

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATITIS ATÓPICA

IVONNE DE MARÍA CASTAÑEDA PAZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con especialidad en Pediatría

Abril 2017



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.231.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Ivonne de María Castañeda Paz

Carné Universitario No.: 200610075

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Pediatría**, el trabajo de TESIS **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATITIS ATÓPICA**

Que fue asesorado: Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana MSc.

Y revisado por: Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **abril 2017**

Guatemala, 03 de abril de 2017


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado *


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

mdvs

Guatemala, 21 de Septiembre de 2015

Doctora
Ana Marilyn Ortiz Ruiz de Juárez, Msc
Coordinadora Docente de la Maestría de
Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Hospital General de Enfermedades
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente.

Doctora Ortiz Ruiz de Juárez:

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis titulado: "**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATITIS ATÓPICA**". Pertenciente a la Dra. Ivonne de María Castañeda Paz; el cual ha sido **REVISADO** y **APROBADO** para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente.


Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc
Asesor de Tesis
Departamento de Pediatría
Hospital General de Enfermedades
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Dr. Oscar F. Castañeda Orellana MSc
MEDICO PEDIATRA
COLEGIADO No. 6,482

Guatemala, 21 de Septiembre de 2015

Doctora
Ana Marilyn Ortiz Ruiz de Juárez, Msc
Coordinadora Docente de la Maestría de
Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Hospital General de Enfermedades
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente.

Doctora Ortiz Ruiz de Juárez:

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis titulado: **“CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATITIS ATÓPICA”**. Perteneciente a la Dra. Ivonne de María Castañeda Paz; el cual ha sido **REVISADO** y **APROBADO** para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente.



Dr. Oscar Ferrnando Castañeda Orellana, MSc
Revisor de Tesis
Departamento de Pediatría
Hospital General de Enfermedades
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Dr. Oscar F. Castañeda Orellana MSc
MEDICO PEDIATRA
COLEGIADO No. 6,482

INDICE DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II.ANTECEDENTES	4
4.1. Contextualización del área de estudio	4
4.2. Dermatitis Atópica	5
4.2.1. Definición	5
4.2.2. Historia	6
4.2.3. Epidemiología	6
4.2.4. Fisiopatología	7
4.2.5. Diagnóstico	9
4.2.6. Manifestaciones Clínicas	11
4.2.7. Tratamiento	12
4.2.8. Prevención	20
III.OBJETIVOS	21
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	22
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	22
4.2. Población y muestra	22
4.3. Unidad de análisis	22
4.4. Selección de sujetos a estudio	23
4.3 Variables	23
4.5. Definición y operacionalización de variables.....	24

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	27
4.7. Procesamiento y análisis de datos.....	27
4.8. Alcances y límites de la investigación	28
4.9. Aspectos éticos de la investigación	28
V. RESULTADOS.....	29
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	33
6.1 CONCLUSIONES.....	36
6.2 RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
VIII. ANEXOS	41

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	29
TABLA 2	29
TABLA 3	30
TABLA 4	30
TABLA 5	31
TABLA 6	31
TABLA 7	32

RESUMEN

OBJETIVO. Describir los criterios diagnósticos del paciente pediátrico menor de 7 años con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta externa de Dermatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de zona 9, de enero de 2014 a junio de 2015. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo transversal, realizado en una población de 109 pacientes, a los cuales se identificó en la consulta externa de Dermatología Pediátrica y posteriormente se realizó una revisión del expediente clínico en donde se documentaron los datos solicitados en el instrumento de recolección. **RESULTADOS.** El 58.72% se encontraban en el rango de edad de 13 a 60 meses, el 68.5% representó al sexo masculino, el 37.61% es del departamento de Guatemala, Los criterios esenciales que fueron principalmente encontrados son el curso crónico o recidivante en 96.33%, las lesiones respetan pliegues axilares o inguinales en 73.99%, los cambios eccematosos se encuentran en cuello y superficie de extensión de extremidades en 61.47%. Los criterios importantes se distribuyeron en edad de comienzo temprana en 100%, el 50.46% tiene antecedente familiar o personal de atopia. Los criterios asociados se encontró que el 44.95% presento prurigo, el 18.44% lesiones periorales o periauriculares, 16.51% presento respuestas vasculares atípicas tales como palidez facial, el 11.93% presento lesiones oculares o periorbitarias. La prevalencia de Dermatitis Atópica fue de 3.11%. **CONCLUSION.** Los criterios diagnósticos identificados en el paciente con Dermatitis Atópica fue la presentación crónica o recidivante, prurito, las lesiones respetan pliegues axilares o inguinales y los cambios eccematosos se observan en cuello y superficies de extensión de extremidades, es de edad temprana, asociado a antecedente familiar o personal de atopia y presentan lesiones pruriginosas.

I. INTRODUCCION

La Dermatitis Atópica (DA), se define como un proceso inflamatorio crónico, recurrente de la piel, caracterizado por la presencia de lesiones eczematosas, pruriginosas y falta de lubricación de las capas superficiales de la piel, es un trastorno genético complejo que da lugar a un defecto en la barrera cutánea, una disminución de las respuestas inmunitarias innatas y una exageración de las respuestas linfocitarias a los alérgenos ambientales que conduce la inflamación cutánea crónica. (1) Se considera ser la primera manifestación del proceso llamado "Marcha Atópica" en donde indica que probablemente el paciente desarrollará o tiene asma o rinitis alérgica. (2) Existen dos formas según su progresión inmunológica, la primera se denomina extrínseca, la cual es mediada por IgE⁽¹⁾ y ocurre en el 70-80% de los casos y la segunda se denomina forma intrínseca que no es mediada por IgE ya que es desarrollada por factores emocionales y ocurre en el 20-30% de los casos. (3)

Es de las enfermedades cutáneas crónicas en recaídas más comunes de las consultas pediátricas, puede manifestarse en primer lugar en el paciente lactante y tener el primer brote o reaparecer en la infancia. (2) Afecta del 10-30% de los niños a nivel mundial, se estima que tiene una prevalencia del 10% en Latinoamérica y los hijos de padres atópicos tienen un 70% de probabilidad de desarrollar la enfermedad. (1) La enfermedad se inicia antes del primer año de vida en más del 60% de los casos, denominándose dermatitis atópica del lactante, suele reaparecer a los 2 años siendo esta dermatitis atópica infantil o inicia en la edad adulta. La enfermedad sufre exacerbaciones en las temporadas de climas extremos y cuando los pacientes padecen alteraciones emocionales.(4)

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según estadísticas sobre consultas en dermatología no se tiene datos relacionados a la edad de aparición, edad de los pacientes y factores de riesgo asociados. (5) Para el diagnóstico y tratamiento adecuado según estudios realizados por la universidad de Cardiff en Inglaterra deben haber protocolos con criterios diagnósticos y factores desencadenantes y alteraciones que favorezcan las recaídas en la consulta ya que un diagnostico esquematizado evitaría que sea mal diagnosticada y no se tenga el seguimiento y tratamiento adecuado, y esto cause el aumento de recaídas en la consulta pediátrica . (6)

(1) IgE: Inmunoglobulina E

Las consultas dermatológicas han representado a nivel mundial las primeras causas de consulta pediátrica, estudios indican que es de alta frecuencia en las consultas como el realizado en el área norte de Santiago en Chile finalizado en el 2000, reportó que el 6,7% de consultas fueron por causa dermatológica y durante el año 2006 se generaron 169.000 consultas en el sistema público de salud por Enfermedades Dermatológicas, lo que representa el 2,8% del total de consultas, con un costo de \$200,000.00 aproximado para el sistema de salud. (7) En México en el Hospital General de Acapulco en los últimos cinco años el 50% de consultas realizadas fueron al departamento de Dermatología así mismo se demuestra en el estudio realizado en Buenos aires, Argentina sobre la morbilidad dermatológica en la unidad sanitaria, de agosto de 2009 a enero de 2010 indicaron que el 36,09% representó consulta con diagnóstico de dermatitis y eczema, y de estas el 5% representó diagnóstico de Dermatitis Atópica, siendo del 15-30% en edades comprendidas entre 1 y 9 años. (7) El factor genético representa un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad, el 70% de los portadores de Dermatitis Atópica tienen historia familiar de atopía, si un progenitor es atópico existe un 60% de posibilidades de que el hijo lo sea; cuando ambos padres tienen la afección, la posibilidad sube a 80% en contraste con las familias no atópicas ya que en ellas las posibilidades disminuyen en un 19%, en donde el 68.5% representó al sexo masculino sin embargo a nivel mundial no se hace referencia en diferencias entre los distintos sexos.(8)

