



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DERMATITIS ATÓPICA EN
NIÑOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNA
CLÍNICA PRIVADA DE LIMA 2019**

PRESENTADO POR
ROSA ANGELICA NARVAEZ CARRASCO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGIA**

ASESOR
JORGE LUCERO TAMAYO

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DERMATITIS ATÓPICA EN
NIÑOS DE CONSULTA EXTERNA EN UNA
CLÍNICA PRIVADA DE LIMA 2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGIA

PRESENTADO POR

ROSA ANGELICA NARVAEZ CARRASCO

ASESOR

DR. JORGE LUCERO TAMAYO

LIMA, PERÚ

2022

ÍNDICE

	Págs.
Portada.....	i
Índice.....	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.1. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación.....	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad.....	4
1.5. Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases Teóricas	11
2.2.1. Aspectos teórico conceptuales sobre dermatitis atópica	11
2.3. Definición de términos básicos.....	26
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	28
3.1. Formulación de la hipótesis	28
3.1.1. Hipótesis principal:.....	28
3.2. Variables y su definición operacional	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	32
4.1. Diseño metodológico.....	32
4.2. Diseño muestral	32
4.3. Técnicas de recolección de datos	33
4.4. Procesamiento y análisis de datos.....	34
4.5. Aspectos éticos.....	34
CRONOGRAMA	35
PRESUPUESTO	36
FUENTES DE INFORMACIÓN	37

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Anexo 3. Consentimiento informado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica caracterizada por un intenso prurito, muy frecuente en la edad pediátrica y con diversas repercusiones en distintos ámbitos del paciente sobre todo en la calidad de vida del niño y en sus familias ⁽¹⁾. Sánchez-Saldaña L. ⁽²⁾ agrega que es una dermatosis inflamatoria recidivante, muy pruriginosa que en la mayoría de los casos está asociada a los antecedentes personales o familiares de atopía (asma, rinitis alérgica o eczema).

Es una enfermedad causada por factores entre los que destacan los genéticos, ambientales, alteraciones o anomalías en la función de la barrera cutánea y desregulación inmune, tiene una distribución topográfica específica según la edad del paciente y se caracteriza por brotes de placas eritematosas y escamosas⁽³⁾, por lo que su estudio es necesario para implementar estrategias de abordaje en el diagnóstico médico precoz y tratamiento oportuno.

La prevalencia varía según la zona geográfica y su grado de desarrollo. En la población infantil pueden encontrarse manifestaciones entre un 5% y 10% ⁽¹⁾. La prevalencia en la población general no es precisa, se estima que entre el 15% y 30% de los niños de países desarrollados sufren la enfermedad, siendo más altas en las zonas urbanas y en poblaciones con mayor nivel de vida ⁽⁴⁾, de ellos, 60% se diagnostican antes del año y 85% después de los 5 ^(2,5), las cifras de pacientes afectados en las últimas décadas se han triplicado, constituyendo un problema de salud pública prioritario a nivel mundial ^(3,4).

La incidencia es parecida en ambos sexos, pero existen diferencias como las de raza, localización geográfica que posiblemente estén asociadas a otros factores ambientales para la aparición de la enfermedad, como a la existencia de familiares

hasta segundo grado en porcentajes considerables de 19% a 39%. Esto señala una marcada predisposición genética para el desarrollo de la enfermedad.

La dermatitis atópica genera impacto en la calidad de vida de los pacientes y familias especialmente en la esfera psicoemocional ⁽⁶⁾, estimándose que el aumento de la prevalencia está asociado al modo de vida occidental. Los niños afectados tienen un riesgo elevado de desarrollar trastornos de hiperactividad, y si se asocian problemas del sueño, desarrollan con mayor incidencia trastornos psicoemocionales y de conducta, los cuales aumentan la sintomatología de esta enfermedad ⁽⁴⁾ a través de neurolépticos.

