



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Proyecto de Investigación previo a la obtención de título de Médico General

TRABAJO DE TITULACIÓN

Prevalencia de Dermatitis Atópica en Pre-escolares. Hospital Provincial General Docente
Riobamba 2018 – 2019

Autor (es):

Sánchez Rodríguez Ana Leslye

Sayay Atupaña Sandra Soledad

Tutor:

Dr. Carlos Alberto Martínez Fiallos

Riobamba – Ecuador

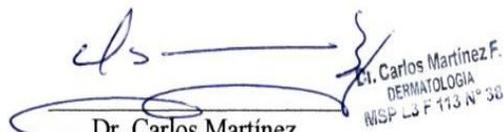
Año 2019

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Médico General con el tema: “**Prevalencia de dermatitis atópica en pre-escolares. Hospital Provincial General Docente Riobamba 2018 – 2019**”, ha sido elaborado por Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad, 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.

Atentamente;


Dr. Carlos Martínez
CI: 180289106-7
TUTOR

Dr. Carlos Martínez F.
DERMATOLOGIA
MSP-L3 F 113 N° 38

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “**Prevalencia de dermatitis atópica en pre-escolares. Hospital Provincial General Docente Riobamba 2018 – 2019**”, realizado por Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad, y dirigido por el: 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:

Dr. Wilson Nina
PRESIDENTE



FIRMA

Dr. Edwin Choca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Dr. Ángel Mayacela
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

DERECHOS DE AUTORIA

Nosotras, Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad, somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, y los resultados de los mismos son auténticos y originales, los textos referenciados en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados.

Como autores, asumimos toda la responsabilidad de los contenidos de este proyecto de investigación.

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



Sánchez Rodríguez Ana Leslye
CI: 060544723-4



Sayay Atupaña Sandra Soledad
CI: 020138175-3

DEDICATORIA

Por: Ana Leslye Sánchez Rodríguez

El éxito de una persona es el resultado de una suma incondicional de esfuerzo y amor, por eso dedico el presente trabajo con mucho cariño a mi Dios amado y familia que durante mis años de estudio me han brindado su apoyo incondicional con el afán de verme crecer como profesional y ser humano, si me caía ellos son sus consejos me animaban para seguir y no rendirme y así poder alcázar mis metas y mi sueño tan anhelado.

Ligia Violeta Rodriguez Ubidia, madrecita y mejor amiga siempre con tu ejemplo vivo de respeto, ética y amor has hecho que en mi nazca la bondad para servir a los demás la honestidad para alcanzar mi preparación y la fuerza apasionada para luchar día tras día sobreponiéndome a los inconvenientes que no se los puede evitar, pero que al final atravesarlos y superarlos provocan en mi la sensación de sano orgullo más profunda que puedo sentir gracias al ejemplo de ti mamita Liggy.

Julio Marcelo Sánchez Pérez, amado papá, quien podría demostrar mayor esfuerzo si no tú, te dedico mi esfuerzo en mi sentido más puro de reciprocidad ante todo el esfuerzo, y trabajo que has dado por tus hijos, nunca se irá de mi corazón cada ocasión que me has dado un buen consejo a veces un tirón de orejas y más que eso agradezco a Dios y a la vida por darme un padre abnegado y de ejemplo que por más de una ocasión se ha quitado el pan de la boca para cederle a su sambiruca , cada desvelo y preocupación ahora presentan sus resultados.

Dedico también mi esfuerzo a mis compañeros de vida, hermanitos míos Jonathan Marcelo, Arantxa Ligia Sánchez Rodríguez, nuestros juegos que ahora son realidades los hemos logrado juntos mediante ese sentimiento de amor de hermanos que ha habitado en nuestros corazones ahora somos adultos alcanzando metas pero con el corazón de siempre, lleno de sueños y anhelos.

Finalmente me dirijo a mi amada abuelita mamá Anita, que habita en el cielo gracias mi viejita por creer en mí, lamentablemente no estamos juntas físicamente pero el corazón nos unirá por siempre

junto a mi papá Tavo nunca me hicieron sentir sola, al contrario siempre han estado dándome ejemplo y sobre todo amor, amor que lo he utilizado como firme escudo ante las adversidades de la vida, con el continuaré escribiendo mi historia, escribiendo nuestra historia, amada familia.

Por: Sandra Soledad Sayay Atupaña

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, sin embargo no creo que sea el único legado del cual yo particularmente me siento muy agradecida, mis padres me han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies. Ellos son mis pilares de la vida, les dedico este trabajo de titulación. A mis padres Joaquín Sayay Balla y mi madre María Elvira Atupaña Chicaiza, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, quienes con paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mi hermana Nancy Sayay, por él apoyo incondicional, y ser mi inspiración para superarme día a día. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTO

Por: Ana Leslye Sánchez Rodríguez

Fundamentalmente agradezco a Dios, por haberme dado vida, salud y sobre todo sabiduría necesaria para luchar contra las adversidades de la vida y mediante aquello alcanzar la meta de este presente logro académico.

Un especial agradecimiento a todos mis amigos y familiares que confiaron y creyeron en mí, que siempre estuvieron apoyándome de forma incondicional, a ustedes amigos George, Marco, que siempre me apoyaron de manera absoluta. A ti amado Orlando que desde que te conocí no hiciste más que brindarme tu amor, paciencia y lealtad lo mismo que me inspiro a seguir y culminar mi sueño tan anhelado

Finalmente, mi gratitud a mi bella Universidad Nacional de Chimborazo Carrera de Medicina, docentes, personal administrativo que impartieron sus conocimientos, permitiéndome formar parte de esta notoria profesión.

Por: Sandra Soledad Sayay Atupaña

El presente trabajo de grado va dedicado mi Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

Agradezco a mi tutor Dr. Carlos Martínez Fiallos, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todas mis amigas, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles, de verdad mil gracias hermanitas de corazón.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	II
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	III
DERECHOS DE AUTORIA.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
OBJETIVOS	3
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos	3
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	4
1.1 Definición	4
1.2 Epidemiología.....	5
1.3 Etiopatogenia y Fisiopatología	5
1.3.1. Alteraciones en la Función Barrera	6
1.3.2. Factores Genéticos.....	7

1.3.3. Sistema Inmune y Dermatitis Atópica.....	9
1.3.4. Factores Ambientales	10
1.3.5. Factor Infeccioso	11
1.3.6. Factor Neurovegetativo	12
1.3.7. Factor Psicógeno o Emocional	12
1.4. Manifestaciones Clínicas	13
1.5. Diagnóstico	15
1.5.1. Criterios de diagnóstico clínico para dermatitis atópica por Hanifin y Rajka, son los siguientes:	15
1.6. Escalas para medir la gravedad en dermatitis atópica	16
1.7. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	18
CAPITULO II: METODOLOGÍA	19
2.1. Tipo de estudio.....	19
2.2. Diseño de la Investigación	19
2.3. Área de estudio	19
2.4. Universo.....	19
2.5. Muestra	20
2.6. Criterios de inclusión	20
2.7. Criterios de exclusión	20
2.8. Variables	20
2.9. Métodos técnicas e instrumentos	20

2.10. Técnicas de análisis e interpretación de la información	22
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
3.1 Resultados:.....	23
3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:.....	36
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	45
Anexo 1	45
Anexo 2.....	49
Anexo 3.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución por edad y sexo de niños con dermatitis atópica. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Diciembre 2018 – mayo 2019	23
Tabla 2: Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según Lugar de residencia	25
Tabla 3: Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según tipo de familia	26
Tabla 4: Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según nivel educativo del jefe de familia.....	27
Tabla 5: Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según Situación Laboral del Jefe de Familia.....	288
Tabla 6: Exposición a antibióticos de amplio espectro para dermatitis atópica en la población estudiada.....	299
Tabla 7: Factores de Riesgo Antecedentes familiares para dermatitis atópica en la población estudiada.....	30
Tabla 8: Factores de Riesgo Exposición a Ambiente Tabáquico para dermatitis atópica en la población estudiada.....	31
Tabla 9: Factores de Riesgo: Lactancia Materna exclusiva 6 meses (Disminución de la lactancia materna).....	322
Tabla 10: Factores de Riesgo: Infección a Edad Temprana para dermatitis atópica.....	33
Tabla 11: Factores de Riesgo: Inmunizaciones Completas para dermatitis atópica.....	34

Tabla 12: Criterios Diagnósticos: Presencia de Dermatitis Atópica, según criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka, 1980.....	35
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución por edad de niños con dermatitis atópica	24
Gráfico 2 Distribución por sexo de niños con dermatitis atópica	24
Gráfico 3 Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según lugar de residencia	25
Gráfico 4 Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según tipo de familia	26
Gráfico 5 Caracterización sociodemográfica de la población según nivel educativo del jefe de familia.....	27
Gráfico 6 Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según Situación Laboral del Jefe de Familia.....	28
Gráfico 7 Factores de Riesgo: Exposición a antibióticos de amplio espectro para dermatitis atópica en la población estudiada	29
Gráfico 8 Factores de Riesgo: Antecedentes Familiares para dermatitis atópica en la población estudiada.....	30
Gráfico 9 Factores de Riesgo: la población estudiada: Exposición a Ambiente Tabáquico para dermatitis atópica	31
Gráfico 10 Factores de Riesgo: la población estudiada: Lactancia Materna exclusiva 6 meses (Disminución de la lactancia materna).....	32

Gráfico 11 Factores de Riesgo: la población estudiada: Infección a Edad Temprana para dermatitis atópica 33

Gráfico 12 Factores de Riesgo: la población estudiada: Inmunizaciones Completas para dermatitis atópica 34

Gráfico 13 Presencia de Dermatitis Atópica, según criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka, 1980 35

RESUMEN

Prevalencia de Dermatitis Atópica en pre-escolares. Hospital Provincial General Docente Riobamba 2018 – 2019

Autor: Sánchez Rodríguez, Ana Leslye. Sayay Atupaña, Sandra S.

Tutor: Dr. Carlos Alberto Martínez Fiallos

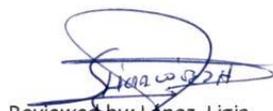
La dermatitis atópica (DA) conocida como eccema es una enfermedad cutánea inflamatoria recidivante y crónica, con alta prevalencia en los primeros años de vida. Se realizó una investigación para determinar la prevalencia de dermatitis atópica en preescolares en el Hospital Provincial Docente Riobamba en el periodo diciembre 2018 hasta mayo 2019, mediante una investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal, no experimental; cuyo universo lo constituyó los 86 pacientes entre uno y cinco años de edad con diagnóstico de dermatitis atópica en el tiempo previsto, y la muestra fue representada por 26 pacientes cuyo examen físico cumplió con los criterios diagnósticos para DA. Se identificó predominio del sexo masculino (57,7%), grupo etario predominante: 1 año de edad (53,8%); el 100% provenían del área urbana, con predominio de familias medianas, el nivel educativo del jefe de familia en un 50% fue de educación básica completa, con 46,2% educación universitaria, todos empleados. Los factores de riesgo encontrados para DA fueron: exposición a antibióticos de amplio espectro 7,7%, antecedentes familiares de DA 23,1%, presencia de infección en edad temprana 11,5% y sin lactancia materna exclusiva 11,3%. Se concluye que el 30,3% de los pacientes diagnosticados con dermatitis atópica cumplían con los criterios diagnósticos clínicos para la enfermedad, y el 69,7% restante no los cumplía.