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social la clínica de Dermatología es de referencia nacional y las estadísticas presentadas del año 2011 indicaron 112 pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica de los cuales 9 se encontraban en el rango de edad menor de 1 año, 82 pacientes entre 1 y 5 años, 15 pacientes entre 6 y 15 años y 6 pacientes mayores de 16 años, incluidas las primeras consultas y reconsultas(5) sin embargo para un tratamiento adecuado el cual está dirigido en prevenir y/o eliminar los factores desencadenantes a través de medidas generales principalmente, se debe tener un diagnóstico apropiado, oportuno y certero de la patología ayudándose de herramientas diagnósticas como protocolos de diagnósticos como la “Guía de tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño” diseñado en Madrid publicado en el 2012 en donde indica que el diagnóstico debe basarse en la propia definición de la enfermedad con distinción según la edad y la intensidad.(9) Guatemala no cuenta con protocolos dirigidos a las características propias de la región y su población, por lo que caracterizar a este grupo de pacientes pediátricos en la consulta externa de Dermatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social brinda una base de datos importante para posteriormente incluir en la

consulta dermatológica pediátrica un protocolo de diagnóstico, factores desencadenantes y tratamiento adecuado..

Por lo cual debido a la necesidad de esquematizar y valorar con precisión los pacientes con Dermatitis Atópica según los criterios diagnósticos se realizó el estudio en la consulta externa del Departamento de Pediatría en la clínica de Dermatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9 del municipio de Guatemala, en pacientes menores a 7 años debido a la cobertura de atención de la consulta externa, en donde se incluyeron los grupos de lactantes e infancia con diagnóstico de Dermatitis Atópica, en los meses de enero de 2014 a junio de 2015 para determinar el perfil clínico-epidemiológico de éstos pacientes.

II. ANTECEDENTES

2.1. Contextualización del área de estudio

2.1.1. República de Guatemala

País situado en América Central, en su extremo noroccidental, con una amplia cultura autóctona producto de la herencia maya y la influencia castellana durante la época colonial.

A pesar de su relativamente pequeña extensión territorial, Guatemala cuenta con una gran variedad climática, producto de su relieve montañoso que va desde el nivel del mar hasta los 4.220 metros sobre ese nivel. Esto propicia que en el país existan ecosistemas tan variados que van desde los manglares de los humedales del Pacífico hasta los bosques nublados de alta montaña. Limita al oeste y al norte con México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al sur con El Salvador, y al sureste con el océano Pacífico. El país posee una superficie de 108.889 km². (10) Generalmente el clima es templado con una temperatura máxima de 24.5°C y mínima 14.0°C. (11) El idioma oficial es el español (12) y la religión que predomina es la católica. (13)

La economía se centra en el área rural a base de la agricultura y en el área metropolitana a base del comercio (14).

2.1.2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El "Seguro Social" inicia durante el gobierno de Dr. Juan José Arévalo Bermejo, quien al promulgar la Constitución de la República indica en el artículo 63: SE ESTABLECE EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO, en donde será regulado por la ley para obtener alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor.

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Para lo cual se crea una Institución autónoma, de derecho público con la finalidad de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un régimen de Seguridad Social, que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único y los patronos y sus trabajadores deben de estar inscritos como

contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría una falta de previsión social. La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social" el estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. (15) Los habitantes afiliados tendrán la garantía de los servicios en salud según las especificaciones en los beneficios de los derechohabientes en donde se cubrirá a la esposa(o) del afiliado y a los hijos del mismo hasta cumplir los 7 años como se acordó en el año 2011, con excepción en casos específicos. (15)

El Hospital General de Enfermedades está ubicado en la zona 9 de la ciudad capital generalmente atiende un promedio de 12,200 pacientes al mes, de los cuales entre 3,500 y 4,000 pacientes son atendidos mensuales en la emergencia pediátrica y ésta cantidad se dobla al evaluar la consulta externa pediátrica en donde se atienden aproximadamente entre 6,000 y 7,000 pacientes al mes, únicamente lo reportado en éste centro.

La consulta de Dermatología cubre toda la referencia nacional y de consulta en la ciudad de Guatemala, se reciben aproximadamente 30 pacientes día en pediatría con seguimiento de los mismos. (5)

2.2. Dermatitis Atópica

2.2.1. Definición

Es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que se manifiesta generalmente con eczema eritematoso. (9) Se caracteriza por una alteración de la barrera epidérmica y disfunción del sistema inmune, desencadena por diversos factores precipitantes y existe predisposición genética.(16)

Es una patología recurrente de la piel, caracterizado por la presencia de lesiones eczematosas, pruriginosas y falta de lubricación de las capas superficiales de la piel. (1), afecta principalmente los pliegues retroauriculares y de flexión, tronco y glúteos; se presenta durante la lactancia en 80% de los casos en los primeros 3 meses, tiende a desaparecer después de ésta y reaparecer en escolares o en edad adulta. Es una manifestación cutánea del estado atópico, hay antecedentes familiares de asma o rinitis alérgica hasta en un 70% de los pacientes. (2)

2.2.2. Historia

Ha tenido múltiples nombres como eczema constitucional, eczema infantil, neurodermitis diseminada de Brocq, eczema flexurante de Hebra, prurigo diatésico. El nombre que fue utilizado por primera vez fue: "Prurigo Diatésico", por Besnier en 1892. En el año de 1927, fue propuesto por Brocq el término "Eccema Constitucional" por el enrojecimiento que acompañaba al prurigo. En el año 1933 Wise y Sulzberger propusieron el término "Dermatitis Atópica", el cual fue aprobado en 1980 por Hanifin y Rajka ya que múltiples estudios concluyeron la asociación que esta presentaba con la marcha atópica. (17)

La Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI) realizó una declaración oficial que fue publicada en 2001, en ella se propuso el término provisional "Eczema Atópico y el Síndrome de Dermatitis" (AEDS), con una subdivisión en alérgica y no alérgica, en octubre del año 2003, la Organización Mundial de Alergia con sus siglas en inglés (WAO) se encargó de adecuar el término propuesto de "Enfermedad Dermatológica Alérgica".(2)

Previamente Wüthrich en 1989 propuso la división de Dermatitis Atópica en dos formas llamadas: "Intrínseca" y "Extrínseca". La primera no mediada por IgE (20-30%) considerando que su principal precipitante era de origen emocional, y la última con la presencia de una reacción mediada por IgE ⁽¹⁾ (70-80%) (3), añadido el componente de predisposición genética en ambos tipos. Los cuales hasta la actualidad se siguen considerando importantes desencadenantes sin embargo se conocen más como la higiene personal, sustancias irritantes y desequilibrio emocional, en países en vías de desarrollo la pobreza repercute grandemente en el desarrollo familiar así mismo compromete la estabilidad emocional del núcleo familiar. (2)

2.2.3. Epidemiología

Aproximadamente 5 de cada 100 niños (1 cada 20) padecen Dermatitis Atópica, si bien, se ha observado un incremento de esta incidencia probablemente debido a una mayor concentración de sustancias irritantes en el ambiente. (17)

En la población infantil española pueden encontrarse manifestaciones de la dermatitis atópica, en algún momento, entre un 5 y 10%, para el desarrollo del

protocolo sobre el tratamiento de la dermatitis atópica publicado en Madrid indicaron que a nivel general la prevalencia de la enfermedad era en un intervalo de 6 y 15%, (1) no se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo. (4).

Afecta del 10-30% de los niños a nivel mundial, se estima que tiene una prevalencia del 10% en Latinoamérica y los hijos de padres atópicos tienen un 70% de probabilidad de desarrollar la enfermedad.(1)

Existe evidencia de que la sensibilización a alimentos en los primeros 6 a 12 meses de vida puede conllevar al desarrollo de sensibilización a pólenes y ácaros en el futuro, asociados ha recidivas en reconsulta y niveles altos de estrés emocional ha sido tal vez la característica más importante para detectar grupos de riesgo para el desarrollo natural de la enfermedad alérgica (1).