Generalmente, los familiares de estos pacientes también se ven afectados, evidenciándose que solo un 3,4% de ellos tienen calidad de vida dentro de los estándares normales, el 23,3% refiere afectación leve, 66,4% moderada y 6,9% severa ⁽⁶⁾.

A nivel de *Latinoamérica el International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)* fase tres reportó el 2010 una prevalencia de 11,3% en niños de seis a siete años, y una prevalencia de 12,8% en adolescentes de Lima ⁽⁷⁾. En Perú, no existen evidencias concretas acerca de las tasas de prevalencia; sin embargo en la Clínica Privada de Lima Metropolitana sede del presente estudio, de manera cotidiana se observa un gran número de estos casos en la consulta médica los cuales acuden tardíamente porque probablemente no conocen las implicancias de esta enfermedad, por falta de especialistas y/o de accesibilidad por los costos que ello implica, lo que repercute en la baja calidad de vida en estos pacientes y sus familiares en nuestro país.

Al entrevistar a algunas madres de familia respecto a la enfermedad de sus niños refieren que están siempre “rascándose” y produciendo “más heridas” “que les han dicho que solo es cuestión de higiene”, “que deben bañarlos todos los días” “pero ven que la situación no mejora” lo que les produce “temor y ansiedad”.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo asociados a la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados a la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019.

1.3.1. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados a la prevalencia de dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa a una clínica privada de Lima 2019.
- Determinar la relación de los factores de riesgo familiares de atopia (asma, rino-conjuntivitis alérgica, dermatitis, otros) asociados a dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019.
- Determinar la relación de los factores de riesgo personales (edad, sexo, consumo de medicamentos, lactancia materna) asociados a dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019.
- Determinar la relación de los factores de riesgo ambiental (mascotas, exposición a tráfico pesado, polvo) asociados a dermatitis atópica en los pacientes en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019.

1.4. Justificación

1.4.1 Importancia

La dermatitis atópica infantil es una enfermedad que se presenta a nivel mundial, con elevada prevalencia sobre todo en los países subdesarrollados, por lo que se considera una prioridad en salud pública. Incide en forma negativa en el bienestar del paciente y la familia, genera cambios en el estilo de vida e impacta en el área económica y social familiar.

La presente investigación es relevante, ya que no se cuenta con mucha información en el país sobre los factores de riesgo asociados a los pacientes con dermatitis atópica y particularmente en instituciones privadas como las Clínicas.

El presente trabajo proporcionará evidencias científicas que permitan a los profesionales médicos establecer estrategias para el diagnóstico y tratamiento oportuno, orientado también hacia la prevención de la enfermedad, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología.

Los resultados servirán de base para la realización de otras investigaciones de corte cuantitativo, cualitativo o mixto que permita un mejor abordaje personalizado de los factores de riesgo en pacientes con dermatitis atópica contribuyendo así con la solución de la problemática de salud pública en el país.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El presente trabajo de investigación es viable, debido a que la Clínica Privada donde se recopilará la información ha autorizado la ejecución del presente proyecto de investigación.

En la Clínica área de estudio existe afluencia cotidiana de pacientes con dermatitis atópica, lo cual favorece el acceso a la población en estudio.

Se cuenta con tiempo, recursos económicos y logísticos necesarios para efectuar la presente investigación. Así mismo, con los recursos humanos necesarios: asesor docente, estadístico y otros.

Por ser un estudio cuantitativo descriptivo, no existen problemas éticos en la realización del mismo.

