



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1 - 14
AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE
LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015.”**

**Tesis previa a la obtención del
título de Médico General.**

AUTORA:

Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

DIRECTOR:

Dr. Luis Vicente Minga Ortega

Loja – Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DIRECTOR

Loja, 04 de Octubre del 2016

Dr. Luis Vicente Minga Ortega

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo previo a la obtención del título en Médico General titulado **“PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1 - 14 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015.”** Autoría de la estudiante, Maritza del Carmen Quiñonez Morocho, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución, por lo cual autoriza su presentación.

Atentamente


Dr. Luis Vicente Minga Ortega
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Maritza del Carmen Quiñonez Morocho, egresada de la Carrera de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado **“PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1 - 14 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015.”**, es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

Firma: 

Cedula: 0302184734

Fecha: 04 de Octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Maritza del Carmen Quiñonez Morocho declaro ser autora de la tesis titulada: **“PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1 - 14 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015.”** Como requisito para optar el grado de **MEDICA GENERAL;** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice el tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 04 días del mes de octubre del dos mil dieciséis, firma su autora

Atentamente:



.....

Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

Cédula: 0302184734

Correo electrónico: mary_c8815@hotmail.com

Director de tesis: Dr. Luis Vicente Minga Ortega

Tribunal de grado:

Dr. Santos Amable Bermeo Flores

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Paul Alexander Carvajal Aponte

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por la vida y por las oportunidades brindadas en el lapso de mi carrera. A mis padres por su paciencia y amor infinito para conmigo.

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haberme permitido culminar mi formación en sus aulas tanto en lo profesional como en lo personal; a todos mis docentes, quienes día a día con sus consejos y colaboración se hicieron partícipes en este proceso formativo.

A mi director de tesis, Dr. Luis Minga Ortega, quien con su experiencia me brindó sus conocimientos de manera desinteresada, por su dedicación, tiempo, esfuerzo y asesoría que se reflejan en este trabajo.

A todas las personas a quienes sin mencionarlas, me brindaron su apoyo incondicional mientras formaron parte de este arduo pero satisfactorio camino de formación.

Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico con amor, respeto y admiración primeramente a Dios por haberme brindado la vida, fuerza y perseverancia durante todo este tiempo de formación. A mis padres Luis y Carmita gracias por todo el apoyo, amor y consejos para comprender que la vida sigue, que aunque resbale siempre tengo que seguir adelante y cumplir todas mis metas propuestas.

A mis hermanos Franklin y Lenin que siempre han estado conmigo en las buenas y malas dándome apoyo en los momentos en los que me sentí derrotada, gracias por ser parte de mi vida.

A mi abuelita Carmen Amelia que ahora desde el cielo me cuida y me da la fortaleza, al recordar sus palabras, a mis tías, primos, sobrinos gracias por todos los momentos compartidos.

Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA.....	vi
ÍNDICE.....	vii
1TÍTULO:.....	
2RESUMEN	2
SUMMARY.....	3
3.INTRODUCCIÓN.....	4
4.REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	7
4.1 Definición.....	7
4.2 Epidemiología.....	7
4.2.1Prevalencia de Dermatitis Atópica.....	9
4.2.2Estudios Isaac.....	12
4.3Etiopatogenia.....	13
4.4Manifestaciones Clínicas.....	17
4.5Complicaciones.....	21
4.6Diagnóstico.....	22
4.6.1.Criterios Diagnósticos.....	23
4.6.2Diagnóstico Diferencial.....	25

4.6.3Prevencción.....	25
4.7Tratamiento.....	26
5. MATERIAL Y MÉTODOS	29
6. RESULTADOS	31
7. DISCUSIÓN.....	33
8. CONCLUSIONES.....	35
9 RECOMENDACIONES	36
10. BIBLIOGRAFÍA.....	37
11. ANEXOS.....	41

1. TÍTULO:

“PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1 - 14 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015.”

2. RESUMEN

La Dermatitis Atópica es una enfermedad de distribución mundial con un crecimiento de prevalencia en lactantes, niños y adolescentes estableciendo un índice muy alto en países desarrollados, a lo que se ha convertido en una prioridad para la salud. El objetivo general de esta investigación es evaluar la prevalencia de la Dermatitis Atópica en niños de 1-14 años de edad en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo de enero -julio 2015. Se trata de un estudio de tipo descriptivo. El presente trabajo de investigación se realizó en un total de 5095 pacientes de entre 1-14 años de edad atendidos en el área de consulta externa del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el período enero-julio, mediante la aplicación de una encuesta y recolección de datos de la historia clínica en los que se incluía la edad y género estableciendo así la prevalencia de Dermatitis Atópica la misma que resultó ser de 1%. Se pudo constatar de la existencia de Dermatitis Atópica en niños de 1-24 meses (32%), 3-12 años (57%) siendo este el grupo de edad más relevante, 13-14 años (15%), en tanto que de acuerdo al género el más predominante fue el femenino (54%) en relación al masculino (46%). En conclusión el porcentaje real de prevalencia de Dermatitis Atópica en los pacientes de 1-14 años que acuden a la consulta externa es de 1%.

Palabras clave: Dermatitis Atópica, prevalencia

SUMMARY

The Atopic Dermatitis is a disease of global distribution with a growth of prevalence in infants, children and adolescents by setting a very high index in developed countries, to what has become a priority for the health. The overall objective of this research is to assess the prevalence of atopic dermatitis in children 1-14 years of age in the Regional Hospital Isidro Ayora of the city of Loja in the period January - July 2015. It is a study of descriptive type. The present research work was conducted in a total of 5095 patients between 1-14 years old treated in the outpatient consultation area of the Regional Hospital Isidro Ayora of the city of Loja during the period January-July, through the implementation of a survey and collection of data from the clinical history in which included the age and gender thus establishing the prevalence of Atopic Dermatitis the same that turned out to be 1%. We were able to establish the existence of the atopic dermatitis in children 1-24 months (32%), 3-12 years (57%) this being the most relevant age group, 13-14 years (15%), whereas according to the genre the more prevalent was the female (54 %/) in relation to the male (46%). In conclusion the actual percentage of prevalence of atopic dermatitis in patients of 1-14 years attending the outpatient consultation is 1%.

Key words: Atopic Dermatitis, prevalence

3. INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica compleja de la piel, causada por la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales. Inicia en los primeros años de vida y 90 % de los casos se manifiestan antes de los cinco años de edad. (Urrutia M., Solé D 2016)

Afecta a más del 10% de los niños, evidenciándose un gran incremento en su incidencia en las últimas décadas. Es una entidad de curso crónico, que cursa con brotes y remisiones, habitualmente presente desde la primera infancia y que requiere un adecuado manejo para que no comprometa seriamente la calidad de vida de los pacientes. (Giachetti A, Greco M., 2013)

Muchos de los niños que desarrollan Dermatitis Atópica tienen mayor predisposición al desarrollo de otras enfermedades alérgicas entre las cuales destacan alergia alimentaria, asma y rinitis alérgica. Alrededor de un 50% de los pacientes con Dermatitis Atópica desarrollarán otros tipos de manifestaciones atópicas. (Rojas R, Quezada A, 2013)

Por ser una enfermedad crónica con recaídas es un verdadero reto mantenerla controlada, ya que a menudo interfiere en las relaciones sociales, en el estado psicológico y en las actividades diarias del paciente, afectándose su calidad de vida en todos los niveles, sobre todo en la escuela. Las exacerbaciones de la DA pueden estar asociadas con infecciones, alimentos, aeroalérgenos y contactantes (Urrutia M., Solé D 2016)

En los últimos años se observa una meseta en los datos estadísticos respecto a la prevalencia de DA a nivel mundial, siendo la misma del 20%.(Giachetti A, Greco M., 2013)

Las cifras de prevalencia se han incrementado 2 a 3 veces durante las tres últimas décadas en países industrializados. La amplia variación en la prevalencia dada principalmente entre las zonas urbanas y rurales identificadas dentro de la población de un mismo país. (Rojas R, Quezada A, 2013)

En el estudio ISAAC (International Study of Allergy, and Asthma in Child-hood) de 2009 y 2012, Sudamérica emerge como una región de alta prevalencia, con un porcentaje de DA mayor al 15% en niños de entre 6 y 7 años de edad. (Giachetti A, Greco M., 2013)

En base a las referencias epidemiológicas citadas, la progresión de esta alteraciones, los costos del tratamiento y el desconocimiento de las diversas manifestaciones que se presentan estos pacientes, influye en la calidad de vida de los mismos, todo esto fue lo que motivo a diseñar este estudio, sobre prevalencia de la Dermatitis Atópica en los niños de 1-14 años atendidos en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja.

