



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MÉDICO GENERAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD CON  
DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA A  
DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE  
RIOBAMBA EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2017 – MAYO 2018**

**AUTOR(ES): BARROS CHAFLA CRISTIAN GEOVANNY**

**CASTILLO OROZCO JORDAN ANÍBAL**

**TUTOR: DR. CARLOS MARTÍNEZ**

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**AÑO 2018**

## ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

### CERTIFICACIÓN

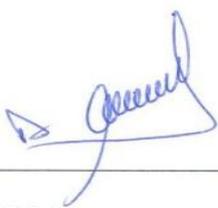
Mediante la presente los miembros del TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA A DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2017 – MAYO 2018”, realizado por los señores Cristian Geovanny Barros Chafla y Jordan Aníbal Castillo Orozco, y dirigido por: Dr. Carlos Alberto Martínez Fiallos. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, agosto 2018

Dr. Wilson Nina

**PRESIDENTE**



---

FIRMA

Dra. Patricia Chafla

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



---

FIRMA

Dr. Ángel Mayacela

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

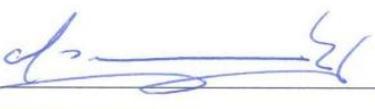


---

FIRMA

Dr. Carlos Martínez

**TUTOR**



---

FIRMA

## **ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Médico General con el tema: “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA A DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2017 – MAYO 2018”, ha sido elaborado por Cristian Geovanny Barros Chafra y Jordan Aníbal Castillo Orozco, el mismo que ha sido asesorado permanentemente por el Dr. Carlos Alberto Martínez Fiallos en calidad de Tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'cd. Martínez', is written over a horizontal line.

Dr. Carlos Martínez

CI: 180289106-7

**TUTOR**

## DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, Cristian Geovanny Barros Chafla y Jordan Aníbal Castillo Orozco

Somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo,

Los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Cristian Geovanny Barros Chafla

C.I. 060394993-4



Jordan Anibal Castillo Orozco

C. I. 06040979-9

## **AGRADECIMIENTO**

Por Cristian Barros:

Le agradezco en primer lugar a mi Dios, que siempre ha estado en los buenos y malos momentos de mi vida; a mi madre Elvia Chafra quien con su amor y valores que me inculcó, me enseñó que en ésta vida nada es fácil y que para superarse hay que esforzarse al máximo; a mi Padre Luis Barros quien a pesar de las dificultades que hemos pasado durante éste duro y a la vez hermoso camino, hemos luchado con mucho amor para sobresalir de las adversidades; los cuales me han brindado como regalo máspreciado la vida y mis estudios; y a mis hermanos Mariela, Néstor y a toda mi familia, que nunca me dejaron en ningún momento durante toda mi fuerte y larga carrera universitaria de medicina que ahora la estoy culminando.

Por Jordan Castillo:

Gracias a Dios por haberme dado salud, vida y una familia en la cual me siento apoyado, mi Padre Aníbal Castillo quien a pesar de problemas familiares que he pasado me ha apoyado económicamente en mis estudios, a mi Madre Isabel Orozco, que, con sus enseñanzas, consejos, responsabilidad, fuerza, confianza en mí mismo, comprensión y sobre todo el amor, que nunca se alejó de mi lado que ha estado conmigo en las buenas y en las malas, ayudándome a emprender este reto en mi vida de ser Medico. De igual forma doy gracias a todos mis maestros, tutores y compañeros que me han enseñado y compartido sus conocimientos y por haberme permitido compartirles de igual manera.

## **DEDICATORIA**

A nuestros queridos maestros médicos quienes con sus conocimientos y enseñanzas nos inculcaron todos los valores morales, éticos y profesionales, los cuales serán puestos en práctica en todo momento.

Así mismo a la Universidad Nacional de Chimborazo y al Hospital Provincial General Docente Riobamba que han colocado su aporte importante dentro de ésta investigación, colaborando de la manera más humilde y desinteresada, los mismos que nos llevarán a obtener el éxito deseado, con la realización de este trabajo de investigación.

## ÍNDICE GENERAL

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA A DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA EN EL PERÍODO DICIEMBRE 2017 – MAYO 2018.....	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
ACEPTACIÓN DE LA TUTORIA .....	III
DERECHO DE AUTORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA .....	VI
ÍNDICE GENERAL.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS .....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
CAPÍTULO I.....	XII
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO II .....	5
2. OBJETIVOS .....	5
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
CAPÍTULO III.....	6
3. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	6
3.1. DERMATITIS ATÓPICA.....	6
3.1.1. DEFINICIÓN .....	6
3.1.2. HISTORIA.....	6
3.1.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	7
3.1.4. HIGIENE.....	7
3.1.5. FISIOPATOGENÍA .....	8
3.1.5.1. Alteración de la función de barrera cutánea .....	8
3.1.5.2. Alteración genética .....	10
3.1.5.3. Alteraciones en los mecanismos inmunitarios.....	10
3.1.5.4. Inmunidad innata y agentes infecciosos .....	11

3.1.5.5. Inmunidad adquirida.....	12
3.1.6. ALÉRGENOS ALIMENTARIOS Y AMBIENTALES.....	13
3.1.7. TIPOS DE DERMATITIS ATÓPICA .....	13
3.1.8. CALIDAD DE VIDA .....	13
3.1.8.1. Mejorar la calidad del paciente con dermatitis atópica.....	14
3.1.8.2. Educación terapéutica para ayudar a los niños y sus familias a cumplir mejor las metas medicas .....	15
3.1.9. LA VITAMINA D COMO EXACERBADOR DE LA DERMATITIS ATOPICA ...	15
3.1.10. CLÍNICA .....	16
3.1.10.1. Clasificación de las lesiones .....	16
3.1.10.2. Etapas o fases clínicas de la dermatitis atópica .....	16
3.1.11. DIAGNÓSTICO .....	17
3.1.11.1. Diagnóstico diferencial.....	18
3.1.12. TRATAMIENTO .....	18
3.1.12.1. Principios de tratamiento .....	18
3.1.12.2. Mantenimiento del cuidado de la piel.....	19
3.1.12.3. Terapia tópica .....	19
3.1.12.4. Terapia sistémica .....	20
3.1.12.5. Nuevas estrategias terapéuticas .....	20
CAPÍTULO IV .....	21
4. METODOLOGÍA .....	21
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	21
4.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	23
4.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
4.1.3. VARIABLE DEPENDIENTE.....	23
4.1.4. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	23
4.1.5. ASPECTOS ÉTICOS .....	24
4.1.6. CONFLICTOS DE INTERÉS .....	24
CAPÍTULO V .....	25
5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	25
5.1. DISCUSIÓN .....	37
CAPÍTULO VI.....	42
CONCLUSIONES .....	42
RECOMENDACIONES .....	44

CAPÍTULO VII .....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	48

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA .....	25
Tabla 2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL PACIENTE .....	26
Tabla 3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DEL PACIENTE.....	27
Tabla 4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	27
Tabla 5 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN DE LESIONES .....	28
Tabla 6 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE EN RELACIÓN A LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES .....	29
Tabla 7 DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDADES RESPIRATORIAS .....	30
Tabla 8 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO – CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL .....	31
Tabla 9 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE EDAD DEL PACIENTE – DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO ESCOLAR.....	32
Tabla 10 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE EDAD DEL PACIENTE – ACEPTACIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR .....	34
Tabla 11 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE ACEPTACIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR – DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO ESCOLAR .....	36

## RESUMEN

**Contexto:** La Dermatitis atópica es una enfermedad crónica de la piel que se presenta desde la infancia en donde se han implicado factores genéticos caracterizado por una hipersensibilidad que hace que la persona que padece sea susceptible a enfermedades mediadas por la IgE. Su sintomatología empieza con piel seca, prurito, eritema, pápulas, descamación, exudación y liquenificación, la misma que podría ser tan intensa que puede llevar a una alteración en la calidad de vida del paciente pediátrico.

Es más prevalente en la infancia, presentando con mayor frecuencia antes de los 5 años, generalmente empieza después del tercer mes de vida y la mayoría se lo diagnostica antes del año.

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica y un examen físico completo basándose principalmente en las características clínicas de la enfermedad.

La base del tratamiento es el cuidado de la piel, también se indica el uso de emolientes tópicos, corticoides, antihistamínicos y antibióticos de ser necesario.

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes de 1 a 5 años de edad con dermatitis atópica que acuden a consulta externa a dermatología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el período diciembre 2017 – mayo 2018.

**Materiales y métodos:** Para el estudio de ésta patología sobre la calidad de vida, se realizó un estudio de campo con un alcance de investigación exploratorio, descriptivo, prospectivo y correlacional. Cuya población de estudio se conformó por pacientes de 1 a 5 años con diagnóstico de Dermatitis Atópica, obteniendo información de la entrevista clínica.

**Lugar y Sujetos:** Hospital General Docente Riobamba, pacientes de 1 a 5 años de edad.

**Mediciones Principales:** Edad, sexo, calidad de vida.

**Resultados:** Se contó con un universo o población de 134 pacientes, y se trabajó con una población identificada siendo ésta de 71 pacientes diagnosticados de Dermatitis Atópica, de los cuales 30 pertenecen al género masculino y 41 al femenino, 5 pacientes presentaron cambios en el estado emocional.

**Palabras clave:** Dermatitis atópica, emolientes tópicos, liquenificación.

## ABSTRACT

**Context:** Atopic dermatitis is a chronic skin disease that it has been presented since childhood. It involves genetic factors characterized by a hypersensitivity, which leads the child who suffers this skin disease, may be susceptible to IgE-mediated diseases. Its symptoms begin with dry skin, itching, erythema, papules, peeling, exudation and lichenification, which could be as intense that can lead to variations in the pediatric patient's quality of life. It is more relevant in childhood. It is frequently presented before the age of five. It usually begins after the third month old and the majority of cases are diagnosed under the age of one year. The diagnosis is based on a good medical history and a thorough physical examination based primarily on the clinical features disease. Skin care is the base of the treatment, and the use of topical emollients, corticosteroids, antihistamines and antibiotics is also indicated if necessary.

**Objective:** To determine the quality of life in patients from ages one to five with atopic dermatitis who attend the outpatient department in Dermatology Area in the “Hospital Provincial General Docente Riobamba from December 2017 to May 2018.”

**Materials and methods:** For the study of this pathology about the quality of life, a field study was carried out with an exploratory, descriptive, prospective, and correctional research. Its study population was formed by patients from one to five years old with a diagnosis of Atopic Dermatitis, obtaining information from clinical interview.

**Place and population:** patients from one to five years old of “Hospital Provincial General Docente Riobamba from December 2017 to May 2018.”

**Main features:** age, sex, quality of life

**Results:** There was a sample of 134 patients. It has worked with 71 patients with Atopic Dermatitis diagnosed, of which 30 are male and 41 female, five patients presented changes in their emotional state.

**Keywords:** Atopic dermatitis, topical emollients, lichenification.



Reviewed by: Solís, Lorena

Language Center Teacher

## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica, conocida comúnmente como eccema, es una enfermedad recidivante y crónica, y a menudo una enfermedad inflamatoria de la piel intensamente pruriginosa. (1). Según la crónica del historiador Suetonio, el emperador Octavio Augusto padecía de Dermatitis Atópica, donde narra que Augusto tenía ““Mucho picor en la piel, rinitis estacional y opresión torácica”. (2)

Ésta enfermedad se trata de un trastorno crónico y muy prolongado, caracterizado por piel seca, irritable y descamativa que evoluciona a modo de brotes y que provoca síntomas muy molestos, además puede haber lesiones de forma y distribución específica según la edad, relacionan con diferentes factores causales, no existe curación conocida, por lo que lo principal es el cuidado periódico y homogéneo de la piel. (3)

Un estudio epidemiológico en los Estados Unidos utilizando datos estadísticos sugirió que la prevalencia pediátrica es al menos de 10%. Ésta enfermedad afecta principalmente a los niños y se produce antes de los 1 y 5 años en un porcentaje de 65% y 85% de los niños afectados (1)

El motivo a realizar ésta investigación se debe que, en muchos estudios describen que ésta enfermedad tiene “implicaciones en la calidad de vida relacionada con la salud porque afecta al sueño, al trabajo y relaciones sociales” (4), además que experimentan ansiedad y sufrimiento. La cual afecta el bienestar psicológico y su capacidad funcional y por ser de tendencia prolongada puede producir deterioro psicológico, físico y social (5).

Con el objetivo de conocer la calidad de vida que llevan los pacientes que padecen Dermatitis Atópica, su relación a su entorno diario de vivir tanto para la familia como para el paciente y mediante lo propuesto conocer que determinantes facilitan un adecuado manejo y control de ésta enfermedad. El tipo de investigación que se empleó, fue un estudio de campo, porque la población fue conformada por pacientes, que asisten al servicio de consulta externa, además de tipo exploratorio, adquiriendo mayor conocimiento sobre la Dermatitis Atópica, llevada a cabo a través de un estudio

descriptivo y correlacional, a describir la enfermedad y la característica de la población identificada que padecen esta enfermedad.