1.5. Limitaciones

Se considera una probable limitación que las madres de los niños que van a participar en la investigación no deseen hacerlo por temor o miedo a que algo pueda ocurrir con los mismos, repercutiendo en el tamaño de muestra y por ende demandando más tiempo del establecido para el proceso de recojo de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Folgar M, Ramos M y Pastrana K. en el año 2019, realizaron una investigación con el objetivo de conocer la prevalencia de Dermatitis Atópica en niños de Honduras; y su relación con la edad, sexo. Estudio descriptivo transversal, muestra 622 niños y adolescentes entre 6 a 7 años y 13 a 14 años. Instrumento de la fase uno del estudio ISAAC entre febrero y mayo de 2016. Resultados: la prevalencia total de dermatitis atópica entre los tres lugares fue de 26.5%, siendo más prevalente en el grupo de edad de 6 a 7 años y del sexo masculino. ⁽⁸⁾

Mateo M, Sanclemente G. y Barrera L. en el año 2021, realizaron una investigación con el objetivo de “evaluar las características sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida en pacientes con dermatitis atópica residentes en Medellín y su área metropolitana”. El estudio de transversal descriptivo de pacientes que consultaron en los centros de referencia de la ciudad de Medellín, a quienes se le aplicó una encuesta en torno a las variables sociodemográficas y clínicas a una población de 113 pacientes en el periodo comprendido entre junio de 2018 a marzo de 2020. Resultados: Los antecedentes o comorbilidades de la población de estudio más alto fue el de déficit de atención con 38.1 %, dermatitis atópica infantil con 44.2 %, asma 44.2 %, Rinitis alérgica 46 % y siendo considerablemente elevado con 82.3 % dermatitis atópica en antecedentes familiares. ⁽¹⁰⁾

Suárez L, León O, Sánchez E, Bassols E, en el año 2017, publicaron una investigación sobre intervención educativa para disminuir los factores de riesgo identificados en niños con dermatitis atópica, enfermedad con una incidencia significativa en un municipio en Cuba. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, identificando sus factores genéticos y medio ambientales ⁽⁹⁾. Instrumento: una encuesta. Población 60 familias y muestra 30, consideraron como criterio de

inclusión tener alguno de estos factores. Conclusión: la estrategia educativa contribuyó a transformar los estilos de vida en las familias estudiadas. ⁽⁹⁾

Mateo M, Sanclemente G. y Barrera L. en el año 2021, realizaron una investigación con el objetivo de “evaluar las características sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida en pacientes con dermatitis atópica residentes en Medellín y su área metropolitana”. El estudio de transversal descriptivo de pacientes que consultaron en los centros de referencia de la ciudad de Medellín, a quienes se le aplicó una encuesta en torno a las variables sociodemográficas y clínicas a una población de 113 pacientes en el periodo comprendido entre junio de 2018 a marzo de 2020. Resultados: Los antecedentes o comorbilidades de la población de estudio más alto fue el de déficit de atención con 38.1 %, dermatitis atópica infantil con 44.2 %, asma 44.2 %, Rinitis alérgica 46 % y siendo considerablemente elevado con 82.3 % dermatitis atópica en antecedentes familiares. ⁽¹⁰⁾

Garnica P, Zúñiga C y Huerta J, en el año 2015, en una investigación sobre Actualidades en el tratamiento sistémico de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos, realizaron revisión de la literatura con el objeto de conocer los fármacos más utilizados en niños con dermatitis atópica severa, las indicaciones que actualmente se conocen, su seguridad al administrarse en población pediátrica, la dosis óptima establecida, los posibles efectos adversos y su seguimiento⁽¹¹⁾. Los resultados evidencian que lo más importante en el tratamiento de la dermatitis atópica es el emoliente y los esteroides tópicos, en el caso de pacientes con lesiones extensas el abordaje sistémico es la opción más efectiva; sin embargo, hace falta mayor literatura en pacientes pediátricos. ⁽¹¹⁾

Bedolla B, Barrera A. y Morales J, en el año 2010, realizaron una investigación sobre Prevalencia y Factores asociados a dermatitis atópica en escolares, la muestra estuvo conformada por escolares menores de 12 años, por estratos y conglomerados de escolares, el instrumento que aplicaron fue un “*cuestionario central del Estudio Internacional de Asma y Alergias en Niños (ISAAC)*”. Resultados:

la prevalencia de esta afección fue de 3.0% y la existencia de síntomas de 6.8% en los últimos 12 meses. ⁽¹²⁾