Palabras clave: Dermatitis, Atopia, Eccema.

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) known as eczema is a recurrent and chronic inflammatory skin disease, with high prevalence in the first years of life. This investigation was conducted to determine the prevalence of atopic dermatitis in preschoolers, in the Provincial General Docente Hospital in Riobamba, period from December 2018 to May 2019, through a descriptive, retrospective, non-experimental, cross-sectional investigation; whose universe was constituted by the 86 patients between one and five years of age with a diagnosis of atopic dermatitis in the foreseen time, and the sample was represented by 26 patients whose physical examination fulfilled the diagnostic criteria for DA. A predominance of males was identified (57.7%), predominant age group: 1 year of age (53.8%); 100% came from the urban area, with a predominance of medium-sized families, the educational level of the head of the family was 50% complete primary education, with 46.2% university education, all employees. The risk factors found for AD were: exposure to broad-spectrum antibiotics 7.7%, family history of DA 23.1%, presence of infection in early age 11.5% and exclusive breastfeeding 11.3%. It is concluded that 30.3% of the patients diagnosed with atopic dermatitis met the clinical diagnostic criteria for the disease, and the remaining 69.7% did not comply.

Keywords: Dermatitis, Atopy, Eczema.



Reviewed by: López, Ligia
LINGUISTIC COMPETENCES TEACHER



INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) también conocida como eccema se presenta en personas con antecedente personal o familiar de atopia y alergias; se caracteriza por presentar aparición tipo brotes y por desaparecer en tiempos que pueden oscilar entre meses y años, es una enfermedad cutánea inflamatoria de curso crónico, muy pruriginosa que afecta en un 10% a la población infantil, en especial a niños menores de 5 años de edad, hecho que influye en la calidad de vida de los individuos que la padecen y sus familias, clínicamente se caracteriza por presentar los siguientes signos y síntomas: prurito intenso (síntoma constante en todos los pacientes); xerosis (sequedad cutánea), eritema o enrojecimiento, exudación, descamación y excoriaciones (signos de rascado) (Moreno Fernandez, Cebrian, & al, 2016) (Tollefson, 2015) (Martorell Aragonés & Martorell Calatayud, 2013).

Se ha considerado a la DA como antecedente personal para la aparición de otras enfermedades que cursan con atopia, en un 50 a 80% de las personas que han padecido de DA presentan problemas de asma o rinitis alérgica a lo largo de su vida, con niveles elevados de IgG séricos, encontrándose diferencias regionales con un aumento en su prevalencia en los últimos años (Rojas & Quezada, 2013) (Morales & et al, 2077).

La prevalencia DA oscila entre 10 a 30% en niños, quienes en un 65% inician la enfermedad en el transcurso del primer año de vida, y en un 85% de los casos antes de los 5 años de edad, en contraposición a la población adulta quienes desarrollan DA entre 1 y 3% a nivel mundial, con un aumento de 2 a 3 veces en países industrializados durante las tres últimas décadas con diferencias importantes según sitio de procedencia rural o urbana siendo en esta última más alta explicándose por el estilo de vida occidental, tabaquismo y aumento de la edad materna, contaminación ambiental, clima, y reducción del tiempo o ausencia de lactancia materna (Rojas & Quezada, 2013) (Ramirez Boscá, 2014) .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones sobre DA en nuestro medio son escasas observándose un aumento en su incidencia en la región no documentada. Latinoamérica presenta índices de DA de 15% a 23%. Existen proyecciones para el 2020 donde el 50% de la población padecerá de problemas alérgicos; hay estudios que reportan que en México es un problema de salud pública, afectando al 6% de la población y que en Europa y países desarrollados, las enfermedades alérgicas pueden afectar entre el 10% y el 40% de toda la población representando un elevado incremento de estas entidades nosológicas (Terán, Hasellbarth, & Quiroz, 2009).

Bissinger en Colombia 2016, describe que los niños son diagnosticados el 28.1% con dermatitis atópica, 3.1% con dermatitis contacto, 1.6% con urticaria crónica 1.6% y el 23,4% con urticaria aguda a través, de la prueba intradérmica cutánea. El proyecto ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) permitió conocer la prevalencia de asma, rinitis y eccema en 306 centros de 105 países con la limitante de dejar excluidos a menores de 5 años; se aplicó a los grupos etarios entre 13-14 años de edad que podían autocompletar el cuestionario y al de 6-7 años, donde fueron los padres los que ayudaron a responderlo. Existen varios trabajos en Esmeraldas y Guayaquil con esta metodología pero que reportan solo datos de prevalencia de asma sin reportes de prevalencia de eccema ni de rinitis alérgica. (Bissinger & Bareño) (Ocampo, Gaviria, & Sánchez, 2017)

En vista de lo antes expuesto nos planteamos determinar la prevalencia de dermatitis atópica en pacientes preescolares atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, lo que hace particularmente importante el estudio ya que existe un alto número de consulta por esta causa en este grupo etario, y día a día nos encontramos expuestos a estilos de vida que no siempre son saludables, al del deterioro global del planeta donde agentes físicos, químicos y el mismo cambio climático ocasionan problemas de alergia que han ido en aumento en los últimos años. La DA es considerada como una de las enfermedades alérgicas que más ataca a la población en general, en especial a niños menores de 5 años.

Considerar las características sociodemográficas, los factores de riesgos y criterios diagnósticos nos permitieron determinar la presencia de DA en este grupo etario. Reconocer dichos factores que desencadenan o pueden exacerbar los brotes, es un paso importante para hacer un buen diagnóstico y tratamiento eficaz que van en pro de mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen, así mismo este estudio servirá como base a la comunidad médica y científica para futuras investigaciones. Esta investigación reposará en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Chimborazo, a disposición libre de quienes se interesen en su contenido.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de dermatitis atópica en pre-escolares. Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el periodo comprendido entre diciembre 2018 - mayo 2019.

Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población pre-escolar en estudio según edad, sexo, procedencia, tipo de familia según número, nivel educativo, ocupación y situación laboral del jefe de familia.
- Identificar los factores de riesgo para dermatitis atópica en niños preescolares incluidos en el estudio.
- Establecer la prevalencia de la enfermedad en pacientes preescolares, según los criterios diagnósticos para dermatitis atópica.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

PIEL

Es el órgano más grande del cuerpo. Consta de tres capas bien diferenciadas: epidermis, dermis e hipodermis, cada una de las cuales desempeñan una serie de funciones, interrelacionándose entre sí. (Agustín Buendía Eisman, José Mazuecos Blanca, Francisco M. Camacho Martínez, 2018). Además de servir como protección contra el calor, la luz, las lesiones y las infecciones, la piel también:

- ❖ Regula la temperatura del cuerpo
- ❖ Almacena agua y grasa
- ❖ Es un órgano sensorial
- ❖ Impide la pérdida de agua
- ❖ Impide el ingreso de bacterias

1.1 Definición

La dermatitis atópica (DA) se define como una enfermedad inflamatoria de la piel de curso crónico, con recidivas frecuentes y cuya manifestación clínica característica es el prurito, afecta principalmente a niños en período de lactancia y a preescolares, fue descrita como entidad clínica en el siglo XVII por Brocq y Jaquet (1891), quienes la llamaron neurodermatitis diseminada, Besnier un año después la denominó prurigo diatésico. Coca y Cooke (1923), sugirieron el término atopia, para este tipo de dermatitis: "respuesta fuera de lugar" y Hill y Sulzberger (1933) le dan el nombre con el que se conoce actualmente (Alvarez González, Delgado Cruz, Naranjo Ferregut, Pérez Martín, & Valdés, 2014)

La atopia es una condición hereditaria con una tendencia exagerada a reaccionar del organismo frente a determinadas sustancias mediadas por la IgE, con alteración en la inmunidad celular y la reactividad vascular, y con manifestaciones clínicas diversas, afectando la calidad de

vida de los pacientes muchas veces no considerada. Se ha denominado tríada atópica al asma bronquial, la rinoconjuntivitis y la DA (Cabanillas-Becerra J, 2012).

1.2 Epidemiología

La dermatitis atópica afecta a aproximadamente 5 a 20% de niños en todo el mundo, un 85% en el primer año de vida, 95% antes de los 5 años. Se presenta en cualquier raza o ubicación geográfica encontrando mayor prevalencia de esta enfermedad en zonas urbanas con respecto a las rurales, con mayor incidencia en niños que en niñas (2/1) así como en otras afecciones alérgicas (asma, rinitis), cambiando esta tendencia en la adolescencia y en la edad adulta. En EEUU la prevalencia es de 10% y en países desarrollados entre el 15 – 30%, según el ISAAC (Estudio Internacional de Asma y Alergias en la niñez) es de 0,9% en India, 22,5% en Ecuador, 24,6% Colombia (Hawro, Lehmann, Altrichter, & et, al, 2016) (Garnica Cruz, Zuñiga Lagunes, & Huerta López, 2015) (Giachetti A, 2013).

La incidencia aumenta probablemente por las siguientes causas: (Miquel, 2019)

- a. Estilo de vida
- b. Aumento de la edad materna
- c. Polución
- d. Tabaquismo materno
- e. Reducción de la lactancia materna

1.3 Etiopatogenia y Fisiopatología

La patogenia de la DA es aún de origen desconocido, se consideran en la actualidad a la alteración en la función de barrera de la piel como principal factor patogénico unido a la interacción con factores genéticos, inmunológicos y medioambientales que da lugar al inicio y progreso de la enfermedad, se mencionan otros factores que pueden influir en su etiopatogenia como lo son: (Sánchez Santos, Blanco-ons Fernández, & González Sabín, 2016) (Pomavilla Duuy & Torres Gutama, 2015) (Sathishkumar D, 2016) (Olsen, Gallacher, & Finlay, 2016).

- Alérgicos
- Infecciosos
- Neurovegetativos
- Psicológicos

1.3.1. Alteraciones en la Función Barrera

La piel órgano más extenso del cuerpo humano está formado por dos capas, la dermis y la epidermis, la cual es la primera línea de defensa entre el cuerpo y el medio ambiente entre cuyas funciones se encuentra evitar que penetren irritantes ambientales, alérgenos y microorganismos a través de la piel, así como, funcionar como una barrera física, química e inmunológica que nos protege de las agresiones externas. La permeabilidad de la epidermis está determinada por las interacciones de queratinocitos diferenciados en la superficie, corneocitos y grupos de proteínas estructurales entre las que destaca la filagrina (FLG), enzima reguladora en el manto lipídico de la piel, y los lípidos (Garnica Cruz, Zuñiga Lagunes, & Huerta López, 2015) (Sánchez Santos, Blanco-ons Fernández, & González Sabín, 2016).