En cuanto al proceso para tratar la dermatitis atópica, ya que es una enfermedad multifactorial, se hace muy difícil porque intervienen diferentes mecanismos inflamatorios y auto inflamatorios por lo que se ha dado bien beneficioso el uso de emolientes, combinados o solos con esteroides, análogos de vitamina D3 e inhibidores de la calcineurina entre otros. (6).

Para el desarrollo de la presente investigación, el mismo quedo estructurado de la siguiente manera:

**Capítulo I:** Incorpora la introducción, el planteamiento del problema, que expone la situación actual del problema que se procedió a estudiar y tratar de dar solución, de una forma científica. Éste apartado menciona también la justificación, que realza la importancia del proyecto.

**Capítulo II:** Integra los objetivos de la investigación, que exponen, los pasos lógicos y secuenciales, organizados y previamente establecidos, que guían el proceso de investigación.

**Capítulo III:** Presenta los fundamentos teóricos, que fundamentan el estudio, obtenido a través de la indagación en diversos documentos relacionados al tema en estudio.

**Capítulo IV:** Sobre la Metodología, la cual fue exploratoria, descriptiva, correlacional, en un diseño no experimental transversal, en un tipo de investigación de campo, muestra el tipo y los criterios de inclusión y exclusión, y las variables inmersas en el estudio, también agrega los aspectos éticos del estudio, basados en la aceptación de cada elemento de la muestra de participar libremente en el proyecto planteado.

**Capítulo V:** Comprende el análisis e interpretación de los resultados, donde se presentan la frecuencia y porcentaje referida a la intensidad de respuesta obtenida sobre las preguntas que se le presentaron. Con base a éstos resultados, se plantean las conclusiones y se procedió a señalar las recomendaciones pertinentes, que refieren la solución al problema planteado. Se culmina, el documento escrito de la investigación, agregando las referencias bibliográficas que soportaron el estudio, y los anexos que reflejan el proceso que se llevó a cabo.

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El trabajo consiste en determinar la calidad de vida de los niños con esta patología, por lo que se tomó como población identificada al grupo comprendido entre 1 a 5 años que llegaban en compañía de sus padres o representantes a quienes se les extendió una explicación clara acerca de la enfermedad: naturaleza, factores provocadores, pronóstico, comportamiento, tipos de tratamiento, riesgos y beneficios y qué se espera de él, así como también se compartió consejos que ayudarán a mejorar la calidad de vida de los pacientes con la patología como son evitar el contacto con factores provocadores: irritantes (jabones, detergentes, lana, mascotas), alimentos, alérgenos ambientales (polvo casero).

La presente investigación tiene como objetivo determinar la calidad de vida en niños con dermatitis atópica para poder conocer los factores que agravan dicha patología, así como también conocer los determinantes que facilitan un adecuado manejo y control de la enfermedad. Éste trabajo se realizó en niños cuyas edades comprenden entre 1 a 5 años y que asistieron a consulta externa de Dermatología del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Debido a que la dermatitis atópica es un problema de salud muy frecuente en nuestro medio, y que ha venido creciendo en los últimos años, nos ha llamado la atención realizar un estudio que permita dar a conocer los estilos de vida que llevan los niños con ésta enfermedad, más aun conociendo que los primeros años son cruciales en la vida de una persona.

Se ha recabado información necesaria para obtener fundamentos sobre éste estudio, pero en la región en estudio, no se disponen de datos estadísticos sobre la dermatitis atópica. Lo que justamente ha generado, un interés particular por conocer el número de casos diagnosticados, de dermatitis atópica, en la consulta externa de dermatología del Hospital Provincial General Docente Riobamba, con la finalidad de poder tener un claro panorama, sobre la incidencia de la patología en éste medio, así como lograr adicionalmente, obtener datos sobre los estilos de vida que llevan los niños diagnosticados de la patología, para posteriormente discernir, entre los factores que controlan y los que agravan la enfermedad estudiada.

El impacto de la dermatitis atópica sobre la familia de los pacientes radica en las perturbaciones de su funcionamiento físico y emocional, además de un mayor

gasto económico y cambios la calidad de vida. Estas perturbaciones se deben a que los afectados por esta enfermedad necesitan mayores cuidados ya que presentan alteraciones en el sueño, en su comportamiento y por una mayor predisposición a infecciones que son frecuentes en estos individuos.

Debido a esto requieren atención médica constante para la prevención y atención de la patología y de posibles complicaciones que pudieren presentarse en lo posterior.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La finalidad de este estudio es determinar la calidad de vida en pacientes de 1 a 5 años de edad con dermatitis atópica que acuden a consulta externa a dermatología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo diciembre 2017 – mayo 2018. Con la finalidad de brindar datos estadísticos sobre esta patología, los cuales guiará al Hospital Provincial Docente de Riobamba, a una referencia sobre dicha afección en los pacientes atendidos en esta institución, estableciéndose a su vez que el presente estudio, servirá como referencia para investigaciones futuras.

Así mismo, establecer el requerimiento en la atención médica constante para la prevención y atención de la patología y de posibles complicaciones que pudieren presentarse en lo posterior. La importancia de esta investigación se fundamenta en que en la localidad implicada, no existen estudios previos sobre la calidad de vida, su prevalencia y comorbilidad frecuentes.

En éste sentido, los beneficiarios del presente proyecto serán los estudiantes y profesionales de salud que requieren conocer datos actualizados sobre la enfermedad Dermatitis Atópica, y de cómo esta enfermedad se propaga en la región inmersa en este estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **2. OBJETIVOS**

#### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la calidad de vida en pacientes de 1 a 5 años de edad con dermatitis atópica que acuden a consulta externa a dermatología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo diciembre 2017 – mayo 2018.

#### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar los factores predominantes que demuestran la calidad de vida en pacientes con Dermatitis Atópica.
- Puntualizar la prevalencia de la dermatitis atópica en pacientes de 1 a 5 años que acuden a la consulta externa de dermatología del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo establecido de la investigación.
- Determinar las principales causas y los factores predisponentes que desarrollan la Dermatitis Atópica en los infantes.
- Establecer la ubicación anatómica más frecuente de aparición de las lesiones de la Dermatitis Atópica.
- Precisar si los factores asociados a enfermedades respiratorias guardan relación para la aparición de la patología.
- Especificar la influencia de la dermatitis atópica y los trastornos del comportamiento.
- Analizar la repercusión de la Dermatitis Atópica a nivel escolar.
- Comprobar el grado de incidencia de la Dermatitis Atópica dentro de los indicadores sexo y edad de la población que integra la población identificada en estudio.
- Identificar los factores predominantes que inciden en la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica.

## CAPÍTULO III

### 3. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 3.1. DERMATITIS ATÓPICA

##### 3.1.1. DEFINICIÓN

La dermatitis atópica, se considera la enfermedad inflamatoria pruriginosa y crónica de la piel de aparición temprana en edad infantil con edad de inicio de los tres a los seis meses, y más de la mitad de los niños desarrollan esta patología antes de los seis años, sin embargo, también se presenta en los adultos. La erupción está caracterizada por pápulas pruriginosas que posterior se vuelven en excoriaciones y luego se liquenifican provocando un prurito intenso, sequedad en la piel y estas lesiones cutáneas cursan con brotes provocando un gran impacto en la vida de los pacientes. Se asocia a niveles de inmunoglobulina sérica elevada y a antecedentes personales o familiares de alergias como en el caso específico de asma o rinitis. (7)

Atopia es la predisposición a una anormal reacción inmunitaria mediada por la inmunoglobulina E (IgE) frente a diferentes antígenos alérgicos o ambientales, por lo que hay una hiperproducción de IgE específicas en el suero o por hiperreactividad cutánea mediada por IgE revelada por pruebas cutáneas, es decir un estado de hipersensibilidad inespecífica que predisponen a personas que lo padecen cuadros de asma, dermatitis, rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica. (8)

##### 3.1.2. HISTORIA

Según la crónica del historiador Suetonio, el emperador Octavio Augusto padecía de Dermatitis Atópica, donde narra que Augusto tenía ““Mucho picor en la piel, rinitis estacional y opresión torácica”. (2)

Las primeras descripciones de la dermatitis atópica no existían hasta en el siglo XIX. Se utilizó como primer término neurodermatitis difusa, prurigo eccema constitucional, prurigo distésico de Besnier o eccema endógeno. El término Atopia fue utilizado por vez primera por Coca en el año de 1923, el cual describe un grupo de manifestaciones asociadas dermatitis atópica, asma, rinitis, sin embargo, no fue hasta que, en años de 1980, Hanifin y Rajika publicaron los criterios clínicos en la cual ya se permitió establecer el diagnóstico de dermatitis atópica. (9)

### **3.1.3. EPIDEMIOLOGÍA**

En el Ecuador se realizó un estudio ISAAC III en Quito en los años 2003 y 2004, en el cuestionario internacional se valoró los síntomas de eccema, diagnosticado su atopia y el inicio precoz antes de los dos años de edad, reporto que en Quito es una ciudad con alta prevalencia de Dermatitis atópica frecuentes entre edades de 6 a 7 años de edad y en adolescentes de 13 y 14 años de edad, mostrando un porcentaje del 27% en niños y un 7% en los adolescentes. (3)

Un estudio epidemiológico en los Estados Unidos utilizando datos estadísticos sugirió que la prevalencia pediátrica es al menos de 10%. Esta enfermedad afecta principalmente a los niños y se produce antes de los 1 y 5 años en un porcentaje de 65% y 85% de los niños afectados (1)

En el estudio realizado por Faruk en el año 2011 en la cual se correlacionó los niveles de IgE con el índice Scordad encontró una relación significativa entre los valores de IgE y la severidad de los síntomas de Dermatitis Atópica en una serie de 62 pacientes. (10)

Existe un estudio realizado en el Centro de la Piel de la ciudad de Quito (CEPI) por Arévalo Jaramillo María Daniela y Sánchez Vaca Felipe de 81 pacientes, donde se concuerda que existe una correlación de la IgE comparada con el SCORAD. (11)

Según estudios en Chile reporta que la primera manifestación de esta patología comienza luego del tercer mes de vida, con porcentaje de un 45% antes de los seis meses, de un 60% antes del año y un 85% antes de los 5 años, hasta los seis años afecta a ambos sexos, posterior es más frecuente en mujeres (12)

### **3.1.4. HIGIENE**

Según procesos alérgicos en el año de 1989 David Strachan formula una hipótesis de higiene, quien describe que en niños criados en familias con gran número de hermanos disminuye la frecuencia de exposición temprana a los alérgenos medioambientales y agentes infecciosos, en la cual explica que en el caso de Dermatitis atópica hay un desbalance entre las respuestas Th2 “responsable de la inmunidad innata en la atopia” y Th1 (responsable de la inmunidad adquirida), por lo que los niños con una higiene más adecuada tendrían una menor producción de Th1 y una mayor producción de Th2 que

media la formación de interleuquinas 4,5 y 13 estas estimulan la diferenciación de eosinófilos y el balance de la elevación de IgE. (13)

### **3.1.5. FISIOPATOGENÍA**

La dermatitis atópica, se refiere a una disfunción en la barrera cutánea, que genera un desequilibrio en la homeostasis epidérmica, presentando a su vez, variaciones en las funciones inmunológicas, tanto innatas como adquiridas, al ser multifactorial interviene diversos aspectos genéticos, inmunológicos infecciosos, neuroendocrinos, metabólicos y medio ambientales por lo que da lugar a distintas manifestaciones clínicas. (13)

En cuanto, a los factores que evidencia la presencia de la patogénesis de la Dermatitis atópica, se tienen que son:

#### **3.1.5.1. Alteración de la función de barrera cutánea**

Permeabilidad de la barrera epidérmica:

La función de barrera de la piel es muy importante y guarda relación con el desarrollo de múltiples enfermedades entre ellas la Dermatitis atópica. (13)

La barrera cutánea desempeña un papel de protección contra diferentes microorganismos patógenos y los alérgenos, además también tiene la función de termorregulación, la estructura epidérmica más importante es el estrato corneo quien mantiene un adecuado funcionamiento de la barrera cutánea. (8). La epidermis es la primera línea de defensa del cuerpo con el medio ambiente, una epidermis intacta evita que microorganismo, alérgenos e irritantes ambientales penetren, está determinada por interacciones de corneocitos, queratinocitos y proteínas estructurales y lípidos, cualquier alteraciones de estos componentes por defectos de disminución de humedad, alteración de PH, factores hereditarios pueden intervenir en el funcionamiento normas de esta barrera y no ser efectiva, esta interrupción abre el paso a que agentes antigénicos e irritantes penetren la piel y que entren en contacto con células de la inmunidad dando liberación de mediadores proinflamatorios. (7)

