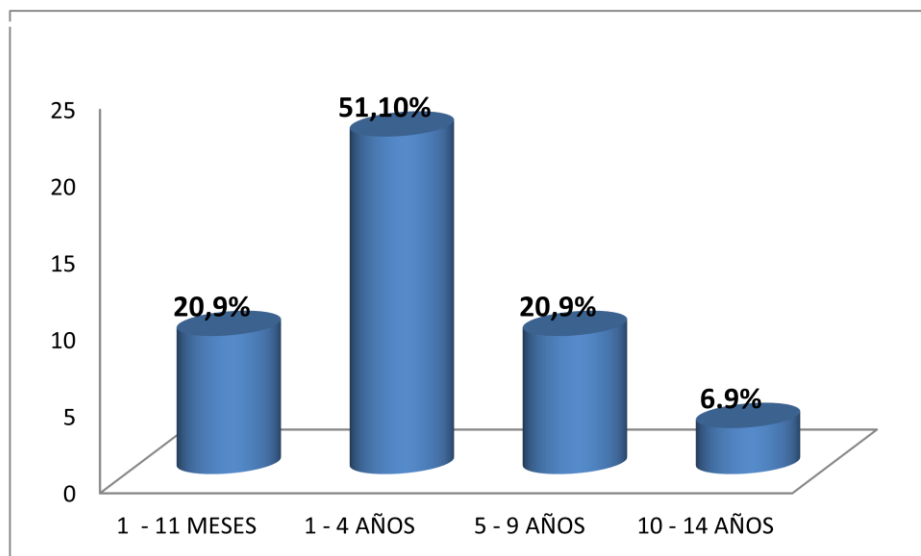


GRAFICO N° 3: Número de Pacientes con Dermatitis Atópica

De acuerdo a los datos recopilados podemos observar que la mayor incidencia de dermatitis atópica según los criterios de Seymore se presentan en edades comprendidas entre 1 – 4 años con un número de 22 niños de los 43 enfermos.

**GENERO DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA AÑO 2010**

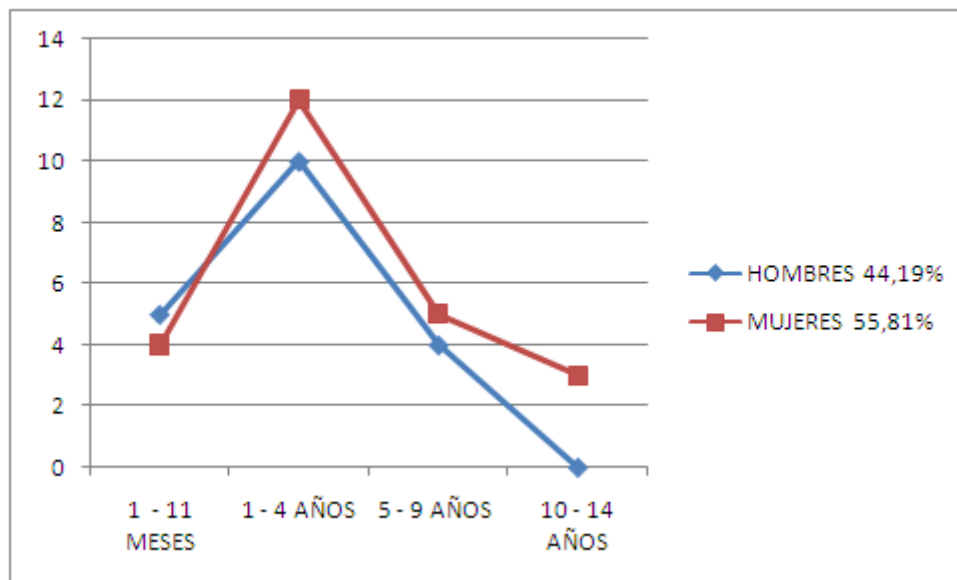
**Tabla 4**  
**NÚMERO DE PACIENTES CON DERMATITIS**  
**ÁTOPICA POR GENERO Y EDADES**

INTERVALOS	HOMBRE	MUJERES
1 - 11 MESES	5	4
1 - 4 AÑOS	10	12
5 - 9 AÑOS	4	5
10 - 14 AÑOS	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>24</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

**PACIENTES CON DERMATITIS POR GÉNERO Y EDAD**



De acuerdo a los datos recopilados podemos observar que la mayor incidencia de dermatitis atópica diagnosticados según los criterios clínicos de Seymore se presentan en las niñas comprendidas entre 1 – 4 años con un número de 12 niñas de los 24 y un porcentaje general del 55.81 enfermos.

