

Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula

Escuela de Ciencias de la Salud

Posgrado de Pediatría



Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en
Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Social.

Presentado por

Dra. Anarda Norelis Pineda Rodríguez

Asesor Técnico: Dr. Héctor Rubén Caballero Castro

Dermatólogo Pediatra

Asesor Metodológico: Lic. Dilma Lobo Turcios

San Pedro Sula, Cortés

Honduras, C.A

Diciembre 2015

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

RECTORA.

MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERECTORA ACADEMICA.

DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA.

SECRETARIA GENERAL.

ABG.ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y POSGRADOS.

MSc. LETICIA SALOMÓN.

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

DR. MARCO TULIO MEDINA.

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIECNIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO.

COORDINADORA GENERAL POSGRADO DE MEDICINA FCM.

DRA. ELSA YOLANDA PALOU.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

DIRECTOR

DR. FRANCISCO JOSE HERRERA ALVARADO.

SUBDIRECTOR ACADEMICO

MTE. CARLOS ALBERTO PINEDA.

SUBDIRECTOR VINCULACION UNIVERSIDAD SOCIEDAD

Dr. FRANCISCO JAVIER SANCHEZ.

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE

MSC. RAFAEL ENRIQUE MEJIA.

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ MEDINA.

COORDINADORA DE POSGRADOS.

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ.

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.

DR. JOSE RAÚL ARITA CHÁVEZ.

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLINICA INTEGRAL.

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO.

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSE PASTOR LAINEZ MACIS.

COORDINADOR GENERAL INVESTIGACION CIENTIFICA POSGRADOS DE MEDICINA EUCS.

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA.

COORDINADOR POSGRADO DE PEDIATRIA.

DRA KAREN ERAZO

Agradecimiento

Primeramente deseo darle gracias a Dios por haberme permitido culminar con éxito esta bella especialidad.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida por estar pendiente de cada necesidad durante mis guardias y por cada una de las palabras que guían mi vida.

Quiero agradecer al Dr. Héctor Rubén Caballero Castro por su infinita dedicación, esfuerzo y sobre todo paciencia que hicieron posible la realización de esta tesis.

Gracias a todos mis familiares y amigos que creyeron y apoyaron para la realización de esta tesis.

Dedicatoria

A mis padres Román Pineda y Anarda Rodríguez por haberme dado la vida y enseñarme que las metas son alcanzables y que una caída no es la derrota sino el principio de una lucha que terminara en logros y éxitos. Gracias por orientarme en todo y ayudarme a salir adelante a pesar de los inconvenientes. Este triunfo también es de ustedes, los adoro

A mi hermana que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo, muchas veces desvelándose y trabajando junto conmigo.

Indicé

Introducción.....	1
Capítulo 1. Planteamiento del problema.....	2
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Justificación	3
1.3. Planteamiento del Problema.....	3
Capítulo 2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivos generales.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
Capítulo 3. Marco Teórico.....	5
3.1. Marco Conceptual.....	5
3.2. Marco de referencia.....	5
Capítulo 4. Diseño Metodológico.....	17
4.1. Enfoque de la Investigación.....	17
4.2. Diseño de la Investigación.....	17
4.3. Alcance de la Investigación.....	17
4.4. Identificación de las Variables.....	17
4.5. Población y Muestra.....	18
4.6. Criterios de Selección.....	18

4.7. Plan de Recolección de Datos.....	19
Capítulo 5. Consideraciones Eticas.....	21
5.1. Principios éticos que se consideraron en este estudio.	21
5.2. Clasificación del riesgo de la investigación.....	21
5.3. Consentimiento Informado.....	21
Capítulo 6 Resultados	23
Capítulo 7. Discusión.....	35
Capítulo 8. Conclusiones y Recomendaciones.....,	38
8.1. Conclusiones.....	38
8.2. Recomendaciones.....	39
Capítulo 9. Bibliografía.....	40
Capítulo 10 Anexos.....	44
10.1 Operacionalización de Variables.....	44
10.2. Instrumento.....	47
10.3. Cronograma.....	50
10.4. Consentimiento.....	5

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea inflamatoria, crónica, altamente pruriginosa que afecta comúnmente la niñez en etapas tempranas. ¹

En la Dermatitis Atópica, el órgano de choque es la piel. Se caracteriza por el desarrollo de lesiones, las cuales producen un inevitable rascado que pueden dar lugar a eczematización de la piel, sobreinfección y con el tiempo producir una Liquenificación, con un patrón de distribución característico que afecta a individuos con hiperreactividad cutánea. ²

Hanifin y Rajka publicaron en 1980 los criterios mayores y menores que todavía hoy rigen en el diagnóstico de esta enfermedad. ³ Tales parámetros se basan en la experiencia clínica, son aplicables a niños y adultos y son especialmente útiles para clasificar este padecimiento. Los pacientes deben presentar tres criterios mayores: prurito, distribución o morfología típica, dermatitis crónica recurrente con historia personal o familiar de atopía; y tres criterios menores: piel seca, acentuación folicular, edad temprana de inicio. ⁴

Teóricamente se considera que existen factores que incrementan el riesgo de contraer esta enfermedad, dentro de ellos se describen: Factores Genéticos, Factores Inmunológicos, Factores Ambientales, Factores Neurovegetativos y Factores Psicológicos. ⁵ La frecuencia de Dermatitis Atópica se ha incrementado a nivel mundial, de acuerdo a lo referido por los múltiples estudios que se han realizado en otros países. La prevalencia es entre un 6 y un 15% en los países industrializados. En los países en vías de desarrollo la prevalencia es menor. Por otro lado se considera que la prevalencia en niños es mayor que en adultos. Algunos estudios revelan que la frecuencia en niños es de 10 a 20% y en adultos 3%.⁵

En Honduras no se ha desarrollado ningún estudio que destaque la incidencia de esta patología. El presente trabajo de investigación pretende conocer la situación clínico epidemiológico de la dermatitis atópica en el HRN del IHSS.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

1.1. Antecedente

A nivel mundial la dermatitis atópica representan entre el 6% y el 24% de las consultas pediátricas. La OMS en el año 2005 determinó que la prevalencia de enfermedades cutáneas en niños varía desde 21% hasta 87%.⁶ Algunas investigaciones, por ejemplo, en España, mencionan que 60% de los casos de DA se presentan en el primer año de vida, principalmente a los seis meses, y en los primeros cinco años ocurre 85% y sólo 10% inician la enfermedad después de los siete años.⁷

Otro estudio muestra que la DA afecta a tres de cada 10 niños menores de cinco años. Este mismo informe estima que 50% de los casos comenzó antes de los seis meses de edad, mientras que al año de vida se habían presentado 90% de los casos. En Estados Unidos, algunos estudios sugieren que la Dermatitis Atópica se presenta principalmente en la edad pediátrica, al igual que sucede en América Latina.⁷

En un estudio multicentrico realizado en 60 países, se mostró que la prevalencia actual de DA, tuvo un rango entre 0,9 % en la India y 22,5 % en Ecuador y 24,6 % en Colombia con datos que mostraron altos valores en Asia y América Latina. Las variaciones encontradas en la Región América Latina en las fases 1 y 3 del estudio ISAAC, mostraron un incremento significativo de la frecuencia de los síntomas en los últimos 6 meses del año 2012.⁸

En Honduras no se ha realizado ningún estudio similar sobre dermatitis atópica que nos pueda brindar información sobre las características clínico epidemiológica de esta enfermedad.

1.2 Justificación

El presente estudio se realiza en el marco de mi proceso educativo y con la intención de ampliar mis conocimientos en la rama de mi postgrado pretendo tener elementos técnicos, científicos en el manejo y toma de decisiones posteriores de la dermatitis atópica.

Según los datos epidemiológicos descritos en otros países la Dermatitis Atópica está en aumento al igual que otras enfermedades atópicas. Es en el Instituto hondureño de seguridad social donde contamos con un dermatólogo pediatra y en conjunto con él hemos identificado que en Honduras no existe una base de datos que estudie ni la epidemiología ni cómo se comporta clínicamente la dermatitis atópica en nuestra sociedad.

Por lo que se realiza el presente estudio con la finalidad que sea un instrumento de validez en la intervención oportuna de la dermatitis atópica en los pacientes atendidos en IHSS de San Pedro Sula en el periodo comprendido.

1.3 Planteamiento del Problema

La Dermatitis atópica es una patología frecuente en la infancia, afecta al 10% a 20% de la consulta pediátrica. En Honduras y en la región noroccidental no se ha realizado ningún estudio desde el punto de vista epidemiológico por lo que planteamos los siguientes problemas:

- 1) ¿Cuál es la prevalencia de Dermatitis Atópica de niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del Servicio de Dermatología del HRS, IHSS de San Pedro Sula?
- 2) ¿Cuáles son los factores hereditarios y sociodemográficos que influyen en la morbilidad de la Dermatitis Atópica en niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del servicio dermatología de IHSS de San Pedro Sula?

- 3) ¿Cuáles son las formas clínicas más frecuentes que se presentan en la Dermatitis Atópica en niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del servicio dermatología de IHSS de San Pedro Sula pacientes?