Las personas afectadas por la dermatitis atópica tienen una función de barrera cutánea defectuosa tanto en zonas de piel lesionadas como en las no lesionadas, sobre

todo en defecto por una disminución de cantidad de ceramidas cutáneas y el incremento de cantidad de agua perdida conocida. (8)

En esta función el proceso de diferenciación epidérmica da lugar a varios componentes de esta barrera, pero por diversas alteraciones genéticas o adquiridas se encuentra alterado, la mayoría de los defectos genéticos se debe a mutaciones en los genes asociados al “complejo de diferenciación epidérmica” entre estos se encuentra el gen filagrina (FLG). (13)

La filagrina es una proteína que forma parte de la estructura de la epidermis y desempeña un papel fundamental en la preservación de la función de la barrera de la epidermis, la filagrina se deriva de la escisión de la protilagrina y su degradación libera diversos componentes denominados “factores hidratantes”, haciendo que impida la penetración de alérgenos, manteniendo un nivel óptimo de hidratación cutánea y que esta permanezca intacta. (8) (13)

Esta degradación disminuye el PH de la epidermis e inhibe la acción de proteasas epidérmicas, una mutación doble inactivadora del gen de filagrina determina la ausencia de esta en la piel por lo que conduce a una disfunción de la barrera de la piel y pérdida transepidermica de agua haciendo que la piel este seca por lo que es el origen de la ictiosis vulgar, la cual se presenta con resequedad cutánea con escamas e hiperlinealidad palmar, las personas con esta patología están también afectados por dermatitis atópica más de un 50% de los casos, estas mutaciones aumentan el riesgo de tener resequedad cutánea toda la vida, así como también el riesgo de penetración de antígenos a través de la piel y reacciones alérgicas cutáneas inmediatas. (8)

Otra probabilidad es la alteración del componente lipídico de la barrera cutánea, principalmente el contenido de ceramidas, las alteraciones de la reducción de barrera del estrato corneo lleva a: (13)

Disminución de ceramidas y ácidos grasos, disminución en la producción del factor humectante natural favoreciendo el aumento de pérdida transepidermica, disminución de antimicrobianos lo cual favorece que las bacterias se adhieran a la piel, un aumento en el paso de antígenos exógenos, los cuales producen al entrar en contacto con el sistema inmune genera respuestas inmunológicas inadecuadas. (13)

### **3.1.5.2. Alteración genética**

Antiguamente la dermatitis atópica era considerada como una enfermedad inmunológica, pero en los recientes estudios se ha demostrado la asociación en la mutación de genes que codifican diferentes componentes del estrato corneo, por lo cual alteraciones en la barrera cutánea son los que desencadenarían o favorecerían la alteración inmunológica. Por lo cual la dermatitis atópica tiene un fundamento importante en relación a la genética donde los genes alterados interactúan y el ambiente externo interviene en su patogénesis. Se implica dos complejos de genes alterados: (13)

1.- Aquellos genes implicados en la codificación de proteínas epidérmicas, la mayoría se localizan en el complejo de diferenciación epidérmica en el cromosoma 1q21.5, el mismo que contiene los genes de la filagrina, involucrina, trichialina, loricrina entre otras (13)

2.- Aquellos genes implicados en la codificación de componente proteico que forma parte de la barrera cutánea, originado de los queratinocitos en sus cambios madurativos (13)

### **3.1.5.3. Alteraciones en los mecanismos inmunitarios**

Inmunoglobulina e (IgE) es un anticuerpo que está implicado en las reacciones de hipersensibilidad tipo I y en la respuesta inmune contra diferentes agentes patógenos, en pacientes alérgicos o que sufren parasitosis sus niveles suelen estar elevados. Esta IgE se encuentra unida en receptores de eosinófilos, basófilos y mastocitos, desencadenando reacciones inmunitarias, en la desgranulación de los mastocitos se libera la histamina como sustancia vasoactiva y en relación a los eosinófilos en la respuesta inflamatoria, si la concentración en el suero es de 1,01 a 1,010 mg por 100 ml.

Las células de Langerhans o células dendríticas epidérmicas, presentan cierta función, de ser presentadoras de antígeno en la piel, por lo que expresan receptores de alta afinidad para la IgE, estas células son iniciadoras de la inflamación cutánea en la dermatitis atópica, cuando ingresa en la piel un antígeno es reconocido por las células de Langerhans estas producen IL-16 la cual estimula a los LTCD4 que se produzca aumento en niveles de IL-4 que estos estimulan a los linfocitos B al aumento de IgE, en la cual da

inicio a la respuesta inflamatoria, con una fase inicial Th2 aguda , que posterior precede de una fase crónica con respuesta Th1. (14)

Fase aguda: la IgE unida al FcεRI en la superficie d de las células de Langerhans, por donde comienza la inflamación cutánea, estas células capturan alérgenos, procesan y presentan a los linfocitos T que posterior se liberara citosinas proinflamatorias, dado que en la epidermis las células de Langerhans tiene una capacidad de estimulación de células T y la facilidad que la IgE conteniendo el antígeno a las células T, lo que se considera que sea el inicio de la inflamación alérgica en la dermatitis atópica. (15)

En esta fase el tiempo que transcurre desde la aplicación del alérgeno en la piel es de 48 horas, en la dermatitis atópica hay presencia la células T circulantes que dan respuesta a alérgenos cutáneo por la activación del antígeno cutáneo CLA (cutaneouslymphocyte-associated antigen), este antígeno CLA y la molécula de adhesión e-selectina interactúa entre sí en el endotelio cutáneo, la cual es inducida por liberación por las células de Langerhans a citosinas proinflamatorias, facilitando la entrada de células T en la piel inflamada, las citosinas producidas son las Th2(IL-4,IL-5,IL-3), IL-4, Y LA IL-3 las cuales están implicadas en la producción de IgE, estas citosinas favorecen al agrupamiento de eosinofilos en la lesión a través de la molécula VLA-4, por lo que ayuda a la extravasación de células inflamatorias. (15)

Fase crónica: se caracteriza por la presencia de eosinofilos infiltrados que se han dirigido a la piel mediante el torrente sanguíneo. Las células T específicas de alérgeno presentes en la lesión tienen un perfil de citosinas Th1 con una mayor producción de factor de necrosis tumoral (TNFα) y de interferón gamma (INFγ) producida por eosinofilos y macrófagos presentes en la lesión. (15)

#### **3.1.5.4. Inmunidad innata y agentes infecciosos**

En relación a lo mencionado anteriormente, sobre la epidermis que es la primera línea inmunológica, también tiene capacidad de respuesta inflamatoria frente a estímulos endógenos y exógenos por la producción de citoquinas que regulan las respuestas inmunológicas innata y adquirida. (13)

Ha tenido importantes progresos el conocimiento sobre los mecanismos de la inmunidad innata relacionado con la dermatitis atópica, por lo que se ha determinado que

las moléculas tolllikereceptors(TLRs) y los peptidos antimicrobianos (betadefensina y catelicidina) se relacionan con el desarrollo de diferentes manifestaciones de la dermatitis atópica, por lo que la alteración de los TLR-2 y betadefensina en personas con esta patología se asocia a una mayor probabilidad de una infección por *Staphylococcus aureus*, y personas con deficiencia de betadefensina y catelicidina están más propensas a desarrollar una infección por herpes virus. (13)

Por lo que se puede decir que la dermatitis atópica existe mayor actividad de proteasas cutáneas las cuales activan efectos proinflamatorios al actuar con receptores de los queratinocitos, mastocitos y células endoteliales, de esto tanto las alteraciones en la barrera como la activación continua inmunológica generan un estado de alta reactividad cutánea. (13)

### **3.1.5.5. Inmunidad adquirida**

Los linfocitos TCD4 expuestos a la interacción de células del sistema inmune y a diversas citoquinas, estimulan a madurar a grupos celulares: Th1. Th2. Th9 o Th 17, entre otras. Cada grupo de linfocitos T producen diferentes respuestas inflamatorias. En la dermatitis atópica hay un desbalance en la disminución de las células Natural killer (NK) que facilitan la producción de citoquinas facilitadoras por Th1 y aumento de citoquinas en Th2, favoreciendo las respuestas alérgicas además la aparición de infecciones virales y bacterianas en la piel. (13)

Según últimas investigaciones se habla que la dermatitis atópica progresa en diferentes fases, según Wuyrich clasifica la Dermatitis atópica en:

**Extrínseca:** afecta a los pacientes adultos en un 70 a 80 %, que tengan sensibilidad a los alérgenos o alimentos, acompañándose de elevados niveles de IgE en el suero. (16)

**Intrínseca:** con menos frecuente entre un 20 a 30 %, acompañándose de niveles bajos de IgE y ausencia de sensibilización alérgica. (16)

La fase inicial estaría dada por la fase intrínseca y no mediada por la IgE, en un 60 a 80 % de los casos la fase intrínseca evoluciona a la fase extrínseca o mediada por IgE, en la cual la respuesta inmune adquiere mayor importancia, estos fenómenos dependen de las condiciones ambientales, de las características genéticas del individuo u su relación a diferentes alérgenos ambientales y alimentarios. (13)

### **3.1.6. ALÉRGENOS ALIMENTARIOS Y AMBIENTALES**

En muchos estudios muestran que la alergia alimentaria juega un papel patogénico en algunas personas con dermatitis atópica, especialmente los niños y que estos contribuyen al agravamiento de la enfermedad, estos alimentos involucrados son el maní, la leche, la soya, el trigo y el huevo, estas dietas consumidas tienen relación con el riesgo de desnutrición y estrés emocional para las personas que tienen esta enfermedad y también a sus familiares, por lo que no está recomendado alimentarse, sin contar con una prueba precisa que confirme una alergia alimentaria, lo cual debe ser supervisado por el médico especialista, así también la inhalación de alérgenos como el acaro en el polvo, el polen, el epitelio de animales se asocia al agravamiento de esta enfermedad. (13)

### **3.1.7. TIPOS DE DERMATITIS ATÓPICA**

Se describen dos variantes de dermatitis atópica, el cual uno es alérgico y el otro no alérgico, en la cual hay subgrupos de pacientes con dermatitis atópica que tienen valores normales en suero de Inmunoglobulina E con pruebas cutáneas negativas a los alérgenos, esta forma se denomina Dermatitis atópica alérgica, de igual forma existe otro grupo en los cuales la IgE se encuentra elevada con pruebas epicutáneas positivas a la que se denomina la Dermatitis atópica clásica. (6)

### **3.1.8. CALIDAD DE VIDA**

Las personas que padecen de dermatitis atópica en sus formas moderadas a graves, ven afectada su calidad de vida, y no solo la del paciente, sino que lesiona al grupo familiar, lo que trae como consecuencia un desequilibrio, tanto para el afectado como para su familia; esto suele ser, a causa del prurito, trastornos del sueño y también el estado del ánimo, así como perjuicios estéticos, en los niños en su fase activa, suelen dormir con sus padres. En la dermatitis atópica la calidad de vida suele ser más alterada que en la del asma o la diabetes del niño. La escala más utilizada en el ámbito internacional es el "Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)" y antes de los 4 años se puede usar "Infants' Dermatitis Quality of Life measure (IDQoL)". (17)

En Washington del 4 al 10 de marzo en la reunión anual de Academia Americana de Dermatología se incidió un papel importante por parte de dermatólogos de mejorar la calidad de vida de los niños que sufren de Dermatitis atópica. En la cual muchos

especialistas entre estos la Dra. Lee del Boston Children's Hospital explicaron en pacientes que padecen de Dermatitis Atópica lo fundamental es tener un buen ambiente familiar y un buen manejo en el hogar, por lo que recalco que se debe controlar la aparición del brote, pues no existe un procedimiento definitivo, en la cura de la atopia, una vez que se manifiesta. Es muy importante la educación de los padres profesores y rasgos psicológicos del paciente atópico. (18)

En las familias con niños que padecen de dermatitis atópica únicamente un 3% refieren tener una vida normal, por lo que se debe centrar en aliviar el prurito y los síntomas de inicio de la dermatitis, por lo que no solo se tiene que limitar al tratamiento sino también en ofrecer una atención general a los niños que sufren de dermatitis atópica. (18)

### **3.1.8.1. Mejorar la calidad del paciente con dermatitis atópica**

Los niños con dermatitis atópica presentan frecuentemente problemas en su comportamiento con una tendencia mayor al temor, limitando diferentes actividades como la participación en el deporte afectando en si en su vida social, alteraciones del sueño que esto genera somnolencia diurna y dificultades en el área escolar, además se ha demostrado que niños que padecen de Dermatitis atópica tienen mayor riesgo de tener trastornos de hiperactividad y pérdida de capacidad de atención, en mayor trastornos emocionales y de conducta que hacen repercutir negativamente en la calidad de vida del paciente y de sus familias, porque se altera la rutina familiar sus actividades sociales por los brotes que presenta esta enfermedad en sus hijos. (19)

Un impacto en la calidad de vida de los niños es el prurito crónico, dado que este provoca un estrés psicológico que afecta el rendimiento escolar, el sueño y su estado emocional, por lo que los dermatólogos tienen que estar conscientes del beneficio de controlar el picor de los pacientes pediátricos, El tratamiento principal sigue siendo los corticosteroides tópicos, pero se dice que en los lactantes y niños menores de 3 años hay que tener mucho en cuenta que en estas edades hay mayor absorción de cualquier sustancia activa aplicada en la piel. (18)

En la fase de "inter brote" es el principal problema que se enfrentan los niños y sus padres ya que muchas veces no hay signo de enfermedad visible ni placas rojas, pero si presentan picor por lo que se beneficia los emolientes tópicos, apoyo psicológico,

terapias de fin de semana y consejos y aplicación de técnicas de relajación y formas para evitar el rascado compulsivo. (18)

El prurito se puede exacerbar por diferentes situaciones que generen un estrés del día a día en los niños como cambios en el entorno familiar (peleas o separación de los padres o un nuevo hermano) o en el ámbito escolar (cambio de escuela, profesor o clases), o también actividades en el deporte, en la piscina, algún contacto de animal, en los adultos algún factor que genere estrés psíquico o físico como el trabajo. (19)

Existen factores que “desencadenan el prurito como el calor y la transpiración en el 96%, lana 91%, estrés emocional 81%, alimentos 49%, alcohol 44%, resfríos e infecciones respiratorias superiores 36%, ácaros del polvo 35%” (20).