Salamanca A y Hewitt-Ramírez en el año 2010, realizó una investigación sobre Factores biológicos y psicológicos en la dermatitis atópica, donde se describe que es una enfermedad crónica con graves secuelas en el área psicológica de la persona, mediada por el sistema inmune, y que la ansiedad y depresión influyen en el sistema nervioso central, periférico y en el factor hormonal, lo que incide directamente en el desarrollo de la enfermedad y vulnerabilidad a la misma. ⁽¹³⁾

Álvarez B, en el año 2009, desarrolló una investigación donde se describe un resumen de las intervenciones usadas para el tratamiento y prevención de la dermatitis atópica. Se revisaron bases de datos secundarias y guías de práctica clínica con el objetivo de ofrecer una visión general de la eficacia de estas medidas ⁽¹⁴⁾. Encontró que el tratamiento de la DA debe basarse en aplicación de emolientes y fármacos tópicos, como el uso de corticoides en las RDA. Solo cuando el paciente no obtenga mejoría y siempre que el niño sea mayor de 2 años, pueden indicarse los inhibidores tópicos de la calcineurina que, solo se aplicarían en las zonas afectadas y por el período de tiempo estrictamente necesario hasta la remisión de las lesiones. ⁽¹⁴⁾

Conde-Taboada A, Gonzàles-Barcala F y Toribio J. en el año 2008, realizaron una investigación sobre Dermatitis Atópica infantil: Revisión y Actualización, en la cual describieron que es una enfermedad a nivel mundial, con elevada prevalencia en países desarrollados, lo que la ha convertido en una prioridad de salud ⁽¹⁵⁾. En esta revisión se encuentran diversos conceptos actualizados sobre terminología aplicada, epidemiología, etiopatogenia, medidas de la gravedad, influencia en la calidad de vida del paciente y familia, el impacto económico y los tratamientos que conlleva esta enfermedad ⁽¹⁵⁾. Evidenciándose como medidas importantes para la prevención el uso de corticoides tópicos, aplicación de glucocorticoides sobre la piel

sana y emolientes. Los corticoides sistémicos se recomiendan para controlar brotes agudos de eccema. ⁽¹⁵⁾

Suárez-Varela M, et al. en el año 2007, realizaron una investigación para conocer la Prevalencia de DA y los factores nutricionales en niños de 6-7 años. Estudio descriptivo. Instrumento: cuestionario validado y estandarizado del estudio ISAAC de fase III, que permitió conocer la prevalencia de DA en niños y compararla con otros centros, y también en relación al consumo de alimentos. ⁽¹⁶⁾

Población conformada por niños de 6 a 7 años. Resultados: Se encontró prevalencia de DA clínicamente diagnosticada en promedio de 15,35%. En cuanto a los nutrientes, fue bueno el consumo de lácteos, cereales y aceite de oliva, sin embargo, la ingesta de frutas, verduras, pescados y legumbres fue baja. Sería necesario realizar futuros estudios sobre el tema. ⁽¹⁶⁾

Salas-Alanís J, López-Lozano H, McGrath J, en el año 2007, realizaron una investigación para conocer los Factores de riesgo genético en dermatitis atópica en la cual, describieron mediante ensayos multifactoriales genes únicos causantes de desórdenes mendelianos por medio de análisis genéticos, polimorfismo de nucleótidos o estudios de detección de genes candidatos. Se determinó que hay más de 300 bases genéticas con desórdenes recesivos, dominantes o ligados al cromosoma X que tienen un fenotipo o expresión cutánea ⁽¹⁷⁾. Documenta como la genética incide en la dermatosis inflamatoria y la atópica, explicando que las mutaciones que provocan pérdida de función en la codificación genética de la proteína de barrera cutánea, la filagrina, son un factor de riesgo para desarrollar dermatitis atópica y el asma. ⁽¹⁷⁾