Capítulo 2: Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar la epidemiología y clínica de los pacientes menores de 5 años con diagnóstico de dermatitis atópica que acuden a la consulta externa del servicio dermatología del HRN IHSS de San Pedro Sula de Mayo a Septiembre del 2015

2.2 Objetivo Específicos

- 1) Establecer la prevalencia de la dermatitis atópica en los niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del servicio de dermatología del HRN IHSS de San Pedro Sula de Mayo a Septiembre del 2015
- 2) Definir en qué sexo hay mayor porcentaje diagnóstico de dermatitis atópica en los niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del servicio de dermatología del HRN IHSS de San Pedro Sula de Mayo a Septiembre del 2015
- 3) Establecer la edad en que prevalece más la dermatitis atópica en los niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del servicio de dermatología del HRN IHSS de San Pedro Sula de Mayo a Septiembre del 2015
- 4) Conocer los factores heredofamiliares de dermatitis atópica, en los niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del servicio de dermatología del HRN IHSS de San Pedro Sula de Mayo a Septiembre del 2015
- 5) Describir las formas clínicas más comunes de los niños menores de 5 años que acuden a la consulta externa del servicio de dermatología del HRN IHSS de San Pedro Sula de Mayo a Septiembre del 2015

Capítulo 3: Marco Teórico

3.1. Marco Conceptual

Concepto de Dermatitis Atópica

La atopía es una condición patológica hereditaria caracterizada por una hiperactividad de los sistemas inmune y nervioso además de la piel como tercer órgano de shock periférico.⁹ La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, recurrente y con frecuencia concomitante con alergias respiratorias.^{5,10} Es una enfermedad compleja en la que interactúan múltiples factores: genéticos, alérgicas, inmunológicas, ambientales, metabólicas, neurovegetativas, infecciosas y psicológicas.¹⁰ Producida como consecuencia de reacciones inflamatorias de patogenia inmunológica, en la que están implicadas en muchos casos reacciones de hipersensibilidad a diferentes antígenos ambientales, como alimentos, neuroalergenos, o proteínas bacterianas, produciendo lesiones eccematosas de la piel. Se presenta mayoritariamente en niños con predisposición genética o con antecedentes personales o familiares de asma, rinitis y alergia alimentaria.¹¹ Estos defectos se deben a un umbral bajo de activación de las células atópicas frente a agentes habituales o circunstanciales.¹²

Esta enfermedad recibe otros nombres como eccema atópico, prurigo flexurarum o eccema exudativo, neurodermatitis, prurigo de Besnier, eccema del lactante.¹²

3.2 Marco Referencial

HISTORIA

En 1697 Helmont describe una erupción pruriginosa asociada al asma. En 1884 Hebra describe una enfermedad crónica, intensamente pruriginosa con lesiones infiltradas localizadas en el cuello, región ante cubital y fosa poplítea que denominó micosis flexoratum.⁵ El término atopía fue introducido en 1923 por Coca y Cooke para describir la predisposición genética de un grupo de enfermedades

alérgicas como asma, rinitis alérgica y fiebre del heno. Posteriormente la DA fue incorporada como manifestación cutánea de esta condición ¹²

En 1933 Sulzberger introdujo el término “Dermatitis Atópica” Esta afección se conoce también como eczema endógeno, eczema infantil, neurodermatitis diseminada y prúrigo de Besneir. ⁵

Se investigaron las dermatosis más frecuentes, siendo en orden de frecuencia: dermatitis atópica, la de mayor porcentaje de diagnóstico seguido por las verrugas virales y el acné. ¹³

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, fundamentalmente 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. No existe clara predilección racial ni diferencia en cuanto al sexo. ¹⁴

La incidencia de dermatitis atópica está aumentando en los últimos años, sobre todo en los países desarrollados en los que están aumentando también todas las enfermedades atópicas. En ellos, tenemos cifras de prevalencia por encima del 15%; mientras que, en países en vías de desarrollo están por debajo del 5%. Estos datos se asocian a los estilos de vida, pues cuando estos niños emigran, presentan prevalencias en los rangos del país de acogida. ¹⁵ Dentro de un mismo país, las cifras son más altas en las zonas urbanas y en las poblaciones con mayor nivel de vida. ⁽¹⁵⁾

FACTORES GENETICOS Y ETIOLOGICOS

Sería el resultado de una compleja interrelación de susceptibilidad genética, inmuno-disregulación y disfunción de la barrera epidérmica. Aunque la causa final sigue siendo desconocida, se han identificado múltiples Factores ¹⁶

El rol de los factores genéticos ha sido reconocido desde hace varias décadas, basado en la observación que sujetos alérgicos tienen una mayor incidencia de

historia familiar de estas enfermedades. ¹⁷Se ha propuesto una herencia autosómica dominante con expresividad variable y que si ambos padres presentan este antecedente, la posibilidad aumenta hasta un 80%. Se sabe que tiene una elevada incidencia familiar, aunque la concordancia no es total; en gemelos univitelinos la tasa de concordancia llega al 77, y al 15% en los dicigóticos.¹⁸

El modelo de herencia correspondería a un desorden genético complejo, en que numerosos genes contribuyen a las enfermedades, cada uno con grados variables de influencia en distintos individuos y no siempre los mismos alelos se asocian con un tipo determinado de alergia.¹⁷ Existe un polimorfismo de genes de diferenciación epidérmica, inflamación y atopia. Así como también el grupo de genes de citoquinas localizado en el cromosoma 5q31-33. Al parecer los genes de dermatitis atópica y asma se hereden en forma separada. Se ha detectado el locus 16q para aumento de IgE total y el locus 20p para la asociación de dermatitis y asma atópicos.¹⁸ En cambio se encuentra mayor coincidencia con los de otras enfermedades inflamatorias como la psoriasis (1q21, 3q21, 17q25 y 20p) (43), lepra (20p12) y la enfermedad de Crohn (cromosoma 16).¹⁷ Basados en estos hallazgos, diversos autores han propuesto que estas familias de genes que tienen influencia en diversas reacciones inmunológicas de la piel y mucosas, podrían indicar que existe un defecto en las defensas de barrera en estas patologías¹⁹. Hasta 50% o más de los pacientes con dermatitis atópica moderada a grave tienen mutaciones en la filagrina, una importante proteína estructural de la piel, en quienes está alterada o ausente. Hasta la fecha, se han detectado 17 mutaciones en la filagrina que hacen que pierda su función o que cambie su estructura.²⁰

Atopia y genes de antígenos de histocompatibilidad

Recientemente se han identificado en pacientes con Dermatitis Atópica, genes transportadores asociados con el procesamiento antigénico (TAP). Se observa un aumento de los alelos TAPI de los genes TAPI codon 637. Estos genes se localizan entre los loci HLA-DBQ1 y HLA-DPB lo cual sugiere que la Dermatitis Atópica sería una enfermedad asociada con el HLA clase II. Aunque estos

estudios refuerzan la hipótesis de que la dermatitis atópica sería una enfermedad asociada con el HLA clase II, hay también evidencias que sugieren que los HLA-I también estarían involucrados.¹⁹ La influencia genética es compleja, siendo el componente materno el más importante.²⁰ La influencia materna en la inducción de la Dermatitis Atópica puede deberse a modificaciones de la respuesta inmune in útero o por alimentación de leche materna.¹⁹

FACTORES INMUNOLOGICOS

Los defectos inmunológicos de la DA son múltiples, por lo que se enumeran solo los que explican el cuadro clínico de este padecimiento. Se presenta un aumento de la inmunidad humoral con la subsiguiente depresión en la función de la inmunidad celular. Existe aumento de la actividad de las células B, que se manifiesta principalmente con el aumento en la producción de IgE, observado hasta en un 80% de los pacientes con DA, esta inmunoglobulina se une al mastocito provocando su degranulación y por lo tanto la secreción de múltiples sustancias inflamatorias.¹⁸

La depresión de la inmunidad celular crea un defecto en la maduración de las células T, aumentando las células T cooperadoras (TH) y disminuyendo los linfocitos T supresores (TS); los subtipos de linfocitos TH que se encuentran en mayor cantidad son los TH-1 y TH-2, los primeros median reacciones de hipersensibilidad tardía, reclutan monocitos y macrófagos en infecciones intracelulares e inducen la producción de LT citolíticos; los TH-2 producen grandes cantidades de interleucinas 4, 5 y 13, que a su vez son potentes inductores de IgE y de eosinófilos.¹⁷ Otras células que se encuentran en mayor cantidad en este padecimiento son los monocitos, los eosinófilos, los macrófagos, los mastocitos y las células de Langerhans. El aumento de IL-2 se correlaciona con la actividad de la enfermedad; así como con la producción de IL-6 por las células T purificadas.¹⁸

La sensibilidad incrementada a los irritantes externos, observada en los pacientes atópicos; puede ser secundaria al aumento de la producción de citoquinas por los

queratinocitos, lo que estimula a las moléculas de adhesión producidas por las células endoteliales con la consecuente llegada del sistema inmune. Las alteraciones inmunológicas descritas, explican la mayor frecuencia de infecciones bacterianas, virales y micóticas de los apacientes atópicos, la anergia cutánea observada en algunos de los mismos y la relación con padecimientos alérgicos. ¹⁸

FACTORES AMBIENTALES

Clima

Se observa una exacerbación de la dermatitis atópica en invierno, la cual parece deberse a factores no específicos, tales como falta de sol y bajas temperaturas. Las reacciones a sustancias irritantes aplicadas tópicamente son más severas en invierno. ¹⁹

Variaciones Raciales y Étnicas.

La frecuencia de Dermatitis Atópica en distintos grupos étnicos no revela diferencias significativas.

Clases sociales y variaciones regionales

Se observa con mayor frecuencia en niños de clases sociales acomodadas y en familias con pocos hijos. Los autores lo atribuyen al mayor acceso de los alérgenos tales como alfombras, aire acondicionado, etc.

Se ha sugerido que las alergias se desarrollan especialmente en inmigrantes que llegan a ciudades urbanizadas donde hay una mayor concentración de alérgenos o tienen diferente humedad ambiental. ^{19,5}

Factores de riesgo ambientales específicos (provocadores) se han descrito los siguientes factores como iniciadores de la Dermatitis Atópica: contactantes, irritantes y alérgenos ^{19,5}

Contactan tés e Irritantes

En la piel con DA se altera la barrera cutánea, lo cual facilita la irritación por

solventes, lana, desinfectantes, etc.¹⁹

Esta hiperactividad parece deberse a un aumento de la reactividad de las células inflamatorias más que a los queratinocitos y produciría una disminución del umbral de irritabilidad.