Esta investigación se desarrolló dentro del ámbito de la salud familiar y comunitaria mismo que se basa en el estudio de la tipología familiar, sus patrones de funcionamiento y conductas de los integrantes en el que se indican una serie de consejos para mantener la piel en perfectas condiciones ,controlar en la medida de lo posible los brotes de dermatitis atópica cuando estos aparezcan, también está incluido el ámbito de

la salud y enfermedad en diferentes ciclos de vida que se caracteriza por el estudio epidemiológico de las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos en ciertas regiones ,siempre es importante que el paciente mantenga un régimen de conducta alimentaria y ambiental saludable para evitar posibles brotes y exacerbaciones.

En la provincia de Loja y de manera pertinente en el Hospital Regional Isidro Ayora no se conoce cuál es la prevalencia de la Dermatitis Atópica en niños de 1-14 años de edad. Por tal motivo la presente investigación plantea como objetivo general: evaluar la prevalencia de la Dermatitis Atópica en niños de 1 - 14 años de edad en el Hospital Regional Isidro Ayora, periodo Enero-Julio 2015 y los específicos: a) estimar la prevalencia general de la Dermatitis Atópica., b) identificar la prevalencia de Dermatitis Atópica por sexo, c) establecer la prevalencia de Dermatitis Atópica por grupos de Edad.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dermatitis Atópica

4.1 Definición

La DA es una enfermedad de la piel crónicamente recidivante que se produce con mayor frecuencia durante la lactancia y la infancia temprana, tiende a desaparecer después de está y reaparece en escolares, es excepcional en adultos .Esta afecta predominantemente a las superficies de flexión: pliegues de codos o rodillas así como cara y cuello. (Secretaria de Salud 2014)

Se caracteriza por lesiones de dermatitis, prurito y piel seca (Xerosis) que evolucionan con curso crónico y brotes intermitentes alternando con fases de remisión. No se conoce bien la causa; hay antecedentes personales o familiares de atopia (rinitis alérgica, asma, alergias a alimentos o eccema) e intervienen factores constitucionales inmunitarios y psicológicos. (Arenas R., 2009); (Calatayud A., 2013); (Fitzpatrick T. 2011); (Harrison-2013)

4.2 Epidemiología

La DA es una de las patologías dermatológicas más comunes en la edad pediátrica, con una prevalencia entre el 5 y 20% en la primera década de la vida. Se establece en la mayoría de casos en los primeros dos años de edad y solo un 10% se diagnostican después de los 5 años, es más frecuente en el sexo femenino a razón de 1,3:1; presentándose principalmente en áreas urbanas y países desarrollados de Occidente.(Acón R, 2014)

Es fundamentalmente una enfermedad propia de la infancia y disminuye su prevalencia e intensidad con la edad. En 70% a 80% de los niños, se encuentran antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas. La DA puede afectar a todas las razas, ya que los estudios realizados no demuestran diferencias significativas entre los distintos grupos raciales.

Posiblemente, la DA es la manifestación más precoz de la atopia, ya que 50% de los atópicos la presentan a los dos años y 80%, a los cinco años. En este mismo grupo de edad, solo 40% tienen síntomas de asma y 25%, rinitis vasomotora. Aproximadamente 80% de niños con DA desarrollan asma o rinitis alérgica; algunos pierden la atopia cutánea con el inicio de alergia respiratoria hacia los siete años de edad. Se produce en personas de todas las edades aunque es más común en niños. En la adolescencia se resuelve 50% de casos y en los adultos puede persistir hasta en 20% de los casos. (Cabanillas J., Sánchez L., 2012)

La DA es una de las patologías dermatológicas más comunes en la edad pediátrica, con una prevalencia entre el 5 y 20% en la primera década de la vida. Se establece en la mayoría de casos en los primeros dos años de edad y solo un 10% se diagnostican después de los 5 años. (3,7) Su incidencia va en aumento y es más frecuente en el sexo femenino a razón de 1,3:1; presentándose principalmente en áreas urbanas y países desarrollados de Occidente. (Acón R, 2014)

Desde la década de 1960, se produjo un incremento mayor de tres veces en la prevalencia de DA. Este aumento parece estar ligado a varias causas, entre ellas se pueden destacar:

- Estilo de vida occidental (higiene)
- Aumento de la edad materna
- Polución
- Tabaquismo materno

Existe un cierto predominio en zonas urbanas (influenciadas por el aumento del estrés y la polución), climas templados o fríos, y con baja humedad ambiental. Según Rajka, durante el primer año de vida debutan cerca del 60% de los pacientes de DA, en los primeros cinco años el 80-90%, y sólo el 2% de los casos debutan después de los veinte años. Sin embargo, cabe destacar que los casos de debut en la edad adulta suelen ser más severos. (González E.- H. Fernández-2012); (Fitzpatrick T. 2011)

4.2.1 Prevalencia de la dermatitis atópica

Prevalencia General de la Dermatitis Atópica

Existen varios estudios a escala internacional y nacional sobre dermatitis atópica respecto a la prevalencia y factores asociados a esta. Dentro de los que se analiza un estudio transversal llevado en Corea que muestra una prevalencia de dermatitis atópica determinado por examen dermatológico fue menor que la prevalencia basada en un cuestionario (9,2% vs 19,1%). (Choi W, Yeon J,2012)

La dermatitis atópica infantil es un problema de salud pública en los países desarrollados, con cifras de prevalencia entre el 10 y el 20%, a nivel mundial se calcula

entre un 10 a 30% en niños y entre 1 y 3% en adultos. Estas variaciones dependen del grupo examinado, país, clima y método de recolección de la información, entre otros. (Redondo M. ,2012)

En la fase tres de ese estudio, varios centros de países latinoamericanos se incluyeron. Se observó que entre niños de edad de 6-7 años, la presencia “del eczema actual” varió del 0.9% en Jodhpur (India) al 22.5% en Quito (Ecuador). Entre niños entre 13-14 años, el predominio se extendió del 0.2% en Tíbet (China) al 24.6% en Barranquilla (Colombia). En ambas categorías de edad, el predominio en América Latina era más alto comparando con otros países, con valores más del 15% en varios centros.