Rincón C. et al., en el año 2021 realizaron una investigación sobre “características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel”, con el objetivo de describir tales características. Métodos: El estudio fue de tipo observacional, retrospectivo y transversal, registrándose datos demográficos, gravedad de la dermatitis atópica, fenotipo clínico, IgE sérica total, presencia de

comorbilidades alérgicas y no alérgicas, ansiedad y depresión. El estudio fue dirigido mediante entrevista en la escala de Hamilton. El estudio se desarrolló a través de la estadística descriptiva inferencial, considerando una significancia estadística con $p < 0.05$, se aplicó a una población de 187 pacientes con una edad mediana de 12 años. Resultados: “Se encontraron diferencias respecto al sexo y gravedad ($p < 0.05$). La dermatitis atópica leve se presentó en 57.8 %, la moderada en 20.9 % y la grave en 21.4 %. La gravedad estuvo asociada a comorbilidades alérgicas como asma ($p = 0.001$) y conjuntivitis alérgica ($p < 0.001$). La dermatitis atópica grave se asoció a ansiedad y depresión ($p < 0.05$), así como afectación ocular ($p < 0.001$)”.⁽¹⁸⁾

Fajardo L. et al. En el año 2022 realizaron un estudio con el objetivo de describir las generalidades, tratamiento de la dermatitis atópica en e área pediátrica, realizaron una investigación de tipo documental a través de la revisión bibliográfica en la base de datos de Scielo, Pubmed, Google academics y Mediagraphics, en idioma español, inglés y portugués, tomando como referencia bibliografías de los últimos 5 años. Resultados: Las investigaciones sobre dermatitis atópica dieron como resultado que la mayor incidencia de esta patología están en los países en vías de desarrollo, señalan que en Ecuador el 22,5 % de niños padecen esta enfermedad, de los cuales del 20 % al 60% están asociados a problemas respiratorios como la rinitis o el asma, y el 40 % y 60% están relacionados con antecedentes personales y familiares de atopia.⁽¹⁹⁾

Maldonado-Gómez W, Chuan-Ibañez J, Guevara-Vásquez G, Gutiérrez C y Sosa-Flores J. en el año 2019 realizaron un estudio con el objetivo de establecer asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en niños menores de 7 años en un hospital de Chiclayo Perú⁽⁷⁾. Estudio tipo casos y controles no pareado, evaluaron 260 casos y 280 controles, usaron los criterios establecidos para el diagnóstico de DA y una encuesta para los factores de riesgo. Resultados: Encontraron diferencias entre casos y controles en relación a la lactancia materna exclusiva, antecedente de atopía, educación de los padres, hábito de fumar y

procedencia ⁽⁷⁾ . Como resultado del análisis multivariado se halló que la lactancia materna exclusiva tendría un efecto protector sobre la presencia de dermatitis atópica (OR= 0,62; IC95%= 0,41-0,94)⁽⁷⁾.

Escarrer M. y Guerra, T. en el año 2019 realizaron una investigación y señalan que la dermatitis es una enfermedad crónica de la piel frecuente en la infancia, en tal sentido, el especialista debe establecer un diagnóstico de sospecha ante una dermatitis con intenso prurito con características de persistente o recurrente. El tratamiento de la enfermedad debe estar dirigido a disminuir los síntomas, prevenirlos y minimizar los riesgos de tratamiento, en el trabajo concluyen que los dos pilares fundamentales en el tratamiento médico de la enfermedad son la hidratación adecuada de la piel y la utilización de corticoides tópicos. ⁽²⁰⁾