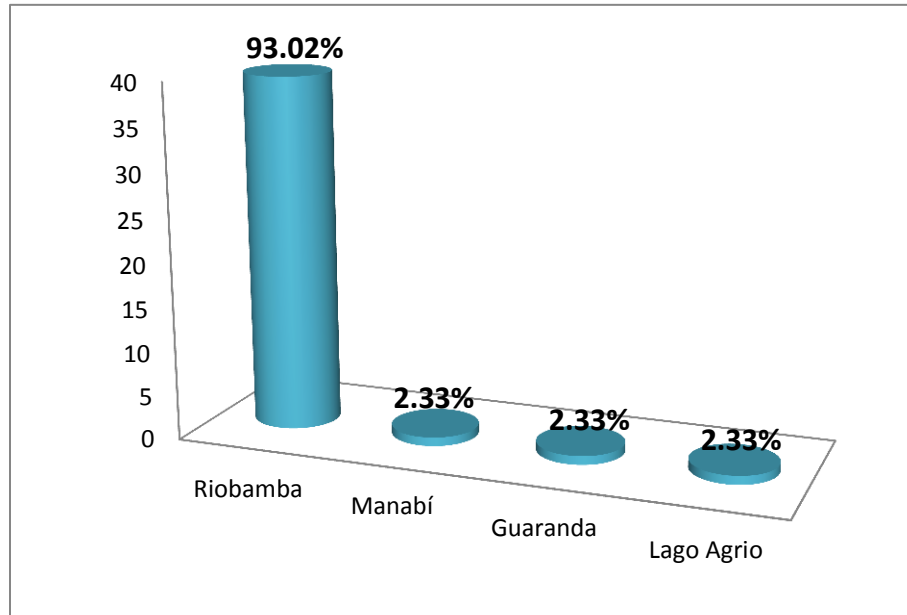
**LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA AÑO 2010**

**Tabla N 5  
LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS CASOS**

LUGAR DE NACIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Riobamba /Urbana	40	93,02%
Manabí	1	2,33%
Guaranda	1	2,33%
Lago Agrio	1	2,33%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR  
Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

**LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA**



**GRAFICO N° 5: Lugar de nacimiento de los niños con DA.**

De acuerdo a los datos recopilados podemos observar que en cuanto al lugar de nacimiento de los pacientes diagnosticados con dermatitis atópica por medio de los criterios clínico de Seymore en mi estudio pertenecen a Riobamba en el área urbana y muy poco de otras ciudades



**PRESENTACIÓN CLÍNICA DE CRITERIOS MAYORES EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA AÑO 2010**

Tabla 6

**NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN PRURITO**

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	2	4,65%
1 - 4 AÑOS	13	30,23%
5 - 9 AÑOS	6	13,95%
10 - 14 AÑOS	1	2,33%
NINGUNO	21	48,84%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

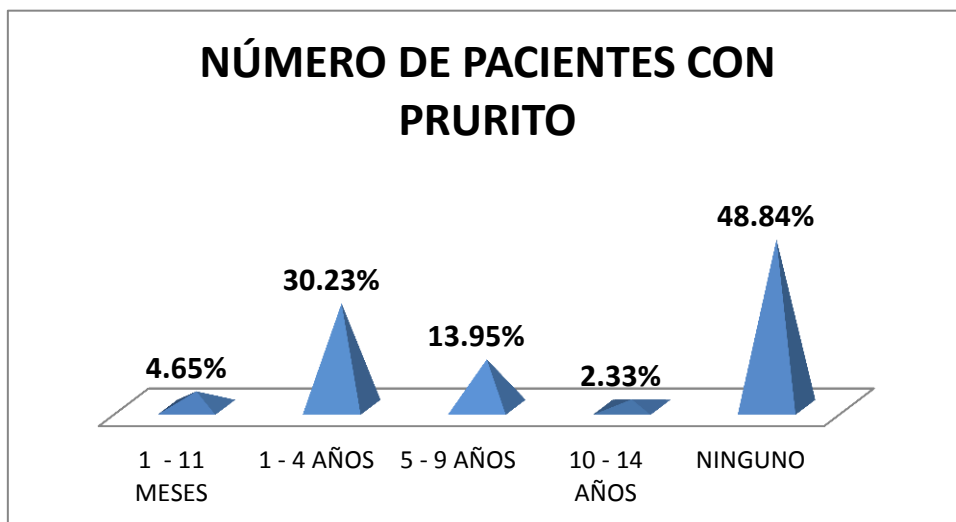


GRAFICO N° 6: Número de Pacientes con Prurito

De acuerdo a los datos recopilados podemos observar que los pacientes pediátricos que presentan Prurito se encuentra la mayor proporción en los niños de edades comprendidas entre 1 – 4 años con un número de 13 niños el 30% de la población enferma, sin embargo, se puede determinar que existe un mayor número del que no presenta este tipo de enfermedad (21 niños que representa el 49%).