Aeroalérgenos, ambientales, tales como los ácaros del polvo de la habitación (antígeno Der p 1), caspa de animales y humanos parecen tener un papel patogénico mediado por IgE en el desarrollo y mantención de lesiones cutáneas en niños.^{19,5}

Alimentos:

Existe controversia sobre el papel que tiene los alimentos en la inducción o activación de la Dermatitis Atópica. Hay alimentos que pueden desencadenar la erupción cutánea en algunos pacientes. Los alimentos a los cuales se les ha atribuido un rol en la activación de la erupción destacan: huevo, leche pasteurizada, cereales, pescado, porotos, soya, colorantes sintéticos, plátano, naranja, chocolate y otros derivados del cacao.^{19,5}

Leche materna

Estudios preliminares encuentran un efecto protector de la LM cuando esta es prolongada por más de tres meses, especialmente en lactantes de alto riesgo. Estudios recientes detectan protección solo si la LM se prolonga por más de cuatro meses en relación, principalmente, con dermatitis atópica.²¹

En resumen, en niños de alto riesgo de dermatitis atópica existe evidencia de que la lactancia materna exclusiva o mixta fórmulas hidrolizadas por mínimo cuatro meses disminuye el desarrollo de dermatitis atópica. Esta evidencia es menos clara para lactantes sin riesgo de atopia. La LM más allá de los cuatro meses de edad parece no tener mayor beneficio o impacto en la incidencia de la dermatitis atópica.²¹

La reacción de contacto a los alimentos es similar a la alergia de contacto por proteínas que se caracteriza por ser un cuadro de dermatitis crónica con episodios de exacerbación. Los pacientes con dermatitis por su mayor susceptibilidad a los irritantes presentan disminución de la barrera cutánea y presencia de mediadores de la inflamación.¹⁹

FACTORES INFECCIOSOS

El aumento en el número de colonias de *StaphylococcusAureus* se observa en el 90% de los pacientes, sobre todo con DA severa o en fase eccematosa; esta bacteria es capaz de liberar exotoxinas como el ácido teicoico, peptidoglicanos y proteína A, así como un superantígeno que estimula al complejo mayor de histocompatibilidad clase II y a los receptores de células T; las toxinas del *S. aureus* pueden liberar histamina de los basófilos contribuyendo al empeoramiento y preservación del cuadro clínico. Los superantígenos secretados a la superficie cutánea, penetran en la piel inflamada y estimulan a los macrófagos epidérmicos y a las células de Langerhans para producir IL-1, TNF (factor de necrosis tumoral) e IL-2. (17,16)Se ha detectado IgE específica contra *S. aureus* en un 57% de los pacientes; las reacciones mediadas por esta inmunoglobulina aumentan el prurito y el cuadro clínico en general.¹⁸

También se detectan anticuerpos del tipo IgE específica contra el *P. Ovale* en un 15 a 65% de los casos; este organismo se encuentra normalmente en áreas seboreicas, tales como piel cabelluda, cara y tronco, el aumento en su colonización se asocia con dermatitis seboreica y DA.²²

FACTORES NEUROVEGETATIVOS

La respuesta anormal del sistema nervioso autónomo forma parte de la teoría neurovegetativa; se observa una vasoconstricción sostenida así como una respuesta lenta a la histamina aplicada en forma intradérmica que explica el dermatografismo blanco. En la DA existe una respuesta alterada al frío y al calor que se manifiesta con exacerbación del cuadro clínico secundaria a los cambios bruscos de temperatura o los extremos de la misma. ¹⁸

FACTORES PSICOLÓGICOS

Es bastante discutida por que el manejo de la evidencia en este campo es difícil, sin embargo se considera que esta enfermedad se asocia con una personalidad característica denominada "personalidad atópica", en la que se presenta labilidad emocional, ansiedad, hiperactividad, hostilidad, agresividad reprimida, irritabilidad, alteraciones del sueño. Los niños con DA son muy activos e inteligentes y algunas veces el cuadro clínico se exagera con eventos emocionales decisivos para el niño, tales como el nacimiento de un hermano, la supresión de lactancia, el ingreso a la escuela, los exámenes, problemas familiares, etc.²³

Contacto con mascotas En varios estudios se analiza la mayor o menor frecuencia de padecer DA en relación al contacto con perros y gatos desde el momento del nacimiento. Algunos autores sostienen que existe una mayor incidencia de atopia con la exposición temprana al epitelio de los gatos, sobre todo en aquellos pacientes que presentan una mutación en el gen de la FLG, pero no en aquellos niños en contacto con perros.²⁷ La inhalación de aeroalergenos tales como ácaros del polvo doméstico, epitelio de animales y/o pólenes, se asocia con el agravamiento de las lesiones de DA. El aislamiento de células T que responden selectivamente a *Dermatophagoides pteronyssinus* y otros aeroalergenos, en lesiones provocadas por los test de parche, apoya el concepto de que las respuestas inmunes en la piel de pacientes con DA pueden ser provocadas por alergenitos inhalados.²⁷

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La enfermedad no tiene signos clínicos ni histopatológicos específicos. Hanifin y Rajka propusieron criterios de diagnóstico de la afección: los pacientes deben presentar tres criterios mayores: Prurito, distribución o morfología típica.

Dermatitis crónica recurrente, con historia personal o familiar de atopia.⁵

El grupo de trabajo del Reino Unido han propuesto una alternativa de criterios más simple: El paciente debe tener prurito y tres o más de los siguientes signos: historia de compromiso flexural, historia de asma o fiebre de heno, historia de piel

seca generalizada , comienzo de la erupción desde los dos años de edad, compromiso flexural visible.⁹ La combinación de ambos criterios, estableciendo tres tipos de rasgos clínicos nos parece de mayor utilidad práctica y complementa las propuestas de ambos grupos.²⁴

Según esta nueva modalidad, para hacer el diagnóstico clínico se requiere presentar el rasgo primario (prurito) y por lo menos dos elementos de los rasgos secundarios y tres de los criterios terciarios. Las características clínicas y de laboratorio de la atopía cutánea pueden relacionarse con la patogenia de las lesiones y es así que se ha propuesto que ellas pueden agruparse en relación con los tres mecanismos capaces de producir las lesiones de la enfermedad. De este modo se facilita el manejo terapéutico, según sea el mecanismo predominante en la erupción existente en cada caso.^{9,5}

Empleando este criterio se han agrupado las manifestaciones terciarias en tres grupos o variantes clínicas, cada una de ellas con nueve criterios de diagnóstico relacionados con el mecanismo patogénico; de este modo podemos reconocer una variante epidérmica, una neurogénica y una inmunológica.^{9,5}

Criterios menores:

- Inicio temprano de la enfermedad.
- Eritema o palidez facial
- Ojeras
- Pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan
- Acentuación perifolicular
- Queratosis pilar.
- Hiperlinealidad palmar
- Pitiriasis alba
- Prurito con la sudoración.
- Queilitis.
- Intolerancia a los solventes y a la lan

- Dermofrafismo blanco.
- Xerosis
- Ictiosis
- Influencia de factores emocionales o ambientales en la evolución de la enfermedad
- Tendencia a infecciones
- Dermatitis inespecífica mano-pie
- Eczema del pezón.
- Conjuntivitis recurrente
- Catarata subcapsular anterior
- Queratocono
- Inmunoglobulina E (IgE) elevada
- Pruebas cutáneas positivas.²⁵

MANEJO Y TERAPÉUTICA

El tratamiento exitoso de la enfermedad inicia con la obtención de una buena historia clínica desde el inicio de la aparición de los síntomas. El tratamiento de esta enfermedad se basa en tres grandes pilares los cuales consisten en (51): – Eliminar el factor desencadenante: se debe indagar respecto al tipo de ropa empleado, cambios de temperatura drásticos, cosméticos, Aero alérgenos, hipersensibilidad alimenticia y el manejo del estrés.²⁹

Otros cuidados El recorte y cepillado de uñas, así como el uso de manoplas o guantes, también pueden reducir al mínimo la provocación de la enfermedad relacionada con el rasguñar, en particular durante el sueño. Resumen de las recomendaciones: 1) Evitar sustancias irritantes en contacto con la piel. 2) Baños cortos con agua tibia y jabón adecuado. 3) Uso de emolientes específicos después del baño sobre toda la piel²⁷

El tratamiento del paciente atópico persigue dos objetivos fundamentales. En primer lugar, aliviar los síntomas de la enfermedad y controlar los brotes y, en segundo lugar, disminuir la frecuencia de los mismos, modificando el curso de la enfermedad. Corticoides tópicos Los corticoides tópicos han sido durante varias décadas el tratamiento fundamental de la DA. Aún hoy constituyen el tratamiento de primera línea para inducir la remisión y controlar los brotes moderados y graves. Así, en las lesiones muy exudativas, elegiremos una crema como vehículo. Sin embargo, en las lesiones más liquenificadas elegiremos una pomada o ungüento, en el cuero cabelludo una loción y en los pliegues una crema o emulsión.²⁶

El tipo de vehículo debe adaptarse a la etapa clínica de eczema y a la localización de las lesiones. En la fase aguda se aconsejan las cremas, emulsiones y leches, en 1 o 2 aplicaciones al día dependiendo de la droga utilizada. No deben superarse una cantidad mensual de 15 g en lactantes, 30 g en niños y 60 g en adolescentes. Los ungüentos o pomadas se recomiendan en las lesiones crónicas²⁷

En las raras ocasiones donde los tratamientos tópicos son insuficientes, puede requerirse el uso de tratamientos sistémicos.²⁷

La terapia sistémica en DA se indica únicamente en pacientes con enfermedad grave que no responde a otros tratamientos.²⁷

Tratamiento sistémico: corticoides orales Se utilizan en ciclos cortos para el control agudo de brotes graves. Resultan muy eficaces en dosis de 0,5-1 mg/kg/día con reducción progresiva en pauta descendente, pero debe evitarse su empleo a largo plazo por el riesgo de efectos secundarios sistémicos, posible efecto rebote tras suspender el tratamiento y riesgo de desarrollar taquifilaxia.²⁶

Tratamiento adyuvante La educación de los padres y pacientes. La educación y apoyo a padres y cuidadores es fundamental. Debe dedicarse el tiempo suficiente a explicar la naturaleza, evolución y tratamiento de la enfermedad. Esta medida es

considerada por algunos autores como la más importante en el correcto manejo de la DA²⁷

Se han empleado otros inmunosupresores en el tratamiento de la dermatitis atópica grave, como azatioprina, que en un ensayo clínico aleatorizado mostró una reducción de la actividad de la enfermedad del 26 % en 12 semanas en dosis de 2,5 mg/kg. Sin embargo, se observaron efectos secundarios como leucopenia y problemas gastrointestinales, en ocasiones graves²⁸

Prevención La base del manejo consiste en un adecuado plan educacional a los padres a manera de evitar el contacto del niño con los insectos, el uso de ropa de manga larga y pantalones largos al momento de tener contacto directo con la fauna, usando un mosquitero de noche en la cama y redes finas en las ventadas para evitar que ingresen a la casa los insectos.²⁹

Antihistamínicos orales constituyen la base para el tratamiento del prurito, que es el síntoma fundamental para estos pacientes. Resultan más eficaces los que tienen acción sedante, a la hora de romper "el círculo vicioso" de prurito-rascado.³⁰ Finalizamos este apartado mencionando el papel de inmunoterapia en el tratamiento de DA, aunque un trabajos muy recientemente publicado su inutilidad. Sin embargo otros autores reivindican su puesto como un escalón seguro y eficaz para estos pacientes³⁰

CAPITULO 4: DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Enfoque de la investigación

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Se Utiliza información cuantificable, por el perfil clínico epidemiológica de la dermatitis atópica en niños menores de 5 años en la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital Regional del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de San Pedro Sula

Es de corte transversal ya que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de las condiciones existentes en tiempo definido durante el cual se realizara la investigación con inclinación analítica marcada

4.2 Diseño de la Investigación

Observacional

Prospectivo

4.3 Alcance de la Investigación

Descriptivo

4.4 Identificación de las Variables

INDEPEDIENTES

Prevalencia

DEPENDIENTES

Formas clínica

Región de aparición de lesiones

Edad

Sexo

Antecedentes Familiares

Procedencia

4.5 Población y Muestra

Población/ Universo

Todos los pacientes que fueron atendidos en la consulta externa de Dermatología durante el periodo de Mayo a Septiembre del 2015

Muestra

Todo los pacientes que se han diagnosticados con Dermatitis Atópica en la consulta externa de Dermatología del IHSS

El Área

De estudiose ubica en la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital Regional del Instituto Hondureño de Seguridad de San Pedro Sula donde se recolectan los datos en esa misma área durante el periodo de estudio

El Muestreo

Es no probabilística ya que los pacientes no se tomaran de manera aleatoria sino más bien de forma intencionada y dirigida hacia la población específica con dermatitis atópica

4.6 Criterios de Selección

1 Criterios de inclusión

Todo paciente menor de 5 años diagnosticado con dermatitis atópica por el servicio de dermatología pediátrica del HRN- IHSS.