Este predominio más alto podría tener causas múltiples incluso la tendencia de observación, pero también puede reflejar que esto puede ser algunos factores latinoamericanos como la exposición alta a ácaros, la heterogeneidad genética alta, tener un efecto importante en el desarrollo de la dermatitis. (Sánchez J,2014)

Prevalencia de la dermatitis atópica por Género

Dentro de un mismo país, las cifras son más altas en las zonas urbanas y en las poblaciones con mayor nivel de vida. En la adolescencia es más frecuente en mujeres. (Acón R, 2014)

Un estudio transversal realizado en Cartagena en el que incluyeron un total de 3018 estudiantes escolares, con la participaron un total de 63 colegios, el 51,4% son del género masculino y 48.5% son del género femenino fueron Diagnosticados con Dermatitis Atópica por contaminación. (Fernández D, García L, 2013)

Tiene un inicio en el 80% de casos en niños bajo los 2 años de edad; no existe diferencias significativas entre géneros en los primeros años de vida, pero es más frecuente en mujeres (60%) que en hombres (40%).(Sánchez J,2014)

Prevalencia de la dermatitis atópica por Edad

Es, fundamentalmente, una enfermedad propia de la infancia y disminuye su prevalencia e intensidad con la edad. En el 60% de los pacientes, se inicia en el primer año de vida, primordialmente en los primeros seis meses, en el 85% en los primeros 5 años y sólo un 10% inician la enfermedad después de los 7 años. En el 70-80% de los niños, encontramos antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas. Estos datos se asocian a los estilos de vida, pues, cuando estos niños, presentan prevalencias en los rangos del país de acogida. (Rojas A.-Quezada L.-2013)

En un estudio realizado en España el 51.7% eran pacientes de 4-9 años que presentaron manifestaciones de Dermatitis Atópica las cuales les impedía conciliar el sueño. (Sánchez J, Daudén E, 2013)

Estudio de prevalencia, de corte transversal que incluyó 722 niños > 12 y < 60 meses de edad pertenecientes a una comunidad urbana bonaerense. La prevalencia de Dermatitis Atópica fue del 31,3% en los menores de 36 meses y 49,6% en los mayores de 36 meses.(Dei-Cas P, Acuña M, 2011)

Por lo general la dermatitis de Atópica tiende a producir síntomas de remisión antes de los 5 años en el 40% al 80% de los pacientes, después de los 6 años (6,7%) y en el 60% al 90% a los 15 años de edad. (Sánchez J, 2014)

4.2.2 Estudios Isaac.

El estudio ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) se ha realizado con los mismos cuestionarios en más de 40 países y en varias ocasiones en niños de 6-7 y 12-13 años. Ha dado resultados de prevalencia acumulada tan dispares como el 1% o el 17%. En general los datos más altos son los de Australia y norte de Europa, y los más bajos los de Asia y Europa Central y del Este. En España ofreció datos intermedios, del 10,3%. En un estudio reciente se han encontrado cifras notablemente más altas de prevalencia obtenidas por el cuestionario ISAAC en Corea que cuando se realizaba una anamnesis y una exploración dermatológica (19,1% frente a un 9,2%).

En España son escasos los datos de prevalencia. En estudios realizados en los años 90 entre personal sanitario se daban cifras tan bajas como un 2,6%. Una encuesta telefónica realizada a nivel nacional a casi dos mil padres de niños de 0 a 14 años la prevalencia acumulada resultó ser de un 8,6% (IC 95%: 7,4-9,8). En un estudio realizado en el área de Madrid entre escolares de 3 a 16 años se demostró una prevalencia de periodo de un año de un 10%, una prevalencia puntual del 7,09%, una disminución acusada de la prevalencia entre los niños más mayores y una similar frecuencia en ambos sexos. En México se ha registrado, una prevalencia de 3.9 a 4.9% en niños de 6 a 14 años.

Por otro lado, la prevalencia parece estar aumentando en todos los países en los que se tienen estudios realizados con la misma metodología. Existe una razonable evidencia de que la prevalencia se ha duplicado (o triplicado en algunos casos) en los últimos 30 años. Por ejemplo, Ninan y Russel encontraron un aumento de la prevalencia en Escocia

desde el 5,3% de 1964 al 12% de 1989. Schultz-Larsen y cols , dan cifras del 3% para los nacidos en Dinamarca en 1960-4, del 10% para los nacidos en 1970-4, y del 15,6% para los nacidos en 1985. Finalmente, Taylor y cols.ofrecen cifras del 5,1% para la cohorte de los nacidos en 1946, de un 7,3% para los nacidos en 1958 y del 12,2% para los nacidos en 1970. (Puig L. -2012) ;(Barajas M-Barrera A.-Morales J.-2010)

En los estudios del ISAAC de 2009 y 2012, Sudamérica emerge como una región de alta prevalencia, con un porcentaje de DA mayor al 15% en niños de entre 6 y 7 años de edad.

En los últimos años se observa una meseta en los datos estadísticos respecto a la prevalencia de DA a nivel mundial, siendo la misma del 20%.

Ambos sexos se encuentran afectados por igual hasta los 6 años, y a partir de dicha edad la prevalencia de DA en las niñas es mayor que en los varones. (Giachetti A, Greco M., 2013)

Existe un claro patrón hereditario

4.3 Etiopatogenia

Es un trastorno hereditario poligénico y multifactorial que suele observarse en el contenido personal y/o familiar de una diátesis atópica (asma, rinitis, conjuntivitis, Dermatitis atópica), una tendencia a presentar una respuesta inflamatoria exagerada ante los estímulos. Se consideran factores importantes en el desarrollo del eccema.

La alteración de la permeabilidad cutánea y el poseer unas características especiales de la respuesta inmune. Existen numerosos factores desencadenantes o que mantienen los brotes de eccemas: los aeroalérgenos (ácaros del polvo: *D.pteronyssimus*); los antígenos bacterianos (*S. Aureus*) ; los alimentos (ovoalbúmina) ; el estrés psicológico. (CTO, 2011).

La DA, al igual que la rinitis alérgica y el asma bronquial, es un trastorno inflamatorio en el que intervienen factores genéticos, alteraciones en la barrera cutánea alteraciones inmunorregulatorias, y factores extrínsecos. (Cabanillas J., Sánchez L. 2012).

Alteraciones inmunológicas:

La respuesta inmunológica del paciente atópico está alterada tanto a nivel humoral como a nivel celular. Tanto la piel lesionada como la no lesionada de pacientes con dermatitis atópica muestran perfiles inmunológicos diferentes al de la piel sin dermatitis atópica. La inflamación subclínica persiste en la piel no lesionada y la alteración de la regulación inmune aumenta la hiperreactividad a desencadenantes ambientales. (Mateos M. ,2011)

Factores Genéticos:

Existen bastantes evidencias de que la DA tiene un componente genético. Así mismo el asma, rinitis alérgica y DA muestran agrupación familiar. Los hijos de padres con DA tienen un riesgo mayor de desarrollarla.

Está bien establecido que esta mutación da lugar a un defecto funcional de la función barrera, pero el déficit de filagrina puede contribuir a la patogénesis de la DA por varios mecanismos. (Cabanillas J., Sánchez L., 2012)

Esta predisposición genética, hoy conocida, era intuita desde hace tiempo por la presencia de antecedentes familiares de enfermedades alérgicas en los niños con dermatitis atópica y la coincidencia en el propio niño de otras enfermedades alérgicas como el asma o la alergia alimentaria. (Mateos M., 2011)

Alteraciones de la función de barrera de la piel:

La función de barrera de la piel es una de las más importantes y su alteración influye directamente en el desarrollo de múltiples enfermedades entre las que se encuentra la DA.

Las alteraciones en la función de barrera del estrato córneo, llevan a:

1. Una disminución en la producción del factor humectante natural (FHN) que favorece un aumento de la pérdida transepidérmica de agua (PTA), con alteración en
2. el gradiente hídrico de la piel, situación que dificulta su adaptación a los cambios del medioambiente así como su renovación y reparación.
3. Disminución en los ácidos grasos y ceramidas y alteración en las proporciones en que normalmente se encuentran.
4. Alteración del pH de la piel.
5. Disminución de péptidos antimicrobianos que favorece la adherencia de bacterias como el *Staphylococcus aureus* a la piel.
6. Aumento en la permeabilidad a los antígenos exógenos, que permite que los mismos entren en contacto con el sistema inmune y generen respuestas inmunológicas inadecuadas. (Giachetti A. , Greco M., 2013)

Factores extrínsecos

Existen una serie de factores capaces de provocar, desencadenar o agravar una DA.

Dieta: El papel de la dieta es muy controvertido, el paso del tiempo mejora la influencia de la dieta sobre la DA, es decir, existe una tolerancia progresiva a los distintos alimentos que, en un momento determinado, fueron capaces de relacionarse con la enfermedad.