Cuando existe una irrupción a nivel de la epidermis, ya sea por factores heredados, trauma, disminución de la humedad, alteración en el pH de la piel o presencia de agentes infecciosos puede interferir su capacidad para funcionar como una barrera efectiva, permitiendo que los agentes antigénicos e irritantes penetren la barrera y entren en contacto con las células inmunes, dando lugar a la liberación de mediadores proinflamatorias, que explican los hallazgos histopatológicos y clínicos de la DA, por lo cual se considera un factor de riesgo emergente para la DA persistente, severa y de comienzo precoz (Lyons , MilnerJ, & Stone, 2015) (Suaréz Ramos & et al, 2017).

Si bien la dermatitis atópica se expresa clínicamente con eccema, tanto en su forma aguda como crónica. Esta patología presenta una gran variedad en: (Miquel, 2019)

1. El espectro de las manifestaciones clínicas
2. En las bases genéticas de la misma

3. En los mecanismos patogénicos que subyacen en las manifestaciones clínicas.

1.3.2. Factores Genéticos

Hay evidencia donde la DA tiene un componente genético. La relación entre gemelos monocigóticos es mucho mayor que entre gemelos dicigóticos. Los hijos de padres con eccema tienen un riesgo mayor de desarrollar dermatitis. Se han identificado 2 grupos de genes involucrados en el desarrollo de la dermatitis atópica:

a. GENES INVOLUCRADOS EN LA FUNCIÓN BARRERA:

Hay 3 genes en el locus 5q31-33 que se encuentran asociados con la DA y son:

- IL-4
- IL-13
- Inhibidor de proteasas SPINK5.

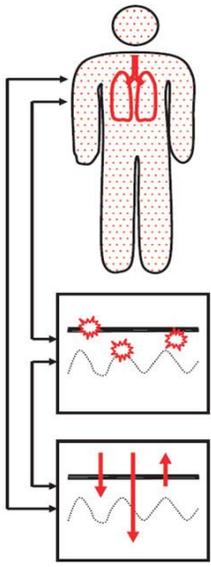
	Respuesta inmune sistémica "atópica"	Genes mostrando asociación con dermatitis atópica	Locus	Relación
		Interleucina-4 (IL-4)	5q31-33	La interleucina 4 promueve el cambio a respuestas inmunes mediadas por T _H 2 y la producción de IgE
		Receptor de la interleucina 4 (IL4R)	16p12.1	
		Interleucina 13 (IL13)	5q31-33	La interleucina 13 promueve el cambio de las células B para la producción de IgE
	Infección, inflamación e inmunidad cutánea	Quimasa de mastocitos (CMA1)	14q11.2	La quimasa de los mastocitos promueve en aumento de la permeabilidad microvascular y la acumulación de células inflamatorias
	Diferenciación epidérmica y formación de barrera cutánea	Inhibidor de la proteasa de serina Tipo Kazal-5 (SPINK5)	5q31	Mutaciones en el gen SPINK5 causan el síndrome de Netherton
		Filagrina (FLG)	1q21	Las mutaciones completas (null) de FLG causan la incontinencia pigmentosa

Figura 1: Factores Genéticos involucrados en la DA (Miquel, 2019)

El gen de la filagrina (FLG) muestra una asociación significativa con la DA. La filagrina tiene un papel clave en la diferenciación epidérmica y en la función barrera. Las alteraciones en la función barrera son un factor determinante en el desarrollo de la dermatitis atópica, permitiendo la entrada de alérgenos a través de la piel. Como se muestra en las figuras 2. (Miquel, 2019)

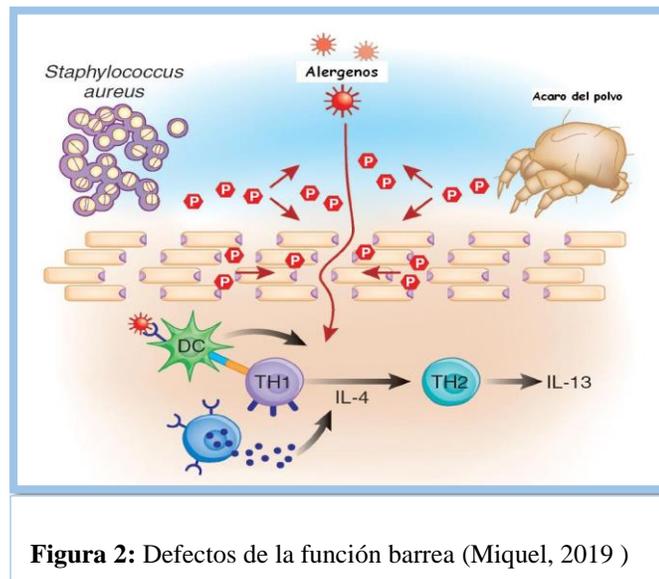


Figura 2: Defectos de la función barrera (Miquel, 2019)

Mutación de la filagrina: La Filagrina codifica una proteína epidérmica importante expresada de forma abundante en las capas más externas de la epidermis. Los portadores de mutaciones de filagrina tienen un riesgo aumentado de rasgos complejos que incluyen la dermatitis atópica, (que afecta al 42% de los portadores de la mutación), dermatitis de contacto alérgica, asma, rinitis alérgica. (Miquel, 2019)

El cromosoma 1q21., el cual contiene los genes de la filagrina (FLG), se ha asociado como principal responsable, es así como defectos a nivel de la FLG pueden predisponer tanto “al desarrollo de DA como a sensibilización inicial y progresión de la enfermedad alérgica en otros órganos, lo que se llama marcha atópica” (Ocampo, Gaviria, & Sánchez, 2017) (Pincelli & Sternhoff, 2013)

Los defectos en la filagrina sugieren que el defecto inicial de la dermatitis atópica se encuentra en la alteración de la función barrera (hipótesis fuera-dentro). La mutación en la filagrina puede tener un papel en el desarrollo de todas las manifestaciones clave de la dermatitis atópica. Una vez que

los alérgenos se encuentren en contacto con la piel, como respuesta se producen dos tipos de linfocitos T: los Th1 y los Th2, teniendo que los Th2 son los responsables de la respuesta alérgica, mientras que los Th1 son los encargados de las reacciones mediadas por células y de antagonizar la respuesta alérgica de los Th2. (Miquel, 2019), (Gimenez, 2000)

El déficit de filagrina se relaciona con las dermatitis atópicas de inicio temprano, de mayor severidad con una mayor incidencia de eczema herpéticum.

1.3.3. Sistema Inmune y Dermatitis Atópica

A. Alteraciones del sistema inmune innato: Sistema Inmune Innato, actúa como la primera línea de defensa contra los ataques ambientales, detecta a los microorganismos a través de un grupo de proteínas codificadas por varios genes llamadas receptores de reconocimiento de patrón (PRRs que incluyen receptores intracelulares y de transmembrana). La activación de los PRR da lugar a la producción de citocinas, quimiocinas, péptidos antimicrobianos así como a la activación de células inmunes (células dendríticas inmaduras, células natural-killer, y neutrófilos). Esta respuesta innata se produce de forma rápida y es eficiente en eliminar los patógenos y limitar el daño tisular. (Miquel, 2019)

El sistema inmune innato cutáneo está compuesto por 3 componentes principales:

- Barrera anatómica/física (estrato córneo y uniones intercelulares)
- Celular (células de presentación antigénica, queratinocitos, mastocitos y polimorfonucleares)
- elementos secretorios (péptidos antimicrobianos (AMP), citocinas y quimiocinas).

B. Trastornos en el sistema inmune adaptado:

Tras el contacto con la piel, los alérgenos son presentados a las células T indiferenciadas (Th0) en el ganglio linfático por parte de las células de Langerhans. Como respuesta a la presentación antigénica, las células Th (Linfocitos T cooperadores) pueden producir dos patrones de citocinas diferentes que dividen a los linfocitos T en dos subgrupos los Th1 y los Th2.

Las citocinas inflamatorias involucradas en las respuestas alérgicas son producidas especialmente por el subgrupo de células Th2, mientras que las citocinas producidas por las células Th1 tienden a antagonizar las respuestas inflamatorias alérgicas.

El predominio de la respuesta de células Th2 viene determinado por varios factores entre los que se incluyen el aumento de producción de IL-4, la baja producción de IL-12 por parte de las células de langerhans y factores producidos por las células epidérmicas.

Los Th2 producen varias citocinas como la interleucina 4 y la IL 13, que son potentes estimuladores de la producción de IgE y la interleucina 5 que es necesaria para el crecimiento y diferenciación de eosinófilos. Los linfocitos Th1 son producidos en presencia de niveles altos de IL-12 y producen interleucina 2, interferon γ , factor de necrosis tumoral alfa, linfoxina, y otras citocinas que promueven las respuestas inmunes contra los patógenos intracelulares e inhiben la síntesis de IgE por parte de las células B. En las lesiones cutáneas de dermatitis atópica se encuentra un predominio de linfocitos Th2, lo cual produciría una producción aumentada de interleucina 4 y de IgE, lo que caracteriza a las fases agudas de la enfermedad (Garnica Cruz, Zuñiga Lagunes, & Huerta López, 2015) (Eichenfi eld LF, 2014) (Miquel, 2019)

1.3.4. Factores Ambientales

Los estudios epidemiológicos de migración de población demuestran que existe una fuerte influencia del medio ambiente en la patogenia de dermatitis atópica, así como, la influencia de la alergia alimentaria al huevo, trigo, leche, soja y maní que tienen algunos pacientes con DA. Existen factores riesgo inductores o desencadenantes y factores protectores como: (Suaréz Ramos & et al, 2017) (Machado del Risco E, 2017) (Simpson EL, 2016) .

a. Factores de Riesgo Inductores para DA:

- Vivir en un ambiente urbano
- Pertener a una familia de tamaño reducido
- Exposición durante el embarazo o la infancia a varios ciclos de tratamiento con antibióticos de amplio espectro
- Historia familiar de DA

- Nivel socioeconómico y educativo de los padres
- Nacimiento por cesárea
- Aumento de la edad materna
- Ambiente tabáquico frecuente
- Climas fríos
- Uso de ropa de fibras ásperas
- La asistencia a la guardería
- Polución del ambiente
- Estrés psicosocial

b. Factores Protectores para DA

- Crecimiento en un ambiente rural
- Lactancia materna
- Alimentación con fórmulas
- Contacto precoz con animales
- Padecer infecciones a temprana edad
- Las inmunizaciones

1.3.5. Factor Infeccioso

En el curso de la DA se puede complicar por la presencia de virus, hongos y bacterias, el microorganismo mayormente implicado en su patogenia es el estafilococo aureus ya que produce exotoxinas inductoras de hipersensibilidad tipo I mediada por IgE y actuando como superantígenos que a su vez estimulan al complejo mayor de histocompatibilidad clase II, los macrófagos epidérmicos y a las células de Langerhans para producir IL-1, TNF (Factor de Necrosis tumoral) e IL-2. Se ha detectado además IgE contra estafilococo aureus en el 75% y contra el *Pityrosporum* *Ovale* del 15-65%. La presencia de estafilococos aureus en la piel atópica es casi constante. (Pomavilla Duuy & Torres Gutama, 2015) (Machado del Risco E, 2017) (Barbarot, Aubert, & Bernier, 2016) (Dammak A, 2015)

1.3.6. Factor Neurovegetativo

Se ha propuesto que existe déficit en la producción sebácea con captación del sudor por la capa córnea, lo que determina oclusión del poro sudoríparo con retención de sudor, cuando existe alguna anomalía por elevación de la metilcolina como respuesta al aumento de la sudoración que conlleva a que ocurran alteraciones en la dermis estimulando las terminaciones nerviosas y los receptores para el prurito, aumentando la sensibilidad al estímulo táctil (Irvine AD, 2016) (Buestán, 2017).