Tabla 7  
**NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN  
 AFECTACIÓN NASAL**

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	9	20,93%
1 - 4 AÑOS	21	48,84%
5 - 9 AÑOS	7	16,28%
10 - 14 AÑOS	3	6,98%
NINGUNO	3	6,98%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>10%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa  
 HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

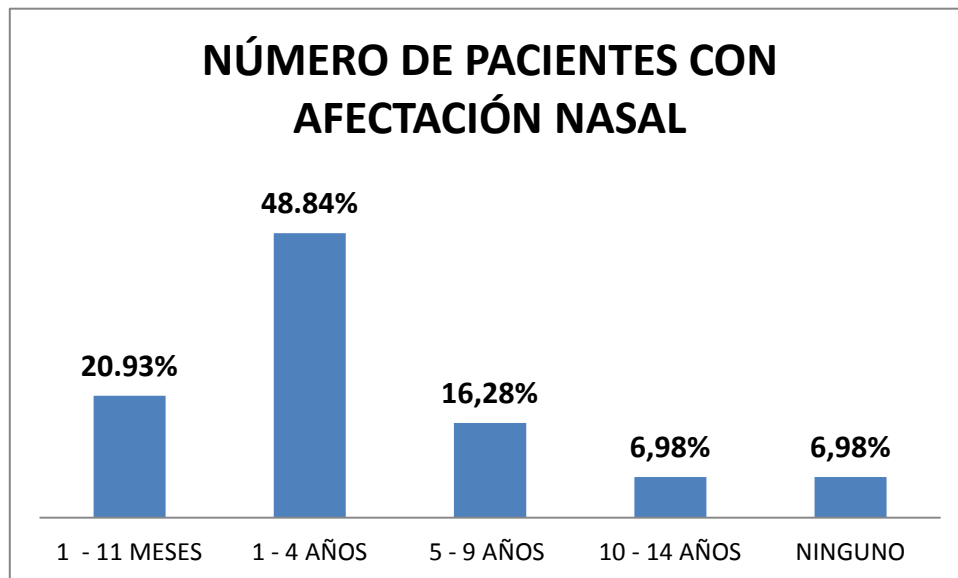


GRAFICO N° 7: Número de Pacientes con Afectación Nasal.

Basándonos en los datos recopilados podemos observar que los pacientes pediátricos que presentan Afectación Nasal se encuentra la mayor proporción en los niños de edades comprendidas entre 1 – 4 años con un número de 21 niños el 49% de la población enferma.

**PRESENTACIÓN CLÍNICA DE CRITERIOS MENORES EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA AÑO 2010**

Tabla 8

**NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN XEROSIS**

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	7	16,28%
1 - 4 AÑOS	23	53,49%
5 - 9 AÑOS	8	18,60%
10 - 14 AÑOS	3	6,98%
NINGUNO	2	4,65%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

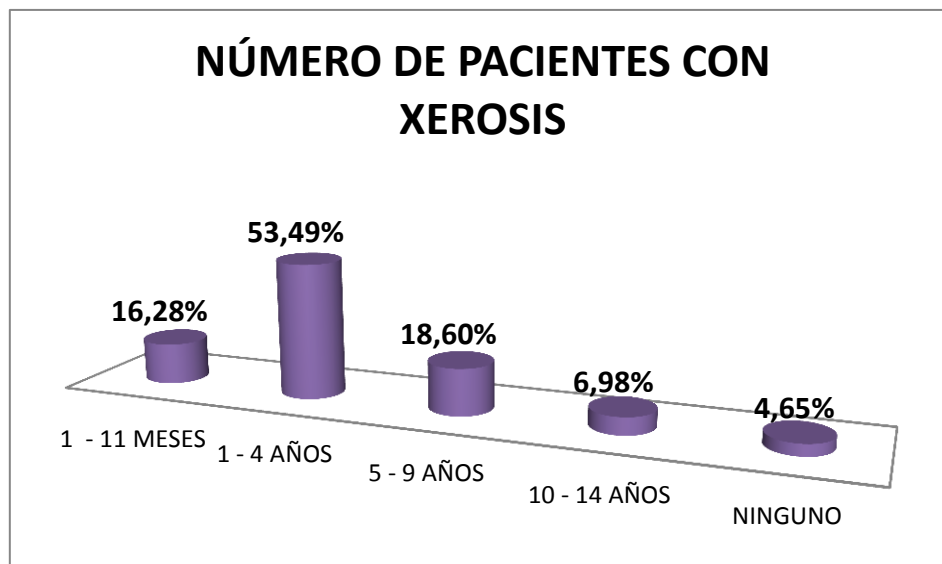


GRAFICO N° 8: Número de Pacientes con Xerosis.

De acuerdo a los datos recopilados podemos observar que los pacientes pediátricos que presentan Xerosis se encuentra en mayor proporción en los niños de edades comprendidas entre 1 – 4 años con un número de 23 niños el 53% de la población enferma.

Tabla 9

**NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN  
HIPERLINIABILIDAD PALMAR**

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	9	20,93%
1 - 4 AÑOS	22	51,16%
5 - 9 AÑOS	8	18,60%
10 - 14 AÑOS	2	4,65%
NINGUNO	2	4,65%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