Existen pocos estudios sobre factores de riesgo asociados a sociedades en desarrollo así mismo el diagnóstico apropiado ya que no existen protocolos esquematizados para la consulta dermatológica de ésta patología, por lo que se considera una enfermedad mal diagnosticada sin el seguimiento apropiado y por lo tanto la Dermatitis Atópica es de las enfermedades cutáneas crónicas en recaídas más comunes de la consulta dermatológica pediátrica. (2)

2.2.4. Fisiopatología

Es una enfermedad de la piel, inflamatoria, altamente prurítica, que se da como resultado de una interacción compleja entre susceptibilidad genética consecuentemente alteración de la barrera de la piel con defectos en el sistema inmune innato y una respuesta inmunológica intensa a los alérgenos y antígenos microbianos provocando una reacción sistémica con manifestaciones dermatológicas. (2)

Se basa en 3 pilares: (1)

- Predisposición genética con mutaciones en los genes que alteran la barrera cutánea produciendo una inflamación de tipo $TH_2^{(1)}/TH_1^{(2)}$ permanente. Se han realizado estudios en donde se evidencia mutaciones en los genes que intervienen en la estructura y función de la epidermis principalmente el gen situado en el cromosoma 1q21-23, que ayuda a la inflamación de la piel,

disfunción de la barrera cutánea y alteraciones del pH que facilitará la penetración de alérgenos. El gen 5q31-33 que codifica la producción de determinadas interleucinas como IL⁽³⁾-4, IL-5, IL-13 que están ligadas en la producción específica de IgE.

- Disfunción de la barrera cutánea que facilita la entrada de alérgenos, irritantes y microorganismos. La piel se considera el órgano de barrera por excelencia del cuerpo humano, a lo largo de la piel sana se encuentran corneodesmosomas los cuales se rompen en la superficie como parte del proceso de descamación normal, los lípidos de la piel protegen contra la penetración de materiales solubles, proporcionando la flexibilidad y estabilidad de la barrera cutánea, en los niños que padecen Dermatitis Atópica existe un proceso de deshidratación, descamación y lesión de la barrera cutánea facilitando el ingreso de alérgenos e irritantes.
- Inflamación persistente de la dermis con infiltrado inflamatorio, inicialmente TH₂ y tardíamente de TH₁.

En los niños con dermatitis atópica existe un desequilibrio en la dermis entre las células TH₂/TH₁, existe una diferenciación preferente por TH₂ inicial los cuales secretarán IL-4, IL-5 e IL-13 que producirán IgE y una reacción alterada inmunológica. Posteriormente la Dermatitis Atópica en la fase tardía estará guiada por TH₁ con la formación de complejos autoinmunes. Provocando una inflamación prolongada y persistente.

Se considera que éstos 3 factores se interrelacionan de manera constante, contribuyendo a la cronicidad de la dermatitis atópica y a su gravedad.

(1) TH2: *Helper T cells* /Linfocitos T colaboradores 2

(2) TH1: *Helper T cells* /Linfocitos T colaboradores 1

(3) IL: Interleucina

2.2.5. Diagnóstico

Debe basarse siempre en una historia clínica completa y evaluación clínica. En 1980 Hanifin y Rajka propusieron criterios diagnósticos los cuáles se siguen utilizando, se encuentran divididos en criterios mayores y menores.

Se debe obtener la presencia de 3 criterios mayores y 3 criterios menores.(18)

CRITERIOS MAYORES	Prurito
	Distribución y morfología típica. - Compromiso extensor y facial en infantes y niños.
	Dermatitis crónica o crónicamente recidivante.
	Historia personal o familiar de atopia (asma, rinitis alérgica, Dermatitis Atópica).

CRITERIOS MENORES	Xerosis. Reactividad cutánea inmediata. IgE sérico elevado. Inicio a temprana edad. Tendencia a infecciones cutáneas. Tendencia a dermatitis en manos y pies. Queilitis. Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan. Queratocono. Oscurecimiento orbitario. Eritema o palidez facial. Pitiriasis alba. Pliegues anteriores del cuello. Prurito al sudar (hipersudoración). Intolerancia a lanas y solventes orgánicos.
-------------------	---

CRITERIOS MENORES	<p>Acentuación perifolicular.</p> <p>Intolerancia a alimentos.</p> <p>Curso influenciado por factores ambientales o emocionales.</p> <p>Dermografismo blanco.</p>
--------------------------	---

Fuente: Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica 1980. (19, 20)

Clasificación de los Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica por Hanifin y Rajka revisados por la Academia Americana de Dermatología (2003). En donde se necesitan 3 criterios esenciales o 2 esenciales y 3 criterios importantes y asociados. (19)

CRITERIOS ESENCIALES Deben estar presentes y son suficientes para el diagnóstico.	<p>Prurito.</p> <p>Cambios eccematosos con patrones específicos en cuello y superficie de extensión de miembros en lactantes y niños.</p> <p>Lesiones flexurales retroauriculares, en tronco y glúteos presentes o previas a cualquier edad.</p> <p>Respeto de pliegues axilares/inguinales.</p> <p>Curso crónico, recidivante</p>
CRITERIOS IMPORTANTES Están presentes en la mayoría de los casos para avalar el diagnóstico.	<p>Edad de comienzo temprana.</p> <p>Atopia (historia personal o familiar, casos para avalar el diagnóstico).</p> <p>Xerosis.</p>
CRITERIOS ASOCIADOS Ayudan a sugerir el diagnóstico.	<p>Queratosis pilaris.</p> <p>Hiperlinealidad palmar.</p> <p>Respuestas vasculares atípicas (ej: palidez facial, dermatografismo blanco, blanqueo retardado).</p>

<p>CRITERIOS ASOCIADOS</p> <p>Ayudan a sugerir el diagnóstico.</p>	<p>Acentuación perifolicular/liquenificación /prurigo.</p> <p>Cambios oculares/periorbitarios.</p> <p>Lesiones periorales/periauriculares.</p>
---	--

Fuente: Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica 1980. (19)

2.2.5.1. SCORAD

Un Grupo de Expertos Europeos, el European Task Force, creó el SCORAD (scoring atopic dermatitis) en septiembre de 1990. Publicado en 1993 "Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis", el SCORAD se ha convertido en la herramienta de referencia en el seguimiento de la evaluación de la patología. El médico lo redacta en cada visita para seguir la evolución de la Dermatitis Atópica (21)

2.2.6. Manifestaciones Clínicas

Fase del lactante:

Se inicia a partir de los tres primeros meses de vida y determina un enrojecimiento "húmedo" de las mejillas y la frente; también se afecta el cuello y la parte superior del tórax. En un 50% de los casos la enfermedad cura por sí sola y desaparece.

Fase infantil:

Si la DA no desaparece en la fase anterior se dice que estamos en esta fase cuando las lesiones persisten pasados los tres años de edad. El enrojecimiento aparece en los pliegues internos del codo, rodillas, en las muñecas, cuero cabelludo. Debido al intenso prurito, el rascado empeora las lesiones dejando una piel liquenificada y xerótica permanente. La DA puede acabar desapareciendo en esta fase antes de que llegue la adolescencia en un alto porcentaje de los casos (75%).

Fase del adolescente y del adulto:

Se inicia a partir de los 12-14 años. Puede ser continuación de la fase anterior aunque puede ser el comienzo de la enfermedad. Las lesiones y su localización son similares a la de la fase infantil. Las áreas de piel engrosada o liquenificada,

consecuencia del rascado, se van pigmentando dando, típicamente en el cuello, aspecto de suciedad.

2.2.6.1. Clasificación de las Lesiones Dermatológicas (20)

- **Agudas:** pápulas y pápulo-vesículas pruriginosas con exudación serosa sobre una base eritematosa.
- **Subagudas:** pápulas y/o placas con discreto eritema y leve engrosamiento.
- **Crónicas:** pápulas excoriadas, erosionadas o placas liquenificadas, lesiones residuales hipo o hiperpigmentadas.

2.2.7. Tratamiento

2.2.7.1. Medidas Generales

La piel atópica se caracteriza por una alteración en la función barrera de la piel con una elevada tasa de pérdida de agua transepidérmica, disminución en la capacidad de retención de la misma en la epidermis y una menor cantidad de y ceramidas intraepidérmicas. Esto da lugar a una piel xerótica y pruriginosa que precisa una higiene cuidadosa, evitando la irritación, y la aplicación diaria de emolientes que constituyen un pilar fundamental en el tratamiento de la DA independientemente de su gravedad. (21)

Medidas de higiene

La necesidad de baño en niños atópicos es evidente pero el agua excesivamente caliente, la fricción y los detergentes pueden irritar la piel. En la actualidad se recomienda baño breve o ducha a diario, seguido de la aplicación inmediata de emolientes, para evitar la evaporación del agua de la piel. Conviene emplear jabones de pH ácido (4-5). Se recomienda evitar las fuentes de calor y recurrir a toallas suaves, sin frotar la piel. (22)

Hidratantes

Denominamos sustancias hidratantes a aquellas que aumentan el contenido en agua de la capa córnea, y emolientes a aquellas que la hacen menos áspera y más flexible. Se basa su mecanismo de acción en el

aumento del contenido de agua de la epidermis, mejoran el aspecto de la piel atópica, y proporcionan sensación de bienestar al reducir el prurito y facilitar la reepitelización de la piel. Poseen actividad antiinflamatoria y disminuyen el riesgo de infección. (21,22)

2.2.7.2. Evitar desencadenantes

Evitar infecciones

La colonización por microorganismos y el riesgo de infección es mayor en pacientes atópicos debido a la alteración en la barrera cutánea y a la relativa carencia de péptidos antimicrobianos protectores frente a bacterias, hongos y virus.