1.3.7. Factor Psicógeno o Emocional

Existe un tipo de personalidad "personalidad atópica" que se caracteriza por presentar: labilidad emocional, ansiedad, hiperactividad, hostilidad, agresividad reprimida, irritabilidad y trastornos del sueño asociada a la DA. Se ha observado que en niños que la DA se exagera cuando ocurren situaciones emocionales que irrumpen en sus rutinas y en su biografía, tales como el nacimiento de un hermano, la suspensión de la lactancia materna, el inicio de la actividad escolar, el dar pruebas en la escuela, traumas y problemas de disfunción familiar. (Pomavilla Duuy & Torres Gutama, 2015) (Olsen, Gallacher, & Finlay, 2016) (Simpson EL, 2016) (Irvine AD, 2016)

1.4. Manifestaciones Clínicas

La dermatitis atópica tiene varias fases clínicas: la aguda que inicia en forma de pápula folicular seguida de placas eccematosas, vesiculación, exudación y luego se forman costras, la subaguda caracterizada por escamas delgadas poco definidas, excoriaciones y liquenificación de la piel en casos crónicos con formación de placas engrosadas, surcos brillantes con acentuación de los pliegues a causa del rascado y fricción. (Sathishkumar D, 2016)



Figura 3: Clínica Dermatitis Atópica (Gomar, 2016)

Según la edad las lesiones de la DA siguen una distribución: En lactantes inicia a partir de los dos meses, con un cuadro clínico de exantema eritematoso, exudativo que forma costras, localizado en mejillas, frente y pliegues auriculares, respetando el triángulo nasolabial (signo del

faro), se extiende posteriormente al cuero cabelludo, al tronco en la cara anterior y a las superficies de extensoras de las extremidades, es de distribución simétrica con placas ecematosas, respetando el área del pañal. En niños entre 2 y 12 años pueden comenzar las manifestaciones cutáneas en el transcurso de esas edades, o reaparecer luego de dos o tres años, las lesiones se distribuyen de forma característica a nivel de los pliegues antecubitales y poplíteos, cuello, muñecas y tobillos, es de presentación subaguda con liquenificación debido a que produce mucho prurito predisponiendo al paciente a sobreinfección bacteriana, vírica o fúngica. Como se ilustra la figura 4. (Cabanillas-Becerra J, 2012)



Figura 4: lesiones de la DA según su distribución por edades, a. Lactantes, b. niños mayores de 2 años (Boz, 2015)

1.5. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, no existen criterios bioquímicos que establezcan de forma definitiva el diagnóstico de certeza de DA; los criterios clínicos universalmente aceptados son los establecidos por Hanifin y Rajka 1980 que establecen los criterios mayores y menores que todavía hoy rigen en el diagnóstico de esta enfermedad en niños que presentan prurito y dermatitis de evolución crónica (Giachetti A, 2013).

1.5.1. Criterios de diagnóstico clínico para dermatitis atópica por Hanifin y Rajka, son los siguientes:

a. Criterios mayores: debe presentar tres o más

- Prurito
- Morfología y distribución típica
- Dermatitis crónica o crónicamente recurrente
- Historia familiar o persona de atopía

b. Criterios menores: debe presentar más de tres criterios

- Xerosis
- Ictiosis
- Reactividad cutánea inmediata en test cutáneos.
- IgE sérica total elevada
- Inicio a edad temprana
- Tendencia a infecciones cutáneas
- Eccema del pezón
- Queilitis
- Pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan
- Catarata subscapular
- Palidez fácil
- Eritema facial

- Pliegues en región anterior del cuello
- Picor con la sudoración
- Intolerancia a disolventes de las grasas y lana.
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a alimentos

1.6.Escalas para medir la gravedad en dermatitis atópica

Entre las escalas de severidad de la DA se encuentran: el índice SCORAD, el *Eczema Area and Severity Index* (EASI), y la medida eczema orientada al paciente (POEMA), las cuales han sido validadas para su uso en ensayos clínicos, aunque no de uso frecuente en la práctica clínica. Se ha propuesto para medir la severidad de la DA una escala que las clasifica en:

- **Leve:** cuando las áreas de la piel son secas, con prurito, eritema que puede no estar presente, sin interferencia en el sueño, el bienestar psicosocial ni de las actividades diarias.
- **Moderado:** cuando hay áreas de la piel seca con prurito intenso, eritema con o sin presencia de excoiación y engrosamiento de la piel, el impacto en las actividades diarias, el bienestar psicosocial se ve afectado de forma moderada y se presentan trastornos del sueño con frecuencia.
- **Severo:** con áreas de piel seca más extensa, generalizada con prurito incesante, eritema extenso con o sin excoiación, el engrosamiento abarca mayores extensiones de la piel, sangrado, supuración, se presentan laceraciones y alteración de la pigmentación con limitación de las actividades diarias, insomnio y deterioro del funcionamiento psicosocial. (Eichenfi eld LF, 2014)

SCORAD
**EUROPEAN TASK FORCE
ON ATOPIC DERMATITIS**

Last Name First Name

Date of Birth DD/MM/YY
Date of Visit

INSTITUTION

PHYSICIAN

Topical steroid used:
Potency (brand name)
Amount/month (G)
Number of flares/month

Figures in parenthesis for children under two years

A: EXTENT: Please indicate the area involved

B: INTENSITY

CRITERIA	INTENSITY
Erythema	
Oedema/papulation	
Oozing/crust	
Excoriation	
Lichenification	
Dryness*	

MEANS OF CALCULATION

INTENSITY ITEMS
(average representative area)
0 = absence
1 = mild
2 = moderate
3 = severe

*Dryness is evaluated on uninvolved areas

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

SCORAD $A/5+B/2=C$

Visual analogue scale (average for the last 3 days or nights)

PRURITUS (0 to 10) 10

SLEEP LOSS (0 to 10) 10

TREATMENT:

REMARKS:

Figura 5: SCORAD escala para medir la dermatitis atópica (Williams, 2000)

1.7. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

NORMAS GENERALES

Clima: pueden influir en el cuadro clínico de esta patología la temperatura, el grado de humedad y la contaminación ambiental, aunque no en su aparición.

Durante el invierno el frío seco tiende a deshidratar la piel del niño atópico empeorando su patología, mientras que en el verano mejoran su condición, sobre todo los niños que se bañan en el mar, ya que el grado de humedad ambiental y las sales que tiene el agua de mar mejora la dermatitis. Por lo que se recomienda clima con temperatura suave, humedad media – alta, sin contaminación ambiental. (Mateos, 2012)

Baño: Se recomienda el baño o ducha aproximadamente 5 minutos de duración con una temperatura tibia de 33 grados. Además el baño debe mantenerse incluso cuando haya lesiones activas importantes, exudativas e incluso infectadas. (Mateos, 2012)

Para las formas leves se utilizan medidas generales de aseo e hidratación. Cuando se presenta reagudización se empleará un corticoide tópico de potencia baja o media entre 5-10 días; para las formas moderadas: se usan medidas generales de forma continua; en las reagudizaciones se emplea un corticoide tópico de potencia baja, media o alta, según la gravedad, por cortos períodos, además se puede utilizar un inhibidor de la calcineurina tópico (Tacrolimus), de mantenimiento y se pueden administrar antihistamínicos antiH1 tipo desloratadina por vía oral para mejorar el prurito. En los casos de formas graves de DA se utiliza tratamiento inicial con corticoides orales tipo prednisona por vía oral y en ciclos cortos, con dosis iniciales de 0,5-1 mg/kg de peso/día en esquema piramidal, es decir con reducción progresiva de la dosis. Si la DA no se controla con el tratamiento tópico y se emplean corticoides orales, se pueden utilizar inmunomoduladores como la ciclosporina que es de acción rápida, cuando la respuesta es pobre o está contraindicada pueden emplearse inmunosupresores (Capdevilla Fonseca, 2015).

CAPITULO II: METODOLOGÍA

2.1. Tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

2.2. Diseño de la Investigación

No experimental

2.3. Área de estudio

- País: Ecuador.
- Provincia: Chimborazo.
- Cantón: Riobamba.
- Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Dirección Av. Juan Félix Proaño y Chile.

2.4. Universo

La población en estudio estuvo conformada por un total de 86 historias clínicas de los pacientes preescolares que acudieron a consulta externa de dermatología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, diagnosticados con dermatitis atópica en el periodo comprendido entre diciembre 2018 hasta mayo de 2019. Según Zarate, 2017 “la definición del tiempo de edad comprendido para establecer la etapa preescolar, no es específica en la literatura médica”, por lo cual en este estudio se tomó como preescolar la edad comprendida entre 1 a 5 años de vida extrauterina, considerando los niños menores de un año como lactantes. (Zárate Vergara, Castro Salas, & Tirado Pérez, 2017)

2.5. Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística supeditada a la presencia de criterios de inclusión y criterios de exclusión en el lapso de la investigación correspondiendo a 26 historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de diagnóstico clínico para dermatitis atópica según Hanifin y Rajka 1980 que todavía hoy rigen el diagnóstico de esta enfermedad en niños que presentan prurito y dermatitis de evolución crónica (21).

2.6. Criterios de inclusión

Pacientes preescolares con edades comprendidas entre un 1 a 5 años de edad con diagnóstico de dermatitis atópica según los criterios diagnósticos clínicos, cualquier sexo, que las historias clínicas contengan todas las variables a analizar.

2.7. Criterios de exclusión

Pacientes menores de 1 año y mayores de 5 años de edad.

2.8. Variables

La operacionalización de variables podrá ser visualizada en el anexo 1.

2.9. Métodos técnicas e instrumentos

Previo a la recolección de la información se solicitó la aprobación del director(a) del Hospital Provincial General Docente de Riobamba para la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes sujetos a estudio y el protocolo de investigación fue analizado por la comisión de bioética de la Universidad Nacional del Chimborazo; quienes tras un estudio minucioso procedió a su aprobación.