En los últimos años ha sido fundamental la educación del paciente y de su familia, por lo que beneficia a una mejor comprensión de la enfermedad, y refiriendo lo que se espera con los tratamientos y explicar a los padres que comprendo si se prescribe un fármaco o si se realiza una prueba. (18)

### **3.1.8.2. Educación terapéutica para ayudar a los niños y sus familias a cumplir mejor las metas medicas**

Para una mejor educación hay que trabajar en el paciente que presente dermatitis atópica generando confianza para que tenga una mejor facilidad en comunicas todos los problemas y dudas que tengan en la consulta, por lo a veces se debe implementar material didáctico y explicativo y que esta sea una herramienta que favorezca la comprensión de la enfermedad y par que los niños especialmente colaboren en su propio tratamiento, por lo que es indispensable en tener un manejo multidisciplinario de la dermatitis atópica así también tener una constante supervisión médica por especialistas en el área d dermatología infantil, lo cual garantiza un apoyo integro en el hogar para mejorar la calidad de vida en niños que lo padecen. (18)

### **3.1.9. LA VITAMINA D COMO EXACERBADOR DE LA DERMATITIS ATOPICA**

La vitamina D se dice que puede desencadenar Dermatitis atópica, que se utiliza para suplementar el riesgo de desarrollar el raquitismo pero puede incrementar el riesgo de padecer dermatitis atópica que existe un incremento en las respuestas mediadas por los

TH2 promovidas por las IL-4 y IL-13 que deriva en la producción de la IgE, se utiliza esta implementación con concentraciones por encima de 2000 UI de Vitamina D que de igual forma tiene relación con el desarrollo de rinitis alérgica, asma as como alergia los alimentos (21).

### **3.1.10. CLÍNICA**

Según la crónica del historiador Suetonio, el emperador Octavio Augusto padecía de Dermatitis Atópica, donde narra que Augusto tenía ““Mucho picor en la piel, rinitis estacional y opresión torácica”. (2)

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica que inicia en la infancia especialmente durante la lactancia, por lo que es raro que aparezca antes de los tres meses de vida. Sus principales características son el prurito y la sequedad en la piel (xerosis), y signos clásicos que son el eritema y la formación de vesículas, con cambios variantes como son las erosiones, cambios en la pigmentación, acrecentamiento del grosor de la piel (liquenificación), lo cual es producido, debido al rascado continuo, de los síntomas antes mencionados, el prurito es el síntoma cardinal en una persona atópica. (13)

#### **3.1.10.1. Clasificación de las lesiones**

Las lesiones de la dermatitis se clasifican en:

a) Agudas, base eritematosa con evidencias de pápulas y papulovesículas pruriginosas y exudativas. b) Subagudas, engrosamiento leve con presencia de pápulas o placas con discreto eritema con descamación. c) Crónicas, con lesiones hipo o hiperpigmentadas con presencia de pápulas excoriadas o placas liquidificadas. (13)

#### **3.1.10.2. Etapas o fases clínicas de la dermatitis atópica**

De igual forma se puede agrupar según etapas clínicas las cuales son:

Fase del lactante: se presenta desde los tres meses hasta los tres años de vida, en la cual las localizaciones de las lesiones son en las mejillas, cuero cabelludo, y en superficies de extensión de los miembros y el tronco, se caracterizan por ser exudativas y costrosas y suelen presentarse más en los niños mayores. (13) (22)

Fase infantil: se presenta desde los tres años hasta los diez años de vida, esta se caracteriza por el polimorfismo y la coexistencia de lesiones que se localizan en zonas de flexión y pliegues principalmente en el cuello, codos, rodillas muñecas y tobillos. En la fase aguda se caracteriza por pápulas, vesículas y también erosiones, en la fase crónica estas se hacen más secas y liquenificadas con hiperpigmentación. (13) (22)

Fase del adolescente y del adulto: esta se localiza en zonas de flexión, dorso de las manos y párpados superiores, pero puede existir una variante en la clínica localizándose también en las plantas de los pies, se caracteriza por ser descamativa y eritematosa, y su diagnóstico diferencial sería frecuentemente con la tiña de los pies. (13) (22)

### **3.1.11. DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la Dermatitis atópica se basa en una buena historia clínica y un examen físico completo basándose principalmente en las características clínicas de la enfermedad, por lo que tanto el prurito y las lesiones eccematosas crónicas, en personas con historias de atopia son útiles para el diagnóstico. Un buen examen físico nos ayuda a observar las lesiones cutáneas agudas y subagudas que se presenta con mayor frecuencia en lactantes y niños de corta edad caracterizada por placas eritematosas, pápulas intensamente pruriginosas junto a estas se asocia las excoriaciones y exudado seroso, siempre teniendo en cuenta que con un mayor tiempo de evolución se observa la liquenificación (13)

Para el diagnóstico de Dermatitis atópica se realiza a través de criterios clínicos en niños que presentan prurito y dermatitis de evolución crónica, se dice que no hay estudios específicos que certifiquen el diagnóstico, por lo que según Rajka y Hanifin en 1980 menciona, que para un diagnóstico certero de la Dermatitis atópica al menos tiene que presentarse tres criterios mayores y tres menores. (6)

- 1) Criterios mayores se mencionan: a) prurito sin o con excoriaciones, b) Liquenificación, distribución característica (linealidad flexural en adultos, en niños dermatitis de cara y de las áreas extensoras), c) antecedentes familiares o personales de atopia (rinoconjuntivitis, asma o urticaria de contacto), d) Dermatitis de curso crónico con exacerbación. (6) (13) (15)

- 2) En los criterios menores: xerosis, palmas hiperlineales, ictiosis, queratosis pilar, edad de comienzo temprano, que tenga susceptibilidad alguna infección cutánea o viral, que presente eccema del pezón, conjuntivitis recurrente acentuación perifolicular, dermatografismo blanco eritodermia, eritema facial inmunidad celular, IgE elevada, reactividad inmediata a test cutáneo (6) (13) (15)

La biopsia de la sesión no suele ser de mayor utilidad para el diagnóstico, al menos que requiera hacer un diagnóstico diferencial con otras dermatopatías, según características microscópicas se evidencia un infiltrado perivascular superficial de linfocitos y eosinófilos con hiperplasia epidérmica. (15)

La medición de los niveles de IgE tampoco se justifica ya que en diferentes estudios se reporta que hasta un 20 % de pacientes con dermatitis atópica cursan con niveles normales de IgE en el plasma, además que se dice que hasta un 12 % de la población aparentemente sana cursan con niveles altos de IgE. (15)

#### **3.1.11.1. Diagnóstico diferencial**

En cada paciente tenemos que tener mucho en cuenta una serie de condiciones relacionadas a la erupción en la piel y que suele confundirse con dermatitis atópica, pero como antes mencionado una buena historia clínica y un examen físico completo conducen a un buen diagnóstico, entre las enfermedades que se asemejan tenemos la dermatitis seborreica, ictiosis, síndrome de hiper-IgE, déficit de IgA, Escabiosis (difícil su diferenciación por el polimorfismo de las lesiones), Acrodermatitis enteropática (15)

#### **3.1.12. TRATAMIENTO**

##### **3.1.12.1. Principios de tratamiento**

Como primera instancia se tiene que dar un tratamiento sobre la piel, la cual tiene 4 componentes principales: a) el cuidado y mantenimiento de la piel, para mantener y reparar la barrera cutánea, b) tratamiento antiinflamatorio tópico para disminuir la respuesta inflamatoria, c) control del prurito, d) tratar los desencadenantes infecciosos, así como el reconocimiento y el tratamiento de las erupciones que están en relación con infecciones. (23)

En lo que respecta a la concienciación y educación de los pacientes y sus familiares, se considera de extrema importancia, ya que la dermatitis atópica siendo una

enfermedad frustrante por su naturaleza recurrente, el profesional tiene que ser capaz de establecer una expectativa realista a los resultados, haciendo que el cumplimiento de los padres sea de mejor y disminuya la frustración (23)

### **3.1.12.2. Mantenimiento del cuidado de la piel**

La base del tratamiento es el cuidado de la piel, por lo que los pacientes deben ser instruidos para que realicen hábitos sobre su cuidado, para mantener la hidratación de la piel y evitar irritantes, debido a que la piel de estos pacientes presentan disminución de grasa y agua y el uso de jabones puede agravar la enfermedad, los baños deben ser cortos y a una temperatura ambiente, el baño de inmersión hacen que la piel tenga humedad y al hacerlo diariamente puede ser beneficioso, siempre que se aplique después una crema hidratante, se puede usar aceites hidromisibles en la bañera ya que es recomendable. (23) (15)

La limpieza puede ayudar a eliminar las bacterias en la piel, se puede usar un detergente sintético suave y que no tenga fragancia para limpiar áreas sucias sin temor a empeorar la enfermedad. (23)

Su segundo componente es el mantenimiento de la piel y se necesita la lubricación de la misma, con esta la piel estará hidratada y aliviara las molestias de la xerosis ayudando a reparar la barrera cutánea y reduciendo la intervención farmacología, al niño atípico no se debe aplicar ningún tipo de cosmético como los perfumes, colonias, talcos o lociones, se debe usar topas holgadas para permitir una ventilación adecuada, esta ropa debe ser de algodón, no utilizar lana o de fibras artificiales, en casos de agravamiento de la tensión y ansiedad, se requiere que se cambie el medio ambiente que este esté libre de contaminantes de igual manera evitar deportes rigurosos puesto que estos producen sudoración y es un factor agravante. (15) (23)

### **3.1.12.3. Terapia tópica**

Se indica el uso de emolientes que suministren la capa lipídica de la piel, así retardan la pérdida de agua en la epidermis, de debe aplicar especialmente después del baño utilizando dos o tres veces al día en toda la piel. (23)

En inflamaciones agudas se puede aplicar corticoide tópico de mediana y baja potencia como la Hidrocortisona al 1 %, se habla que hoy en día existen esteroides más blandos como el aceponato de metilprednisolona siendo una mejor alternativa para los niños. El corticoide más potente tiene que ser usado en un periodo de 7 a 10 días seguido de uno de mediana o baja potencia, los corticoides de mediana y alta potencia no se deben aplicar en la cara ni en pliegues, es recomendado usar el de baja potencia, pero en cortos periodos de tiempo. Se recomienda no retirar bruscamente el corticoide, se debe disminuir paulatinamente la aplicación. (23)

#### **3.1.12.4. Terapia sistémica**

El uso de corticoides vía sistémica o vía oral está restringido, a excepción de casos en los cuales los beneficios sobrepasen los riesgos en la aplicación. Cuando las lesiones estén diseminadas se debe agregar un antibiótico sistémico que puede ser la cefalexina, dicloxacilina y la eritromicina durante 7 a 10 días, los antibióticos tópicos tipo mupirocina o ácido fúcido se pueden usar en lesiones sobreinfectadas en un periodo de 7 a 10 días. (15)

Los antihistamínicos, son utilizados por su reacción antipruriginosa y en muchos de los casos como sedante, por lo que es recomendable administrar un antihistamínico sedante por la noche (hidroxicina) y uno no sedante por la mañana (loratadina) (15)

La fototerapia: es efectiva en casos leves a moderados por medios de radiaciones de onda larga (UVA) u onda intermedia (UVB), existe la puvaterapia (PUVA) que es muy buena cuando fallan los tratamientos conservadores, esta se indica en niños. (15)

#### **3.1.12.5. Nuevas estrategias terapéuticas**

**Talicromus:** es un inmunosupresor su presentación es en ungüento al 0.1 % que es muy seguro y efectivo evitando así los efectos secundarios a largo plazo de los corticoesteroides, en los pacientes que ya son adultos, se recomienda al 0.1% y en niños al 0.03%. (15)

**Pimecrolimus:** es un macrolido su presentación es en crema al 1% es similar al del Talicromus, tiene la acción en inhibir la síntesis de citocinas la cual ayuda a disminuirla inflamación alérgica. (15)

## **CAPÍTULO IV**

### **4. METODOLOGÍA**

El presente capítulo trata acerca de la metodología, la cual se considera “el conjunto de procedimientos, técnicas e instrumentos que guían la labor de investigación. Son los elementos que describen, la forma en que se llevará a cabo la investigación, identificando los métodos, que la fundamentan” (24). Por lo cual, en el presente capítulo se trata todo lo relativo al diseño y tipo de la investigación, instrumento de recolección de información, así como el tratamiento estadístico de la información obtenida, el procedimiento de la investigación implementadas para lograr determinar la calidad de vida en pacientes de 1 a 5 años de edad con dermatitis atópica que acuden a consulta externa a dermatología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo diciembre 2017 – mayo 2018, con el fin de cumplir con el objetivo propuesto para el presente estudio.