Infecciones bacterianas. Existe un aumento de la colonización por *Staphylococcus aureus*, que está presente en más del 90% de los niños con DA, tanto en piel afecta como en piel sana, frente al 5% en niños sin dermatitis. Es posible que el *Staphylococcus aureus* desempeñe algún papel como desencadenante de los brotes, mediado por una reacción de superantígenos que estimularían la activación de los linfocitos T y los macrófagos. Sin embargo no existe evidencia que apoye el tratamiento profiláctico de la DA con antibióticos, estando indicado tratar cuando clínicamente exista sobreinfección de las lesiones eccematosas. (2, 21, 22)

Infecciones Virales: Las infecciones causadas por virus herpes, papilomavirus humano (responsables de las verrugas vulgares) poxvirus como el *Molluscum contagiosum*, son también más prevalentes en los pacientes atópicos siendo con frecuencia desencadenantes de brotes de eccema. Además en el paciente atópico acontecen con más frecuencia infecciones diseminadas por virus herpes, el denominado eccema *herpeticum* o erupción varioliforme de Kaposi, que deberán tratarse con aciclovir oral o intravenoso según la gravedad del proceso.

Infecciones fúngicas: Se ha descrito también una mayor incidencia de infecciones fúngicas como las causadas por *Trichophyton rubrum*. Es posible además, que *Malassezia furfur* interfiera en los mecanismos inmunológicos que determinan la patogenia de la enfermedad, sobre todo en las formas localizadas en cabeza, cuello y porción alta de tronco. Aunque no se ha documentado un aumento de colonias, si existe un aumento de la IgE específica contra *Malassezia*. La respuesta Th2 en los pacientes atópicos predispondría al incremento en la síntesis de IgE y al desarrollo y respuestas de hipersensibilidad frente a *Malassezia*. Un estudio reciente revela una flora de *Malassezia* diferente en niños y adultos con DA y afectación de cabeza y cuello. En ocasiones puede ser necesario completar el tratamiento en algunas zonas como cuero cabelludo o pliegues con antifúngicos tópicos. (21)

Dieta:

Existe controversia respecto al papel de la dieta en la patogenia de la DA. La influencia de la dieta en la DA es relevante solo en un porcentaje muy pequeño de los casos, y casi siempre en niños pequeños. Si existe una sospecha clara de alergia alimentaria, el diagnóstico debe confirmarse mediante determinación de anticuerpos IgE específicos, test cutáneo o pruebas de provocación oral. Solo basándose en la positividad de estas pruebas puede recomendarse una dieta especial. Los alimentos más frecuentemente incriminados son la leche de vaca, el huevo, el plátano y el pescado. Por tanto, no existen pruebas suficientes para recomendar dietas de eliminación de rutina si no se han producido reacciones alérgicas de tipo I. La evitación sistemática de alimentos, incluso en los casos en que se haya demostrado sensibilización alérgica a alguno de ellos no suele conducir a la desaparición de la DA, y solo en algunos casos conduce a cierta mejoría. (21)

Factores medioambientales

El clima templado y húmedo favorece la humidificación del estrato córneo, por lo que es mejor tolerado que el clima frío y seco. El calor excesivo y el sudor pueden desencadenar brotes de dermatitis. La exposición solar suele

tener un efecto beneficioso. Sin embargo, si el paciente presenta lesiones activas, puede producir aumento de la sensación de prurito. (4, 21)

No está claro si las medidas encaminadas a erradicar los ácaros pueden tener algún papel en el tratamiento de la DA. Así, en algunos estudios parece que la intensidad de los brotes disminuye tras reducir su número en los hogares, pero en otros no se confirma esta hipótesis. Un estudio reciente sugiere que la colonización de los hogares por *Staphilococcus aureus* podría tener un papel agravante de la DA. En cuanto a la ropa se recomienda el uso de prendas de algodón y evitar la lana, fibras sintéticas, plástico o gomas, así como cualquier prenda oclusiva que favorezca la sudoración, ya que el sudor es un factor importante como desencadenante de brotes en la DA. Recientemente se están realizando estudios con nuevos tejidos (Dermasilk®) con materiales antimicrobianos capaces de reducir la colonización por *Staphilococcus aureus*, cuya utilidad práctica parece escasa. (20, 21)

Factores psicológicos

Aunque resulta difícil demostrarlo mediante estudios de calidad, se observa en la práctica clínica una relación entre el estrés y los brotes de DA. Además el estrés emocional puede desencadenar respuestas de picor y rascado en pacientes atópicos, interfiriendo en la función barrera cutánea. (2,21)

2.2.7.3. Tratamiento Farmacológico (20, 22, 23)

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. Actúan reduciendo la inflamación, disminuyendo el prurito, el rascado y la irritación cutánea

Corticoides tópicos clasificados según la potencia

Clase 1 o potencia muy alta	Clase 2 o potencia alta	Clase 3 o potencia intermedia	Clase 4 o potencia débil
<ul style="list-style-type: none"> – Betametasona dipropionato 0,05% – Clobetasol propionato 0,05% – Difluocortolona valerato 0,3% – Halcinónido 0,1% 	<ul style="list-style-type: none"> – Betametasona dipropionato 0,05% – Betametasona valerato 0,1% – Budesonida 0,025% – Desoximetasona 0,25% – Flucortolona valerato 0,1% – Fluocinolona acetónido 0,2% – Fluocinónido 0,05% – Fluticasona propionato 0,05% – Halometasona 0,05% – Hidrocortisona butirato 0,1% – Metilprednisolona aceponato 0,1% – Mometasona furoato 0,1% – Prednicarbato 0,25% – Triamcinolona acetónido 0,1% 	<ul style="list-style-type: none"> – Alclometadona dipropionato 0,05% – Beclometasona dipropionato 0,025% – Betametasona valerato 0,1% – Clobetasona butirato 0,05% – Desoximetasona 0,05% – Flucortina butilesterato 0,75% – Flucortolona – Flumetasona pivalato 0,025% – Fluorcinolona acetonido < 0,01% – Flurandrenolona 0,0125% – Hidrocortisona aceponato 0,1% – Hidrocortisona valerato 0,2% 	<ul style="list-style-type: none"> – Desonida 0,05% – Dexametasona 0,1-0,2% – Fluocortina 0,75% – Hidrocortisona acetato 0,1-2,5% – Metilprednisolona acetato 0,25%

Inmunomoduladores tópicos: Los inhibidores tópicos de la calcineurina surgen como alternativa a los corticoides tópicos, en respuesta a la demanda de agentes antiinflamatorios no esteroideos, sin la capacidad atrofogénica de los corticoides.

Tacrolimus (FK506) es un macrólido inmunomodulador que inhibe la fosfatasa calcineurina, impidiendo la activación de linfocitos T, la transcripción de citocinas proinflamatorias y la liberación de mediadores de mastocitos y basófilos en la piel. En el 2000, la *Food and Drugs Administration* estadounidense (FDA) aprobó su uso en DA moderada o grave en niños mayores de 2 años. Es más eficaz a la concentración más elevada, a igualdad de efectos secundarios. La potencia del tacrolimus a 0,1% es equivalente a la de un corticoide de mediana potencia. Los efectos secundarios más frecuentes son el picor y quemazón o eritema en la zona tratada. Manteniendo el tratamiento, la sensación de escozor irá disminuyendo en sucesivas aplicaciones. Se ha descrito una mayor incidencia de infecciones locales víricas en niños tratados frente a la aplicación del vehículo aislado. A nivel sistémico la absorción es mínima, estando en muchos pacientes por debajo del límite detectable en suero.