Para la recolección de la información se utilizó como método la observación y la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes sujetos a estudio, para tal fin se llenará un cuestionario estructurado de la siguiente manera:

Parte I: Características sociodemográficas (Ver anexo 2), se indicará:

- Edad en años
- Sexo: masculino o femenino
- Procedencia: rural o urbana
- Tipo de familia según número:
 - Pequeña: Cuando está compuesta por 1 a 3 miembros.
 - Mediana: Cuando está compuesta por 4 a 6 miembros.
 - Grande: Cuando está compuesta por 7 o más miembros.
- El nivel educativo de los padres categorizado en:
 - Analfabeta
 - Primaria
 - Secundaria
 - Universitaria
- La ocupación y situación laboral del jefe de familia con cuatro categorías:
 - Trabaja
 - Desempleado
 - Jubilado/pensionado
 - Incapacidad temporal

Parte II: Factores de Riesgo para DA: se indicará la presencia de los siguientes factores de riesgo mediante preguntas cerradas con respuestas sí o no (Ver anexo 2):

- Exposición durante el embarazo o la infancia a varios ciclos de tratamiento con antibióticos de amplio espectro
- Existencia de historia familiar de DA
- Nacimiento por cesárea
- Exposición a ambiente tabáquico frecuente
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad
- Presencia de alguna infección a temprana edad

- Esquema de inmunizaciones completas.

Parte III: Características clínicas según los criterios diagnósticos por Hanifin y Rajka 1980 que establecen los criterios mayores y menores que todavía hoy rigen el diagnóstico de esta enfermedad, para determinar su prevalencia. (Anexo 3)

Toda la información recolectada en nuestro estudio se guardó con criterios de confidencialidad y se utilizó solo para el objeto de este estudio. Al ser un estudio retrospectivo no fue necesario el consentimiento informado por parte del paciente.

Esta investigación tendría como beneficio para el paciente adecuar el tratamiento médico según el diagnóstico clínico realizado, considerando los factores de riesgo encontrados que sean modificables, en consultas subsecuentes; además de brindar a la comunidad médica y científica la caracterización de los pacientes pediátricos con DA, hecho que permite establecer estrategias terapéuticas a corto, mediano y largo plazo.

2.10. Técnicas de análisis e interpretación de la información

Los datos obtenidos se analizaron considerando estadísticas de tendencia central determinando frecuencia y rango porcentual y se presentaron en de forma de tablas y gráficos.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Resultados:

Una vez aplicado el formulario para recolección de la información de las historias clínicas de los pacientes con edad preescolar entre 1 y 5 años y tabulados los datos se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1

Distribución por edad y sexo de niños con dermatitis atópica. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Diciembre 2018 – mayo 2019

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	7	26,9	7	26,9	14	53,8
2 – 3	4	15,4	3	11,5	7	26,9
4 – 5	4	15,4	1	3,9	5	19,3
Total	15	57,7	11	42,3	26	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

En la tabla 1 se refleja la distribución por edad y sexo de los pacientes, representados en el gráfico 1 donde se encuentra la distribución porcentual por edad donde se puede evidenciar que el 53,8% tenían un año de edad, seguido del grupo etario de 2 a 3 años de edad con un 26,9% de los casos, mientras que de 4 a 5 años solo se presentaron 5 casos de dermatitis atópica en representando un 19,3%; de la población estudiada y en el gráfico se expresa la distribución porcentual por sexo donde el 57,7% de los niños preescolares con edades comprendidas entre 1 y 5 años diagnosticados con dermatitis atópica pertenecen al sexo masculino predominando sobre el sexo femenino las cuales se ubican con un 42,3 %, del total de los niños estudiados.

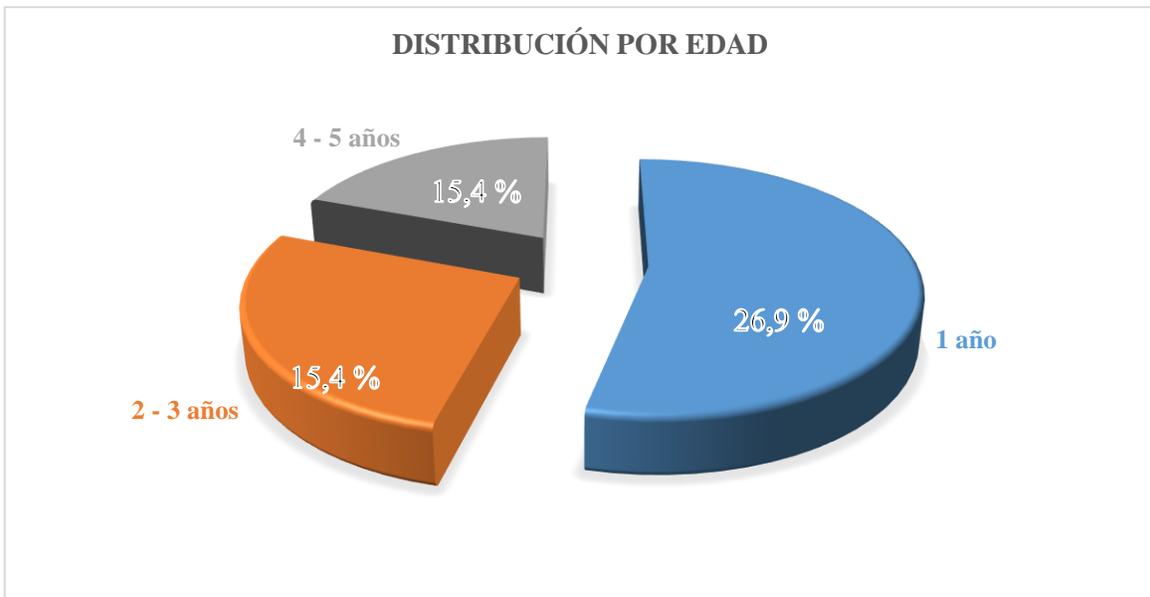


Gráfico 1 Distribución por edad de niños con dermatitis atópica.
 Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad



Gráfico 2 Distribución por sexo de niños con dermatitis atópica
 Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

Tabla 2

Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según Lugar de residencia

Lugar de residencia	Nº	%
Urbano	26	100,0
Rural	0	0,0
Total	26	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad



Gráfico 3 Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según lugar de residencia

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

Se muestran las características sociodemográficas obtenidas de la población en estudio en relación al lugar de residencia, donde los 26 pacientes con dermatitis atópica, tienen como lugar de residencia el área urbana, es decir un 100%, considerado como factor de riesgo importante para la aparición de dermatitis atópica.

Tabla 3

Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según tipo de familia

Tipo de Familia	Nº	%
Pequeña	2	7,7
Mediana	23	88,5
Grande	1	3,8
Total	26	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

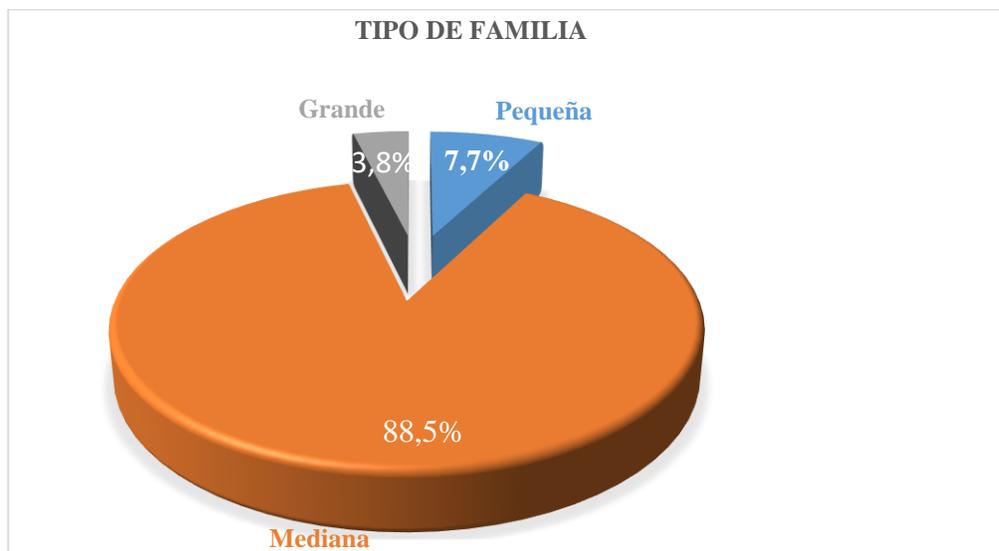


Gráfico 4 Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según tipo de familia
Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

En relación al tipo de familia 23 de los pacientes se identificó que el (88,5%) pertenecían familias medianas de cuatro a seis miembros en su núcleo familiar, mientras que el 7,7%, es decir solo 2 niños pertenecían a familias pequeñas con núcleos de no más de tres miembros y solo 1 paciente (3,8%), provenían de núcleos de familias clasificada como grande de 7 o más miembros, considerándose como factor de riesgo vivir en familias pequeñas.

Tabla 4

Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según nivel educativo del jefe de familia

Nivel Educativo del Jefe de Familia	N°	%
Analfabeta	0	0,0
Primaria	1	3,8
Secundaria	13	50,0
Universitaria	12	46,2
Total	26	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

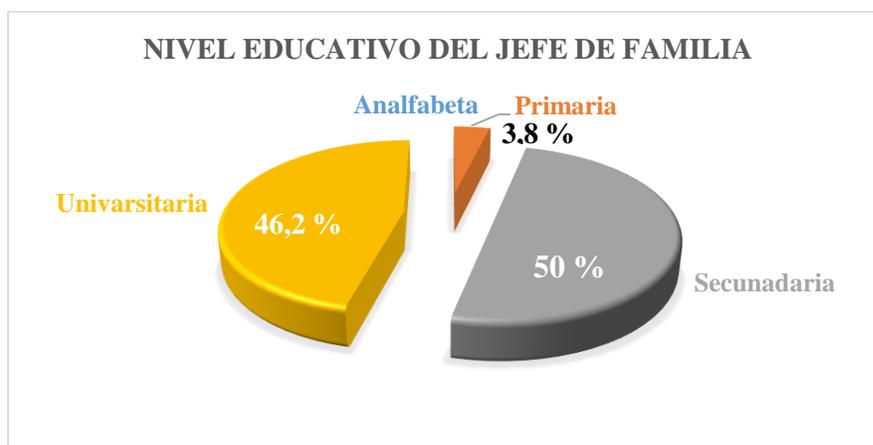


Gráfico 5 Caracterización sociodemográfica de la población según nivel educativo del jefe de familia

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

El nivel educativo del jefe de familia se ubicó en el 50% aquellos que tenía educación básica completa, el 46,2% se correspondió con los que poseían educación universitaria culminada, se puede observar que la mayoría tenía un buen nivel educativo, solo el 3,8% realizó educación primaria y ningún padre fue analfabeto.

Tabla 5

Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según Situación Laboral del Jefe de Familia

Situación laboral del Jefe de Familia	N°	%
Empleado	26	100,0
Desempleado	0	0,0
Jubilado	0	0,0
Incapacidad temporal	0	0,0
Total	0	0,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad



Gráfico 6 Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio según Situación Laboral del Jefe de Familia

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

En relación a la situación laboral del jefe de familia se observó, que ninguno se correspondió con las categorías de desempleado, jubilado ni se encontraba con incapacidad temporal, es decir el 100% de los jefes de familia se encuentra empleados es decir los 26 jefes de familias trabajan.