Para algunos autores la dieta tiene una pobre, si no nula, influencia en la DA; no obstante sugiere tenerla en cuenta, en casos de alimentos puntuales, cuando existe una sospecha clínica o hay pruebas que abogan hacia una intolerancia determinada, pero no hacer restricciones de forma irracional si no se demuestra su efectividad sobre el cuadro cutáneo. Recientemente se ha abogado por la utilización de alimentos ricos en ácidos grasos esenciales, omega-ácidos, generalmente aceite de pescado, sin que se haya demostrado sus efectos beneficiosos.

Aeroalérgenos:

El hecho de que la DA tenga variaciones estacionales y de que los pacientes presenten una clara mejoría cuando se les cambia de unos ambientes a otros, ha hecho sospechar, desde siempre, el papel del medio ambiente en el desarrollo de la enfermedad.

Su asociación con procesos atópicos de vías respiratorias, ha determinado que los aeroalérgenos (pólenes, polvo de casa, ácaros, pelos de animal) se hayan considerado en la etiopatogenia de la DA. Se necesitan mayores estudios que establezcan, desde el punto de vista clínico, el papel de los aeroalérgenos como desencadenantes o agravantes

en la DA. Esta respuesta inmunológica sería del tipo hipersensibilidad retardada. (Cabanillas J.- Sánchez S.-2010)

Microorganismos:

Los defectos inmunológicos presentes en los pacientes atópicos los hacen más susceptibles de padecer enfermedades infectocontagiosas.

Distintos microorganismos, como virus del herpes, hongos y, fundamentalmente, bacterias pueden complicar la evolución de estos pacientes. Dos microorganismos han sido fundamentalmente implicados en la patogenia de la DA: *Staphylococcus aureus* y *M. furfur*, que se han mostrado capaces de desarrollar DA a través de mecanismos mediados por IgE.

Otros factores: Distintos factores ambientales como la sequedad excesiva, aumento o disminución de la temperatura o humedad, así como la exposición a sustancias irritantes, sensibilizantes o capaces de inducir prurito son factores que pueden contribuir al empeoramiento de la DA y por tanto, será necesario tenerlos presente en el control y tratamiento de estos pacientes (Cabanillas J.- Sánchez S.-2010) (Fitzpatrick T.-2009)

4.4. Manifestaciones clínicas.

La presentación clínica a menudo varía con la edad. Hasta el 50% de los pacientes con dermatitis atópica se presenta en el transcurso del primer año de vida y 80% en los primeros 5 años. Hasta 80% termina por expresar de modo simultáneo rinitis alérgica o asma en fases posteriores de la vida. (Harrison, 2013)

La DA ofrece un amplio rango de manifestaciones clínicas. Entre las más comunes se incluyen lesiones eczematosas recidivantes o crónicas, muy pruriginosas, con una distribución típica según la edad, constituyendo elementos esenciales para el diagnóstico. (Rojas A., Quezada L., 2013).

Morfología y distribución de las lesiones cutáneas de la dermatitis atópica.

Morfología: En la DA podemos observar las siguientes lesiones elementales: eczema, prurigo y liquenificación. Junto a ellas, es muy frecuente la presencia de excoriaciones por el rascado.

- **Eczema.** Caracterizado por zonas de eritema, edema, vesiculación, exudación y costras.
- **Prurigo.** Constituido por pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente por el rascado, siendo sustituida por una pequeña costra.
- **Liquenificación:** Placas mal delimitadas, engrosadas, recorridas por surcos que delimitan áreas romboidales brillantes.

Las diversas lesiones elementales pueden coexistir en un mismo paciente en un determinado momento de la evolución o sucederse en el tiempo. Todo ello se desarrolla sobre una base de xerosis o piel seca. Las lesiones pueden presentarse en tres estadios:

1. **Agudas:** Lesiones intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa, vesiculación, exudado seroso, excoriaciones por rascado y, ocasionalmente, sangrado de las lesiones

2. Subagudas: Pápulas eritematosas descamativas y excoriaciones.

3. Crónicas: Liquenificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues, pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la piel.

Distribución: La localización de las lesiones varía según la edad del paciente:

La **fase de lactante**. Lesiones eccematosas muy pruriginosas que, en los casos característicos, se inician entre el mes y los tres meses de vida. Se caracteriza por lesiones eccematosas muy pruriginosas con gran componente exudativo que forma costras. Inicialmente, se localiza en las mejillas desde donde puede extenderse a la frente, los pliegues auriculares y el cuero cabelludo, pero respetando el triángulo nasolabial.

Desde la región facial, con el tiempo puede extenderse al resto del cuerpo, afectando de forma característica a la superficie extensora de los miembros.

En la **fase infantil**. Desde los 2 a los 12 años (pubertad) Las lesiones se las lesiones se hacen más papulosas y menos exudativas, con tendencia a la liquenificación activada por el rascado, y tienden a localizarse de forma característica en los pliegues, sobre todo antecubital y poplíteo.

También pueden afectar a la región palpebral y a la peribucal, a los pliegues auriculares, a las muñecas, a las manos, al pulpejo de los dedos, a los tobillos y a los

pies (afectando sobre todo al dorso de los dedos y al tercio anterior de la región plantar del pie, con afectación característica del primer dedo).

En la **fase del adolescente y el adulto**. Predomina la liquenificación sobre una base de intensa xerosis. La localización es similar a la del estadio infantil, con afectación preferente de los pliegues de flexión y la región facial. (Calatayud A. M., 2013) (Mateos M., 2011)

Prurito: La principal manifestación clínica de esta enfermedad, es constante que causa inquietud al paciente. Además, los pacientes experimentan episodios irregulares de agravación discapacitante del prurito.

Éste se agrava por los cambios de temperatura, por la ropa áspera (como la lana) y por otras alteraciones ambientales menores diversas. Este síntoma trastorna mucho el sueño, lo que afecta a toda la familia. El prurito intenso causa rascado en todos los pacientes, menos los lactantes menores de 2 meses. (Marks R., Motley R., 2012)

Duración en el tiempo de las lesiones: Se define la dermatitis atópica por una duración de al menos 6 semanas. Cursa con brotes o exacerbaciones que son más frecuentes en determinadas épocas del año y que varían para los distintos pacientes. Generalmente empeoran en invierno, aunque también lo pueden hacer en primavera o en otoño. En verano las exacerbaciones son menos frecuentes. (Mateos M., 2011)

Historia familiar o personal de atopia: Antecedentes personales o familiares, en parientes de primer grado de dermatitis atópica, asma bronquial alérgica, rinoconjuntivitis alérgica, alergia alimentaria. (Mateos M., 2011)

Otras manifestaciones clínicas:

- Queratosis folicular
- Pápulas liquenoides
- Lesiones símil prurigo
- Lesiones numulares

•**Erupción liquenoide por fricción:** pápulas color piel, aplanadas, poligonales o redondeadas que comprometen las áreas extensoras de las extremidades

•**Eczema dishidrótico:** pequeñas vesículas claras que afectan las palmas, las plantas y los bordes laterales de los dedos.

•**Eritrodermia:** puede observarse en cualquiera de las etapas. Se presenta en menos del 1% de los casos y consiste en un eritema con descamación de evolución subaguda-crónica que compromete más del 80% de la superficie cutánea. (Mateos M., 2011)

4.5 Complicaciones.

Sobreinfección bacteriana: La bacteria implicada con mayor frecuencia es el *Staphylococcus aureus*. La sobreinfección bacteriana se reconoce por la presencia o el aumento de exudación, pústulas o costras amarillentas (melicéricas), o por el empeoramiento rápido de la extensión y gravedad de la dermatitis atópica.

La sobreinfección bacteriana no tratada produce aparente refractariedad al tratamiento con corticoides en monoterapia. (Suárez R. ,2013).

Eccema herpeticum: Se caracteriza por áreas de empeoramiento rápido o eccema doloroso. El cuadro puede presentar manifestaciones sistémicas con fiebre e incluso una disminución del nivel de conciencia por afectación cerebral. Debe tratarse con aciclovir por vía sistémica. (Suárez R. ,2013).