#### **4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

En cuanto al diseño de la investigación, en estudio fue exploratorio, prospectivo, descriptivo y correlacional. En este sentido, se delimitan de esta forma pues lo que se busca es “especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (24).

Con base a estos señalamientos, en la presente investigación, se procedió a desarrollar la descripción y explicación detallada, sobre el fenómeno en estudio, aportando con la fundamentación teórica que permite describir las variables inmersas en el estudio. En cuanto al tipo prospectivo y exploratorio. Considerando, a su vez, el comportamiento que pudiera presentarse, conjuntamente el estudio, fue exploratorio porque permitió conocer, estudiar y analizar la información que no se había tratado con anterioridad, siendo esta la oportunidad de conocer y fortalecer el conocimiento dentro de esta área. Además, se estableció como un estudio prospectivo, puesto que se inició previamente a los hechos estudiados, porque en la ciudad de Riobamba, la información es escasa y no es lo suficientemente clara, acerca de la afectación de la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad, y añadiendo a lo anterior mencionado es un estudio

correlacional debido a que se determinan si las diferentes variables están correlacionadas o no, en este caso sobre la Dermatitis Atópica y la calidad de vida.

Desarrollado bajo una investigación de campo, el cual se basa en métodos que permiten la recolección de la información, se obtuvo directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos, procediendo al análisis sistemático del problema con el propósito de descubrirlo y explicar sus causas y efectos, entendiendo a su naturaleza y los factores constituyentes (25), ya que los pacientes fueron captados en el servicio de consulta externa, ya que, a través de encuestas realizadas a los padres de los pacientes con esta patología, se procedió a determinar su calidad de vida en pacientes de 1 a 5 años de edad, que acudieron a la consulta externa de dermatología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo diciembre 2017 - Mayo 2018.

Sobre el diseño de la investigación, se encuentra que fue, no experimental y transversal. Pero para el análisis, se utilizó un diseño experimental, ya que se interviene en muchos de los casos durante el curso del cuadro clínico de los pacientes pertenecientes al grupo infantil; donde se realizó un trabajo de análisis estadístico descriptivo a base de tabulaciones, clasificación y así a llegar a determinar grupos afectados con mayor o menor frecuencia dentro de los parámetros estipulados en nuestra investigación. Los datos se han ido focalizando en tablas descriptivas y sacando porcentajes dentro del periodo estipulado en la investigación

Este proyecto de investigación, se realizó en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, radicado en la provincia de Chimborazo, ciudad y capital Riobamba, perteneciente al distrito Chambo – Riobamba en el periodo Diciembre 2017 - Mayo 2018, se contó con universo de 134 pacientes, la cual mediante los factores de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 71 pacientes con el diagnóstico de Dermatitis Atópica, en individuos, del género masculino, como del femenino, en edades comprendidas entre 1 a 5 años.

### **Tipo y técnica**

Para la selección e identificación de la población identificada no se requirió de algún tipo de técnica específica, debido a que se acudió a los registros existentes realizando un análisis censal de todos los pacientes pertenecientes al grupo infantil de 1 a 5 años con Dermatitis Atópica que han acudido y han sido atendidos en el servicio de consulta

externa de la especialidad de Dermatología en el Hospital General Docente Riobamba durante el periodo Diciembre 2017 – Mayo 2018.

#### **4.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes pertenecientes al grupo infantil de 1 a 5 años de edad con diagnóstico de Dermatitis Atópica.
- Pacientes pertenecientes al grupo infantil de 1 a 5 años de edad que han sido atendidos en el servicio de consulta externa de la especialidad de Dermatología.
- Pacientes pertenecientes al grupo infantil en un rango de edad entre 1 a 5 años de edad, dentro del periodo estipulado: diciembre 2017 – mayo 2018.

#### **4.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que no se encuentren dentro de los parámetros del grupo infantil de niños en edad de 1 a 5 años.
- Pacientes que no hayan sido registrados dentro del departamento de estadística del Hospital General Docente Riobamba.

#### **4.1.3. VARIABLE DEPENDIENTE**

- Dermatitis atópica

#### **4.1.4. VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Calidad de vida
- Localización de lesiones
- Enfermedades respiratorias
- Edad
- Sexo
- Comportamiento
- Estado emocional
- Rendimiento escolar
- Aceptación en el entorno escolar

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron a través de encuestas realizadas observadas en el ANEXO N°1 se podrá determinar las estadísticas realizadas mediante el programa SPSS Statistics Base versión 22, previo análisis, cálculo y estandarización para el análisis de los datos obtenidos en la extracción de información.

#### **4.1.5. ASPECTOS ÉTICOS**

Aplicando el principio de autonomía del estudio se incluyó a los pacientes que a través de sus representantes o padres aceptaron participar voluntariamente, de esta manera respetando el derecho del participante en la investigación y protegiendo su integridad.

En las encuestas realizadas a los padres de los pacientes en estudio, se les aportó conocimiento de los potenciales riesgos, así como de los beneficios obtenidos a través del presente estudio y tuvieron la libertad para aceptar o rechazar, la propuesta de que su hijo fuera sujeto de estudio, lo que fue aceptado, cumpliendo con el principio de beneficencia, y entendiendo claramente del libre retiro, si así lo consideraba, mientras se desarrollaba el estudio.

Relacionando con la justicia, todos los participantes en esta investigación fueron seleccionados sin ningún tipo de discriminación con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.), tratándolos con igual consideración y respeto.

Finalmente se mantuvo reserva de todo lo escuchado o visto durante el proceso de investigación, el mismo que estuvo amparado por el secreto profesional, nada de lo dicho por los participantes en ese proceso será utilizado en algún procedimiento judicial y la información sólo se podrá dar a conocer, si el paciente asiente con su consentimiento explícito (principio de confidencialidad).

#### **4.1.6. CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los Autores de este presente trabajo de investigación declaran que no tienen ningún conflicto de interés en relación a la elaboración y validez de este estudio. El principal enfoque fue realizar la investigación sobre una patología poco estudiada en el Hospital Provincial Docente Riobamba y la totalidad de los gastos, que ellos demandaron para su desarrollo, fueron asumidos por los autores.

## CAPÍTULO V

### 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA**

Universo o población identificada:

Pacientes de 1 a 5 años que acuden al servicio de consulta externa de Dermatología: 135

Pacientes diagnosticados de Dermatitis Atópica: 71

<b>Otra enfermedad dermatológica</b>	<b>63</b>	<b>47,00 %</b>
<b>Dermatitis atópica</b>	<b>71</b>	<b>53,00 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

Del universo de 134 casos equivalente al (100,00%) que fueron atendidos en el servicio de consulta externa en el periodo de diciembre 2017 – mayo 2018, se identificó que: 71 casos, equivalente al (53,00%) han sido diagnosticados de Dermatitis Atópica en el servicio de consulta externa de la especialidad de dermatología en el periodo diciembre 2017 – mayo 2018; y los 63 casos restantes con un (47,00%), fueron atendidos, por otras enfermedades dermatológicas.

**Tabla 2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL PACIENTE**

Edad del paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pacientes mayores de 1 año	53	74,6	74,6	74,6
	Pacientes mayores de 2 años	9	12,7	12,7	87,3
	Pacientes mayores de 3 años	2	2,8	2,8	90,1
	Pacientes mayores de 4 años	4	5,6	5,6	95,8
	Pacientes de 5 años	3	4,2	4,2	100,0
	<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según la edad del paciente, la mayor frecuencia se observó a nivel de la edad de 1 año con 53 casos (74.60%), seguidos de las edades de, 2 años con 9 casos (12,70%), la edad de 4 años con 4 casos (5,60%), la edad de 5 años con 3 casos (4,20%) y finalmente la edad de 3 años con 2 casos (2,80%).

La mayoría de pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica fueron de 1 año, por lo que se desarrolla esta enfermedad en etapas tempranas de la edad infantil, con edad de inicio de los tres a los seis meses, en el estudio presente se participó con pacientes a partir de 1 año de edad, por lo que no se logró constatar la edad de inicio, del padecimiento antes del año de edad, de igual forma, se reporta que más de la mitad de los niños, muestran esta patología, antes de los seis años de edad.

Estos señalamientos, son concordantes con los resultados obtenidos de estudios como el desarrollado por Garnica y Zúñiga, quienes enfatizan que la Dermatitis Atópica, suele presentarse en los primeros años de vida, destacando que la etapa más factible de detectarse es entre el 0 año hasta cerca de los 6 años aproximadamente (7).

**Tabla 3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DEL PACIENTE**

Sexo del paciente				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Femenino	41	57,70	57,70
	Masculino	30	42,30	42,30
	<b>Total</b>	71	100,00	100,00

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según el sexo del paciente, la mayor frecuencia se observó a nivel del sexo femenino con 41 casos (57,70%), seguido finalmente del sexo masculino con 30 casos (42,30%). Este indicador generaliza los reportes investigativos, que señalan que la Dermatitis Atópica, se presenta significativamente en niñas. (26)

**Tabla 4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Manifestaciones Clínicas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Xerosis	46	64	64,8	64,80
	Pápulas pruriginosas	21	29	29,6	94,40
	Placas con discreto eritema	2	3	2,8	97,20
	Pápulas liquenificadas	2	3	2,8	100,00
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según las manifestaciones clínicas, el signo con mayor frecuencia es la xerosis con un total de 46 casos (64,4%), seguido de pápulas pruriginosas con 21 casos (29,6%), placas con discreto eritema con 2 casos (2,8%), y finalmente placas liquenificadas con 2 casos (2,8%), en este indicador la

mayoría de pacientes con dermatitis atópica presenta la xerosis o resequead de la piel, uno de los principales signos para el diagnóstico de la dermatitis atópica, y en su clasificación la mayor parte de niños con un 64,8% están en la fase aguda de la enfermedad, un total de 21 pacientes están en la fase subaguda por lo que se tiene que tratar cuidadosamente antes que se vuelva en estado de cronicidad, que tenemos 2 casos con pápulas liquenificadas de estos que hay que tener mayor vigilancia a la hora de tratar su sintomatología. (13)

**Tabla 5 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN DE LESIONES**

Localización de lesiones				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Cabeza	11	15,50	15,50
	Cuello	2	2,80	2,80
	Tronco	2	2,80	2,80
	Extremidades	56	78,90	78,90
	<b>Total</b>	71	100,00	100,00

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según la localización de lesiones, la mayor frecuencia se observó a nivel de extremidades con 56 casos (78,90%), seguidos de las localizaciones de lesiones de cabeza con 11 casos (15,50%) y finalmente la localización de lesiones de cuello con 2 casos (2,80%) y la localización de lesiones de tronco con 2 casos (2,80%). Sobre este indicador, las áreas que más se ven afectadas por la dermatitis atópica, son las extremidades, seguido de la cabeza y el cuello, la espalda es decir el tronco es menos factible de ser abordado por la lesión (27).