Tabla 6

FACTORES DE RIESGO: Exposición a antibióticos de amplio espectro para dermatitis atópica en la población estudiada.

Exposición a antibióticos de amplio espectro	Nº	%
Si	2	7,7
No	24	92,3
Total	26	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

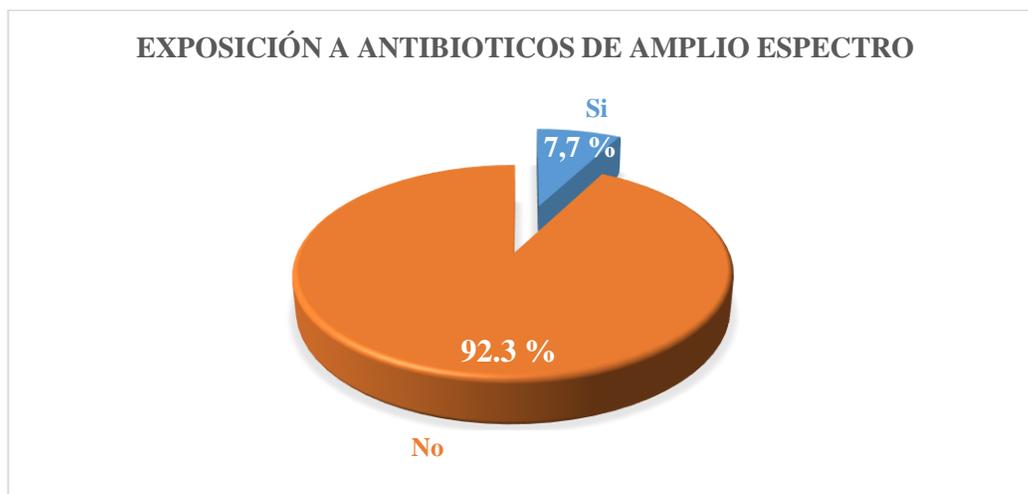


Gráfico 7 Factores de Riesgo: Exposición a antibióticos de amplio espectro para dermatitis atópica en la población estudiada

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

Se puede evidenciar que de los factores de riesgo presentes en los pacientes con dermatitis atópica estudiados, se encontró que solo 2 niños estuvieron expuestos a antibióticos de amplio espectro para un 7,7 %, los restantes 24 pacientes no utilizaron antibióticos de alto espectro para un 92,3%, es decir no se expusieron a este factor de riesgo.

Tabla 7

FACTORES DE RIESGO: antecedentes familiares para dermatitis atópica en la población estudiada

Antecedentes Familiares para Dermatitis Atópica	Nº	%
Si	6	23,1
No	20	76,9
Total	26	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

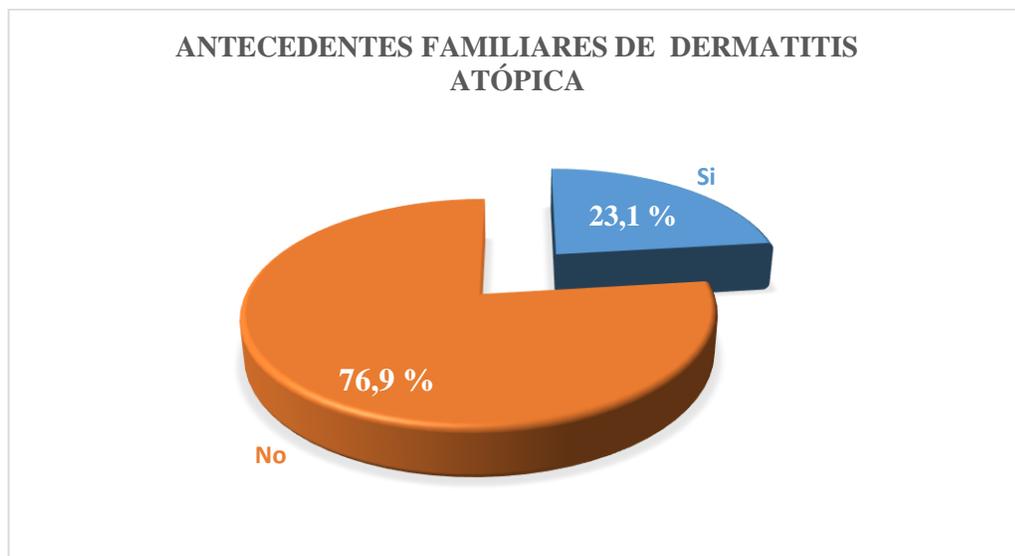


Gráfico 8 Factores de Riesgo: Antecedentes Familiares para dermatitis atópica en la población estudiada

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

En nuestros resultados se describe que el 23,1% de los pacientes tenían antecedentes familiares de dermatitis atópica, que se corresponden con 6 pacientes, mientras que los otros 20 pacientes (76,9%) no los tenían, se considera que el antecedente de atopia personal o familiar es un factor predisponente para la ocurrencia de DA, relacionado a su etiopatogenia.

Tabla 8

FACTORES DE RIESGO: Exposición a Ambiente Tabáquico para dermatitis atópica en la población estudiada

Exposición a Ambiente Tabáquico	Nº	%
Si	0	0,0
No	26	100,0
Total	26	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad



Gráfico 9 Factores de Riesgo: la población estudiada: Exposición a Ambiente Tabáquico para dermatitis atópica

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

Ninguno de los pacientes estuvo expuesto a ambiente tabáquico excesivo, es decir, el 100% no estuvo expuesto a este factor de riesgo, lo que determina en este aspecto que es un efecto protector para dermatitis atópica.

Tabla 9

FACTORES DE RIESGO: Lactancia Materna exclusiva 6 meses (Disminución de la lactancia materna)

Antecedentes Familiares para Dermatitis Atópica	Nº	%
Si	23	88,5
No	3	11,5
Total	26	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

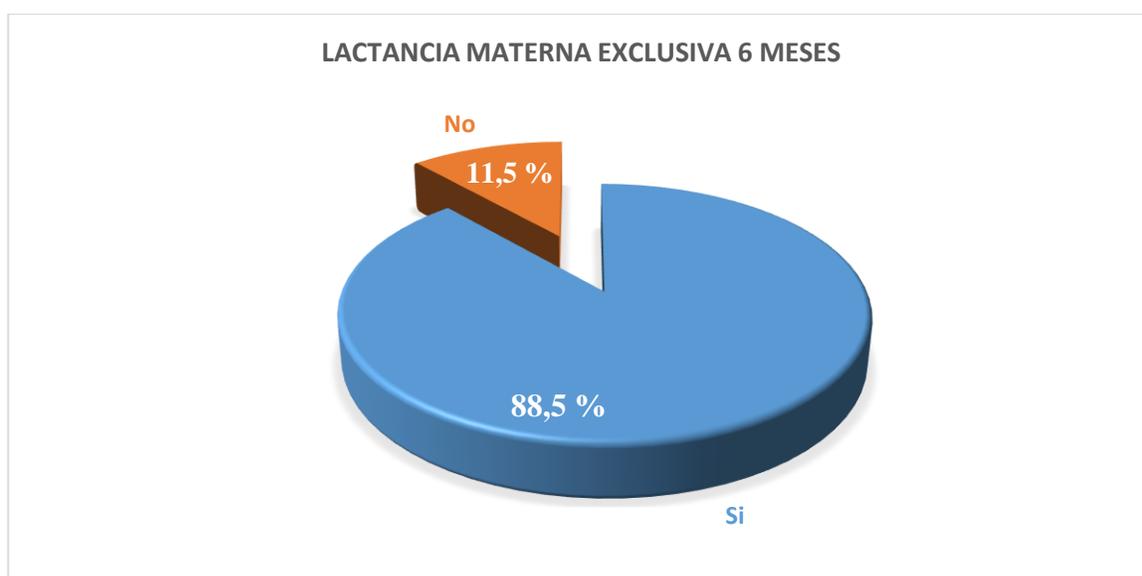


Gráfico 10 Factores de Riesgo: la población estudiada: Lactancia Materna exclusiva 6 meses (Disminución de la lactancia materna)

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

Se pudo evidenciar que el 11,5 % de los niños no tuvo lactancia materna exclusiva, constituyendo esto un factor de riesgo para dermatitis atópica, mientras que 23 de los pacientes si

tuvo lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, con un 88,5% lo que significa la presencia de un factor protector para DA, para estos pacientes.

Tabla 10

FACTORES DE RIESGO: Infección a Edad Temprana para dermatitis atópica

Infección a Edad Temprana	Nº	%
Si	3	11,5
No	23	88,5
Total	26	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

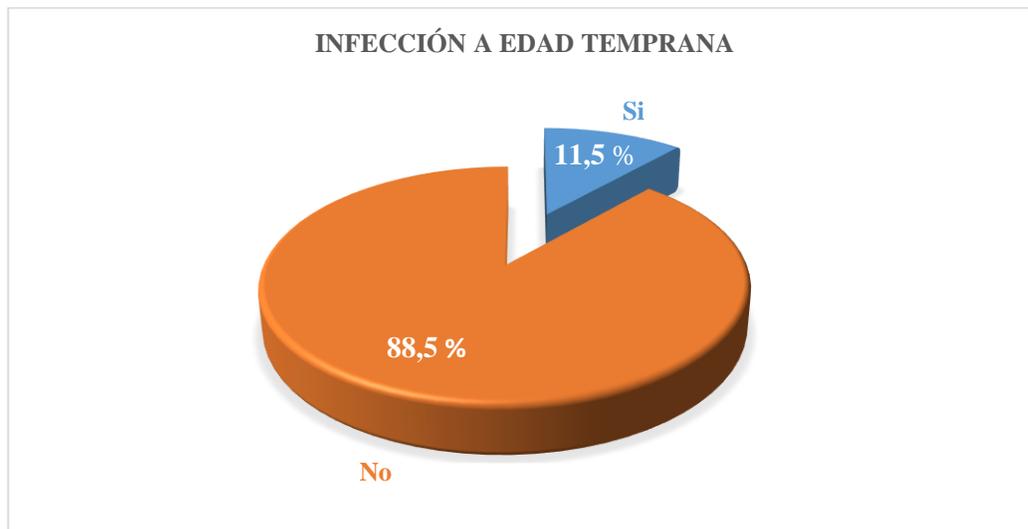


Gráfico 11 Factores de Riesgo: la población estudiada: Infección a Edad Temprana para dermatitis atópica

Fuente: Formulario de recolección de dato

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

El 11,5% de los niños estudiados presentó infección a edad temprana, constituyendo este factor un factor de riesgo para DA, sin embargo, la mayoría (88,5%), no estuvo expuesto a este factor de riesgo.

Tabla 11

FACTORES DE RIESGO: Inmunizaciones Completas para dermatitis atópica

Immunizaciones completas	Nº	%
Si	26	100
No	0	0,0
Total	26	00

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad



Gráfico 12 Factores de Riesgo: la población estudiada: Inmunizaciones Completas para dermatitis atópica

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

Se puede apreciar que la totalidad de los niños estudiados tenían el esquema de inmunizaciones completas para su edad, lo que constituye un factor protector para dermatitis atópica en la población estudiada.