2. Criterios de exclusión

Paciente que presente tratamiento crónico con antihistamínicos

Paciente que estén en tratamiento crónico con esteroides sistémicos

Paciente con enfermedades sistémicas como cardiopatías, nefropatías otras que demanden uso de fármacos que modifiquen y/o puedan producir trastornos dermatológicos.

Pacientes cuyos padres se nieguen en cooperar en participar en este estudio

4.7 Plan de recolección de datos

Método de recolección

Después de haber obtenido el permiso de la institución mediante un comité de ética. Se realizó mediante encuesta estructurada de preguntas cerradas (anexo2)

Técnica de recolección

Entrevista realizada a los padres o encargados legal mediante un instrumento de preguntas cerradas

Instrumento

Se realizó encuesta con el instrumento de recopilación de información basado en secciones de datos personales, antecedentes clínicos y factores sociodemográficos.

4.8 Plan de Análisis

Procesamiento

de

datos:

Se utilizó el programa estadístico IBM-SPSS versión 22.0 para digitar la información recopilada en el instrumento utilizado.

Tabulación de datos

Se utilizó el mismo programa para la generación de listados, frecuencias, tablas y cruces.

Análisis

El análisis de datos realizó ayudado por el mismo programa que será utilizado para generar datos confirmatorios o relacionados con las variables incluidas en el estudio, si es necesario se calculará el valor de p (<0.05).

Interpretación de datos

Se utilizó la literatura internacional disponible para generar interpretaciones basadas en los hallazgos y se discutió mediante de ellos.

Discusión en base a objetivos y marco teórico

En la discusión y análisis de los resultados se incluyó la respuesta a cada uno de los objetivos de acuerdo a lo establecido en el marco teórico, incluyendo las limitaciones potenciales y las fortalezas del estudio, así como las recomendaciones.

Capítulo 5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

5.1 Principios éticos a considerar

Aspectos Éticos

La inclusión al estudio se hizo previa autorización de hoja de consentimiento informado por parte de la madre, padre o persona legal encargada del paciente donde se explican los objetivos y metodología que se estará utilizando para su realización.

Confidencialidad y protección de datos. A las personas que les realicen las encuestas, sus nombres y apellidos son completamente confidenciales y solo yo tengo acceso a esos datos

5.2 Clasificación de riesgo de la investigación

Categoría I Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

5.3 Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS FACULTAD FE
CIENCIAS MEDICAS VALLE DE SULA POSTGRADO DE PEDIATRAIA**

“Caracterización clínico epidemiológica de la dermatitis atópica en niños menores de 5 años IHSS”

Fecha de llenado:

Edad en años del Padre/Madre/Responsable _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es una iniciativa del Postgrado de Pediatría, que tiene como propósito contribuir al conocimiento y manejo de la piel específicamente en el problema de la dermatitis atópica en niños y niñas menores de 5 años que asisten a la consulta externa de dermatología pediátrica del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Por lo cual solicitamos a usted la autorización para que su hijo/hija participe en el estudio. Usted contestará las preguntas de la encuesta orientado a investigar datos generales (nombre, edad, sexo) y se realizara examen físico al niño para evaluar el problema de salud que los niños (niñas) presenten para el diagnóstico de la dermatitis atópica en estudio. Al participar en el estudio el niño (niña) no recibirá ningún beneficio monetario. Esperamos que este estudio contribuya al conocimiento de la Dermatitis Atópica en el Hospital Regional del Norte IHSS. Desea usted autorizar la participación de su hijo/ hija a este estudio?

Sí_____ No_____

Firma o huella digital del padre/madre /o tutor que autoriza la participación en este estudio.

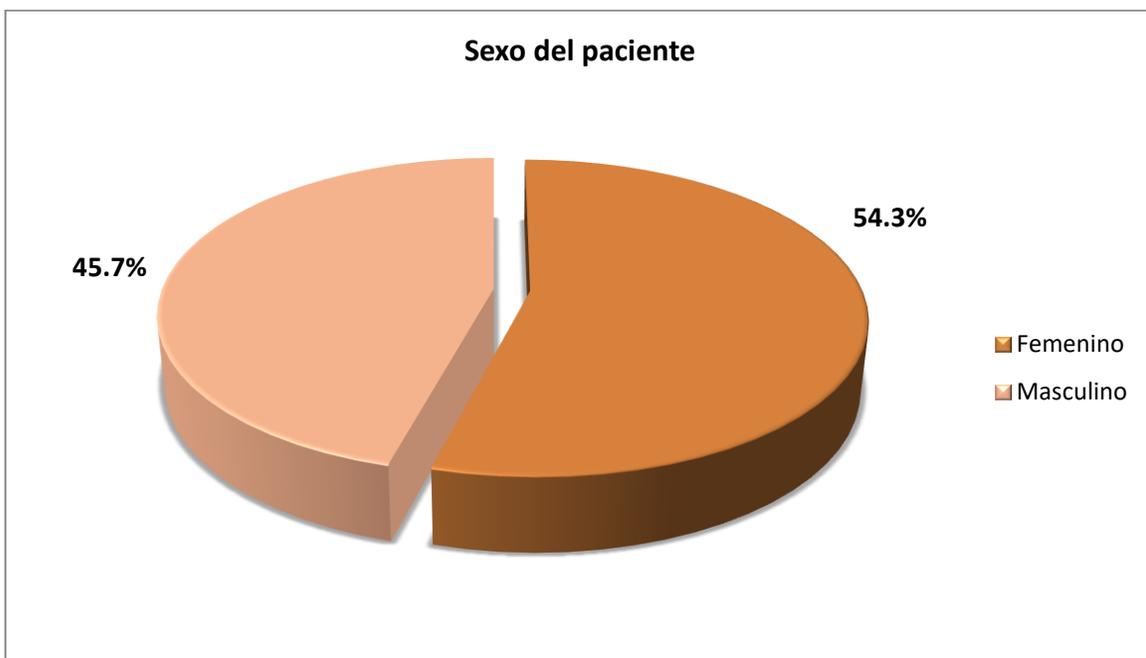
Capítulo 6 Resultados

Tabla N.1.

Distribución por Género

**Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años,
Instituto Hondureño del Seguro Social Mayo a Septiembre 2015.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	70	54.3%
Masculino	59	45.7%
Total	129	100.0%

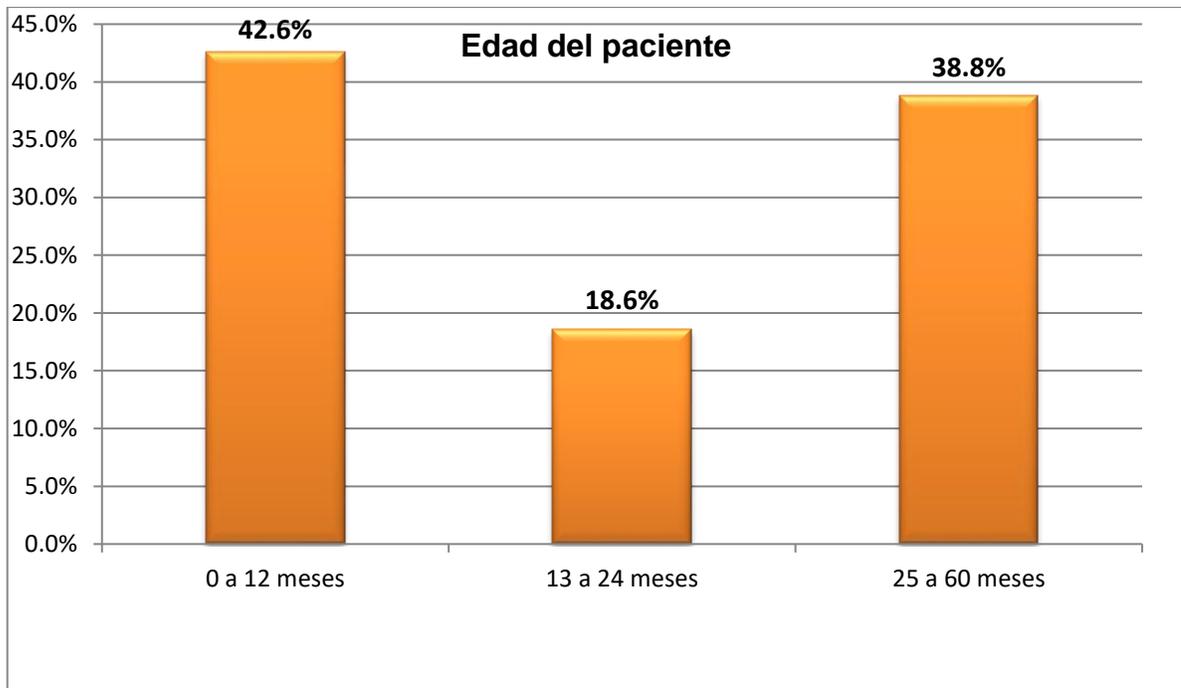


En la tabla 1 Este estudio se realizó en la consulta externa de Dermatología Pediátrica en el IHSS-HRN en una población de ambos géneros al distribuirlos se encontró que de una muestra de 129 pacientes con dermatitis atópica 70(n=54.3%) eran niñas y 59 (n=45.7%) eran niños.