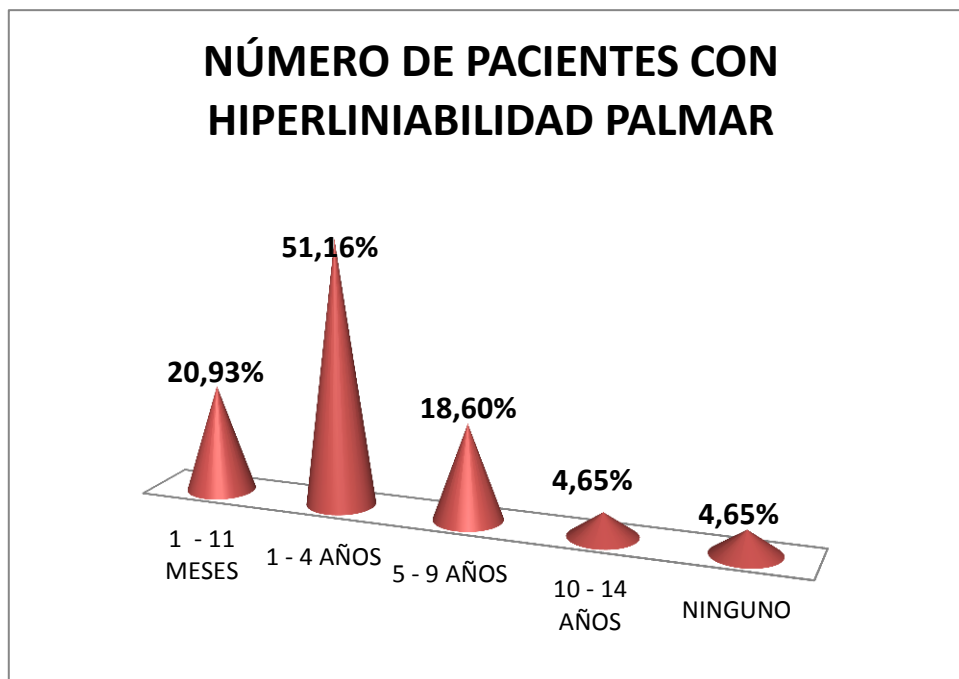


GRAFICO N° 9: Número de Pacientes con Hiperlineabilidad Palmar.

De los datos recopilados podemos observar que los pacientes pediátricos que presentan Hiperlineabilidad Palmar se encuentra en mayor número los niños de edades comprendidas entre 1 – 4 años con un número de 22 niños el 51% de la población enferma.

Tabla 10  
**NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN  
 ACENTUACIÓN PERIFOLICULAR**

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	5	11,63%
1 - 4 AÑOS	16	37,21%
5 - 9 AÑOS	8	18,60%
10 - 14 AÑOS	3	6,98%
NINGUNO	11	25,58%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

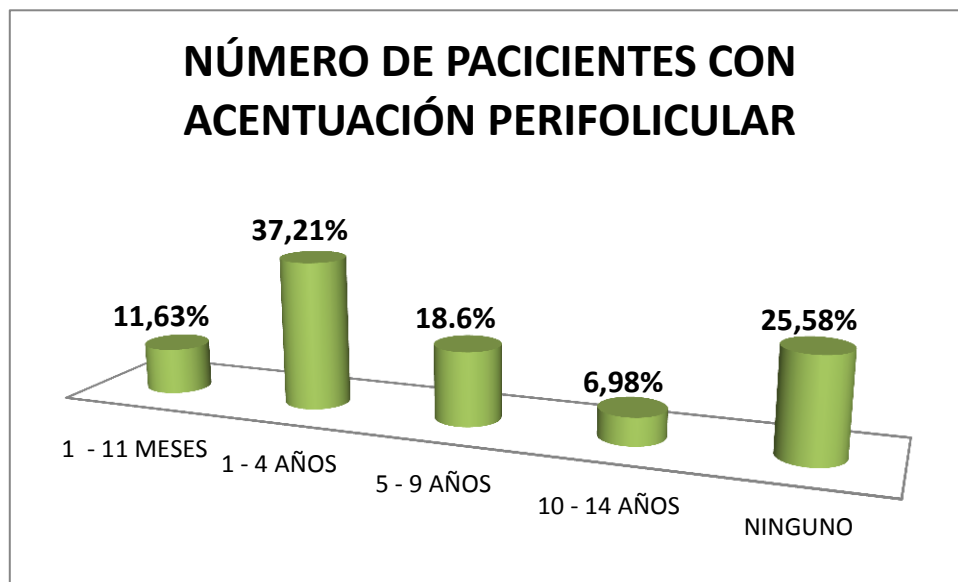


GRAFICO Nº 10: Número de Pacientes con Acentuación Perifolicular.

De acuerdo a los datos recopilados podemos observar que los pacientes pediátricos que presentan Acentuación Perifolicular se encuentra la mayor proporción en los niños de edades comprendidas entre 1 – 4 años con un número de 16 niños el 37% de la población enferma.