Pimecrolimus es un derivado de la ascomicina con mecanismo de acción similar a tacrolimus, pero con aún menor absorción sistémica. Se encuentra comercializado en crema al 1%. Al igual que el tacrolimus, se ha demostrado eficaz en el control de los síntomas de la DA leve a moderada, en niños y adultos, con mejoría habitualmente en la primera semana. Sus efectos adversos son comparables a los de tacrolimus pero se producen con menos frecuencia. Al igual que el tacrolimus, se considera de primera elección en zonas como cara, cuello o genitales, donde el empleo continuado de corticoides está contraindicado.

En el 2005 la FDA² levantó la alarma en torno al riesgo teórico de que los inmunomoduladores tópicos fueran capaces de inducir carcinogénesis a largo plazo, basándose en la experiencia con inmunomoduladores orales, estudios con animales, y en algunos casos aislados de linfoma comunicados en pacientes en tratamiento con pimecrolimus y tacrolimus, en los que no pudo encontrarse una relación causal. Desde entonces ningún estudio epidemiológico ha podido encontrar una asociación entre estos medicamentos y el aumento de la incidencia de neoplasias.

Los múltiples estudios sobre la seguridad del tacrolimus y pimecrolimus, han permitido su uso a largo plazo hasta 5 años con el primero y al menos uno

2. FDA: Food and Drug Administration

con el segundo, se reafirman en el excelente perfil de seguridad de ambos. Sin embargo se ha demostrado que la absorción percutánea de ambas es mínima, el perfil de seguridad favorable y que no se ha encontrado hasta la fecha asociación alguna con la aparición de neoplasias en estos pacientes en ninguno de los estudios realizados. En EE. UU. y Europa el tacrolimus (0,03%) y el pimecrolimus (1%) están aprobados para su uso en DA en mayores de 2 años, mientras que el tacrolimus al 0,1% está aprobado solo en adultos. Sin embargo en la práctica clínica, se utilizan en ocasiones en lactantes de más de 6 meses con DA que requieren corticoides de manera continuada o bien en zonas conflictivas como en la cara con muy buena experiencia en cuanto a eficacia y seguridad, se administran en capa fina 2 veces al día. Debe evitarse su empleo en pacientes inmunodeprimidos y en otras situaciones de riesgo, como dermatosis que puedan

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.

2.2.7.4. Tratamiento con Fototerapia

Las modalidades de fototerapia (UVA-1, PUVA, UVB, UVB banda estrecha), han demostrado eficacia en la disminución del prurito y la inflamación que caracterizan a la DA. Actúa inhibiendo la presentación de antígenos por las células de Langerhans, la activación de linfocitos T y modificando la producción de citoquinas por parte de los queratinocitos. La recidiva es habitual al suspender el tratamiento, por lo que es necesario valorar el riesgo- beneficio o instaurarlo como parte de una medida rotativa. Debe considerarse una alternativa, como adyuvante al tratamiento tópico, en el tratamiento de mantenimiento (una vez resuelto el brote agudo) de pacientes

córtico-dependientes. En la población pediátrica existe la contraindicación relativa de no administrarlo en menores de 12 años, siendo además un tratamiento que obliga al absentismo escolar y laboral de los padres, deteriorando en ocasiones aún más la calidad de vida de los pacientes.

2.2.7.5. Tratamiento según gravedad:

Tratamiento de las formas leves: Empleo de las medidas generales, como evitar factores externos desencadenantes (detergentes, alérgenos, estrés, polvo, falta de humedad ambiental, etc), y la aplicación de cremas tópicas y vendajes en las zonas afectadas. En fases de agudización o en lesiones eccematosas persistentes añadir un corticoide tópico de potencia baja o media, durante 5-10 días. (21)

Tratamiento de formas moderadas y graves: Las medidas generales deben seguirse de forma constante. Combinar el uso de corticoides de potencia baja y media según la evolución. Como alternativa a los corticoides tópicos puede emplearse pimecrolimus crema al 1%, en niños mayores de 2 años y adultos. Administrar antihistamínicos anti-H1 por vía oral mientras exista prurito intenso. Los antihistamínicos de primera generación son más eficaces en estos casos. No deben emplearse antihistamínicos por vía tópica. En lesiones localizadas y muy cronificadas pueden emplearse derivados del alquitrán. (21)

2.2.7.6. Calidad de vida

La DA afecta al desarrollo normal del niño en su vida diaria (colegio, práctica de deportes) y en su vida social debido a las alteraciones estéticas, sufrimiento por aparición inesperada de brotes, incapacidad funcional para realizar ciertas actividades debido al picor y/o dolor, todo lo cual puede limitar su calidad de vida. Teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad crónica y que se manifiesta desde edades muy tempranas, existe la necesidad de adaptar el tratamiento farmacológico de manera que interfiera lo mínimo posible con el desarrollo del niño y le permita controlar su enfermedad segura y eficazmente (22). Por todo esto, la alternativa no-corticosteroide se considera la mejor elección para el manejo de los brotes

atópicos de manera profiláctica. Los aspectos de la DA que más afectan la vida de los niños son: el prurito, las alteraciones del sueño, el rechazo social que padecen por parte de otros niños, la necesidad de ropas especiales, el impedimento para realizar ciertas actividades o juegos de competición, las aplicaciones frecuentes de cremas y las visitas frecuentes al médico. Se ha demostrado que el estrés emocional aumenta las exacerbaciones, ya que actúa como desencadenante de la respuesta alérgica, aumentando así la necesidad de medicación de rescate. Las alteraciones familiares y de los cuidadores también son considerables: pérdida de sueño y de tiempo de trabajo para las visitas médicas, estrés, dificultades para relacionarse socialmente y sentimientos de culpabilidad al no poder controlar las recidivas. Está demostrado objetivamente que el cuidado de un niño con esta patología puede interferir significativamente con otras actividades de la vida diaria de los padres. (21, 22, 23)

2.2.8. Prevención

Dado que no existe una cura para el eczema atópico, el tratamiento se basa en encontrar los factores desencadenantes de reacciones alérgicas y aprender a evitarlos. (24)

Medio ambiente y el estilo de vida:

Ya que el polvo es un alérgeno muy común e irritante y la inhalación de polvo en general. La escama de la piel de perros y gatos también puede desencadenar una respuesta inflamatoria. Es un error común pensar que la simple eliminación de un animal de una habitación a prevenir una reacción alérgica se produzca (24). La clave en un ambiente controlado es la disminución de los síntomas y la prevención de recurrencias y complicaciones, por lo tanto la habitación debe estar completamente libre de escama de los animales con el fin de prevenir una reacción alérgica. Los cambios emocionales y la falta de sueño son factores que pueden agravar el eczema. El calor excesivo (especialmente con la humedad) y el frío excesivo provocan los episodios, así como cambios los cambios repentinos y extremos a estas temperaturas ambientales.(24, 25)

III. OBJETIVOS:

3.1 General

Describir los criterios diagnósticos del paciente pediátrico menor de 7 años con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta externa de Dermatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de zona 9, de enero de 2014 a junio de 2015.

3.2 Específicos

3.2.1. Identificar las características clínicas del paciente pediátrico con Dermatitis Atópica según los criterios esenciales, importantes y asociados de diagnóstico de la enfermedad.

3.2.2. Determinar las características epidemiológicas del paciente pediátrico según edad, sexo, procedencia, antecedentes familiares de atopía.

3.2.3. Establecer la prevalencia de Dermatitis Atópica en la población a estudio.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo de corte transversal

4.2. Población y muestra:

4.2.1. Población:

Todos los pacientes que asistieron a la consulta externa de Dermatología de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de enero de 2014 a junio de 2015.

4.2.2. Marco muestral:

Pacientes femeninos y masculinos de 0 a 7 años con diagnóstico de Dermatitis Atópica que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de zona 9.

4.2.3. Muestra:

Se estudió la totalidad del universo para obtener un estudio estadísticamente significativo por el tamaño de la población.

4.3. Unidad de análisis

4.3.1. Unidad primaria de muestreo:

Pacientes que asistieron a la consulta externa de Dermatología de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnóstico de Dermatitis Atópica.

4.3.2. Unidad de análisis:

Datos clínicos y epidemiológicos registrados en el instrumento de recolección de datos.

4.3.3. Unidad de Información:

Expediente clínico de los pacientes que asistieron a la consulta externa de Dermatología de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnóstico de Dermatitis Atópica.