Tablas N.2

Distribución de Dermatitis Atópica por Edades Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Social Mayo a Septiembre 2015

Edades	Casos	Porcentaje
1 a 12 meses	55	42.6%
13 a 24 meses	24	18.6%
25 a 60 meses	50	38.8%
Total	129	100.0%

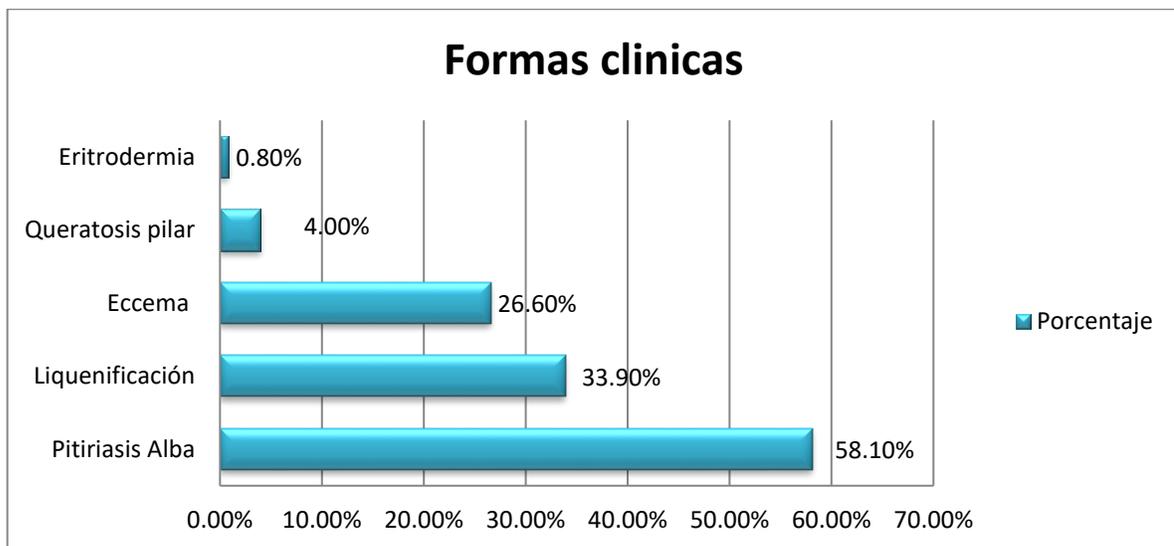


En la tabla 2 podemos observar que la DA es más frecuente en lactantes menores obteniéndose 55 pacientes lo que corresponde a un 42.6 %, seguido por los preescolares con 50 casos para un 38.8% y por último los lactantes mayores con 24 pacientes para un 18.6% lo que nos da un total de 129 casos para un 100%.

Tabla N.3

Formas clínicas de la Dermatitis Atópica **Perfil**
Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años,
Instituto Hondureño del Seguro Socia Mayo a Septiembre 2015

Formas clínicas	Número de casos	Porcentaje
Pitiriasis alba	99	58.1
Liquenificación	82	33.9
Eccema	49	26.6
Eritrodermia	1	0.8

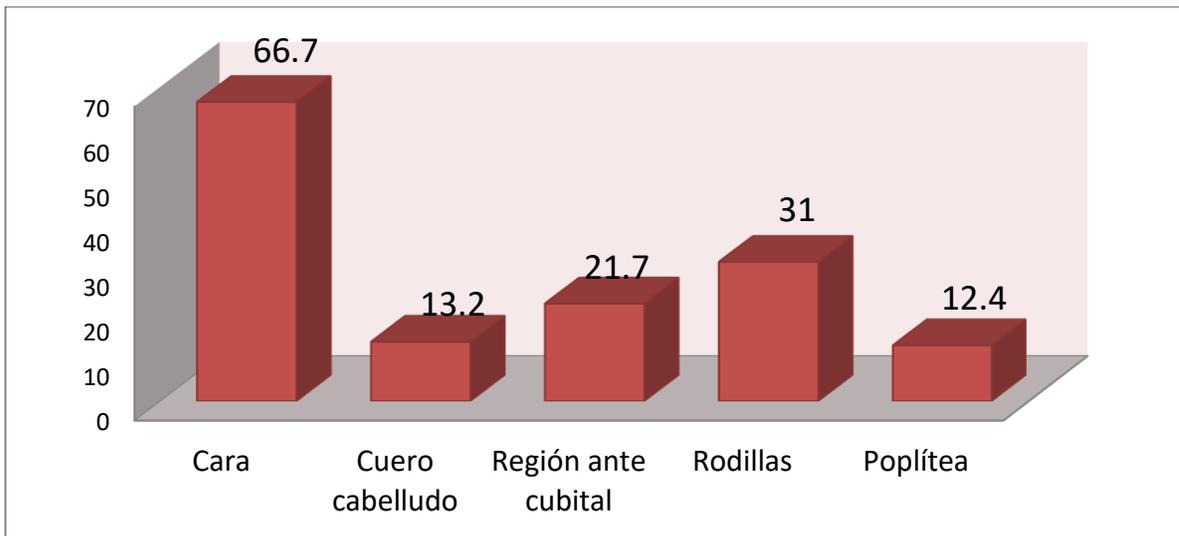


En establa se observó que la forma clínica más predominante de la Dermatitis Atópica fue la Pitiriasis Alba con 99 casos (N=58.1%) seguido por la Liquenificación con 82 casos (N=33.9%) y en tercer lugar el eccema con 49 casos que representaron un 26.

Tablas N.4

Distribución según Región de la Lesión Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Socia Mayo a Septiembre 2015

Región de lesión	Número de casos	Porcentaje
Cara	86	66.7
Cuero cabelludo	17	13.2
Región ante cubital	28	21.7
Rodillas	40	31
Poplítea	16	12.4

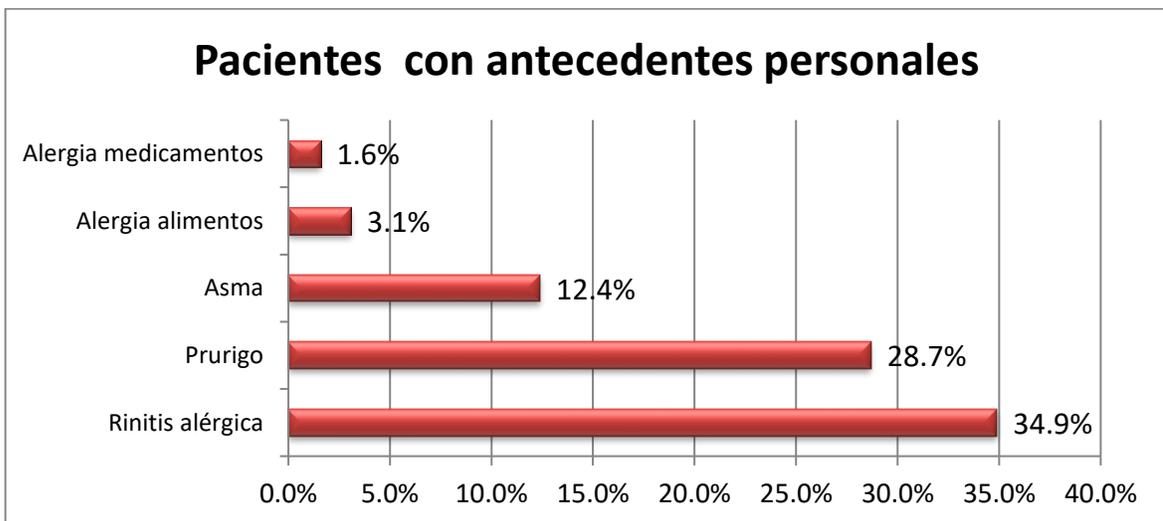


En la tabla No.4 se describen los casos de Dermatitis atópica según la región de ubicación de las lesiones encontrándose que la región más frecuentemente afectada fue la cara con 86 casos para un 66.7%, seguido por las rodillas para un 31% seguido por la región ante cubital con 28 pacientes lo que equivale a un 21.7%, luego el cuero cabelludo con 17 pacientes para un 13.2% y para finalizar tenemos la zona poplítea con 16 pacientes para un 12.4%.

Tablas N.5

Distribución de Dermatitis Atópica según Antecedentes Personales Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Social Mayo a Septiembre 2015

Antecedentes personales.	Casos	Porcentaje
Asma Bronquial/Sibilante recurrente	16	12.4
Rinitis alérgica	45	34.9
Prurigo	37	28.7
Alergia alimentos	4	3.1
Alergia medicamentos	2	1.6

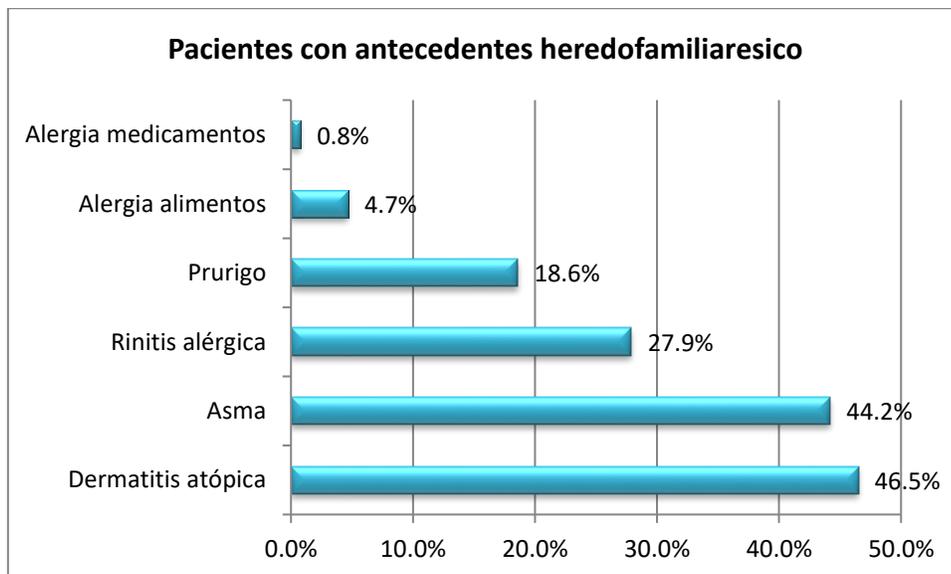


En esta tabla se observó que los Antecedentes Personales de mayor relevancia para Dermatitis Atópica fue en primer lugar la Rinitis Alérgica con 45 casos (N=34.9%) seguido en segundo lugar por el Prurigo con 37 casos que representaron un 28.7% y en tercer lugar Asma Bronquial / Sibilante Recurrente que presentó 16 casos y un 12.4%.