Carrascosa J. y Morillas V. en el año 2020 realizaron un estudio con el objetivo de brindar actualización y controversias acerca de las comorbilidades en dermatitis atópica, considerando a ésta como un factor de riesgo para cualquier enfermedad atópica, principalmente cuando las manifestaciones cutáneas son persistentes y van de la mano de multisensibilización y de historia familiar. Así mismo, señalan que existen otros factores de confusión, así como el deterioro de la calidad de vida y la afectación psicológica que están asociadas a la dermatitis atópica que favorecerían hábitos no saludables, tales como el sedentarismo o tabaquismo incrementando el riesgo de morbimortalidad. Las citocinas proinflamatorias capaces de atravesar la hematoencefálica facilitarían un incremento de enfermedades psicológicas como la depresión, la ansiedad, la ideación suicida, también pueden influir otros factores como el prurito crónico o los trastornos de sueño. ⁽²¹⁾

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Aspectos teórico conceptuales sobre dermatitis atópica

Atopía

La atopia es un estado de hipersensibilidad, un problema hereditario relacionado con respuestas condicionadas por Ig E, alteraciones de la inmunidad celular y de la reactividad vascular que predispone a padecer diversas enfermedades ^(22,23).

La dermatitis atópica (DA)

Es un conjunto de anomalías y lesiones cutáneas que aparecen en los individuos atópicos, altamente pruriginosa ⁽²²⁾, de origen multifactorial ya que resultaría de la interacción de diversos factores como los genéticos, ambientales, y otros de carácter inmunológico⁽²²⁾; cursa con episodios de crisis, remisiones y según sus características clínicas y la edad de presentación, se divide en fases. Para el diagnóstico es necesario hacer una buena anamnesis y examen físico del paciente ⁽²³⁾.

La DA se inicia en la infancia y en menor frecuencia en la adultez. Caracterizada por prurito, morfología y distribución típica de las lesiones. Su prevalencia varía según las zonas geográficas y en general cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial; sin embargo, no se evidencian diferencias significativas en relación con el sexo.

Clínica

Las manifestaciones clínicas se dividen en etapas: del lactante, infante y adulto. Las llamadas dermatitis atópicas atópicas como la xerosis también son prevalentes, además, de otras enfermedades de la piel y anexos ^(22,23).

Manifestaciones típicas

La dermatitis atópica puede iniciar y concluir a cualquier edad. Los pacientes pueden desarrollar en forma continua o con intermedio lesiones de diversos estadios o desaparecer en forma repentina ^(22,23) y pueden variar en su morfología y distribución según la fase del eccema y la edad del paciente ⁽²⁴⁾. Las lesiones más frecuentes aparecen en el lactante, seguidas por las infantiles y las del adulto.

Dermatitis atópica del lactante

Aproximadamente inicia a partir de los cinco meses de vida, algunos desarrollan lesiones de eccema seborreico, que en forma gradual adquiere el aspecto de la dermatitis o eccema atópico ⁽²²⁾. Comúnmente produce prurito permanente y se localiza en la cara, cuero cabelludo, orejas, dorso de las manos y las zonas de extensión de las extremidades, no afecta las zonas alrededor de los ojos, nariz y boca^(22,24).

Las lesiones suelen ser pápulas o placas eritematosas y edematosas, muchas veces con erosiones, exudación y costras, raramente se puede ver vesículas características del eccema ⁽²²⁾.

Dermatitis atópica infantil

Inicia aproximadamente a partir de los dos años y concluye a los siete años o la pubertad. Las lesiones tienden a localizarse en las flexuras, pliegues, en especial codos y rodillas, pero pueden afectar la región facial, palpebral, peribucal, las muñecas, las manos, y tobillos ^(17,24). En esta fase es más fácil ver lesiones eccematosas con vesículas, pero el intenso prurito hace que se transformen en erosiones, con exudación y formación de costras ⁽²²⁾.