Afectación psicosocial: La dermatitis atópica moderada y grave tiene una repercusión importante sobre el descanso nocturno, la capacidad de atención y el rendimiento escolar, a lo que se añade una estigmatización en la comunidad escolar y una merma en la autoestima del paciente pediátrico. Están aumentados los diagnósticos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de cuadros ansiosodepresivos. (Suárez R. ,2013).

Complicaciones Oculares: Las complicaciones oculares relacionadas con una DA grave pueden producir una morbilidad significativa. La Dermatitis de los párpados y blefaritis crónica están frecuentemente asociadas con DA y pueden ocasionar alteraciones visuales secundarias a la cicatrización de la córnea. (Fitzpatrick, T. ,2011).

4.6 Diagnóstico

El diagnóstico de dermatitis atópica se realiza a través de los criterios clínicos en niños que presentan prurito y dermatitis de evolución crónica.

Actualmente no existen estudios complementarios específicos de rutina que certifiquen el diagnóstico. (Giachetti A, Greco M., 2013)

4.6.1 Criterios diagnósticos: El grupo de trabajo de la United Kingdom publicó los criterios para el diagnóstico de la DA , que incluyen los siguientes:

- Evidencias de prurito en el paciente o manifestado por uno de los padres.
- Tres o más de los siguientes puntos son necesarios para hacer el diagnóstico.
- Historia de dermatitis en zona antecubital, poplítea, cuello, periocular y dorso de tobillos.
- Piel seca dentro del último año.
- Inicio de los síntomas entre el año y los 2 años de edad
- Evidencia visible de dermatitis flexural, en niños menores de 4 años se considera el compromiso de mejillas, frente y zonas extensoras de extremidades. (Pérez M., Zegpi M., Sáenz L. 2011)

Debido a la gran diversidad de formas de presentación, varios grupos de trabajo han intentado constituir criterios uniformes para el diagnóstico. Los más aceptados entre los pediatras y alergólogos infantiles son los de Hanifin y Rajka de 1980 (Tablas I y II). Para realizar el diagnóstico de DA es necesario que estén presentes tres criterios mayores y al menos tres criterios menores. (Redondo M., 2012)

Tabla I. Criterios de Hanifin y Rajka para el Diagnóstico de (DA)

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prurito ➤ Morfología y distribución característica: <ul style="list-style-type: none"> • Liquenificación en flexuras en adultos • Afectación de la cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes • Combinación de estos patrones en niños y adultos ➤ Carácter crónico y recidivante ➤ Historia personal o familiar de atopia 	<ul style="list-style-type: none"> • Xerosis • Ictiosis/exageración de pliegues palmares/queratosis pilar • Reactividad cutánea inmediata (tipo1) a los test cutáneos • Elevación de valores séricos de Ig E • Edad precoz de comienzo • Tendencia a infecciones cutáneas y déficit de la inmunidad celular • Tendencia a dermatitis inespecíficas de pies y manos • Eczema de pezón • Queilitis conjuntivitis recidivante • Pliegue infraorbitario de Dennie Morgan • Queratocono • Catarata subcapsular anterior • Ojeras u obscurecimiento periocular • Palidez Facial o eritema en cara • Pitiriasis Alba • Pliegues en parte anterior del cuello • Prurito provocado por la sudoración • Intolerancia a la lana y solventes de las grasas • Acentuación perifolicular • Intolerancia a algunos alimentos • Evolución influenciada por factores ambientales y emocionales • Dermografismo blanco

Fuente: Redondo M, 2012, Pediatric Integral, Dermatitis atópica

Realizado por: Maritza Quiñónez M.

4.6.2 Diagnóstico diferencial: Los dos signos guía son la distribución de las lesiones y el prurito. Podemos hacer un amplio diagnóstico diferencial, pero, básicamente, hemos de pensar en:

Dermatitis seborreica: Suele ser más precoz, localizada en el cuero cabelludo (costra láctea), cejas y pliegues inguinales. Presenta descamación importante y exudado sebáceo, amarillento. Afecta el área del pañal y pliegues. No suele existir prurito.

Dermatitis de contacto: Puede coexistir con la dermatitis atópica, pero la vemos en niños normales expuestos a irritantes, como la orina, la saliva, las heces, o algunos detergentes. Es menos seca y pruriginosa.

Escabiosis: Lesiones con surco y vesícula, intenso prurito de predominio nocturno. Otros miembros de la familia están afectados.

Dermatitis herpetiforme: Es una erupción vesiculosa muy pruriginosa, que se distribuye de forma simétrica en las superficies de extensión y en la zona lumbar. Se asocia a enfermedad celíaca, que puede ser subclínica.

Dermatitis alérgica de contacto: Se limitan al área de contacto con el material alérgico. La localización repetitiva nos pone sobre la pista. No suele aparecer en los primeros meses de vida.

Psoriasis. Lesiones descamativas en placas, localizadas en codos, rodillas, cuero cabelludo y, clásicamente, en las uñas. Afecta el área genital y al ombligo. (Redondo M., 2011)

4.7 Prevención

- La lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses de vida se asocia a menor incidencia de DA en niños con antecedentes familiares de atopia.
- El tema es controversial y se requiere mayor evidencia.

- Respecto al consumo de prebióticos, existen ensayos clínicos randomizados que demuestran que el consumo prenatal de Lactobacillus disminuye la incidencia de DA en niños con antecedentes familiares de atopía.
- En cuanto a la mejoría en la extensión y severidad del cuadro de DA con el consumo de Lactobacillus, la evidencia es contradictoria. (Pérez M., Zegpit M., Sáenz M. -2011).

4.8 Tratamiento:

Tratamiento no farmacológico:

Es relevante en la evaluación clínica del niño con DA, se investigue e identifique los potenciales factores de recaída ó exacerbación:

- Irritantes: jabones, detergentes: shampoo, jabón de burbujas, gel y jabones líquidos
- Infecciones de la piel
- Contacto: alimentos alergénicos e inhalación de alérgenos. (Secretaría de Salud, 2014).

Tratamiento Farmacológico:

El tratamiento farmacológico de la dermatitis atópica tiene los siguientes objetivos:

- Disminuir la inflamación de la piel.
- Evitar los brotes de dermatitis atópica.
- Mantener la barrera cutánea en las mejores condiciones de hidratación.
- Controlar los síntomas que afectan a la calidad de vida del niño: prurito, rascado, sueño y actividades propias del niño. (Mateos M., 2011)

Fototerapia: La primera elección de fototerapia en el tratamiento de la dermatitis atópica es el UVB de banda estrecha (UVBnb). El UVA a dosis medias ha demostrado también eficacia y tolerabilidad con efectos similares a los recogidos con UVBnb. (Puig, C. L., & Alomar, A., 2012)

Tratamiento antibiótico: Defectos en el sistema inmune innato cutáneo podrían explicar la alta tasa de colonización por *Staphylococcus aureus* en pacientes con DA.

El tratamiento del eccema con agentes antiinflamatorios disminuye la colonización por *S. aureus*.

Antihistamínicos: Los antihistamínicos se utilizan frecuentemente en un intento por aliviar el prurito en pacientes con DA. Sin embargo pocos ensayos clínicos randomizados y controlados se han realizado a este respecto y la mayoría ha mostrado un leve alivio del prurito. (Puig, C. L., & Alomar, A., 2012).

Atención psicológica: Aproximadamente, el 80% de los niños con DA tienen trastornos del sueño y el 60% refieren alteración de sus actividades diarias. Habrá que valorar, pues, la calidad de vida de niños y padres, teniendo en cuenta que el origen genético de la enfermedad puede generar sentimientos de culpa y sobreprotección. El estrés, el tiempo, los costes económicos de todos los emolientes y fármacos son factores a tener en cuenta. En casos graves, la psicoterapia puede modificar conductas y se ha mostrado beneficiosa al reducir el estrés y, sobre todo, para el control del prurito. (Redondo, M. R. 2012).