Tablas N.6

Distribución de Dermatitis Atópica según Antecedentes Heredofamiliares Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Socia Mayo a Septiembre 2015

Antecedentes Heredofamiliares	Casos	Porcentaje
Asma Bronquial	57	44.2
Rinitis alérgica	36	27.9
Dermatitis atópica	60	46.5
Prurigo	23	18.6
Alergia alimentos	6	4.7
Alergia medicamentos	1	0.8



En la tabla N.6 se apreció que de los Antecedentes Heredofamiliares más relevantes en la Dermatitis Atópica fue la misma DA la cual alcanzó 60 casos con un 46.5% y el Asma Bronquial con 57 casos que representó un 44.2% y en tercer

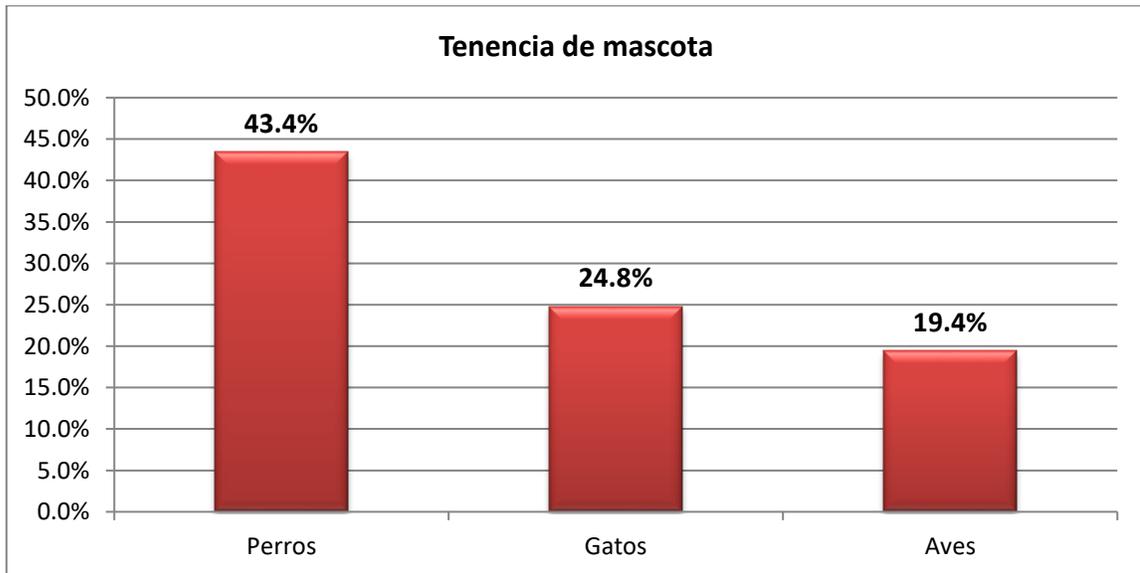
lugar con la rinitis alérgica que presentó 36 casos dándonos un porcentaje de 27.9.%.

Tablas N.7

Dermatitis Atópica y tenencia de Animales

Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Socia Mayo a Septiembre 2015

Animales	Frecuencia	Porcentaje
Perros.	56	43.4%
Gatos.	32	24.8%
Aves.	25	19.4%

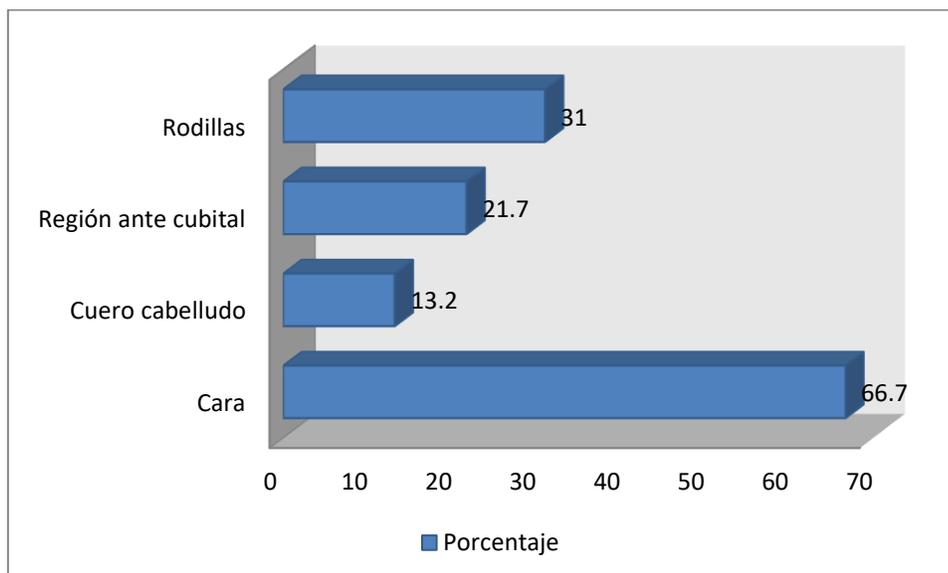


En la tabla 7 sobre el riesgo de presentar dermatitis atópica según la tenencia de mascotas de los pacientes como factor de riesgo se puede ver que el 87.7% de los pacientes afirmó poseer mascotas, siendo los más frecuentes perros con 43.4 % gatos 24.8% y las aves con 19.4%

Tablas N.9

Dermatitis Atópica según el tratamiento utilizado
Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años,
Instituto Hondureño del Seguro Social Mayo a Septiembre 2015

Tratamiento	Casos	Porcentaje
Esteroides tópicos	127	98.1%
Esteroides sistémicos	1	0.8%
Humectante	79	61.2%
Antihistamínicos orales	125	96.9%



En esta tabla 9 de terapéutica recibida por los pacientes podemos ver que la terapia medicamentosa más utilizada fueron los esteroides tópicos utilizados en 127 pacientes para un 98.1%, luego de este tenemos los antihistamínicos orales 125 casos que equivalen a 96.9% ambos se utilizaron frecuentemente en conjunto , seguido de los humectantes utilizado en 79 pacientes para un 61.2%,y ya los esteroides sistémicos casi no se utilizaron al igual que en ningún momento se utilizó antihistamínicos sistémicos.

Tablas N.10

Dermatitis Atópica según el tratamiento utilizado

Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Socia Mayo a Septiembre 2015

Formas Clínicas	Región de aparición									
	Cara		Cuero cabelludo		Ante cubital		Rodillas		Poplítea	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Eccema	30	23.4%	6	4.7%	6	4.7%	2	1.6%	5	3.9%
Pitiriasis alba	70	54.7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Liquenificación	10	7.8%	8	6.3%	16	12.5%	36	28.1%	12	9.4%
Eritrodermia	1	.8%	0	.0%	0	.0%	0	.0%	0	.0%
Queratosis pilar	1	.8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla

Pruebas chi-cuadrado de Pearson: Relación entre el tipo de dermatitis atópica diagnosticada y la región de aparición de la lesión

Prueba Estadística	Edad del paciente
Chi cuadrado	343.934
Gl	20
p-valor	0.000

En esta tabla se observó que existe una relación entre las formas clínicas y la región de aparición de la lesión siendo la pitiriasis Alba la de mayor afectación y exclusivamente en cara con 70 casos representando un 54.7% seguido por aquellos casos de eccema que también afectaron mayormente en la región de la cara con 30 casos y 23.4% y posteriormente encontramos la liquenificación que afecta más las región de extensión y flexión de cómo ser rodillas con 36 casos(N=28.1%) y la región ante cubital con 16 casos (N=12.5%). Con esto obtuvimos un valor de P-Valor de 0.000

Tablas N.11

Relación entre la edad y la región de aparición de la lesión Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Social Mayo a Septiembre 2015

Región de la Lesión	Edad del paciente					
	0 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 60 meses	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Cara	43	33.3%	16	12.4%	27	20.9%
Cuero cabelludo	6	4.7%	2	1.6%	9	7.0%
Ante cubital	12	9.3%	7	5.4%	9	7.0%
Rodillas	10	7.8%	9	7.0%	21	16.3%
Poplítea	3	2.3%	3	2.3%	10	7.8%

Pruebas chi-cuadrado de Pearson: Relación entre la región de aparición de la lesión y edad del paciente

Pruebas estadística	Edad del paciente
Chi cuadrado	22.465
GI	10
p-valor	0.013

Esta tabla nos indicó la relación que existe entre la región anatómica de la lesión y la edades y nos indicó que fue la región de la cara la más afectada por todas las edades con el 66.6% de los casos seguido por las rodillas con 31.1% y en un tercer lugar encontramos a la región ante cubital con 21.7 % lo cual nos mostró un valor de P-Valor de 0.013

Tablas N.12

Relación de las Formas Clínicas de Dermatitis Atópica y la Región de aparición de la lesión. Perfil Clínico-Epidemiológico de Dermatitis Atópica en Menores de 5 años, Instituto Hondureño del Seguro Social Mayo a Septiembre 2015

Formas clínicas	Región de aparición									
	Cara		Cuero cabelludo		Ante cubital		Rodillas		Poplítea	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Eccema	30	23.4%	6	4.7%	6	4.7%	2	1.6%	5	3.9%
Pitiriasis alba	70	54.7%	9	7.0%	13	10.2%	6	4.7%	1	.8%
Liquenificación	10	7.8%	8	6.3%	16	12.5%	36	28.1%	12	9.4%
Eritrodermia	1	.8%	0	.0%	0	.0%	0	.0%	0	.0%

Pruebas chi-cuadrado de Pearson: Relación entre la formas clínicas de dermatitis atópica diagnosticada y la región de aparición de la lesión

Pruebas estadísticas	Edad del paciente
Chi cuadrado	343.934
GI	20
p-valor	0.000

En la tabla 12 podemos ver la dermatitis atópica según región de aparición de las lesiones, vemos que en la Cara la Pitiriasis alba es la más común con un 54.3%, seguido por en Eccema con un 23.3% luego tenemos la Liquenificación con un 7.8%.

En el Cuero cabelludo podemos ver que la más común en la Pitiriasis alba con un 7%, luego la Liquenificación con 6.2% seguido por el Eccema con un 4.7% y la Queratosis pilar con un 3.1%

En la región ante cubital podemos observar que la Liquenificación es la más frecuente con un 12,4%, seguido de la Pitiriasis alba con un 10.1% luego el Eccema con un 4.7% y la Queratosis pilar con un 2.3% respectivamente

En las rodillas vemos que la Liquenificación es la forma de presentación más común con un 27.9% seguido por la Pitiriasis alba con un 4.7%, la Queratosis pilar con un 3,9% y el Eccema con un 1.6%

En la región poplítea vemos que la Liquenificación es la forma de aparición más común con un 9.3%, luego tenemos el Eccema con un 3.9% y la Pitiriasis alba y la Queratosis pilar con 0.8% cada una respectivamente.