**Tabla 6 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE EN RELACIÓN A LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES**

Edad del paciente y localización de lesiones			Localización de lesiones				Total	
			Cabeza	Cuello	Tronco	Extremidades		
Edad del paciente	Pacientes mayores de 1 año	Recuento	8	2	2	41	53	
		% dentro de Edad del paciente	11,26%	2,82%	2,82%	57,744%	74,64%	
	Pacientes mayores de 2 años	Recuento	1	0	0	8	9	
		% dentro de Edad del paciente	1,41%	0,0%	0,0%	11,26%	12,67%	
	Pacientes mayores de 3 años	Recuento	0	0	0	2	2	
		% dentro de Edad del paciente	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	2,81%	
	Pacientes mayores de 4 años	Recuento	1	0	0	3	4	
		% dentro de Edad del paciente	1,41%	0,0%	0,0%	4,23%	5,64%	
	Pacientes de 5 años	Recuento	1	0	0	2	3	
		% dentro de Edad del paciente	1,41%	0,0%	0,0%	2,82%	4,23%	
	Total		Recuento	11	2	2	56	71
			% dentro de Edad del paciente	15,49%	2,82%	2,82%	78,86%	100,0%

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según la edad en relación a la localización de lesiones, la mayor frecuencia se observó en la edad de 1 año que presentando a nivel de extremidades con 41 casos (57,74%), seguido de lesiones de cabeza con 8 casos (11,26%), lesiones en el cuello con 2 casos (2,82%) y el tronco con 2 casos (2,82%); en la edad de 2 años, presenta a nivel de extremidades con 8 casos (11,26%), seguido de lesiones de cabeza con 1 caso (1,41%), lesiones en el cuello y el tronco con 0 casos (0,00%); en la edad de 3 años presentando a nivel de extremidades con 2 casos (2,81%), lesiones de cabeza, cuello y tronco con 0 casos (0,00%); en la edad de 4 años presentando a nivel de extremidades con 3 casos (4,23%), seguido de lesiones de cabeza con 1 caso (1,41%), lesiones en el cuello y el tronco con 0 casos (0,00%); en la

edad de 5 años presentando a nivel de extremidades con 2 casos (2,82%), seguido de lesiones de cabeza con 1 caso (1,41%), lesiones en el cuello y el tronco con 0 casos (0,00%).

Se analiza que en los pacientes de 1 a 2 años hay un total de 53 casos (74,64%) seguido con edad de 2 a 3 años con 9 casos (12,67%), edad de 3 a 4 años con 2 casos (2,81%), edad de 4 a 5 años con 4 casos (5,64%) y pacientes de 5 años con 3 casos (4,23%) dando un total de 71 casos (100%), se relacionan que en la edad de 1 año existe mayor frecuencia de lesiones, que va paralelo a la mayor cantidad de casos que se presentó, finalmente se observa que en todas las edades las lesiones más frecuentes fueron en las extremidades. (27).

**Tabla 7 DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	12	16,90
	NO	59	83,10
	<b>Total</b>	71	100,00

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

La mayor frecuencia se observó que este padecimiento no asociados a enfermedades respiratorias con 59 casos (83,10%) y los que sí tienen factores asociados a enfermedades respiratorias con 12 casos (16,90%).

Las comorbilidades que los pacientes presentaron con 12 casos, la rinitis alérgica y el asma, por lo que se asocia a enfermedades respiratorias, existen otras comorbilidades como las infecciones a nivel de la piel, pero al no existir algún tipo de infección solo se abarca las enfermedades de tipo respiratorio. De hecho, ya se han realizado estudios que, relacionan la dermatitis atópica a factores ambientales y climas extremadamente fríos y variantes, entre otras causas que derivan esta lesión. (28)

**Tabla 8 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO – CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL**

<b>Tabla cruzada Cambios en el comportamiento*Cambios en el estado emocional</b>					
			Cambios en el estado emocional		Total
			SI	NO	
Cambios en el comportamiento	SI	Recuento	5	33	38
		% dentro de Cambios en el estado emocional	7,22%	46,45%	53,50%
	NO	Recuento	4	29	33
		% dentro de Cambios en el estado emocional	5,63%	40,85%	46,50%
Total		Recuento	9	62	71
		% dentro de Cambios en el estado emocional	12,85%	87,30%	100,00%

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según un análisis de tabla cruzada en relación a los cambios en el comportamiento según el estado emocional, arrojó como resultado que: SI presentan cambios en el comportamiento y SI presentan cambios en el estado emocional con 5 casos (7,22%); seguido de que SI presentan cambio en el comportamiento y NO presentan cambios en el estado emocional con 33 casos (46,45%); NO presentan cambios en el comportamiento y SI presentan cambios en el estado emocional con 4 casos (5,63%); seguido de NO presentan cambios en el comportamiento y NO presentan cambios en el estado emocional con 29 casos (40,80%).

En el estudio se observó que ambas alteraciones se presentan en 5 casos que presentaron Dermatitis atópica, es un grupo mínimo pero al que tiene que tratarse con mayor cuidado ya que la calidad de vida, se encuentra afectado tanto para estos niños como para los padres, la mayor parte de los niños en estudio con un total de 33 casos presentaron cambios en el comportamiento, pero no en su estado emocional, por lo que su trato es más factible a la hora del seguimiento y tratamiento de esta patología; 4 casos presentaron

alteración, en su estado emocional, pero el comportamiento no se encuentra alterado, pero de igual manera hay que guiarles a los padres, ya que estos se encuentran directamente al cuidado de los hijos y finalmente 29 casos, no presentaron ningún tipo de alteración, esto es beneficioso tanto para los padres y dermatólogo a la hora de tratar la enfermedad, debido a que conlleva a una facilidad para una mejor recuperación de las afecciones por esta patología y menores gastos para los padres. (29).

**Tabla 9 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE EDAD DEL PACIENTE – DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO ESCOLAR**

**Tabla cruzada Edad del paciente\*Disminución del rendimiento escolar**

		Disminución del rendimiento escolar		Total
		SI	NO	
Pacientes mayores de 1 año	Recuento	5	48	53
	% dentro de Disminución del rendimiento escolar	7,00%	67,70%	74,70%
	% del total	7,00%	67,70%	74,70%
Pacientes mayores de 2 años	Recuento	0	9	9
	% dentro de Disminución del rendimiento escolar	0,0%	15,0%	15,00%
	% del total	0,0%	12,7%	12,7%
Pacientes mayores de 3 años	Recuento	0	2	2
	% dentro de Disminución del rendimiento escolar	0,0%	3,3%	3,30%
	% del total	0,0%	2,80%	2,80%
Pacientes mayores de 4 años	Recuento	4	0	4
	% dentro de Disminución del rendimiento escolar	5,60%	0,0%	5,60%
	% del total	5,60%	0,0%	5,60%

	Pacientes de 5 años	Recuento	2	1	3
		% dentro de Disminución del rendimiento escolar	2,80%	1,40%	4,20%
		% del total	2,80%	1,40%	4,20%
Total		Recuento	11	60	71
		% dentro de Edad del paciente	15,5%	84,5%	100,0%
		% dentro de Disminución del rendimiento escolar	15,5%	84,5%	100,0%
		% del total	15,5%	84,5%	100,0%

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según un análisis de tabla cruzada en relación edad del paciente con disminución del rendimiento escolar, nos da como resultado en pacientes mayores de 3 años, que: SI presentan disminución del rendimiento escolar con 0 casos (0,00%) y NO presentan disminución del rendimiento escolar con 2 casos (2,80%); seguido como resultado en pacientes mayores a 4 años, que: SI presentan disminución del rendimiento escolar con 4 casos (5,60%) y NO presentan disminución del rendimiento escolar con 0 casos (0,00%); finalmente no se percibe resultado, en pacientes mayores de 5 años, que: SI presentan disminución del rendimiento escolar con 4 casos (36,40%) y NO presentan disminución del rendimiento escolar con 0 casos (0,00%).

En los niños mayores de 4 años se presentaron 4 casos con disminución del rendimiento escolar, es decir que están alterados diversos factores que conllevan, a una deficiencia en su aprendizaje escolar, se menciona que unos de los factores más importantes para un rendimiento escolar favorable es la relación profesor alumno, con conocimientos acerca de cómo tratar de mejor manera esta patología por parte de educador sería un beneficio para el paciente, tratando de educar de una manera diferente y tolerable, con el propósito de que el niño, no se sienta diferenciado, por los demás. (30)

**Tabla 10 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE EDAD DEL  
PACIENTE – ACEPTACIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR**

**Tabla cruzada Edad del paciente\* Aceptación en el entorno escolar**

		Aceptación en el entorno escolar		Total	
		SI	NO		
Edad del Paciente	Pacientes mayores de 1 año	Recuento	6	47	53
		% dentro de Aceptación en el entorno escolar	8,45%	66,24%	74,70%
		% del total	8,45%	66,24%	74,70%
	Pacientes mayores de 2 años	Recuento	0	9	9
		% dentro de Aceptación en el entorno escolar	0,0%	12,70%	12,70%
		% del total	0,0%	12,70%	12,70%
	Pacientes mayores de 3 años	Recuento	0	2	2
		% dentro de Aceptación en el entorno escolar	0,0%	2,80%	2,80%
		% del total	0,0%	2,80%	2,80%
	Pacientes mayores de 4 años	Recuento	4	0	4
		% dentro de Aceptación en el entorno escolar	5,60%	0,0%	5,60%
		% del total	5,60%	0,0%	5,60%
	Pacientes de 5 años	Recuento	1	2	3
		% dentro de Aceptación en el entorno escolar	1,40%	2,80%	4,2%
		% del total	1,40%	2,80%	4,2%
Total	Recuento	11	60	71	
	% dentro de Edad del paciente	15,5%	84,5%	100,0%	
	% dentro de Aceptación en el entorno escolar	15,45%	84,55%	100,0%	
	% del total	15,5%	84,5%	100,0%	

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según un análisis de tabla cruzada en relación edad del paciente con aceptación en el entorno escolar, nos da como resultado en pacientes mayores de 3 años, que: SI presentan aceptación en el entorno escolar con 0 casos (0,00%) y NO presentan aceptación en el entorno escolar con 2 casos (2,80%); seguido como resultado en pacientes mayores a 4 años, que: SI presentan aceptación en el entorno escolar con 4 casos (5,60%) y NO presentan aceptación en el entorno escolar con 0 casos (0,00%); y finalmente no da como resultado en pacientes mayores de 5 años, que: SI presentan aceptación en el entorno escolar con 1 casos (1,40%) y NO presentan aceptación en el entorno escolar con 2 casos (2,80%).

Se ha realizado el análisis a partir de los 3 años de edad según el sistema educativo, en la edad de 3 a 4 años tenemos 2 casos que no hay aceptación en el entorno escolar, , pero como es la etapa inicial escolar no habría porque alarmarse si no hay una buena aceptación escolar, muchos de los niños recién experimentan nuevas cosas, la principal el socializar con los demás compañeros que lo rodean debido que la mayor parte pasan con sus padres, por ese motivo hay que hacer un seguimiento sin mucha preocupación, de 4 a 5 años hay una buena aceptación del entorno escolar esto es muy beneficioso porque es más fácil el tratar a estos pacientes porque hay un entorno favorable normal por lo que determinantes como el estrés sería mínimo y no agravarían la enfermedad, en la edad mayor de 5 años existen 2 casos que no hay una aceptación del entorno escolar, por lo que de inicio puede ser un factor que agrava la enfermedad y sería mucho más difícil el poder tratarla porque afecta la relación social y esto conlleva a una calidad de vida desfavorable para los pacientes, que si no se logra controlar puede producirse deterioros al bienestar psicológico. (31).

**Tabla 11 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TABLA CRUZADA DE ACEPTACIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR – DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO ESCOLAR**

**Tabla cruzada Aceptación en el entorno escolar\*Disminución del rendimiento escolar**

		Disminución del rendimiento escolar		Total	
		SI	NO		
Aceptación en el entorno escolar	SI	Recuento	6	5	11
		% dentro de Disminución del rendimiento escolar	8,45%	7,04%	15,5%
	NO	Recuento	5	55	60
		% dentro de Disminución del rendimiento escolar	7,04%	77,45%	84,5%
Total	Recuento	11	60	71	
	% dentro de Disminución del rendimiento escolar	15,49%	84,49%	100,0%	

**Fuente:** Historias Clínicas de pacientes con Dermatitis Atópica del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Elaboración:** Los Investigadores

**Análisis e Interpretación:**

De los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, según un análisis de tabla cruzada en correspondencia con la aceptación en el contexto escolar y disminución del rendimiento escolar, se obtuvo como resultado que: SI presentaron aceptación en el entorno escolar, pero también disminución del rendimiento escolar con 6 casos (8,45%), seguido de NO presentaron aceptación del entorno escolar pero no hubo disminución del rendimiento escolar con 5 casos (7,04%), NO presentaron aceptación en el entorno escolar y SI una disminución del rendimiento escolar con 5 casos (7,04%), NO presentaron aceptación del entorno escolar pero no hubo una disminución del rendimiento escolar con 55 casos (77,45%).