Protocolo de Tratamiento del MSP (Ministerio de Salud Pública)

Objetivos Terapéuticos:

1. Alivio Sintomático
2. Evitar Recaídas

Tabla IV. Selección del Medicamento de elección

Principios Activos	Eficacia	Seguridad	Conveniencia	Niveles
Betametasona	+++	++	++	2-3
Loratadina	++	++	++	1-2-3

Fuente: Ministerio de Salud Pública 2012, Dermatitis Atópica

Realizado por: Ministerio de Salud Pública

Medicamento de Elección:

- Betametasona
- Crema/ungüento/loción 0.05- 0.1%

Posología: Dos veces al día, hasta por un mes

Precauciones: Los corticoides aplicados tópicamente pueden absorberse a través de la piel, en especial en caso de los más potentes como la betametasona, también puede suceder cuando se excede la dosis, cuando se aplica en áreas muy extensas o por tiempo prolongado. Pueden producir un agravamiento de las infecciones cutáneas que pueden extenderse.

Efectos indeseables:

- Empeoramiento de las infecciones locales
- Estrías Atróficas irreversibles
- Envejecimiento de la piel
- Estimulan el crecimiento del pelo

Observaciones:

- Eventualmente puede recomendarse el empleo de un antialérgico, Loratadina tabletas de 10 mg o jarabe 5mg/5ml.
- La dosis en el adulto una tableta de 10 mg una vez al día
- En niños de menos de 30 Kg, 5 mg una vez al día
- En niños menores de 2 años , 2,5 mg una vez al día
- Existen varios métodos alternativos de tratamiento sin mayor evidencia de efectividad y/o tolerancia, entre los cuales se mencionan los emolientes, el alquitrán, y la psicoterapia. Es limitada la evidencia que señala la ventaja de añadir antibióticos a los corticoesteroides.
- También es limitada la evidencia a favor de los cambios dietéticos, en particular las restricciones o modificaciones en la alimentación láctea por parte de la madre.
- No hay evidencias que demuestren que el empleo de tacrolimus o pimecrolimus sea más eficaz y/o seguro que los corticosteroides aplicados tópicamente. (MSP, 2012).

5. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

El presente trabajo de investigación se realizó mediante un estudio de tipo descriptivo, durante el periodo enero-julio 2015 en el Hospital Regional “Isidro Ayora” de la provincia de Loja.

Universo

Para el desarrollo de la presente investigación, se trabajó con 5095 niños de 1 a 14 años de edad atendidos en la consulta externa del Hospital Regional “Isidro Ayora” de la provincia de Loja, en el período de tiempo determinado.

Criterios de inclusión:

Se tomó únicamente en cuenta en el presente estudio aquellos pacientes de 1-14 años de edad atendidos en la consulta externa del Hospital Regional “Isidro Ayora”, provincia de Loja.

Criterios de exclusión:

Se excluyó de la investigación aquellos niños de 1-14 años de edad con VIH e inmunosupresión.

Técnica:

La elaboración del presente trabajo investigativo se realizó mediante la aplicación de encuestas a las madres de los niños que acudieron a consulta previo consentimiento informado en las que se incluyó variables tales como la edad y género conjuntamente con la anamnesis, examen físico y revisión de las respectivas historias clínicas.

Instrumento:

En esta investigación se usó el formulario de encuestas y de recolección de datos.

Procedimiento:

Luego de la validación de las encuestas y con los permisos respectivos por parte de las autoridades del Hospital Regional Isidro Ayora se pudo acceder a la recolección de datos en la que el universo indagado fue de 5095 pacientes, posteriormente se fue trabajando conjuntamente con la profesional del área dermatológica en la consulta externa, realizando la anamnesis y examen físico a los pacientes, aplicando las respectivas encuestas a aquellas madres que acudieron con los niños previo consentimiento informado, seguidamente con los datos recolectados se procedió a tabular toda la información , los resultados se presentaron en tablas.

7. RESULTADOS Y ANÁLISIS

TABLA N° 1. DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA EN EL GRUPO DE EDAD DE 1-14 AÑOS QUE DEMANDA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA, PERIODO ENERO-JULIO 2015

DERMATITIS ATÓPICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	72	1%
NO	5023	99%
TOTAL	5095	100%

Fuente: Sistema Redaac del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja

Elaborado por: Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

Análisis: Del total de pacientes en estudio tenemos que esta patología se presenta con una prevalencia del 1%.

TABLA N° 2 DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA POR GRUPO DE EDAD QUE DEMANDA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA, PERIODO ENERO-JULIO 2015

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LACTANTES (1-24 MESES)	23	32%
NIÑOS (3-12 AÑOS)	38	53%
ADOLESCENTES (3-14AÑOS)	11	15%
TOTAL	72	100%

Fuente: Sistema Redaac del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja

Elaborado por: Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

Análisis: Mediante la tabla se puede apreciar que de acuerdo al grupo de edad el 53% de pacientes que tienen esta patología están en el grupo de 3-12 años de edad.

TABLA N° 3 DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA POR GÉNERO QUE DEMANDA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA, PERIODO ENERO-JULIO 2015

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	39	54%
MASCULINO	33	46%
TOTAL	72	100%

Fuente: Sistema Redaac del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja

Elaborado por: Maritza del Carmen Quiñonez Morocho

Análisis: Según los resultados obtenidos en la tabla se visualiza que de acuerdo al género el mayor porcentaje de 54% corresponde al género Femenino.

7. DISCUSIÓN

En la actualidad hemos visto un incremento de la prevalencia a nivel mundial de enfermedades atópicas ya detectado en la investigación en los estudios del ISAAC de 2009 y 2012, con importantes diferencias entre países. La Dermatitis Atópica viene siendo la enfermedad cutánea crónica más frecuente a nivel mundial y sobre todo en la edad pediátrica lo que resulta un impacto en la calidad de vida del niño y la familia. (Giachetti A, Greco M., 2013)

En los últimos años se observa una meseta en los datos estadísticos respecto a la prevalencia de Dermatitis Atópica a nivel mundial, siendo la misma del 20%.

Sudamérica emerge como una región de alta prevalencia, con un porcentaje de Dermatitis Atópica mayor al 15% en niños de entre 6 y 7 años de edad. (Giachetti A, Greco M., 2013)

Un estudio transversal realizado en Corea que muestra una prevalencia de dermatitis atópica de 9,2% (Choi W, Yeon J, 2012). En relación a los datos obtenidos en esta investigación se puede demostrar que la prevalencia general de la Dermatitis Atópica es de (1%).

En cuanto a la edad, por categorías en América Latina existe un alto predominio de esta patología el cual resultó ser de 15% comparando con otros países.

(Sánchez J, 2014) realizó un estudio y observó que entre niños de edad de 6-7 años, la presencia “del eczema actual” fue del 0.9% en Jodhpur (India) al 22.5% en Quito (Ecuador). Entre niños entre 13-14 años, el predominio se extendió del 0.2% en Tíbet (China) al 24.6% en Barranquilla (Colombia) , en un estudio realizado en el área de

Madrid entre escolares de 3 a 16 años se demostró una prevalencia de periodo de un año de un 10%. (Puig L. -2012)

Por otro lado en un estudio de prevalencia realizado por (Dei-Cas P, Acuña M, 2011), de corte transversal que incluyó 722 niños > 12 y < 60 meses de edad pertenecientes a una comunidad urbana bonaerense la prevalencia de Dermatitis Atópica fue del 31,3% en los menores de 36 meses y 49,6% en los mayores de 36 meses, lo que indica que existe una gran diferencia de la prevalencia entre estos grupos de edades. En este estudio, se encontró que la prevalencia de esta patología es más frecuente en los niños de 3-12 años en un 53%.