Tabla 11  
**NÚMERO DE PACIENTES FISURA  
 RETROAURICULARES**

INTERVALOS	PACIENTE	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	5	11,63%
1 - 4 AÑOS	16	37,21%
5 - 9 AÑOS	8	18,60%
10 - 14 AÑOS	3	6,98%
NINGUNO	11	25,58%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

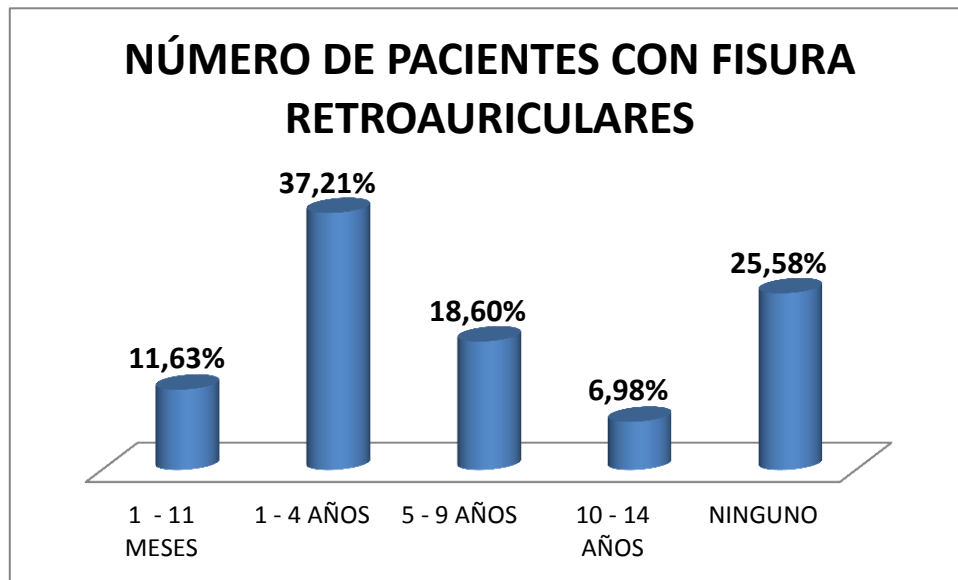


GRAFICO N° 11: Número de Pacientes con Fisura Retroauriculares

De acuerdo a la recopilación de datos se puede establecer que toda la población enferma se distribuye este criterio menor (Fisura Retroauriculares), sin embargo, el porcentaje mayor se establece en los niños de 1 – 4 años con el 53%.

Tabla 13  
**NÚMERO DE PACIENTES QUE DESCAMACIÓN DE PIEL  
 CABELLUDA**

INTERVALOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 11 MESES	5	4,65%
1 - 4 AÑOS	14	30,23%
5 - 9 AÑOS	4	13,95%
10 - 14 AÑOS	1	2,33%
NINGUNO	19	48,84%
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

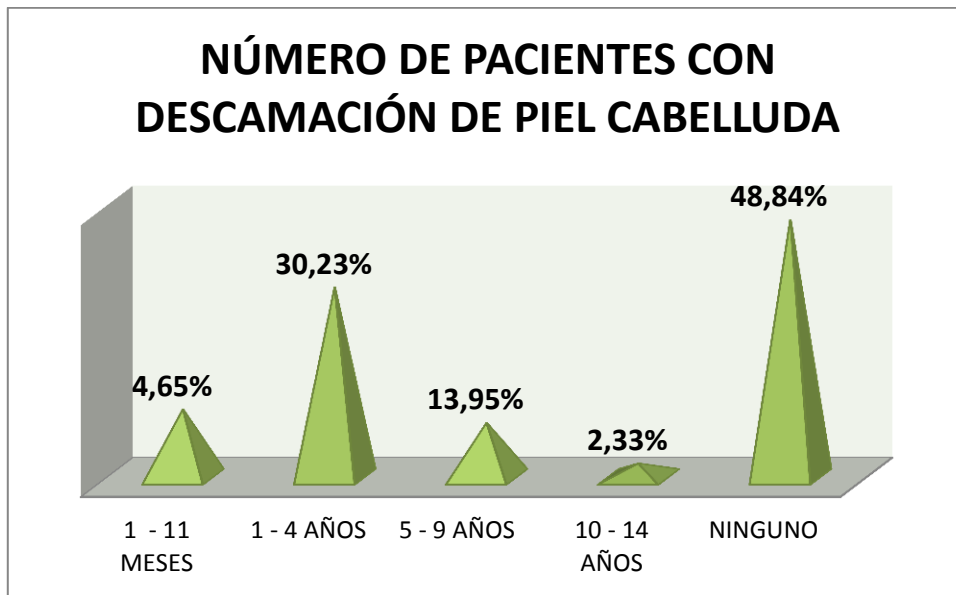


GRAFICO N° 13: Número de Pacientes con Descamación de Piel Cabelluda

De acuerdo a la recopilación de datos se puede establecer que de la población enferma los niños de 1 – 4 años tiene el más alto porcentaje en cuanto a la Descamación de Piel Cabelluda con un 33% que representa a 14 niños, sin embargo, 19 niños no presentan este padecimiento.