Según este análisis en relación a estos determinantes, no todos los pacientes en estudio presentaron disminución del rendimiento escolar y ser aceptado en su entorno, los porcentajes son menores a lo esperado en la afectación de la Dermatitis Atópica, un número de 6 casos presentaron aceptación por parte de sus compañeros peor a la misma vez tuvieron una disminución en el rendimiento escolar, por lo que es muy importante

que los pacientes se trabajen, con la integración en el tratamiento con sus padres y profesores, pues son quienes están inmersos en el proceso educativo que llevan y quienes están más cerca del niño afectado, en virtud a que colaboren y contribuyan a disminuir las lesiones psicológicas y por ende sociales, que esta enfermedad conlleva. (32).

## **5.1. DISCUSIÓN**

Después de los análisis clínicos identificados en el presente estudio, donde participaron 71 niños/as con diagnóstico de Dermatitis Atópica, se hace una relación con los 134 niños que se atendieron en el periodo determinado en consulta externa de dermatología, lo que demuestra que con un porcentaje mayor, es decir en un 53%, superando la mitad de los pacientes que se atendieron en total, se encontró que padecen esta enfermedad, por lo que se demuestra que es una de las patologías frecuentes del área dermatológica, según estudios realizados en los estados unidos se afirma que hay mayor prevalencia en pacientes pediátricos de 1 y a 5 años de edad. (1).

Según estudios de la dermatitis atópica especifican que es una enfermedad inflamatoria pruriginosa que aparece en edad infantil temprana con edad de inicio de los tres a los seis meses, en el estudio presente se participó con pacientes a partir del año de edad, por lo que no se constató la edad de inicio antes del año de edad, de igual forma prescriben que más de la mitad de los niños desarrollan esta patología antes de los seis años, en la población adulta también se puede presentar esta patología aunque en menor frecuencia, se debe hacer un estudio de igual manera en esta población y las repercusiones que tienen en su calidad de vida (7).

La población identificada presentaba sintomatología caracterizada principalmente por xerosis con mayor frecuencia en pacientes con edad de 1 a 2 años, pápulas pruriginosas, pápulas con discreto eritema y pápulas liquenificadas en menor cantidad, éstas lesiones cutáneas cursan con brotes provocando un gran impacto en la vida de los pacientes, asociando a los antecedentes personales de alergias, no se identificó antecedentes familiares de alergias ni tampoco hubo asociación a niveles de inmunoglobulina sérica elevada, ya que el diagnóstico hecho para dermatitis atópica fue específico de la clínica que presentaban. (7). Dentro de las fases clínicas de la dermatitis atópica existen tres, la fase del lactante, la fase infantil, y la fase adolescente, en la población identificada, se analiza con las dos primeras fases, la del lactante que inicia desde los tres meses hasta los tres años de vida, en los pacientes de 1 a 3 años de edad la mayor frecuencia de lesiones

anatómicamente hablando, se presentó en las extremidades, un dato afirmativo refiriendo que las lesiones más frecuentes en la fase del lactante son en las mejillas, cuero cabelludo y en superficies de extensión de los miembros y le tronco, en la fase infantil se inicia desde los tres hasta los diez años de edad localizándose más frecuente en zonas de flexión y pliegues del cuello, codos, rodilla, etc; en los pacientes de 3 a 5 años presentaron con mayor frecuencia lesiones a nivel de extremidades es decir que toda la población identificada la área anatómica más frecuente que afecta la Dermatitis Atópica es en las extremidades, pero es de importancia tener en cuenta que las lesiones se pueden presentar en otras aéreas del cuerpo, por lo que un examen físico general en estos pacientes sería lo recomendado. (13) (22).

En el entorno que viven los pacientes, es decir específicamente en la ciudad de Riobamba la relación que existe entre la asociación de las enfermedades respiratorias y la Dermatitis Atópica no son de mayor relevancia, presentando un número de casos reducidos a lo que esperaba, ya que el clima frío y la contaminación por parte del volcán Tungurahua pueden ser factores que agravan la enfermedad, las comorbilidades que los pacientes presentaron con 12 casos fue la rinitis alérgica y el asma, por lo que asociamos a enfermedades respiratorias, existen otras comorbilidades como las infecciones a nivel de la piel , pero al no existir algún tipo de infección solo se abarca las enfermedades de tipo respiratorio. (3)

Los cambios tanto del comportamiento y el estado emocional influyen de manera directa con la calidad de vida de los pacientes y complica el cuidado por los padres, el comportamiento son cambios de respuestas que está determinado en su entorno y que influye en lo social, esto puede ser tratado por los familiares sin mayor problema que con relación al estado emocional, es mucho más complicado y delicado al momento de tratar ya que la emoción son reacciones psicofisiológicas que se presenta en modo de adaptación a ciertos estímulos por lo que alteran la atención y conducta del paciente, esto influye directamente en los sentimientos de los niños, en éste estudio se observa que ambas alteraciones se presentan en 5 casos que tienen Dermatitis atópica, es un grupo mínimo pero al que tiene que tratarse con mayor cuidado ya que la calidad de vida se encuentra afectado tanto para estos niños como para los padres.

Para lo cual, adicional al tratamiento farmacológico se tendría que dar asistencia psicológica, para que los resultados sean más efectivos al momento de tratar ésta patología, la mayor parte de los niños en estudio con un total de 33 casos presentaron

cambios en el comportamiento pero no en su estado emocional por lo que su trato es más factible a la hora del seguimiento y tratamiento de ésta patología; 4 casos presentaron alteración en su estado emocional pero el comportamiento no se encuentra alterado, pero de igual manera hay que guiarles a los padres, ya que éstos se encuentran directamente al cuidado de los hijos y finalmente 29 casos no presentaron ningún tipo de alteración, esto es beneficioso tanto para los padres y dermatólogo a la hora de tratar la enfermedad, debido a que conlleva a una facilidad para una mejor recuperación de las afecciones por ésta patología y menores gastos para los padres. (33)

Según diversos estudios existe el rendimiento académico pero que esto se usa en poblaciones universitarias y el rendimiento escolar en poblaciones de educación básica regular, es de mucha importancia abarcar éste análisis en los pacientes que sufren de Dermatitis Atópica, el propósito del rendimiento escolar es alcanzar una meta educativa y un aprendizaje efectivo, para esto intervienen diferentes factores como es el nivel intelectual, la personalidad, las aptitudes, los intereses, la motivación los hábitos de estudios y la autoestima, pero puede llegar a afectarse muchos de estos factores por las complicaciones que lleva esta enfermedad, provocando una afectación en la calidad de vida de los pacientes. (34)

En los niños mayores de 4 años se presentaron 4 casos con disminución del rendimiento escolar, es decir que están alterados diversos factores que conlleva a una deficiencia en su aprendizaje escolar, lo cual estuvo estrechamente relacionado de igual forma, con la aceptación en el contexto escolar, estos pacientes debido al intenso prurito existente, presentan alteraciones en el sueño, cambian su estado de ánimo limitando a la participación de diferentes actividades; según los padres los niños afectados refieren que tienen mayor dificultad en el aprendizaje escolar, debido a que por su sintomatología es difícil que se puedan concentrar, por lo que tienen una deficiencia en la atención, generado esto, por el estrés psicológico que producen esta enfermedad. (18)

Se menciona que algunos de los factores que engloban mayor importancia, en cuanto al rendimiento escolar favorable, es la relación que existe entre el profesor y el alumno, con conocimientos acerca de encontrar la mejor manera, de tratar ésta patología, por parte del docente, lo que resultaría beneficioso, para el estudiante-paciente, buscando las formas de educar con estilos diferentes, para que el niño, no se sienta diferenciado por los demás. (34).

Se ha llevado a cabo un análisis a partir de los 3 años de edad, según el sistema educativo ecuatoriano existe la Educación Inicial que se subdivide en inicial 1 e inicial 2, el inicial 1 conocido como el no escolarizado es desde niños de 0 a 3 años pero el responsable de su educación es el servicio de desarrollo infantil que se integra la educación no formal a los padres a través de actividades lúdicas educativas, en inicial 2 comienza a partir de los 3 a 5 años, ésta etapa ya es atendida por el Ministerio de Educación, por lo que se hace referencia, que a partir de los 3 años de edad, es que en mayoría de los padres integran a sus hijos al proceso de aprendizaje educativo. (35)

En la edad de 3 a 4 años, se presentaron 2 casos, en los que no se observó aceptación en el entorno escolar, pero como es la etapa inicial escolar no habría porque alarmarse si no hay una buena aceptación escolar, muchos de los niños recién experimentan nuevas cosas, la principal el socializar con los demás compañeros que lo rodean debido que la mayor parte pasan con sus padres, por ese motivo hay que hacer un seguimiento sin mucha preocupación, de 4 a 5 años hay una buena aceptación del entorno escolar esto es muy beneficioso porque es más fácil el tratar a éstos pacientes porque hay un entorno favorable normal por lo que determinantes como el estrés sería mínimo y no agravarían la enfermedad, en la edad mayor de 5 años existen 2 casos que no hay una aceptación del entorno escolar, por lo que de inicio puede ser un factor que agrava la enfermedad y sería mucho más difícil el poder tratarla porque afecta la relación social y esto conlleva a una calidad de vida desfavorable para los pacientes, que si no se logra controlar puede producirse deterioros al bienestar psicológico. (4) (5)

Según éste análisis en relación a éstos determinantes, no todos los pacientes en estudio presentaron disminución del rendimiento escolar y ser aceptado en su entorno, los porcentajes son menores a lo esperado en la afectación de la Dermatitis Atópica, un número de 6 casos presentaron aceptación por parte de sus compañeros peor a la misma vez tuvieron una disminución en el rendimiento escolar, por lo que es muy importante que se trabaje a la par, tanto los padres y profesores que educan a éstos niños, así mismo se puede observar que pocos pacientes no tienen una buena aceptación en su entorno escolar pero su rendimiento no ha disminuido, puede que éstos niños no socialicen con los demás compañeros, no se logró obtener más información por parte de los padres, el motivo podría ser no tengan ningún inconveniente al momento de escuchar a sus educadores, pero puede que el miedo a ser criticados por los demás compañeros sea una barrera para que no intenten socializar con los demás. Puede deberse a lesiones estéticas que presenten o al continuo rascado por el purito que da ésta patología, según éste estudio

se encontró datos importantes en que hay mayor cantidad de pacientes que no presentan una disminución en el rendimiento escolar, se hace mucho más factible el poder conversar con ellos y hacerles entender las afecciones que lleva la Dermatitis Atópica. (36)

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES

Se obtuvo del análisis de casos identificados por historias clínicas que fueron: como un universo de: 134 casos (100 %) atendidos en el servicio de consulta externa en el periodo de diciembre 2017 – mayo 2018, se identificó que: 71 casos (53 %), fueron diagnosticados de Dermatitis Atópica en el servicio de consulta externa de la especialidad de dermatología en el periodo diciembre 2017 – mayo 2018; y los 63 casos (47 %) restantes han sido atendidos pero siendo otras enfermedades dermatológicas.

Ésta patología presenta un desarrollo indeterminado que conlleva a la cronicidad, con una alta tendencia a que puede provocar estrés a los pacientes y su grupo familiar, afectando considerablemente su calidad de vida y la de quienes le rodean. Sin embargo, se determinó que, a pesar de estas situaciones en la mayoría de los casos, se observó una evolución favorable para el paciente.

Tienen mal pronóstico los pacientes con historia familiar, edad de inicio tardío, enfermedad diseminada en la infancia, el género femenino resalta en la tendencia, y cuando se le asocia a otras patologías alérgicas (asma y rinitis), según la particularidad del paciente que presente o no relación con una enfermedad respiratoria como las ya mencionadas.

Se encontró también, agentes evolutivos que favorecen esta patología, como la precoz sintomatología, el patrón seborreico y el debido y oportuno tratamiento. Lo que hace importante que el médico especialista de la familia; debe reconocer de manera oportuna las distintas fases que involucra ésta enfermedad, a fin de que pueda informar desde sus inicios a la parte interesada sobre el curso irregular de ésta patología, estar relacionado con el procedimiento, al enfrentar los brotes y familiarizarse, lo más que pueda con las distintas alternativas no farmacológicas de las que se dispone actualmente para su efectivo tratamiento.

En éste sentido, una estrecha relación del médico con el paciente, podría ser más fluida y satisfactoria y se conseguiría un mejor control de la patología, lo cual es altamente beneficioso en el tratamiento, que finalmente erradique ésta enfermedad.