4.4. Selección de los sujetos a estudio

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes comprendidos entre 0 y 7 años, femeninos y masculinos que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnóstico de Dermatitis Atópica.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes en donde no fue posible obtener el expediente clínico al momento de solicitarlo o no fueron legibles los datos solicitados

4.5. Variables

Edad
Sexo
Residencia
Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica: <ul style="list-style-type: none">• Criterios Esenciales• Criterios Importantes• Criterios Asociados

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista para la recolección de datos.	Edad en años anotado en el instrumento de la recolección de datos	Cuantitativo	Razón	Boleta de recolección de datos.
Sexo	Clasificación de hombre y mujer según características anatómicas y cromosómicas.	Sexo de paciente anotado en el instrumento de recolección de datos	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Residencia	Lugar en que se reside o se vive habitualmente.	Respuesta del paciente respecto al lugar en donde vive.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Criterios esenciales para diagnóstico de DA:	Datos clínicos los cuales según la Asociación Americana de Dermatología en revisión de los criterios de Hanif y Rajka en 2003 han indicado que deben estar presentes y son suficientes para el diagnóstico de Dermatitis Atópica				
- Prurito	- <u>Prurito:</u> Sensación de picor en la piel que incita a rascarse.	Dato clínico anotado en el expediente médico.	Cualitativo	Nominal	Boleta de recolección de datos
- Cambios eccematosos con patrones específicos en cuello y superficie de extensión de extremidades	- <u>Cambios eccematosos en cuello y superficie extensora de extremidades:</u> Lesión superficial de la piel caracterizada por inicialmente por eritema, pápulas, vesículas y edema el cual evoluciona a engrosamiento y liquenificación de la piel.	Dato clínico anotado en el expediente médico.	Cualitativo	Nominal	Boleta de recolección de datos
- Lesiones flexurales retroauriculares, en tronco y glúteos presentes o previos	- <u>Lesiones Flexurales retroauriculares, en tronco y glúteos:</u> Lesiones descamativas, eritematosas y pruriginosas.	Dato clínico anotado en el expediente médico.	Cualitativo	Nominal	Boleta de recolección de datos
- Respeto de pliegues axilares o inguinales	- <u>Respeto pliegues axilares o inguinales:</u> pliegues de la piel sin lesiones, conformado por las paredes anterior y posterior de la cavidad de la axila; y por cara interna del muslo que lo separa del abdomen.	Dato clínico anotado en el expediente médico.	Cualitativo	Nominal	Boleta de recolección de datos

<ul style="list-style-type: none"> - Curso crónico o recidivante 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Curso Crónico o recidivante:</u> lesiones en piel de más de 6 meses de apareamiento o reaparición de 2 a 3 veces en 1 año 	<p>Dato clínico anotado en el expediente médico.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p>Crterios importantes para el diagnóstico de DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad de comienzo temprana - Antecedente familiar o personal de Atopia - Xerosis 	<p>Datos clínicos los cuales según la Asociación Americana de Dermatología en revisión de los criterios de Hanif y Rajka en 2003 han indicado están presentes en la mayoría de los casos para avalar el diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Edad de comienzo temprana:</u> Tiempo del paciente desde el nacimiento hasta el momento de inicio de la enfermedad comprendido en los primeros 2 años. - <u>Antecedente familiar o personal de Atopia:</u> Respuesta de padre o adulto encargado de paciente respecto a padecimiento personal o familiar previo de asma, rinitis alérgica o dermatitis atópica. - <u>Xerosis:</u> Epidermis que carece de humedad o grasa y suele presentar líneas con escamas. 	<p>Dato clínico anotado en el expediente médico.</p> <p>Dato clínico anotado en el expediente médico.</p> <p>Dato clínico anotado en el expediente médico.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Razón</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p> <p>Boleta de recolección de datos</p> <p>Boleta de recolección de datos</p>
<p>Crterios asociados para el diagnóstico de DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ictiosis Vulgaris 	<p>Datos clínicos los cuales según la Asociación Americana de Dermatología en revisión de los criterios de Hanif y Rajka en 2003 han indicado ayudan a sugerir el diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Ictiosis Vulgaris:</u> Presencia de escamas que cubren la cara, cuello, oídos, espalda y superficie de extensión pero no la de flexión. - <u>Hiperlinealidad Palmar:</u> lesión 	<p>Dato clínico anotado en el expediente médico.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Hiperlinealidad Palmar - Respuestas vasculares atípicas - Acentuación perifolicular / liquenificación / prurigo - Lesiones oculares / periorbitarios - Lesiones periorales /periauriculares 	<p>en piel con aumento de líneas y pliegues palmares</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Respuestas vasculares atípicas</u>: característica de piel dados por palidez facial, dermatografismo blanco, blanqueo retardado. - <u>Acentuación perifolicular / liquenificación / prurigo</u>: lesiones en piel descamativas, engrosadas o endurecidas por prurito intenso. - <u>Lesiones oculares / periorbitarios</u>: Lesiones descamativas, eritematosas o pruriginosas en la región alrededor del globo ocular. - <u>Lesiones periorales /periauriculares</u>: Lesiones descamativas, eritematosas o pruriginosas en la región alrededor de boca y auricular 	<p>Dato clínico anotado en el expediente médico.</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p> <p>Boleta de recolección de datos.</p>
<p>Prevalencia de Dermatitis Atópica</p>	<p>Proporción de pacientes de un grupo o una población que presentan Dermatitis Atópica e un momento o un período determinado.</p>	<p>Se calcula mediante la siguiente fórmula:</p> <p>(Pacientes con diagnóstico de DA / Total de pacientes en consulta externa de Dermatología) * 100</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>Tablas de consolidados</p>

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

4.6.1. Técnicas

- Recolección de datos del expediente clínico hospitalario: Posterior a las jornadas de atención de consulta externa se solicitó a la sección de estadística el total de pacientes con primer diagnóstico de Dermatitis Atópica y por medio de número de afiliación se obtuvo del expediente clínico los datos requeridos en la boleta de recolección de datos.

4.6.2. Procedimientos

- Evaluación y aprobación del protocolo de investigación por el comité de investigación y docencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General de Enfermedades, Departamento de Pediatría.
- Se obtuvo en la boleta de recolección de datos las variables a estudio.

4.6.3. Instrumentos

- Como instrumento de recolección de datos se utilizó una boleta identificada con el encabezado y logo de la Universidad de San Carlos de Guatemala y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, número de correlativo, conteniendo un cuestionario estructurado con preguntas y respuestas, y las casillas consignadas para los aspectos clínicos encontrados en el expediente clínico correspondiente.

4.7. Procesamiento y análisis de datos

4.7.1. Procesamiento de datos:

Los resultados obtenidos en la boleta de recolección de datos fueron agrupados y clasificados manualmente, utilizando el programa de Microsoft Excel 2010, se elaboraron tablas y gráficas para almacenar datos.

4.7.2. Análisis de datos:

Utilizando procedimientos estadísticos se determinó la prevalencia de Dermatitis Atópica con respecto a la población estudiada. Se procesaron y analizaron los datos mediante tablas y gráficas las características epidemiológicas y los criterios clínicos para Dermatitis Atópica de los pacientes estudiados.

4.8. Alcances y límites de la investigación

4.8.1. Alcances:

Debido a que la clínica de Dermatología es de referencia nacional se obtuvo datos actualizados acerca de la presentación clínica y epidemiológica de los pacientes con Dermatitis Atópica que consultaron al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para un diagnóstico oportuno y correcto de ésta patología

4.8.2. Límites:

Se limitó únicamente a la población beneficiaria cubierta por el seguro social ya que solo se da consulta médica hasta menores de 7 años por lo que se tendrá un parámetro limitado en la distribución de la edad. Al momento de la recolección de datos las características referidas por los padres de familia o tutor encargado y las características clínicas que se evaluaron no coincidieron con los criterios diagnósticos requeridos en la boleta de recolección de datos.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

El diseño y procedimiento de la investigación representan un riesgo mínimo para los pacientes a estudio, por lo que se considera de categoría I, en donde únicamente se realizó una evaluación del expediente clínico del paciente con diagnóstico de Dermatitis Atópica. Toda la información individual recolectada es utilizada únicamente con fines estadísticos y científicos para la investigación con privacidad de los datos de los pacientes.