**FACTORES DE RIESGO CON PRESISPOSICIÓN GENÉTICA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, AÑO 2010**

TABLA 14

**FACTORES DE RIESGO CON PRE DISPOSICIÓN GENÉTICA**

TIPO DE ENFERMEDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
Antecedente de Rinitis	19	44,18%
Asma en los padres	9	20,9%
Conjuntivitis	14	32,5%
Urticaria	2	4,6%
DA en el padre y/o madre	10	23,2%

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

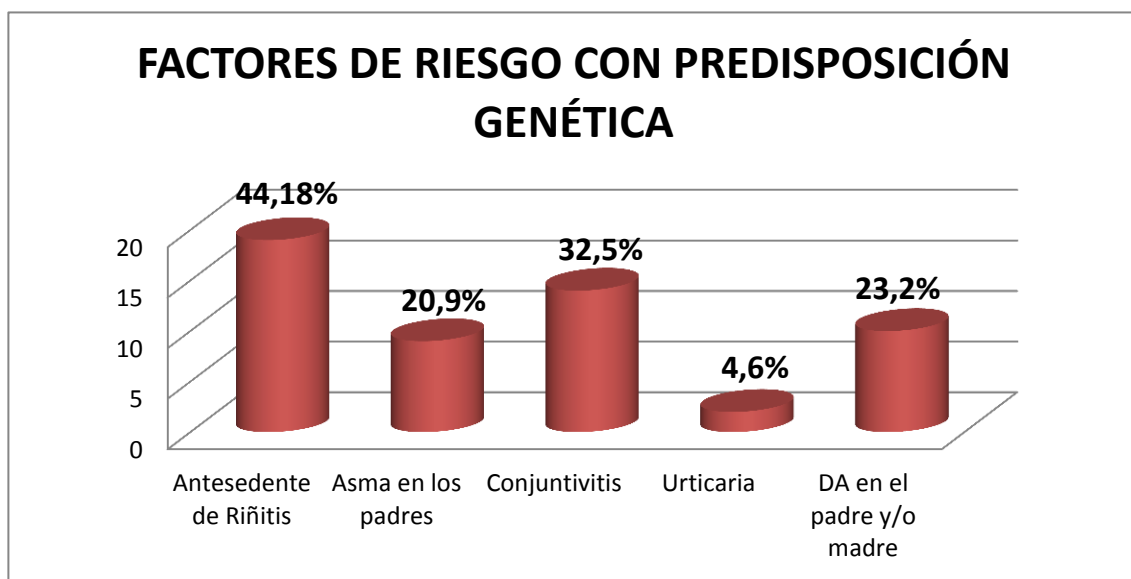


GRAFICO N° 14: Factores de Riesgo con Predisposición Genética

De acuerdo a la recopilación de datos se ha podido observar que a esta patología tiene gran pre disposición genética de padres a hijos; por lo que, se establece el siguiente esquema de aparición dentro de la población enferma: Rinitis Alérgica, Conjuntivitis, DA en el padre y/o madre, Asma y Urticaria; en orden de incidencia (de mayor a menor).



**FACTORES DE RIESGO DE ACUERDO AL AMBIENTE EN QUE VIVEN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, AÑO 2010**

TABLA 15  
FACTORES DE RIESGO DE ACUERDO AL AMBIENTE

AMBIENTES	PACIENTES	PORCENTAJE
Alergia a la picadura de himenópteros	19	44,18 %
Lactancia materna < 6 meses	23	53,48 %
Tabaquismo dentro del hogar	24	55,8 %
Humedad	18	41,8 %
Alfombra en el domicilio	21	48,8 %
Mascota Intradomiciliaria	25	58,1 %

Fuente: Entrevista en consulta externa HPGDR

Elaborado por: IRM. Leticia Jaya.