Los resultados reflejaron que, el lugar más frecuente de aparición de las lesiones en pacientes con Dermatitis Atópica, fue a nivel de extremidades, un alto porcentaje de la muestra en estudio así lo demostró, seguido de las localizaciones de lesiones de cabeza, y finalmente la localización de lesiones de cuello y la localización de lesiones de tronco con 2 casos (2,80%).

Una vez establecidos los estudios de análisis, del presente proyecto, se percibió según los factores asociados a enfermedades respiratorias, que la mayor frecuencia se enfatizó en pacientes que no tienen factores asociados a enfermedades respiratorias, y el porcentaje más bajo (16,90%), tienen factores asociados a enfermedades respiratorias con 12 casos.

Dentro del análisis por medio de tablas cruzadas con datos extraídos, a través de la investigación, arrojó que, de los 71 pacientes diagnosticados con Dermatitis Atópica, presentaron cambios en el comportamiento y en el estado emocional con 5 casos (55,60%); y de estos casos (53,20%), presentaron cambios en el comportamiento y NO presentan cambios en el estado emocional.

En cuanto a la relación de la dermatitis atópica y el rendimiento escolar, por medio de la elaboración y la estatificación de datos extraídos que según la edad propia de inicio escolar y en relación a disminución del rendimiento del mismo, en pacientes menores a 4 años, no se obtuvo relevancia, para relacionar el bajo rendimiento con la patología. Mientras que, en pacientes mayores de 4 años, aunque presentaron aceptación en el entorno, se obtuvo que también presentaron bajo rendimiento escolar, y menos aceptación por sus padres. Sin embargo, los menores casos que lo presentan, deben ser tomados en consideración para darle apoyo médico profesional en función a superar tales dificultades y proporcionarle seguridad a los pacientes, para que tengan herramientas con que enfrentar esta situación.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo con los resultados obtenidos del desarrollo del presente estudio se procede a proponer las siguientes recomendaciones, dirigidas a:

Mantener una adecuada asepsia a los niños, pues en los casos de la dermatitis atópica, la cual es una enfermedad de la piel, requiere en estos casos que los padres mantengan un adecuado control en la higiene y aseo personal del niño.

Mantener un adecuado control y seguimiento, en la preservación de la salud de los niños, antes de llevarlos al centro infantil para evitar que se agrave la enfermedad.

Informar y educar a los padres, maestros y sociedad en general, acerca de la dermatitis atópica, con los referentes básicos, sobre sus causas y consecuencias, y lo que generalmente ocasiona en los niños, además del tratamiento adecuado y oportuno.

A los padres y maestros que tienen niños que presentan los síntomas propios de la dermatitis atópica, propiciar una constante comunicación y visita frecuente a las instituciones de salud más adyacentes, contactando de manera oportuna al personal médico para su correcto diagnóstico, tratamiento y procedimiento ante los casos de ésta enfermedad.

Mantener una supervisión adecuada, acerca del comportamiento de los infantes, que padecen la dermatitis atópica, en cuanto a posibles cambios de conducta y de comportamientos sociales poco comunes, derivados de la exclusión del niño en su entorno cotidiano; evitando así que se lesione su calidad de vida.

## CAPÍTULO VII

### BIBLIOGRAFÍA

1. Tollefson MM. Manejo cutáneo en la dermatitis atópica. *In* Intre Med. 2015 abril 13 ;: p. 134.
2. Leung Donald Y.M, Eichenfield-Lawrence F, Boguniewicz M. Dermatitis Atópica. *In* Fitzpatrick Thomas EAWKFIAF. dermatologia en medicina general. Barcelona: Panamericana; 2014. p. 1039-1042.
3. Barba S, Lazcano G. Dermatitis Atópica en Quito y el Ecuador. *trabajo científico*. 2011 Sep 12;: p. 11-23.
4. O'Hare P, Krowchucuk D P. The impact of atopic dermatitis on the quality of life of children, adolescents, and adults. *In* Rajagopalan R SEAR. Care Management of Skin Diseases: Life Quality and Economic Impact. New York: Marcel Dekker Inc; 1998. p. 185-198.
5. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med*. 1995;: p. 425-429.
6. Martin Mateos MA. seicap. [Online].; 2011 [cited 2015 abril 10. Available from: [http://seicap.es/documentos/archivos/Guia%20dermatitis\[1\].pdf](http://seicap.es/documentos/archivos/Guia%20dermatitis[1].pdf).
7. Garnica, P. y Zúñiga, C.. Actualidades en el tratamiento sistémico de la dermatitis atópica en el paciente pediátrico. *Mediagrapig*. 2015 Jan; 24: p. 18-28.
8. S. Barbarot, H. Aubert, C. Bernier, J.-F. Stalder. Dermatitis Atópica. *El sevier*. 2016;: p. 98-150.
9. Hanifin JM. Breaking the cycle: How I manage difficult atopic dermatitis Romper o ciclo: minha conduta em casis dificeis de dermatie atópica. *An Bras Dermatol*. 2007;: p. 79-85.
10. Faruk A. Correlation Between clinical Symtoms of Atopic Dermatitis in Children and serum IgE level. *MED ARCH*. 2011;: p. 168-169.
11. Arevalo Jaramillo M.D, Sanchez Vaca F. Determinacion Serologica de IgE en pacientes con Diagnostico Clinico de Dermatitis Atópica en el centro de la Piel (CEPI) y su correlacion con la Gravedad evaluado con SCORAD y escala CEPI. 2014 mayo-octubre 12..
12. Osees DMS. DERMATOLOGIA CHILE UCD, editor. CHILE: REVISTA ANEXADA CHILE; 2016.
13. Giachetti M GMSMFRCC. Concenso Nacional de Dermatitis Atópica. sociedad de dermatologia. 2013;: p. 1-22.

14. Larralde M AELP. Dermatología Pediátrica. journal. 2010.
15. Armando José Vásquez Lobo. Dermatitis atópica. Medunab. 2002;; p. 121-132.
16. María de la Luz Cid del Prado-Izquierdo, Osvaldo Zarco-Cid del Prado, Ángel Visoso-Salgado. Dermatitis atópica severa e hiper-IgE. RAM. 2017 Oct 19;; p. 487-492.
17. S. Barbarot, H. Aubert, C. Bernier, J.-F. Stalder. dermatitis atópica. Elsevier Masson SAS. 2016;; p. 98-150.
18. Millán CG. grupo de dermatología pedro jaen. [Online]. madrid: pedro jaen; 2018.
19. Fernández DCV. Calidad de vida en el paciente con dermatitis atópica. ; 2017.
20. Bohme M, Svensson A, Kull L, Nordvall SL, Wahlgren C F. Clinical features of atopic dermatitis at two years of age: a prospective, population-based case-control study. Acta Derm Venereol. 2001;; p. 193-197.
21. Armendariz K OMDJRARJ. Vitamina D3 en Dermatitis Atópica:¿una nueva opción terapéutica? Dermatología: Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2013;; p. 11-14.
22. Thomsen SF. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. ISRN Allergy. 2014;; p. 7.
23. Megha M. Tollefson MALB. Manejo cutáneo en la dermatitis atópica. Intramed. 2015 Apr 13.
24. Hernández R, Fernández CyBP. Metodología de la Investigación Mexico : Mc Graw Hill-Education; 2014.
25. Arias F. El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica Caracas: Epistema; 2012.
26. Fernández D,CJ&ÁL. Prevalencia de la dermatitis atópica en escolares de Cartagena y su relación con el sexo y la contaminación. In Anales de Pediatría. Elsevier. 2012 Enero ; 60(6).
27. Calderón J, Vargas M, Rodríguez S, Alcón A, Del Río Navarro B&SJ. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica.. Revista Alergia de Mexico. 2014 Junio; 54(3).
28. López F. Dermatitis atópica en la edad infantil. Valoración de la gravedad y tratamiento.. Jano. 2012 febrero ; 62(57).
29. Rodríguez A, Huato M&PH. Perfil de consulta en niños alérgicos provenientes de familias de bajos ingresos.. Revista Cubana de Pediatría. 2013 Septiembre; 79(3).

30. Sánchez J, DE, MA & SN. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA.. *Actas Dermato-Sifiliográficas*. 2013 Mayo; 104(1).
31. Sanabria A & RN. Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica.. *Psychologia*. 2013 Septiembre; 5(1).
32. De Pierini D, Castro C, LL, BM, PD, ZP, & PA. Dermatitis Atópica: Nuestra experiencia en talleres para padres. *Medicina Infantil*. 2009 Abril ; 17(10).
33. J MO. *Monografias.com*. [Online].; 2015.
34. Lamas HA. Rendimiento escolar. *ISSN*. 2015;; p. 313-386.
35. Campos L. Sistema Educativo del Ecuador. [Online].; 2013. Available from: <http://sistemaeducativoecuador.blogspot.com/>.
36. Edel Navarro R. El rendimiento academico. *Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 2013; 2.
37. Álvarez González MK, Delgado Cruz MA, Naranjo Ferregut J, Pérez Martín MM, Valdés del Pino MAM. Dermatitis atópica en un infante. [Online].; 2014. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_1\\_14/san17114.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_1_14/san17114.pdf).
38. Stalder J. f, Barbarot S, Wolleberg A, Holm E. A, De Reave L, Seidenari S, Oraje A, Deleuran M, Cambazard F, Svensson A, Simon D, Benefeldt E, Reunala T, Mazereeuw J, Boralevi F, Kunz B, Misery L, Mortz C.G, Darsow U, Gelmetti C, Diepgen T, Ring J. for the PPO-SCORAD investigators Group. Pateinte-Oriented SCORAD: a new self-assement scale in atopic dermatitis valitied in Europe. *Alergy*. 2011;; p. 1114-1121.
39. Katoh N, Hirano S, Kishimoto S. Pronostic factor of adult patients with atopic dermatitis. *The Journal of Dermatology*. 2008;; p. 477-554.
40. Awad P. Actualizacion en Dermatitis Atopica. *Avansalud*. 2002;; p. 223-236.
41. Zheng T, Yu J, Oh M.H., Zhu Z. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2011;; p. 67-73.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1. ENCUESTA APLICADA A PADRE DE FAMILIA O REPRESENTANTE DEL PACIENTE**

- 1) ¿SEGÚN USTED PADRE DE FAMILIA O REPRESENTANTE, SU HIJO QUE HA SIDO DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS ATÓPICA, LE HA AFECTADO EN EL ÁMBITO VIVIR?  
SI            NO
  
- 2) ¿PADRE DE FAMILIA O REPRESENTANTE, HA RECIBIDO UNA GUÍA Y CONSEJOS POR PARTE DE UN PROFESIONAL DE SALUD EN COMO MANEJAR ESTA ENFERMEDAD EN SU HIJO?  
SI            NO
  
- 3) ¿EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO ES DIFERENTE DESDE QUE LE DIÓ ESTA PATOLOGÍA?  
SI            NO
  
- 4) ¿EL RENDIMIENTO ESCOLAR SIGUE SIENDO EL MISMO O HA DISMINUÍDO?  
SI            NO
  
- 5) ¿SU HIJO ULTIMAMENTE ESTA CANSADO O PRESENTA PROBLEMAS EN CONCILIAR EL SUEÑO?  
SI            NO
  
- 6) ¿PARA SU HIJO EL PICOR ES DEMASIADO MOLESTO QUE SOLO PASA RETOBADO Y LLORA EN TODO MOMENTO?  
SI            NO
  
- 7) ¿EL NIÑO TIENE EL MISMO ESTADO EMOCIONAL O A VARIADO DESDE QUE PRESENTÓ ESTA ENFERMEDAD?  
SI            NO
  
- 8) ¿EN EL AMBITO ESCOLAR, SE SIENTE ACEPTADO POR LOS DEMÁS COMPAÑEROS?  
SI            NO
  
- 9) ¿SU MÉDICO LE HA DICHO QUE NECESITA APOYO FAMILIAR Y PSICOLÓGICO?  
SI            NO
  
- 10) ¿SU HIJO HA PRESENTADO INICIOS DE HIPERACTIVIDAD O FALTA DE ATENCIÓN?  
SI            NO

## ANEXO 2.

### FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

#### ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD CON DERMATITIS ATÓPICA QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA A DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2017 – MAYO 2018

Formulario N° \_\_\_\_\_

#### DATOS GENERALES

Historia Clínica N° \_\_\_\_\_

Edad del niño/a en \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Edad de diagnóstico de Dermatitis Atópica \_\_\_\_\_

#### COMORBILIDADES

Asma: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Rinitis alérgica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Alergia Alimentaria: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Infecciones de piel: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cambios en el estado emocional: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Disminución del rendimiento escolar: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cambios en el comportamiento: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### ANEXO 3.