V. RESULTADOS

TABLA No. 1
DISTRIBUCION POR EDAD

Edad	No. de pacientes (n=109)	Porcentaje (%)
Menor 1 mes	0	0
1-12 meses	27	24.77
13-60 meses	64	58.72
Mayor 60 meses	18	16.51
TOTAL	109	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA No. 2
DISTRIBUCIÓN POR GENERO

Sexo	No. de pacientes (n=109)	Porcentaje
Masculino	59	54.13
Femenino	50	45.87
TOTAL	109	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA No. 3

DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA

Procedencia	No. de Pacientes (n=109)	Porcentaje
Guatemala	41	37.61
Zacapa	17	15.59
Santa Rosa	13	11.92
Escuintla	8	7.34
El progreso	6	5.50
Baja Verapaz	5	4.58
Chiquimula	5	4.58
Chimaltenango	5	4.58
Jutiapa	4	3.67
San Marcos	2	1.83
Izabal	1	0.92
Huehuetenango	1	0.92
Alta Verapaz	1	0.92
TOTAL	109	100

TABLA No. 4

DISTRIBUCION POR CRITERIOS ESENCIALES DE DIAGNÓSTICO PARA DERMATITIS ATÓPICA

Criterios esenciales	No. de pacientes (n=109)	Porcentaje
Curso crónico o recidivante	105	96.33
Cambios eccematosos en cuello y superficies de extensión en extremidades	80	73.39
Prurito	67	61.47
Respeto de pliegues axilares o inguinales	67	61.47
Lesiones flexurales retroauriculares, en tronco y glúteo, presentes o previos	42	38.53

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA No.5

DISTRIBUCION POR CRITERIOS IMPORTANTES DE DIAGNÓSTICO PARA
DERMATITIS ATÓPICA

Criterios importantes	No. pacientes (n=109)	Porcentaje
Edad de comienzo temprana	109	100
Antecedente familiar o personal de atopía	55	50.46
Xerosis	2	1.83

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCIÓN POR CRITERIOS ASOCIADOS DE DIAGNÓSTICO PARA DERMATITIS
ATÓPICA

Criterios Asociados	No. Pacientes (n=109)	Porcentaje
Ictiosis vulgaris	2	1.83
Hiperlinealidad palmar	3	2.75
Lesiones oculares / periorbitarios	13	11.93
Respuestas vasculares atípicas	18	16.51
Lesiones periorales / periauriculares	19	17.43
Acentuación perifolicular / liquenificación / prurigo	49	44.95

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA No. 7

PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA

PREVALENCIA	$(109/3498) * 100 = 3.11\%$
-------------	-----------------------------

Fuente: Datos obtenidos del departamento de estadística.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante los meses de enero de 2014 a marzo de 2015 en la consulta externa de Dermatología Pediátrica en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social fueron vistos un total de 3,498 pacientes en primera consulta de los cuales se documentaron 109 pacientes con Dermatitis Atópica, y se evaluaron sus expedientes para recolectar los datos a continuación presentados.

La Dermatitis Atópica se define como un proceso inflamatorio crónico, recurrente de la piel, caracterizado por lesiones eczematosas, pruriginosas y falta de lubricación de las capas superficiales de la piel (1). En Latinoamérica se estima que en un 60% de los casos la enfermedad inicia antes del primer año de vida, determinándose dermatitis atópica del lactante y suele reaparecer a los 2 años de edad determinándose dermatitis atópica infantil o iniciar nuevamente en la edad adulta, con exacerbaciones en temporadas de climas extremos y al presentar alteraciones emocionales (4) El estudio realizado evidenció que el 58.72% se encontraban en el rango de edad de 13 a 60 meses, el 24.77% era entre 1 a 12 meses, el 16.51% era mayor a 60 meses y no se evaluaron pacientes con este diagnóstico menores de 1 mes con un 0%, por lo que podemos evaluar que varía levemente con respecto a estadísticas previas ya que la mayor cantidad de población encontrada se situó en el rango de 13 a 60 meses, sin embargo el segundo lugar fue entre los rangos de edad de 1 a 12 meses, siempre en el periodo de lactante e infantil.

Comparado con estudios realizados en México en donde el 68.5% representó al sexo masculino en el actual estudio la presentación es similar con el 54.13% de pacientes pertenecientes al sexo masculino y el 45.87% al sexo femenino, indicando que a nivel mundial no se hace referencia en diferencias entre los distintos sexos (8).

Existen factores predisponentes para el desarrollo de la enfermedad que incluyen desde genéticos y hereditarios hasta alteraciones de limpieza o exceso de la misma por lo que según teorías de la etiología indican que la población con mayor acceso a medidas higiénicas y a sensibilización alérgica por alimentos, polen o ácaro es la más propensa, según la procedencia de la referencia a la clínica de Dermatología se documentó que el 37.61% es de el departamento de Guatemala, el 15.59% de Zacapa, el 11.92% de Santa Rosa, el 7.34% de Escuintla, el 5.50% de El progreso, el 4.58% de Baja Verapaz, Chimaltenango y Chiquimula, el 3.67% de Jutiapa, el 1.83% de San Marcos, y el 0.92%

de Izabal, Huehuetenango y Alta Verapaz, evidenciando que en las áreas en donde existe una mayor urbanización y acceso a servicios básicos es en donde mayor se evidenció esta patología.

El diagnóstico debe basarse siempre en una historia clínica completa y evaluación clínica, en 1980 se propuso los criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka, sin embargo en 2003 fueron revisados y actualizados por la Academia Americana de Dermatología, en donde debe evidenciarse 3 criterios esenciales o 2 esenciales y 3 criterios importantes y asociados. Al evaluar los criterios diagnósticos esenciales se obtuvo que el 61.46% de los pacientes presentó prurito, el 96.33% tiene un curso crónico o recidivante, el 73.39% de las lesiones respeta pliegues axilares o inguinales, el 61.47% presentan cambios eczematosos en cuello y superficies de extensión en extremidades y el 38.53% presentan lesiones flexurales retroauriculares, en tronco y glúteo, esto apoya la definición en que la enfermedad es de presentación crónica, asociado a prurito que es la característica que mas afectación emocional conlleva así como las lesiones eczematosas en cuello y superficies de extensión de las extremidades (19, 20)

Dentro de los criterios importantes de diagnóstico el 100% presentó edad de comienzo temprana, con lo que observamos concuerda con la epidemiología latinoamericana en donde se presentará en el 60% de los pacientes antes del primer año de vida, el 50.46% tiene antecedente familiar o personal de atopia, como descrito en la bibliografía en donde los hijos de padres atópicos tienen un 70% de probabilidad de desarrollar la enfermedad definido como el factor genético y hereditario para desarrollarla y el 1.83% presento Xerosis, característica definida como disminución en la humedad o grasa de la epidermis, la cual es descrita con alta frecuencia en esta patología sin embargo una de las limitaciones del estudio fue que las características solicitadas en la boleta de recolección de datos que se describen como los criterios diagnósticos no se encontraban exactamente como solicitadas en los expedientes clínicos (19, 20).

En los criterios asociados de diagnóstico el 16.51% presento respuestas vasculares atípicas tales como palidez facial, descritas principalmente en las hojas de traslado de las unidades periféricas, el 44.95% presento prurigo, descritos en muchas definiciones como una característica que puede presentarse muchas veces en lugar de lesiones eczematosas, el 18.44% lesiones periorales o periauriculares, el 11.93% presento lesiones oculares o periorbitarias, el 2.75% hiperlinealidad palmar y el 1.83% ictiosis vulgar, estas características encontradas en menor medida, similar a la literatura en

donde son tomadas como criterios asociados para reforzar el diagnóstico de la patología (19, 20).

La prevalencia de Dermatitis Atópica en la consulta externa de Dermatología en primera consulta es de 3.11%, recordando que es una clínica de referencia nacional sin embargo al no tener una esquematización correcta del diagnóstico la convierte en una patología mal diagnosticada en unidades periféricas y el retardo que esto contribuye a su traslado a la clínica de Dermatología Pediátrica ya que se observa el contraste con la prevalencia a nivel mundial en donde afecta de un 10 a 30% de la población así como se presenta una prevalencia en Latinoamérica de 10% (1). Los resultados indican la necesidad de abordar esta patología en forma oportuna ya que si es cierto no es considerada una enfermedad letal, si es una causa importante de recaídas, consultas constantes, gasto a la economía familiar y del sistema de salud y principalmente una de las causas más importantes de padecimiento emocional para los pacientes.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Los criterios diagnósticos identificados en el paciente con Dermatitis Atópica fue la presentación crónica o recidivante en 96.33%, las lesiones respetan pliegues axilares o inguinales en 73.99%, los cambios eccematosos se observan en cuello y superficies de extensión de extremidades en 61.47%, prurito en 61.46%, es de edad temprana en 100%, asociado a antecedente familiar o personal de atopia en 50.46% y presentan lesiones pruriginosas en 44.95%.