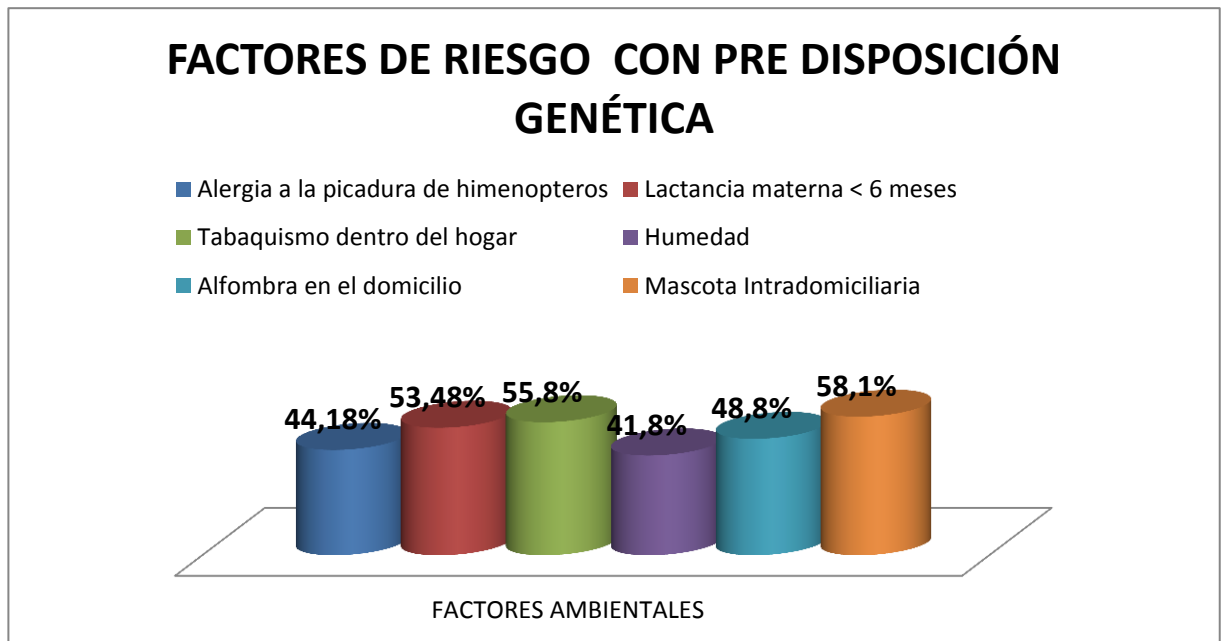


GRAFICO N° 15: Factores de Riesgo de Acuerdo al Ambiente

Según los datos recopilados sobre el ambiente en el que se desenvuelven los pacientes se ha podido demostrar que los factores de riesgo que pre disponen a la enfermedad son (de mayor a menor): Mascotas Intradomiciliarias, Tabaquismo dentro del Hogar, Lactancia Materna < 6 Meses, Alfombras en el domicilio, Alergia a la picadura de himenópteros, y Humedad, respectivamente.

### 3.5 DISCUSIÓN

La incidencia de dermatitis atópica detectada en esta investigación ha sido mayor a la reportada en trabajos locales previos <sup>11,12</sup> pero bastante cercana a los estudios internacionales <sup>13</sup>. Nuestra investigación se centró exclusivamente en un grupo poblacional infantil (con edades entre 2 meses a 15 años). Esto explicaría la cifra encontrada y su similitud con trabajos extranjeros que han informado frecuencia de dermatitis atópica entre el 10 al 20% en poblaciones pediátricas. Justamente la incidencia absoluta de la presente investigación que corresponde al 13,65%.

Otro elemento importante que se ha puesto en práctica es la utilización de los criterios diagnósticos de Seymore los cuales ofrecen ventajas sobre los criterios de Williams al permitir evaluar otras condiciones y características relacionadas con la enfermedad. Tal es así que el Prurito “Único criterio mayor en el método de Williams” fue un hallazgo no tan frecuente en comparación con la afectación nasal a pesar de que la enfermedad es pruriginosa, en poblaciones infantiles la valoración de este síntoma puede ser complicado, por lo que su empleo como único de los pilares diagnósticos podría provocar que algunos posibles casos pasen desapercibidos.

Los datos que hacen referencia a la incidencia real de la DA son variados e incluso contradictorios porque los criterios diagnósticos y de valoración no están estandarizados (se utilizan desde cuestionarios más o menos completos hasta una meticulosa exploración); en vista de aquello hemos tratado de evitar esta situación tan engorrosa, aplicando criterios diagnósticos modificados adaptados a nuestra realidad.

Los casos de hipersensibilidad y los otros factores medio ambientales han sido mencionados como predisponente para el desarrollo de la DA por varios

autores <sup>11,14</sup> por las características socio económicas y culturales de nuestra población se pudo establecer el riesgo asociado de estos factores, un ejemplo sería la alimentación con leche materna la cual constituye un factor de protección cuando se la recibe durante los primeros 6 meses de edad, mientras que su remplazo precoz por formulaciones incrementaría el riesgo, en algunos estratos de nuestra sociedad aún es probable que exista un menor empleo de fórmulas para sustituir la lactancia materna, en contra posición que ocurre en los países desarrollados. Pero nuestra población infantil sobre todo aquella del sector urbano es evidente que influyen otros factores como: mascotas intradomiciliarias, el tabaquismo de los padres y elementos acumuladores de polvo como alfombras, humedad.

La patología que ha sido objeto de este estudio es reconocida internacionalmente como un problema de salud pública debido a sus características y curso clínico <sup>15</sup>. Conocer de mejor forma su frecuencia y las condicionantes de la misma en nuestro medio debe ser considerado prioritario por parte del personal sanitario particularmente por quienes cumplen actividades en el campo de la pediatría.

# CAPITULO 4

## CONCLUSIONES

- Con la presente investigación se demostró que no es tan cierto que la DA. se presenta más en Paises Industrializados; ya que al determinar la incidencia de un 13.65% de una población de 315 niños. Estamos en niveles podría decir igual o hasta superiores que el del resto de Países donde se maneja un 10 a 15% de la población pediátrica. Por lo tanto es preocupante para la generación venidera de médicos así como para la población en general.
- Así mismo queda comprobado que los niños de la zonas urbanas tienen más incidencia de DA. Que los dela zona rural asumiendo lo expuesto por autores anteriormente que debido al exceso de higiene en los niños y la poca exposición a diversos alérgenos. Permite que se predisponga más a la enfermedad.
- También se comentó de la predisposición genética a la enfermedad cuando los padre poseían alguna enfermedad alérgica. Pues esto también queda demostrado ya que 19 niños de los 43 tiene padres riniticos
- Se ha demostrado que los niños que conviven con mascotas dentro del hogar presentan una mayor incidencia de Dermatitis Atópica.
- El manejo de la dermatitis atópica depende de las condiciones basales del paciente, de las expectativas del mismo y del momento en que se presente.
- Habiendo demostrado la gran incidencia de la patología en estudio se concluye que la dermatitis atópica ya no se la considera sino que es un problema se salud pública.