Capítulo 7 Discusión

Las dermatosis alérgicas son procesos inflamatorios, son patrones de respuestas que se expresan en la piel; se presentan en la población en general y más en la población pediátrica.¹

La dermatitis atópica (eczema) ha sido calificada como una dermatosis inflamatoria, pruriginosa, de curso crónico e intermitente. La DA es una enfermedad que afecta a más del 10% de los niños, evidenciándose un gran incremento en su incidencia en las últimas décadas ^{2,27}.

En cuanto al sexo el predominio fue femenino con 54.3% y un 45.7% masculino lo cual en comparación con estudios en Estados Unidos y Cuba hay un predominio femenino. En el caso de México se observa por igual en ambos sexos mientras que la bibliografía en Perú y europea, en especial España, se habla de una ligera tendencia hacia el sexo masculino^{7,10,14,20,23,27}

Según la distribución por edad los niños que se encontraban entre las edades de lactantes menores (0 a 12 meses)43.4% fueron los más afectados con DA seguidos por las edades de preescolar de 25 a 60 meses este dato según literatura Mejicana donde nos demuestran que puede presentarse a cualquier edad, con claro predominio en la población pediátrica, 60-85% de los casos inicia en el primer año de vida y 85-95% antes de los 5 años.¹⁴ .Así mismo en un estudio multicentrico de ISAAC realizados en 60 países donde nos afirma que es durante el primer año de vida (60%) donde se ven más afectación por DA, mientras que el resto lo hace en dos etapas diferentes entre los 2 y 12 años de edad²⁷

Vinculado a la comorbilidad con la rinitis y el asma, se observó que la prevalencia de rinitis alérgica con eczema, fue de entre 34,9% y 12.4% en el asma bronquial . La rinitis prevaleció más que el asma o lactante sibilante recurrente fueron según los criterios de Castro y Rodríguez esto concuerda con estudios realizados en Perú ⁵ y Cuba que asocia a la comorbilidad con la rinitis y el asma, se observó que la prevalencia de rinitis alérgica con eczema, fue de entre 63,0 %-71,0 % y 58,0 %

y 72,2 % respectivamente. Los niños con síntomas de eczema, tuvieron hasta 4 veces más riesgo de padecer rinitis o asma, que los que no refirieron síntomas de eczema. Lo que concuerda con lo descrito en la literatura que describe los niños desarrollan asma en una frecuencia de 30% a 50% y rinitis en un 30%.^{2,4}; la tríada atópica que agrupa al asma bronquial y la rinoconjuntivitis; el 80% de niños con DA desarrollan o tienen historia de estos cuadros.^{4,12,19,23} Según la teoría genética: en los pacientes con DA se encuentra el antecedente de atopía personal y familiar en un 50 a 70% de los casos, pudiendo manifestarse como DA, rinitis y/o conjuntivitis alérgicas o asma bronquial¹⁸ En relación con la concurrencia de síntomas de eczema y otras enfermedades alérgicas, se ha declarado que la dermatitis atópica, la enfermedad atópica de presentación precoz más habitual, está frecuentemente asociada a otros desórdenes alérgicos, y es un marcador de desarrollo de rinitis y/o asma, señalándose que cerca del 50 % de los niños que la padecen, desarrollarán más tarde asma o rinitis, lo que ha contribuido a calificarla como "el preludio de otras enfermedades alérgicas". La presencia de rinitis y asma en los niños encuestados, resultó superior a la encontrada por Peroni y otros.⁴

Se pudo señalar que de los antecedentes heredofamiliares que más destacaron es la propia dermatitis atópica la que más destaco con 46.5%seguido por el asma bronquial y rinitis alérgica con 44.5% y 27.9% respectivamente;El 70% de los portadores de dermatitis atópica tienen familiares con una o más localizaciones de atopía. Se postula la existencia de una herencia poligénica multifactorial. Si un progenitor tiene diátesis atópica existe un 60% de posibilidades de que el hijo lo sea. Cuando ambos padres tienen la afección, la posibilidad sube a 80%. En Noruega se ha observado que si la madre es atópica existe un 57% de posibilidades que el hijo presente dermatitis atópica, en cambio sí es el padre el enfermo esta posibilidad baja a 46% en lo que coincide con lo propuesto por la herencia autosómica dominante con expresividad variable.^{4, 18} en un estudio en Perú fue la DA el antecedente familiar que la predomino con un segundo lugar con la rinitis alérgica y el asma⁵

Se observa que las forma clínica predominante fue la pitiriasis alba sobre todo en las edades de 0 a 12 meses y después los de 25 a 60 meses luego fue el eccema que de igual manera se vio en mayor afluencia entre las mismas edades ya después podemos observar que la liquenificación se observaba más en la edad de entre 25 a 60 meses y después de 0 a 12 meses La localización de las lesiones varía según la edad del paciente. ^{1, 3, 10, 14,20} Algunos investigadores opinan que la Pitiriasis Alba es una manifestación leve de atopia cutánea más que un criterio menor para el diagnóstico de la dermatitis atópica, tal y como lo publicaron Hanifin y Rajka en 1980. La pitiriasis alba La mayoría de los casos ocurren en la edad escolar. No producen picor y predominan en la cara y las extremidades. Un estudio prospectivo en Perú encontró que sólo el 14% de los casos con la enfermedad tenía algún otro síntoma asociado sugerente de dermatitis atópica y el 43% presentaban antecedentes de rinitis y/o asma bronquial.^{11, 34}

La fase de lactante se caracteriza por lesiones eccematosas muy pruriginosas con gran componente exudativo que forma costras. Inicialmente, se localiza en las mejillas, pero respetando el triángulo nasolabial ^{1,3,10,14,20}

Etapa preescolar: las lesiones más comunes son pápulas pruriginosas sin exudación. Puede haber placas engrosadas que muestran liquenificación y escoriación, (se extiende desde los dos años hasta la pubertad) tienden a localizarse de forma característica en los pliegues, sobre todo ante cubital y poplíteo 1, 3, 10, 14, 20,2

Capítulo 8 Conclusiones y Recomendaciones

8.1 Conclusiones

- De los factores heredofamiliares de mayor relevancia en este estudio fueron la Dermatitis atópica, Asma bronquial y rinitis alérgica.
- En este estudio la Pitiriasis Alba representó la forma clínica más común, seguido por la Liquenificación y el eccema atópico.
- Dentro de las comorbilidades que se observaron en este estudio fueron la Rinitis alérgica, prurigo y asma bronquial/sibilante recurrente.
- De los factores heredofamiliares de mayor relevancia en este estudio fueron la Dermatitis atópica, Asma bronquial y rinitis alérgica.
- En este estudio la Pitiriasis Alba representó la forma clínica más común, seguido por la Liquenificación y el eccema atópico.
- Dentro de las comorbilidades que se observaron en este estudio fueron la Rinitis alérgica, prurigo y asma bronquial/sibilante recurrente

8.2 Recomendaciones

- Generar proyectos de educación y orientación familiar para que así los padres con antecedentes de enfermedades alérgicas conozcan cómo prevenir y manejar a hijos con manifestaciones de dermatitis atópica.
- Realizar mas estudios sobre dermatitis atópica en las regiones rurales del país para tener una base de datos sobre el comportamiento clínico según el área de procedencia en vista que esta descrita como una enfermedad que afecta más a los pacientes procedentes de las áreas urbanas.
- Desarrollar un estudio sobre el impacto económico que ocasiona el manejo en de la enfermedad, puesto que en los países desarrollados el tratamiento y manejo implica una gran inversión económica.

Capítulo 9 Bibliografía

1. Ballona R. Una puesta al día en dermatología pediátrica. Revista Peruana de pediatría. 2008; 61(2).
2. Varona P, Fabre D, Aguila R, Corona B, Venero S, Suarez R. Prevalencia de Síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003). Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 28(1);.
3. Aragonés M, Martorell C. Actitud ante el niño afectado por dermatitis atópica. Protocolo diagnóstico. Valencia: Hospital de Valencia, Unidad de alergología y sección de dermatología pediátrica ; 2013. Report No.: 1.
4. Honeyman J. CLINICA DE DERMATITIS ATÓPICA. [Online].; 2010 [cited 2014 2015 MAYO 2014]. Available from: <http://antoniorondonlugo.com/blog/wp-content/uploads/2010/05/113-CIINICA-DERMATITIS-ATOPICA.pdf>.
5. Caitano M. Incidencia y factores que influyen en la dermatitis atópica en el Hospital Carlos Monge Medrano de la Ciudad de Juliaca, Puno entre junio 2003 y diciembre 2006. Tesis. Juliaca: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Unidad de postgrado; 2007.
6. Cruz B, Quintana L, Cerrato K. Prevalencia de Dermatitis en niños escolares de las zonas de influencia atendidos por médicos en servicio social, correspondientes a la Cohorte 2013-2014. Protocolo de investigación. Tegucigalpa: UNAH, Posgrado de Dermatología; 2014.
7. López X, Castro R, Massip J. Evaluación del estado nutricional en niños con Dermatitis atópica. Revista ALERGIA México. 2011; 58(2).