(Fernández D, García L, 2013) Con relación al género los datos obtenidos en un estudio transversal realizado en Cartagena en el que incluyeron un total de 3018 estudiantes escolares, con la participaron un total de 63 colegios, el 51,4% son del género masculino y 48.5% del femenino que fueron diagnosticados con Dermatitis Atópica existiendo cifras de comparación con investigaciones las cuales demuestran que no existe diferencias significativas entre géneros en los primeros años de vida, pero es más frecuente en mujeres (60%) que en hombres (40%). (Sánchez J, 2014)

A modo de conclusión se ha encontrado en este estudio que la mayor prevalencia es de 54% para el género femenino y 46% para el masculino.

8. CONCLUSIONES:

- De acuerdo a la investigación sobre la Prevalencia de la Dermatitis Atópica en niños de 1 – 14 años de edad, en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, periodo Enero- Julio 2015, se ha llegado a las siguientes conclusiones:
- La prevalencia general de la Dermatitis Atópica en pacientes de 1-14 años de edad fue del 1% de todos los pacientes atendidos en la consulta externa.
- De acuerdo a la edad la prevalencia de esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en niños de 3-12 años en un 53%.
- De acuerdo al género la prevalencia de esta enfermedad, se presenta con mayor frecuencia en pacientes del género femenino con un 54%.

9. RECOMENDACIONES

Después de analizados los resultados podemos recomendar lo siguiente:

- ✓ Se debería hacer más estudios para determinar los porcentajes con los que se presenta esta enfermedad y conocer la causa que podría incrementar la prevalencia de esta enfermedad.
- ✓ Brindar información a los padres de familia desde los diferentes centros de atención primaria sobre esta patología y sus cuidados evitando complicaciones posteriores.

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Acón E, (2014).Dermatitis Atópica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI* (610) ,239 –242. Disponible en : <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/610/art12.pdf>
2. Arenas R. (2009) Dermatología. Atlas Diagnóstico y Tratamiento. México D.F: 4ta Edición. p. 63-66.
3. Barajas M., Barrera A., Morales J., (2010). Dermatitis atópica en niños escolares de Ciudad Guzmán, México. *Revista Alergia México*; 57(3) Prevalencia y factores asociados p.71-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revalेमex/ram-2010/ram103c.pdf>
4. Cabanillas J, Sánchez L, (2012). Dermatitis atópica. *Educación Médica Continua*, 22(3), p.176–186. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v22_n3/pdf/a08v22n3.pdf
5. Calatayud, A, (2013). Actitud ante el niño afecto de Dermatitis Atópica, (1), p. 25–35. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-dermatitis-atopica_0.pdf
6. Choi W, Yeon J, Kim J, Lee K, Han K, (2012) et al. Prevalence and Risk Factors for Atopic Dermatitis: A Cross-sectional Study of 6,453 Korean Preschool Children. *Acta Derm Venereol* ; (92): 467–471. Recuperado de: https://www.researchgate.net/institution/Hanyang_University/department/College_of_Medicine/publications

7. CTO, G. (2011) Manual CTO de Medicina y cirugía. Dermatología. Dermatitis atópica, (Octava edición) p. 31-34. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/jairod9/03-dermatologiacto-8>
8. Fabre, P. (2012). Atopia. *Revista científica Dermofocus*. (44), p.1–44. Ediciones Médicas Pierre Fabre Recuperado de: <http://assets.clubdermaweb.com/scribum/upload/3/5/380fa85d.pdf>
9. Fitzpatrick, T. (2011). Dermatitis Atópica. *Dermatología en Medicina General*. Sección 4. Cap. 14.. (Séptima Edición). p.146 – 158. Recuperado de: <https://books.google.co.il/books?id=7VUtAPt1FH0C&printsec=frontcover&hl=es&ie=ISO-8859-1#v=onepage&q&f=true>
10. Garnacho G., Salido R., Moreno J., (2013). Actualización en dermatitis atópica. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 104(1), Propuesta de algoritmo de actuación. p.4–16. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90185764&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=22&accion=L&origen=actasdermo&web=www.actasdermo.org&lan=es&fichero=103v104n01a90185764pdf001.pdf
11. Giachetti A, Greco M., (2013). Allergy Asthma. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica. *Proc*, (15), p. 1–21. Recuperado de: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dermatitis_atopica_2014.pdf
12. Harrison R. (18th ed.). (2013). *Trastornos Cutáneos Frecuentes*. México. Manual de Medicina. p. 395-396.

13. Herrero E., Moreno F. (2010). Barcelona. Protocolo de Dermatitis atópica. *Farmacéuticos Comunitarios*, 2(3), p.116–121. Recuperado de:

<http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/system/files/journals/72/articles/02-3-116-121.pdf>
14. Marks R., Motley R. (2012). Manual Moderno. Eccema Dermatitis, Cap.10.Derematitis atópica. p. 114-123.
15. Mateos, M. (2011). Guía de tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño, *Documento de Consenso Grupo de Expertos*. p. 1–52. Recuperado de:
[http://www.seicap.es/documentos/archivos/Guia dermatitis at%C3%B3pica 2012 2edicion prot.pdf](http://www.seicap.es/documentos/archivos/Guia%20dermatitis%20at%C3%B3pica%202012%20edicion%20prot.pdf)
16. Ministerio de Salud Pública. (2012). Dermatitis Atópica. Protocolos terapéuticos, p.95-96.
17. Pérez, M., Zegpi, M., & Záenz L., M., (2011). Dermatitis atópica. *Revista Médica Clínica Condes*, 22(2). p.197–203. Recuperado de:
[http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_2/8_Dr_Perez_Cotapos .pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_2/8_Dr_Perez_Cotapos.pdf)
18. Puig, C. L., & Alomar, A. (2012). Consideraciones especiales en los pacientes pediátricos con Dermatitis atópica *Monografías de Dermatología*, 25(3), p.133–182. Recuperado de:
<http://www.aulamedica.es/monografiasdermatologia/pdf/v25n3.pdf>
19. Redondo, M. R. (2012). Pediatric Integral Dermatitis atópica, p. 213–221. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/06/213-221-Derm.atopica.pdf>

20. Rojas A., R., & Quezada L., A. (2013). Relación entre dermatitis atópica y alergia alimentaria, *Revista Chilena de Pediatría*, 84(4). p. 438–450. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v84n4/art12.pdf>
21. Sánchez J, Daudén E, (2013) Actas dermosifiliograficas, vol.04, tomo 1 p.44-52. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22841507>
22. Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, (2014). Position paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology. Atopic dermatitis guideline. *Revista Alergia México* Position. 61:178-211. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revalेमex/ram-2014/ram143i.pdf>
23. Secretaría de Salud. (2014). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Evidencias y Recomendaciones, p.4–71. Recuperado de: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/033_GPC_DermAtopPed/IMSS_033_08_GRR.pdf
24. Suárez R. (2013). Guía Dermatológica para la atención primaria. 1era Edición. Dermatitis Atópica. p. 89-100.
25. Rojas A, Rosario, & Quezada L, Arnoldo. (2013). Relación entre dermatitis atópica y alergia alimentaria. *Revista chilena de pediatría*, 84(4), 438-450. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000400012>

11. ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Yo,..... afirmo que he sido informado y acepto participar de manera voluntaria en el estudio **TEMA: “PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1 - 14 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO-JULIO 2015.”** realizado por la estudiante de la Carrera de Medicina Humana, Valeria Alexandra Rojas Tusza, como tesis para optar por el título de Médico General.

Según la información ofrecida, en el estudio se requiere abordar una encuesta, la cual no implica ningún riesgo para mí o la institución en la que estoy adscrita/o, los datos suministrados serán manejados con confidencialidad y los resultados obtenidos serán sociabilizados, sin dar a conocer datos personales y utilizados solo con fines académicos.

Tengo claro que durante la aplicación del instrumento, puedo desistir de mi participación en este estudio, sin que esto motive consecuencia alguna para mí en los procesos de oferta de servicios en la institución.