6.1.2 Los criterios esenciales que fueron principalmente encontrados son el curso crónico o recidivante en 96.33%, las lesiones respetan pliegues axilares o inguinales en 73.99%, prurito en 61.46%, los cambios eccematosos se encuentran en cuello y superficie de extensión de extremidades en 61.47% y el 38.53% presentan lesiones flexurales retroauriculares, en tronco y glúteo

6.1.3 Los criterios importantes se distribuyeron en edad de comienzo temprana en 100%, el 50.46% tiene antecedente familiar o personal de atopia, y el 1.83% presento Xerosis.

6.1.4 Los criterios asociados se encontró que el 44.95% presento prurigo, el 18.44% lesiones periorales o periauriculares, 16.51% presento respuestas vasculares atópicas tales como palidez facial, el 11.93% presento lesiones oculares o periorbitarias, el 2.75% hiperlinearidad palmar y el 1.83% ictiosis vulgar.

6.1.5 Las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos con Dermatitis atópica fueron que el 58.72% se encontraban en el rango de edad de 13 a 60 meses, el 54.13% de pacientes son del sexo masculino y el 37.61% son del departamento de Guatemala.

6.1.6 La prevalencia de Dermatitis Atópica fue de 3.11%.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Desarrollar programas enfocados en esquematizar el diagnóstico mediante la identificación de los criterios de Dermatitis Atópica en las unidades periféricas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para obtener un diagnóstico oportuno sin retraso en el tratamiento.
- 6.2.2** Realizar traslado del paciente con Diagnóstico de Dermatitis Atópica al departamento de Psicología para seguimiento psicológico ya que se considera las alteraciones emocionales la consecuencia más importante.
- 6.2.3** Efectuar estudios de calidad de vida a los pacientes con Diagnóstico de Dermatitis Atópica.
- 6.2.4** Ampliar el estudio con evaluación de los pacientes con recidivas y realizar pruebas SCORAD como herramienta para evaluar la evolución de la Dermatitis Atópica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Pediatría de México. Perfil Clínico de los pacientes con dermatitis atópica. [en línea] enero-febrero 2000, actualización 2009, [accesado 26 Ene 2013]; Vol. 9, Núm. 1; Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=35&IDARTICULO=2332&IDPUBLICACION=358>
2. Sanchez H. Calidad de vida de padres, e hijos con dermatitis atópica en el Instituto de Dermatología y Cirugía de piel. Universidad Mariano Gálvez. [en línea] Oct 2010 [accesado 24 Ene 2013] Disponible en: <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/46239.pdf>
3. Olmos C, Ramón K. Dermatitis Atópica: ¿qué hay de nuevo?. [en línea] 2009 [accesado 26 Ene 2013] Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_1/Dermatitis_Atopica.pdf
4. Fonseca E. Dermatitis Atópica. AEP . [en línea] 2009 [accesado 22 Ene 2013] Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica.pdf>
5. Departamento de Estadística. Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
6. Universidad de cardevilla. Revista de Dermatología, [en línea] 2009 [accesado 26 Ene 2013] Disponible en: <http://bvrevistas/dermatología/v3n1/revista.htm>
7. Martínez C, Morris V, Carou J, Simi M. Morbilidad dermatológica en la unidad sanitaria "1o de mayo", Lanús Este, Buenos Aires, agosto de 2009 a enero de 2010. [en línea] 2010 [accesado 29 Ene 2013] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2010000200001
8. Valda L, Oroz J, Castillo P. Dermatitis atópica: Etiopatogenia, diagnóstico y manejo terapéutico. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile [en línea] 2001 [accesado 29 Ene 2013] Disponible en: http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/CONTROLS/NEOCHANNELS/Neo_CH6258/Deploy/dermatitis_atopica.pdf
9. Martín M. Guía de tratamiento de la Dermatitis atópica en el niño. 2 edición. Madrid. Chile [en línea] 2011 [accesado 29 Ene 2013] Disponible en:

<http://www.seicap.es/documentos/archivos/Guia%20dermatitis%20at%C3%B3pica%202012%20edicion%20prot.pdf>

10. GalasdeGuatemala.com, Proyecto cultural y fotográfico. [en línea]. Guatemala: GalasdeGuatemala.com; 2012 [accesado 17 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.galasdeguatemala.com/k-guatemala-por-dentro-1-departamento-de-guatemala-32-ciudad-de-guatemala-6.htm>

12. Guatemala. Instituto Nacional de Sismología, Vulcanología, Meteorología e Hidrología. Datos meteorológicos de los departamentos. Normales climáticas. Guatemala: INSIVUMEH; 2012.

13. Organización Mundial de la Salud. Datos estadísticos en Guatemala. [en línea]. Guatemala: OMS; [en línea] 2010 [accesado 20 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/gtm/es/>

14. Guatemala.costasur.com Guatemala arte y cultura [en línea]. Guatemala: Guatemala.costasur.com; [en línea] 2010 [accesado 23 Feb 2012]. Disponible en: <http://guatemala.costasur.com/es/arte-cultura.html>

15. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de población en base al censo ENCOVI 2002. Guatemala: INE. 2012

16. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Portal online. [en línea] 2013 [accesado 23 Mar 2012] Disponible en: <http://www.igssgt.org/>

17. Barcos F. Rojas P. Dermatitis Atópica en los niños, diagnóstico y manejo no farmacológico. Universidad Católica de Chile. [en línea] 2013 [accesado 23 Mar 2012] Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/081.html>

18. Portal Médico para Padres de la Asociación Española de Pediatría. Asociación Española de Pediatría. [en línea] 2008 [accesado 23 Mar 2012] Disponible en: <http://www.postadopcion.org/pdfs/DermatitisAtopica.pdf>

19. Herrera M. Gálvez M. Barrera M. Dermatitis Atópica. [en línea] 2010 [accesado 23 Mar 2012] Disponible en :<http://www.e-dermatosis.com/pdf-zip/Derma018.pdf>

20. Maspero J. Criterios Diagnósticos en Dermatitis Atópica. Fundación CIDEA. [en línea] 2010 [accesado 27 Mar 2013] Disponible en:

http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/ep_maspero.pdf

21. Fundación Mexicana de la Dermatitis Atópica. SCORAD [en línea] 2010 [accesado 27 Mar 2013] Disponible en: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/es/espacio-profesionales-de-la-salud/scorad-y-po-scorad>

22. Sendagorta E. de Lucas R. Tratamiento de la Dermatitis Atópica. Hospital Universitario la Paz. Madrid. Revista Pediátrica en atención primaria . [en línea] 2009; S11 15:s49-s67 [accesado 30 Mar 2013] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000300004&script=sci_arttext

23. Gómez C. Calidad de vida en pacientes pediátricos con Dermatitis Atópica tratados con ELIDEL. Farmacéutica ReES. España. [en línea] 2005 [accesado 30 Mar 2013] http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/43/08_pdf/elidel.pdf

24. Fonseca Capdevila E. Dermatitis atópica. Protocolo terapéutico. [en línea] [accesado 30 Mar 2013] Disponible en www.especialistasdermatologia.com

25. Barcos F. Rojas P. Dermatitis Atópica en los niños, diagnóstico y manejo no farmacológico, medidas preventivas. Universidad Católica de Chile. [en línea] 2013 [accesado 23 Mar 2012] Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/081.html>

VIII. ANEXOS

8.1. Boleta de Recolección de Datos

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Ciencias Médicas
 Escuela de Estudios de Postgrado
 Maestría en Pediatría

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica
 Del paciente pediátrico
 Investigadora: Dra. Ivonne Castañeda**

FECHA		NO. DE BOLETA	
NOMBRE		No. AFILIACION	
EDAD		SEXO	
RESIDENCIA			

CRITERIOS ESENCIALES PARA DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS ATÓPICA		
Prurito	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Cambios eccematosos en cuello y superficies de extensión en extremidades	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Lesiones flexurales retroauriculares, en tronco y glúteo, presentes o previos	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Respeto de pliegues axilares o inguinales	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Curso crónico o recidivante	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

CRITERIOS IMPORTANTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS ATÓPICA		
Edad de comienzo temprana	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Antecedente familiar o personal de atopía	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Xerosis	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

CRITERIOS ASOCIADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS ATÓPICA		
Ictiosis vulgaris	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Hiperlinealidad palmar	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Respuestas vasculares atípicas <ul style="list-style-type: none"> - Palidez facial - Dermografismo blanco - Blanqueo retardado 	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Acentuación perifolicular / liquenificación / prurigo	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Lesiones oculares / periorbitarios	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Lesiones periorales / periauriculares	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para producir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATITIS ATÓPICA**”, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.