8. Fabre D, Aguila R, Veneri S. Prevalencia de Sintomas de dermatitis atopica en ninos y adolescentes en La Habana 2003. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 28(1:). (2)
9. Honeyman J. MANEJO DE LA ATOPIA CUTANEA. Revista Peruana de Dermatología vol 11 (2) 2001
10. Calderón J, Rosas M, Mejía S, Moncada A, Del Rio B, Sierra J. Manifestaciones poco frecuentes de Dermatitis atópica. Revista Alergia México 2007. 54 (3): 96-103
11. Martin M. Guía de tratamiento de la Dermatitis atópica en el niño. Sociedad de Pediatría de Madrid 2006
12. Ballona R, Ballona C. Dermatología Pediátrica, Dermatitis atópica: revisión de tema. Folia Dermatológica Peruana 2004; 15 (1): 40-48
13. Uriarte J, Saez M, Duran C, Orozco L, Gonzales R, Ruiz R. Variación estacional de la dermatosis más frecuente en una consulta externa de Dermatología Pediátrica de México. DermatolapediatriLat, ol 13 No 1 Enero-abril 2005
14. Mena C, Valencia M. Guías diagnósticas y terapéuticas de las 10 patologías más frecuentes. Hospital Infantil de México "Federico Gómez" Servicio de Dermatología. Disponible en: <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GDermatologia.pdf> Revisado enero 2015
15. Rideo M, Redondo I. Dermatitis atópica. Reviste española de Pediatría Integral. 2012; XVI (3): 213-221

16. Escoda M, Guimera F, Sae M, Dorta S, Sanchez R, Garcia M, et al. Dermatitis atópica, Servicio de Dermatología Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. Canarias Pediátrica Vol 24 No 1. Enero- Abril 2000
17. Talesnik E, Hoyos R. Nueva nomenclatura de las enfermedades alérgicas. Su aplicación a la práctica pediátrica. Revista Chilena de Pediatría vol 77 (3); 239-246 Junio 2006
18. Díez J. Actualización Dermatitis atópica. Revista Social Pediátrica 2002 vol 41 No. 2
19. Honeyman J. Capítulo 70: Dermatitis atópica. Publicada Dermatología Ibero-Americana Online. Fundación PIEL Latinoamericana, Caracas, Venezuela. Última revisión 2015
20. Querol I. Dermatitis atópica. Reviste Pediátrica de Atención Primaria 2009; 11 (Supl 17): s 317-s329
21. Olmos C. Lactancia materna y el desarrollo de alergias. Fundación Cardioinfantil IC. Bogotá D.C. CCAP volumen 7 No. 4
22. Tenesaca D. Dermatitis atópica en niños. Universidad católica de Cuenca, Ecuador. Monografía 2013. Revisado en junio 2015.
23. Díaz L, Falcon L, Pérez T, Valdez J, Rodríguez M, Bocourt M. Dermatitis atópica. Revisión bibliográfica. Disponible en http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nNk3AIGH8LYJ:bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol2_1_08/fdc06108.htm&hl=es&gl=hn&strip=0&vwsr=0.
Revisado en julio 2014
24. Honeyman J. Dermatitis atópica. Atopia cutánea, Capítulo 113. Publicado el 4 de abril del 2015

25. ROJAS r, Quezada A. Relación entre Dermatitis atópica y alergia alimentaria. Reviste Chilena de Pediatría 2013; 84 (4): 438-450
26. Sendagorta E, de Lucas R. Tratamiento de la Dermatitis atópica. Revista Pediátrica en Atención Primaria 2009, IISupl 5: s49-s67
27. Giachetti A, Greco M, Scacchi M, Flores M, Castro C. Consejo Nacional de Dermatitis atópica. Revisión bibliográfica. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.e195>. revisado en junio 2015
28. Conde A, Gonzales F, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. Actas Dermisifiliogr. 2008; 99: 690-700
- 29 Mori Y. Dermatitis atópica y prurigo por insecto en niños de Hogares Comunitarios y su relación con antecedentes familiares de atopia. Villa Nueva, Guatemala 2013. Tesis de grado. Universidad Rafael Landivar.
30. Guiote M. estudio de la prevalencia de Dermatitis atópica en escolares de 6-7 y 13-14 años de Granada Capital y Costa. Facultad de Medicina, Universidad de Granada. Tesis Doctoral. 2006
31. Bagazgoitia L, Gutierrez M, Garcia C, Hernandez A. "Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica:¿es posible la prevención?"Hospital Infantil del Niño Jesús. Madrid.Revista pediátrica de atención primaria 2009; 15(11):31-47
32. Kulthanan, K. Wachirakaphan, C. Prevalence and Clinical Characteristics of Chronic Urticaria and Positive Skin Prick Testing to Mites. ActaDerm Venereol, 2008; 88: 584 – 588.
33. Jackson KD, Howie LD, Akinbami LJ. Trends in allergic conditions among Children: United States, 1997–2011. NCHS data brief, no 121. Hyattsville,

<p>Dependiente</p> <p>Prevalencia de Dermatitis Atópica</p> <p>.</p>	<p>Definición</p> <p>Números de casos atendidos en el consultorio de dermatología del IHSS en relación al total</p>	<p>Dimensión</p> <p>No de Casos entre la población atendidosx100</p>	<p>Indicador</p> <p>Porcentaje obtenido</p>
<p>Independientes</p> <p>Forma Clínicas</p>	<p>Tipos clínicas de aparición de la dermatitis clínica</p>	<p>Eccema Eritrodermia Pitiriasis Alba Liquenificación</p>	<p>Si – No Si – No Si – No Si – No</p>
<p>Región de aparición de lesión</p>	<p>Espacio anatómico de aparición de la lesiones características de la dermatitis atópica</p>	<p>Cara Ante cubital Rodillas Poplítea Genital</p>	<p>Si – No Si - No Si – No Si – No Si - No</p>
<p>Edad</p>	<p>El tiempo transcurrido entre el día mes y año</p>	<p>0 a 12 meses 13 a 24 meses 25 a 60 meses</p>	<p>Lactante menor Lactante mayor Prescolar</p>

	de nacimiento en que ocurrió el hecho vital		
Sexo	Característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres	Hombre -Mujer	H M
• Antecedente Heredofamiliar	Presencia de enfermedades que presenten o hayan presentado familiares	Asma Rinitis Dermatitis atópica Alergia Alimentos Medicamentos	- SI - NO - SI - NO - SI - NO - SI - NO - SI - NO
Antecedente Personales	Presencia de enfermedades que presenten o hayan presentado paciente tratado	Asma Bronquial Rinitis alérgica Alergia Alimentos Alergia Medicamentos	- SI - NO - SI - NO - SI - NO - SI - NO
Procedencia	Localidad geográfica donde ha ocurrido el	Urbano Rural	SI - NO SI - NO

Terapéutica	hecho vital		
	Farmacología	a) esteroides tópicos	SI - NO
	usada en el	b) humectantes	SI - NO
	tratamiento de la	c) antihistamínicos	SI - NO
	DA	Oral	
	d) antihistamínicos sistémicos	SI - NO	
	e) esteroides sistémicos	SI - NO	

MD: National Center for Health Statistics. 2013

34. Perez AD, Lopez ND. Pitiriasis Alba: RevMed MD, 2011; 3(1):21-24
http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/074_pitiriasis_alba.pdf
 f revisado en junio del 2015

Capítulo 10 Anexos

10.1 Operacionalización de variables

- VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

10.2 Instrumentos

Perfil clínico-epidemiológico de Dermatitis Atópica en menores de 5 años en el IHSS de Mayo a Septiembre del 2015

FECHA:

DATOS GENERALES

Numero Exp:

EDAD: SEXO:

DIRECCION:

PROCEDENCIA:(Depto):.....(Municipio).....

TIPO DE DERMATITIS ATOPICA DIAGNOSTICADA

Formas Clínicas

Eccema SI..... No.....

Pitiriasis Alba SI..... No.....

Liquenificación SI..... No.....

Eritrodermia SI..... No.....

REGION DE APARICION DE LA LESION

Cara SI..... No.....

Cuero cabelludo Si.....No.....

Ante Cubital SI..... No.....

Rodillas SI..... No.....

Poplítea Si.....No.....

ANTECEDENTES PERSONALES

Asma Bronquial Si..... No.....
Rinitis Alérgica Si..... No.....
Alergia Alimentos Si.....No.....
Alergia Medicamentos Si..... No.....

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Asma Bronquial Si..... No.....
Rinitis Alérgica Si..... No.....
Dermatitis Atópica Si..... No.....
Alergia Alimentos Si.....No.....
Alergia Medicamentos Si.....No.....

TIPO DE RESIDENCIA

- a) URBANA ()
b) RURAL ()

Mascotas Si..... No.....
Gatos si..... no.....
Perros si..... no.....
Aves si..... no.....

TERAPEUTICA

Esteroides tópicos si..... no.....
Esteroides sistémicos si..... no.....

Humectante si..... no.....

Antihistamínicos Orales si..... no.....

Antihistamínicos sistémicos si..... no.....

10.3 CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Actividad	2013	May	Dic	2014	May	Dic	2015	Mar	May	Jun	Jul	Agost	Sept	Nov
Elaboración de planificación		x												
Revisión de protocolo			X											
Evaluación del protocolo por asesor técnico		xxxx	Xxx		xxxxx	xxxx								
Elaboración de proyecto piloto del protocolo					x	x								
Evaluación del proyecto piloto						x								
Evaluación de asesor metodológico								xxx	x					
Evaluación de asesor técnico								xx	x	x				
Correcciones del evaluador metodológico								x	xx	xx				
Reelaboración de protocolo								x	xx					
Validación de instrumento									x					
Capacitación al personal médico para realización de instrumento									xx	x				
Recolección de muestra									x	x	x	x	x	

Procesamiento de recolección de muestra														X	
Presentación de avances de investigadores														X	
Depuración y análisis de datos														X	
Presentación de resultados															X
Elaboración de informe final															X
Presentación de informe final															X

PRESUPUESTO

No.	Actividad	Costo
1.	Resmas de papel Bond/carta	L1,300.00
2.	Horas de dedicación (trabajo)	L. 24,200.00
3.	Tinta de impresora	L. 4,000.00
4.	Fotocopias de instrumentos	L. 2000.00
5.	Transporte	L 4,000.00
6.	Apoyo tecnológico	L. 2000.00
7.	Preparativos de informe final	L. 5,000.00
8.	Gastos Administrativos	L.10,000.00
9.	Imprevistos u otros	L. 6,000.00
Total		L. 52,500.00

10.4 Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS FACULTAD FE CIENCIAS MEDICAS VALLE DE SULA POSTGRADO DE PEDIATRIAIA

“Caracterización clínico epidemiológica de la dermatitis atópica en niños menores de 5 años IHSS”

Fecha de llenado:

Edad en años del Padre/Madre/Responsable _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es una iniciativa del Postgrado de Pediatría, que tiene como propósito contribuir al conocimiento y manejo de la piel específicamente en el problema de la dermatitis atópica en niños y niñas menores de 5 años que asisten a la consulta externa de dermatología pediátrica del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Por lo cual solicitamos a usted la autorización para que su hijo/hija participe en el estudio. Usted contestará las preguntas de la encuesta orientado a investigar datos generales (nombre, edad, sexo) y se realizara examen físico al niño para evaluar el problema de salud que los niños (niñas) presenten para el diagnóstico de la dermatitis atópica en estudio.

Al participar en el estudio el niño (niña) no recibirá ningún beneficio monetario. Esperamos que este estudio contribuya al conocimiento de la Dermatitis Atópica en el Hospital Regional del Norte IHSS.

Desea usted autorizar la participación de su hijo/ hija a este estudio?

Sí _____ No _____

Firma o huella digital del padre/madre /o tutor que autoriza la participación en este estudio.