## RECOMENDACIONES

- De acuerdo con los resultados que se obtuvo de esta investigación se recomienda a los padres poner más atención en el cuidado de la piel de sus niños, más aún cuando éstos sufren de enfermedades alérgicas e inmunológicas que pueden predisponer a desarrollar la Dermatitis Atópica.
- Los médicos deben prestar atención a la piel, en una entidad patológica, no como un órgano aislado, sino como el sitio en que puede estar aflorando un conjunto de alteraciones sistémicas; habiendo demostrado la gran incidencia de esta patología sugerimos que se incentiven a los padres de familia a que se establezca un cuidado riguroso de la piel ya que está expuesta a enfermedades.
- De acuerdo al índice alto de padres fumadores y a sabiendo que influye en gran magnitud en el desarrollo de la enfermedad, se recomienda de ser posible eliminar este mal hábito, pero de no ser así, fumar fuera de la casa y alejado de los niños.
- Las mascotas intradomiciliarias son de gran utilidad dentro de los hogares; sin embargo, también son agentes pre disponentes por lo que se recomienda evitar tenerlas dentro de la casa, se debe establecer un lugar apropiado fuera del domicilio.
- Al considerarla un problema de salud pública nos compete a todo el personal que labora en la misma hacer uso adecuado de criterios diagnósticos eficaces y oportunos para el diagnóstico del mismo y así disminuir sus secuelas y mejorar la calidad de vida de estos pacientes

## BIBLIOGRAFÍA

1. BEHRMAN Richard E.KLIEGMAN Robert, JENSON Hal B; Nelson Tratado de Pediatría; Elsevier; 17ª edición.
2. BUESTAN Anita, Artículo de Investigación: Prevalencia de dermatitis atópica en niños que acuden a una guardería de la ciudad de Quito, pag 37 - 39
3. CHIRIBOGA Villaquiràn Enrique, TEJADA Pazmiño Luisa, Pediatría Clínica en la Práctica Médica, EDIMEC, Tercera edición 1997.
4. Datos obtenidos en la consulta externa de pediatría del HPGDR.
5. NELSON, Tratado de Pediatría, Elsevier, décimo séptima edición, pag 775 – 778.
6. ROBERTSON Jason, SHILKOFSHI Nicole; Manual Harriet Lane de Pediatría; Elsevier; Decimoséptima edición.
7. BEIRANA Angélica Palencia, Dr. Ramón Ruiz-Maldonado <http://www.DERMATITIS-ATOPICA.mht>
8. BEERS NH, Berkow R et al. Manual Merck (edición española) 10ª edición. Madrid. Merck &Co. Inc. 2006 pag. 134 – 141
9. M. CRUZ, Tratado de Pediatría, Elsevier 17ª edición pag. 175 – 178
10. FLORES Francisco El eczema o dermatitis atópica M.D, <http://www.todobebe.com/salud-familiar/preguntanos/el-eczema-o-dermatitis-atopica-1509>
11. CAÑARTE C, TRUJILLO R, LEGÑA M, PALACIOS S, Correlacion Clinica Con Dermatitis Atópica Y Los Niveles De IgE. Revista dermatológica 1999; pag. 24 – 27
12. CAÑARTE C, CABRERA F, PALACIOS S, Epidemiología De La Dermatitis Atópica En El Distrito Metropolitano De Quito. Revista dermatológica 2004; Pág. 6 – 9

13. MAGAÑA M. Guía de Dermatología Pediatra. 1º Edición. Argentina: Editorial Panamericana S.A., 2000, pag. 43-51
14. MORENO J. Revisión: Dermatitis Atípica. Alergol inmunol clin 2000: Pág. 279
15. LEUNG D, Bieber T. Atopic Dermatitis. Lanced 2003 Pag. 60, 151
16. ALVARES José, Estadística Aplicada a Proyectos, Segunda edición 2005 Pág. 22 - 34



# ANEXO

## ENCUESTA

Nombre:..... Lugar de Nacimiento:.....  
Edad:..... Residencia habitual:.....  
Sexo:..... Nivel Educativo:.....

### DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso:                      Talla:                      PC (≤ 2 años):  
Seno materno exclusivo:  .....  
Otro tipo de Alim. Formula  Coladas  Leche de vaca

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Rinitis  .....                      Conjuntivitis Alérgica  .....  
Asma:  .....                      Dermatitis Atópica  .....  
Alergia a la picadura de himenópteros                       Urticaria  .....  
Fumadores: ..... Tipo de vivienda:.....  
Madre Fumadora durante la gestación:..... Humedad.....  
Tienen mascotas intradomiciliaria: ..... Pisos Alfombrados.....

### CRITERIO SEGÚN SEYMORE

Criterios >	Criterios <
• Prurito <input type="checkbox"/>	* Xerosis <input type="checkbox"/>
• Afectación Nasal <input type="checkbox"/>	* Hiperlineabilidad palmar <input type="checkbox"/>
	* Acentuación Perifolicular <input type="checkbox"/>
	* Fisuras retroauriculares <input type="checkbox"/>
	* Descamación de piel cabelluda <input type="checkbox"/>