Tabla 12

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: Presencia de Dermatitis Atópica, según criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka, 1980

Cumple con Criterios Diagnósticos para DA	Nº	%
SI	26	30,3
NO	60	69,7
Total	86	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

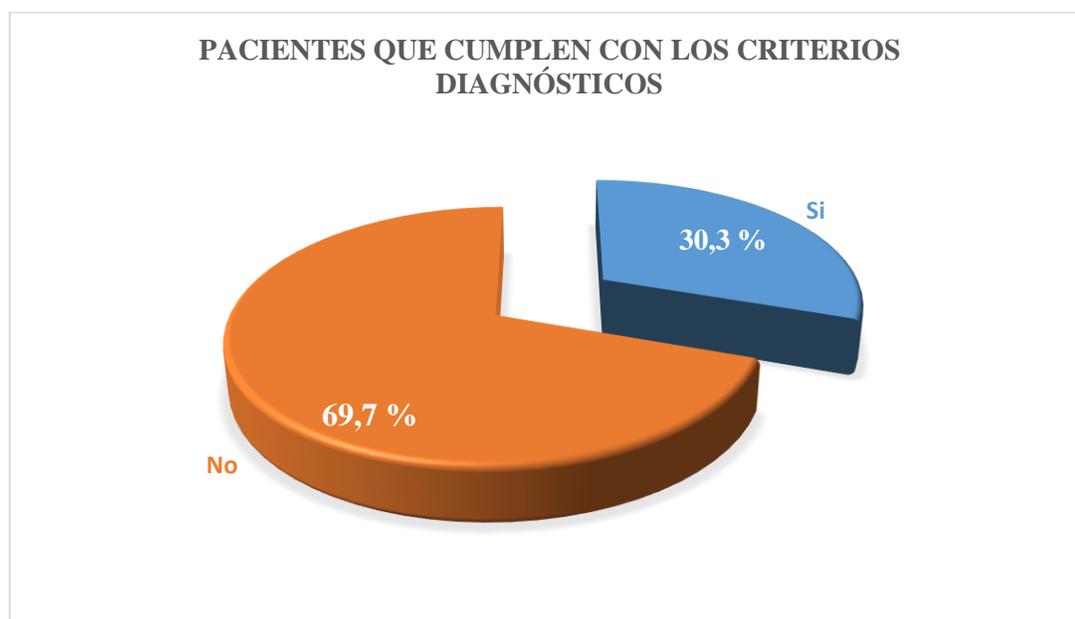


Gráfico 13 Presencia de Dermatitis Atópica, según criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka , 1980

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Sánchez Rodríguez Ana Leslye y Sayay Atupaña Sandra Soledad

En la tabla N° 4 se observa que solo 26 pacientes (30,3%) de los pacientes diagnosticados con dermatitis atópica cumplían con los criterios diagnósticos clínicos para la enfermedad, mientras que el 69,7% restante correspondiente a 60 pacientes no reunían los requisitos según los criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka,1980 aplicados para dermatitis atópica.

3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

En la investigación realizada se evidencia que existe mayor prevalencia de dermatitis atópica en niños de un año de edad con el 53,8 %, seguido del grupo etario de 2 a 3 años de edad con un 26,9%, similar resultado fue el obtenido por Vásquez, et al. 2018, con el 60% en el primer año de vida, el mismo que afirma que la edad de los pacientes es una variable metodológicamente capaz de arrojar diferencias de prevalencia de la patología ya que la DA presenta una tendencia natural a remitir con la edad temprana y varía según la zona geográfica de estudio, (Vasquez & et al, 2018)

En el proyecto elaborado se evidencio que el sexo masculino predomina con el 57.7%, mientras que el 42,3% pertenecen al sexo femenino, resultados que coinciden con los de Moore, Harris al igual que Rivera, et al. 2015, donde la mayoría de los niños estudiados pertenecían al sexo masculino (Rivera & et, 2015), (Moore MM, 2004) (Harris JM, 2001). La existencia de la asociación entre la DA y el sexo es discutida ya que a medida que la edad aumenta la patología se presenta por igual sin distinción de sexo. Estos resultados obligarían a llevar a cabo nuevos estudios, con mayor cantidad de casos y en poblaciones de similares características.

El proyecto determina, que el 100% de los pacientes con dermatitis atópica reside en el área urbana, esto agregado a la baja humedad ambiental que son características propias del lugar en estudio (Ciudad de Riobamba), lo que favorece al desarrollo de la dermatitis atópica, el 88,5% pertenecían a familias medianas de cuatro a seis miembros en su núcleo familiar, mientras que solo el 7,7%, pertenecían a familias pequeñas. En el nivel educativo del jefe de familia se constató que la mayoría tenía educación básica completa, situación laboral estable, no necesariamente con alto estrato socioeconómico, lo que coincide con el consenso nacional de dermatitis atópica coordinado por Giachetti, donde la prevalencia de DA es inferior en niños pertenecientes a familias medianas y grandes. Esto sería consecuencia a una mayor exposición a infecciones a edades tempranas que actuarían activando la respuesta inmune y reducir así el riesgo de desarrollar DA (Giachetti A, 2013).

En respecto a los factores de Riesgo que desencadenan la dermatitis atópica, en el estudio se relacionó con 7,7% tuvieron antecedentes de haber prescrito antibióticos de amplio espectro y el 11,5% presentó infección a edad temprana, según Flohr y cols, sostiene que existe una relación entre el tamaño familiar y la DA, lo que ocasiona mayor exposición a agentes microbianos recurrentes, no necesariamente patogénicos, que con lleva al uso indiscriminado de antibióticos a edades tempranas considerándose como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. (Flohr C, Pascoe D, Williams HC, 2005)

En lo referente a los antecedentes familiares el 23,1 % están presentes en esta patología dermatológica, y según Rivero, refiere que existe un claro patrón hereditario, para presentar la DA en un 80% si ambos padres la presentan, y hasta en un 50% si solo es uno de los padres quien la padece, así como la presencia de asma alérgica o rinitis en los progenitores puede predisponer en menor rango la aparición de dermatitis en los hijos (Rivero Gairaud, 2016).

En lo referente a la reducción de la lactancia materna con el 11.5%, Cabe destacar que el consumo de leche materna exclusiva y las inmunizaciones son factores protectores, como refiere Ibáñez, 2015 en su estudio (Ibáñez & Guerola, 2015).

El estudio realizado el 30,3% cumplían con los criterios diagnósticos clínicos para la enfermedad, según Rivera 2015 determinó que el 47% de los niños exhibió algún signo o síntoma de DA y el 52,94% presentó SCORAD leve, considerado como una diferencia poco significativa. Por su parte Buestan reportó en su estudio una prevalencia de 28,9% para DA, resultado similares a este estudio (Garnica Cruz, Zuñiga Lagunes, & Huerta López, 2015) (Buestán, 2017) (Rivera & et, 2015).

CONCLUSIONES

- La prevalencia de la dermatitis atópica es mayor en el sexo masculino, en edades comprendidas de 1 a 5 años, focalizadas en el área urbana, y que disponen de medianos a bajos de recursos económicos.
- Los factores de riesgos presentes para desencadenar la dermatitis atópica son: , infección a temprana edad y el uso de antibióticos de amplio espectro a edades tempranas, tener antecedentes familiares de afecciones alérgicas y un porcentaje reducido de consumo lactancia materna.
- El diagnóstico en base a los criterios de Hanifin y Rajka que el 30,3% de los niños entre 1 y 5 años cumplieron con estos parámetros evaluados.

RECOMENDACIONES

- ✓ Cambio del estilo de vida, previo a un estudio de las condiciones sociodemográficas, para que los servicios básicos estén al alcance de la población urbana requerida.
- ✓ Realizar programas de educación del uso de la leche materna exclusiva hasta el primer año de edad y campañas de inmunización a todos los niños de acuerdo al programa del Ministerio de Salud Pública.
- ✓ Fomentar la prevención de la exposición de los alérgenos en edades tempranas y erradicar el uso de antibióticos de forma indiscriminada en patologías no establecidas y que no ameritan.
- ✓ Realizar un diagnóstico precoz aplicando el scorad de dermatitis atópica, como herramienta de ayuda para detectar gravedad de la enfermedad.

Bibliografía

(s.f.). Obtenido de <http://pharmalinegroup.com/la-piel/>

Agustín Buendía Eisman, José Mazuecos Blanca, Francisco M. Camacho Martínez. (2018). manual dermatología, 2da edición . En *anatomía y fisiología de la piel* (pág. 4). granada .

Alvarez González, K., Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J., Pérez Martín, M., & Valdés, A. (Enero de 2014). Dermatitis atópica en un infante. *MEDISAN*, 18(1).

Barbarot, S., Aubert, H., & Bernier, C. (Diciembre de 2016). Dermatitis Atópica. *EMC Dermatología*, 4(50). Recuperado el 11 de mayo de 2019, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289616808924>

Bissinger, I., & Bareño, J. (s.f.). Perfil Clínico de sensibilización a Hongos en Medellín, Colombai. *Revista Alergia México*, 63(2), 123- 134.

Boz, D. J. (jueves, 17 de diciembre de 2015). Obtenido de <http://javierdelboz.blogspot.com/2015/12/mi-hijo-tiene-dermatitis-atopica.html>

Buestán, C. (2017). Prevalencia de dermatitis atópica en niños que acuden a una guardería de la ciudad de Quito. *Rev Facultad de Ciencias Médicas*, 31(1 - 2), 37- 39.