Como constancia de mi autorización firmo el presente documento.

Firma:.....

Fecha:.....

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

TEMA: PREVALENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1-14 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERIODO ENERO-JULIO 2015.

ENCUESTA

Esta encuesta es estrictamente confidencial, tiene como finalidad recolectar datos sobre la prevalencia de la Dermatitis Atópica en niños de 1 - 14 años de edad. Por lo tanto le agradezco que responda con toda la sinceridad y seriedad posible.

DATOS DEL PACIENTE

- **EDAD:**
- **SEXO:** M() F()
- **FECHA:**
- **LUGAR DE NACIMIENTO:**

1. ¿Su hijo/a se alimentó de leche materna exclusiva?

No Lactó () 0-4 meses () 5-6 meses () más del año ()

2. ¿Su hijo/a se alimentó con leche de fórmula?

No Lactó () 0-4 meses () 5-6 meses () más del año ()

3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez picazón en algún lugar del cuerpo?

SI () NO ()

4. En caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa hace que tiempo comenzó la picazón?

5. Especifique el lugar de las lesiones:

- Cuero Cabelludo:
- Cara:
- Cuello:
- Extremidades:

6. Desde que edad a su hijo/a le pica en los lugares antes mencionados?

7. Su hijo/a ha sido diagnosticado(a) de Asma. ?

SI () NO ()

8. En caso de que la pregunta anterior haya sido afirmativa especifique hace que tiempo. ?

9. ¿Su hijo/a ha sido diagnosticado(a) de Rinitis Alérgica (salida de moco transparente como agua, picor en la nariz y ojos sin tener fiebre)?

SI () NO ()

10. ¿En caso de que la pregunta anterior haya sido afirmativa especifique hace que tiempo. ?

11. Marque con (X). Han existido antecedentes paternos o maternos de:

- Asma ()
- Rinitis Alérgica ()
- Dermatitis ()
- Conjuntivitis ()

12. Ha notado Usted si algún alimento empeora la picazón de su hijo?

13. Si la respuesta anterior fue afirmativa, marque con (X).

- HUEVO ()
- MANÍ ()

- LECHE ()

14. Marque con (X).Ha notado si su hijo tiene alguna reacción alérgica a lo siguiente:

- Alimentos:
- Frio ()
- Exposición a la luz Solar ()
- Polen ()
- Humo del cigarrillo ()
- Jabones y Detergentes ()
- Telas sintéticas y de lana ()
- Lana de animales ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA



ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

PERFIL DE TESIS

ALUMNA: Maritza Quiñonez M.



PERFIL DE TESIS

A. TEMA

“PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS DE 1 - 14 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL DEL SEGURO DE LOJA, PERIODO ENERO-JUNIO 2015”

B. PROBLEMÁTICA

La Dermatitis Atópica es la enfermedad cutánea frecuente de la infancia cuya prevalencia ha incrementado progresivamente en las últimas décadas sobre todo en los países más desarrollados. Existen también un gran número de pacientes de ambos sexos entre los que se incluyen preescolares y adolescentes que acuden a la consulta presentando signos y síntomas de esta patología y aunque no se ha determinado su etiología se sabe que existen factores que la desencadenan lo que sugiere una estrecha relación con los determinados estilos de vida, mismos que constituyen un importante problema de salud.

En los últimos años se observa una meseta en los datos estadísticos respecto a la prevalencia de DA a nivel mundial, siendo la misma del 20%. En el estudio ISAAC (International Study of Allergy, and Asthma in Child-hood) de 2009 y 2012, Sudamérica emerge como una región de alta prevalencia, con un porcentaje de DA mayor al 15% en niños de entre 6 y 7 años de edad.

Ambos sexos se encuentran afectados por igual hasta los 6 años, y a partir de dicha edad la prevalencia de DA en las niñas es mayor que en los varones.

La mayoría de los casos se presentan durante el primer año de vida (60%), mientras que el resto lo hace en dos etapas diferentes, entre los 2 y los 12 años y desde la pubertad a la edad adulta.

En base a las referencias epidemiológicas citadas y a la progresión de esta alteración que afecta con mayor frecuencia a niños y adolescentes nos motiva a evaluar la presencia de la misma en niños de 1-14 años atendidos en el Hospital del Seguro de la Ciudad de Loja.

C. JUSTIFICACIÓN

La dermatitis atópica es una alteración de tipo crónico y hereditario de la piel en el que cada día va progresando e incrementando el número de pacientes en su mayoría infantes y adolescentes en quienes es necesario actuar a fin de brindarles la respectiva protección. Esta investigación se desarrollará dentro del ámbito de la salud familiar y comunitaria mismo que se basa en el estudio de la tipología familiar, sus patrones de funcionamiento y conductas de los integrantes en el que se indican una serie de consejos para mantener la piel en perfectas condiciones, lo que permitirá controlar en la medida de lo posible los brotes de dermatitis atópica cuando estos aparezcan, también está incluido el ámbito de la salud y enfermedad en diferentes ciclos de vida que se caracteriza por el estudio epidemiológico de las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos en ciertas regiones, siempre es importante que el paciente mantenga un régimen de conducta alimentaria y ambiental saludable para evitar posibles brotes y exacerbaciones. El propósito de esta investigación es determinar la Prevalencia de la Dermatitis Atópica en los niños de entre 1-14 años atendidos en el Hospital del Seguro de la ciudad de Loja.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar la prevalencia de la Dermatitis Atópica en niños de 1-14 años de edad en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo de enero -julio 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la prevalencia general de la Dermatitis Atópica.
- Identificar la prevalencia de Dermatitis Atópica por sexo.
- Establecer la prevalencia de Dermatitis Atópica por grupos de Edad.

E. MARCO TEÓRICO

5.1 Introducción

5.2 Definición

5.3 Epidemiología

5.3.1 Prevalencia de Dermatitis Atópica

5.3.2 Estudio ISAAC

5.4 Etiopatogenia

5.5 Manifestaciones Clínicas

5.6 Complicaciones

5.7 Diagnóstico

5.7.1 Criterios Diagnósticos

5.7.2 Diagnóstico Diferencial

5.8 Tratamiento

F. METODOLOGÍA:

Tipo de estudio:

El presente trabajo de investigación se realizó mediante un estudio de tipo descriptivo, durante el periodo enero-julio 2015 en el Hospital Regional “Isidro Ayora” de la provincia de Loja.

Universo

Para el desarrollo de la presente investigación, se trabajó con 5095 niños de 1 a 14 años de edad atendidos en la consulta externa del Hospital Regional “Isidro Ayora” de la provincia de Loja, en el período de tiempo determinado.

Criterios de inclusión:

Se tomó únicamente en cuenta en el presente estudio aquellos pacientes de 1-14 años de edad atendidos en la consulta externa del Hospital Regional “Isidro Ayora”, provincia de Loja.

Criterios de exclusión:

Se excluyó de la investigación aquellos niños de 1-14 años de edad con VIH e inmunosupresión.

Técnica:

La elaboración del presente trabajo investigativo se realizó mediante la aplicación de encuestas a las madres de los niños que acudieron a consulta previo consentimiento informado en las que se incluyó variables tales como la edad y género conjuntamente con la anamnesis, examen físico y revisión de las respectivas historias clínicas.

Instrumento:

En esta investigación se usó el formulario de encuestas y de recolección de datos.

Procedimiento:

Luego de la validación de las encuestas y con los permisos respectivos por parte de las autoridades del Hospital Regional Isidro Ayora se pudo acceder a la recolección de datos en la que el universo indagado fue de 5095 pacientes, posteriormente se fue trabajando conjuntamente con la profesional del área

dermatológica en la consulta externa, realizando la anamnesis y examen físico a los pacientes, aplicando las respectivas encuestas a aquellas madres que acudieron con los niños previo consentimiento informado, seguidamente con los datos recolectados se procedió a tabular toda la información con la utilización del programa Excel, los resultados se presentaron en tablas.