Cabanillas-Becerra J, S.-S. I. (2012). Dermatitis atópica. *Dermatología Peruana*, 22(3), 176 - 186. Recuperado el 12 de mayo de 2019, de <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/2317>

Capdevilla Fonseca, E. (2015). *Dermatitis Atópica*. Recuperado el 12 de mayo de 2019, de [aeped.es: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica.pdf)

Dammak A, G. S. (2015). *Dermatitis atópica del niño*. Recuperado el 08 de may de 2019, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541015728242>

Eichenfi eld LF, T. W. (2014). Guidelines of care for the management of atopic dermtitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.*, 70(2), 338-351.

estefy. (31 de enero de 2016). *mundospeques*. Obtenido de <https://www.mendospeques.net/tu-hijo/salud-infantil/dermatitis-atopica>

- Flohr C, Pascoe D, Williams HC. (2005). *Atopic dermatitis and the 'hygiene hypothesis*. Obtenido de too clean to be true? *Br J Dermatol*: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7467128&pid=S0370-4106201100050000600026&lng=es
- García, J. G. (16 de enero de 2019). *Mi Pediatra Online*. Obtenido de <https://www.mipediatraonline.com/dermatitis-atopica/>
- Garnica Cruz, P., Zuñiga Lagunes, C., & Huerta López, J. (Enero de 2015). Actualidades en el tratamiento sistémico de la dermatitis atópica en el paciente pediátrico. *Medigraphic.org. México*, 24(1), 18 - 22. Recuperado el 10 de mayo de 2019, de www.medigraphic.org.mx
- Giachetti A, G. F. (2013). Recuperado el 12 de mayo de 2019, de <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-nacional-de-dermatitis-at-oacutepica-2013.pdf>
- Gimenez, J. (octubre de 2000). *revista dermatologica*. Obtenido de <http://revista.seaic.org/octubre2000/279-295.pdf>
- Gomar, D. B. (15 de Diciembre de 2016). Obtenido de <https://www.panamaparaninos.com/Dermatitis-atopica-en-los-ninos>
- Harris JM, C. P. (2001). *Environmental associations with eczema in early life*. *Br J Dermatol* . Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000500006
- Hawro, T., Lehmann, S., Altrichter, S., & et, al. (December de 2016). Skin provocation tests may help to diagnose atopic dermatitis. *Allergy*, 71(12), 1745-1752.
- Herbal Hispania,pharmaline*. (s.f.). Obtenido de <http://pharmalinegroup.com/la-piel/>
- Ibañez, M., & Guerola, S. (Abril - Junio de 2015). Efecto de la lactancia materna en la calidad de vida y en el desarrollo de la dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria* , 17(66).
- Irvine AD, E. L. (2016). Review of Critical Issues in the pathogenesis of Atopic Dermatitis. *Sem Cuta nMed Surg*, 35(5), 89-91.
- Lyons , J. J., MilnerJ, D., & Stone, K. D. (Febrero de 2015). Atopic Dermatitis in Children: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *Inmunol Allergy Clin North Am*, 35(1), 161-83.

- Machado del Risco E, G. M. (2017). Efectividad de la Inmunoterapia bacteriana con extracto de *Staphylococcus aureus* en la dermatitis atópica. Camaguey: Convención Tecnosalud.
- Martinez, D. E. (06 de 2016). *medicinainternaelsalvador.com*. Obtenido de <https://medicinainternaelsalvador.com/wp-content/uploads/2016/06/eccemas-dra-edith-martinez-de-carpio.pdf>
- Martorell Aragonés, A., & Martorell Calatayud, A. (2013). Actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. *Protocolos Diagnósticos Pediatría, 1*, 25 -33.
- Mateos, p. M. (2012). guia de tratamiento de la dermatitis atopica en el niño . *seicap*, 637-38.
- Miquel, D. V. (2019). Obtenido de <https://www.uv.es/derma/CLindex/CLatopia/CLatopia.html>
- Moore MM, R.-S. S.-E. (2004). *SciELO*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000500006
- Morales, M., & et al. (2077). Prevalencia de deramtitis atópica y factores nutricionales. *Revista de Atención Primaria, 39*(7).
- Moreno Fernandez, P., Cebrian, M. R., & al, e. (2016). *Protocolos de actuación en la farmacia ante los principales problemas dermatológicos*. SEFAC, España.
- Ocampo, J., Gaviria, R., & Sánchez, J. (Juniio de 2017). Prevalencia de Asma en América latina. Mirada Critica a partir del ISACC y otros estudios. *Revista de Alergia de México, 64*(2), 188-197. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-1902017000200188&lng=es. <http://dx.doi.org/10.29262/ram.v64i2.256>.
- Olsen, J. R., Gallacher, J., & Finlay, A. Y. (Abril de 2016). Quality of Life Impact of Childhood Skin Conditions Measured Using the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): A Meta-Analysis. *Peditric Dermatology, 174*(4), 853-61.
- Pincelli, C., & Sternhoff, M. (2013). Recapitulating atopic dermatitis three dimensions: cross talkbetween and nerver fibrus. *J Invest Dermat.*
- Pomavilla Duuy, M. C., & Torres Gutama, L. C. (2015). *Prevalencia de Dermatitis Atópica y el estudios de sus comorbilidades en pacientes de 3 meses a 18 años de consulta externa de dermatología del HospitalVicente Corrl Moscoso*. Cuenca. Repositorio, Universidad

Estatad de Cuenca, Medicina, Cuenca - Ecuador. Recuperado el 12 de mayo de 2019, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23652> 2015

Ramirez Boscá, A. (2014). Recuperado el 12 de Mayo de 201, de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj8oITCn_7iAhUBtlkKHSTUAaEQFjAGegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.sepeap.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F02%2FMemoria-a%25C3%25B1o-2015.pdf&usg=AOvVaw2FV3PnNfY-7DXCiZ

Rivera, Z., & et, a. (2015). *Dermatología Venez,* 53(2).

Rivera, Z., & et, a. (2015). Influencia de la alergia alimentaria y la infección por *Giardia duodenalis* en la prevalencia y severidad de la dermatitis atópica en niños preescolares venezolanos . *Dermatología Venez,* 53(2).

Rivero Gairaud, J. I. (2016). Dermátitis atópica. *Revista Medica de Costa rica y Centroamérica,* LXXIII(620), 711-716.

Rojas, R., & Quezada, A. (2013). Relación entre Dermatitis Atópica y Alergia Alimentaria. *Revista Chilena de pediatria,* 84(4), 438-450.

Sánchez Santos, L., Blanco-ons Fernández, M., & González Sabín, M. (2016). *Dermatitis Atópica.* Recuperado el 10 de mayo de 2019, de sepead.

Sathishkumar D, M. C. (2016). Topical Therapy in Atopic Dermatitis in Children. (Publmed, Ed.) *Indian J. Dermatolog,* 61(6).

Simpson EL, I. A. (2016). Update on Epidemiology, Diagnosis and Disease Course of Atopic Dermatitis. *Semin Cutan Med Surg,* 35(5), 84 - 88.

Suaréz Ramos, L., & et al. (2017). Educational Strategy to Lessen Risk Factors in Children with Atopic Dermatitis. *REv Hum Med,* 17(2).

Terán, L. M., Hasellbarth, L. M., & Quiroz, G. D. (2009). Alergia, pólenes y medio ambiente. *Gaceta medica mexicana,* 145(3), 215-222. Recuperado el 11 de mayo de 2019, de : <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm093f.pdf>

Tollefson, M. (2015). Recuperado el 10 de Mayo de 2019, de Intramed: <https://www.intramed.net/86390>

Vasquez, L. M., & et al. (2018). Caracterización de los niños menores de cinco años con sospecha de enfermedades alérgicas. *Rev Alerg Mex*, 65(1), 52 - 60.

Williams, C. &. (2000). *Plastic Surgery Key*. Obtenido de permission from American Medical Association.: <https://plasticsurgerykey.com/29-atopic-dermatitis-scoring-severity-and-quality-of-life-assessment/>

Zárate Vergara, A., Castro Salas, U., & Tirado Pérez, I. (2017). Crecimiento normal del preescolar una mirada desde la atención primaria. *Revista Pediatría Electrónica*, 14(2).

ANEXOS

Anexo 1

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente a la población infantil en estudio según edad, sexo, procedencia, tipo de familia según número, nivel educativo, ocupación y situación laboral del Jefe de Familia				
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Temporal	Historias Clínicas	≥ 1 año 2- 3 años 3-5 años
Sexo	Características fenotípicas que diferencian hombre de mujer	Características fenotípicas	Fenotipo	Masculino Femenino
Lugar de residencia	Es el lugar donde la persona vive actualmente siendo esta mayor a 6 meses.	Geográfica	Historias clínicas	Urbano Rural
Tipo de Familia	Según el número de miembros del núcleo familiar (34).	Social	Historias clínicas	Pequeña: 1 a 3 miembros Mediana: 4 a 6 miembros Grande: 7 o más miembros

Nivel educativo del Jefe de Familia	Es el nivel hasta donde la persona alcanzó su educación formal.	Cognitivo	Historias clínicas	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Situación laboral Del Jefe de Familia	Estado de ocupación en el que se encuentra situado en el campo laboral.	Temporal	Historias clínicas	Empleado Desempleado Jubilado/pensionad, incapacidad temporal
Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo para Dermatitis Atópica en niños de 1 a 5 años de edad incluidos en el estudio.				
Factores de Riesgo para Dermatitis atópica (DA)	Son los factores que pueden influir en la aparición o no de la DA: 1. Exposición durante el embarazo o la infancia a varios ciclos de tratamiento con antibióticos de amplio espectro. 2. Antecedentes familiares de Dermatitis Atópica. 3. Nacimiento por cesárea. 4. Exposición a ambiente tabáquico frecuente.	Antecedentes Clínica	Historias clínicas	Si No

	5. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.			
	6. Presencia de infecciones a temprana edad.			
	7. Inmunizaciones completas			
Objetivo 3: Establecer la prevalencia de la enfermedad en pacientes de 1 a 5 años, según los criterios diagnósticos para Dermatitis Atópica.				
Dermatitis Atópica según criterios diagnósticos Por Han fin y Raja (17)	Es una afección cutánea que se manifiesta según su etiología	Clínica	Historias clínicas	Si No

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Parte I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Edad: ____ años

Sexo: masculino: ____ femenino: ____

Procedencia: rural: ____ urbana: ____

Tipo de Familia: pequeña ____ mediana: ____ grande ____

Nivel educativo de los padres: analfabeta: ____ primaria: ____ secundaria: ____ universitaria: ____

Situación laboral de los padres: trabaja/estudia: ____ desempleado: ____ jubilado/pensionado: ____
incapacidad temporal: ____

Parte II: FACTORES DE RIESGO PARA DERMATITIS ATÓPICA

Eposición durante el embarazo o la infancia a varios ciclos de tratamiento con antibióticos de amplio espectro SI ____ NO ____

Antecedentes familiares de Dermatitis Atópica: SI ____ NO ____

Nacimiento por cesárea SI ____ NO ____

Exposición a ambiente tabáquico frecuente SI ____ NO ____

Recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad SI ____ NO ____

Padeció algunas infecciones a temprana edad SI ____ NO ____

Tiene esquema de inmunizaciones completas SI ____ NO ____

PARTE III: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Diagnóstico Clínico para Dermatitis Atópica (según criterios diagnósticos, Anexo 3)

SI ____ NO ____

Anexo 2

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO CLÍNICO PARA DERMATITIS ATÓPICA

Por Hanifin y Rajka (33)

CRITERIOS PRESENTAR	MAYORES:	DEBE	CRITERIOS PRESENTAR MÁS DE TRES CRITERIOS.	MENORES:	DEBE
------------------------	----------	------	---	----------	------

TRES O MÁS

- | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Prurito• Morfología Y distribución típica• Dermatitis crónica o crónicamente recurrente• Historia familiar o persona de atopía(33) | | | <ul style="list-style-type: none">• Xerosis• Ictiosis• Reactividad cutánea inmediata en test cutáneos.• IgE sérica total elevada• Inicio a edad temprana• Tendencia a infecciones cutáneas• Eccema del pezón• Queilitis• Pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan• Catarata subscapular• Palidez fácil. Eritema facial• Pliegues en región anterior del cuello• Picor con la sudoración• Intolerancia a disolventes de las grasas y lana. | | |
|---|--|--|---|--|--|

Anexo 3.