Manifestaciones atípicas

Piel seca

Los pacientes con dermatitis atópica presentan la piel seca o xerosis debido a un trastorno de la composición de lípidos que genera un aspecto de sequedad, cuarteamiento y descamación fina ⁽²²⁾. En los niños mayores y adolescentes se acompaña de hiper-queratosis folicular, que suele ser con mayor intensidad en brazos y muslos. La xerosis también produce el pliegue o línea de Dennie-Morgan, un pliegue doble y a veces varios paralelos al pliegue palpebral inferior ^(17,24).

Pitiriasis alba

Son manchas blanquecinas, con descamación muy fina, en general redondeadas u ovaladas y de diversos diámetros, no producen prurito y aparecen con mayor frecuencia en la edad escolar en la cara y extremidades sobre piel aparentemente sana y en ocasiones precedidas por lesiones eccematosas ⁽²²⁾.

Prurigo atópico

Consiste en la aparición de pápulas muy pruriginosas, que llegan a transformarse en excoriaciones, ulceraciones, formación de costras y cicatrices debido al rascado ⁽²²⁾. El prurigo nodular es una variante con lesiones más profundas ⁽²²⁾.

Acrovesiculosis

Son lesiones vesiculosas en los dedos de manos y pies, que también pueden aparecer en las palmas y plantas, evolucionan con exudación, costras, descamación y fisuras o grietas las cuales pueden causar mucho dolor ⁽²²⁾.

Diagnóstico

Se basa exclusivamente en criterios clínicos. Para el diagnóstico diferencial se recurre a la histopatología ⁽²²⁾. Muestra una dermatitis espongiiforme (eccema), la mayoría de las veces en un estadio subagudo ⁽²²⁾.

Según datos de laboratorio los niños afectados tienen eosinofilia periférica y elevación de la IgE. Si no existen otras manifestaciones clínicas de hipersensibilidad susceptibles de una intervención terapéutica, no se justifica realizar pruebas con antígenos o de IgE específica ⁽²²⁾.

Diagnóstico diferencial

Este diagnóstico varía según algunos criterios como la edad del paciente y el tipo de lesiones. En el lactante la dermatitis seborreica origina placas de eritema con escamas de aspecto graso en el cuero cabelludo, la cara y región del pañal, que puede generalizarse muchas veces por una candidiasis ⁽¹⁶⁾.

La sarna es otro problema a considerarse en niños con prurito y lesiones cutáneas. La observación de surcos y vesículas perladas en las palmas y las plantas en los lactantes y en los pliegues interdigitales, genitales, en niños mayores y la frecuente existencia de casos familiares es importante para el diagnóstico de sarna⁽¹⁶⁾.

Los eccemas por contacto suelen limitarse a las zonas de actuación del irritante o del alérgeno o a zonas foto-expuestas, si existe un mecanismo de foto sensibilidad⁽¹⁶⁾. La historia clínica es la base para identificar o sospechar el agente desencadenante, que en caso de actuar por un mecanismo alérgico o foto alérgico puede corroborarse por otras pruebas epicutáneas o de foto parche^(16,22).

La pitiriasis alba generalmente se confunde con la versicolor de forma injustificada, puesto que esta última es rara en la infancia y no suele localizarse en la cara ni en las extremidades, con excepción de los brazos⁽¹⁶⁾.

Otras afecciones que se confunden con micosis, especialmente con tiñas son la acrovesiculosis atópica y la dermatitis plantar juvenil, siendo necesario un estudio micológico para su diferenciación^(16,22).

Etiopatogenia y Factores de riesgo asociados a la dermatitis atópica

La dermatitis atópica tiene una etiopatogenia muy compleja; los factores de riesgo son muchos y a la fecha aun no se conoce con precisión la relación entre ellos. A continuación se detallan algunos de ellos:

Factores Personales

Genéticos^{(1) (25)}

La influencia genética es compleja, un estudio reciente de análisis de microarreglos de ADN encontró que existen cuatro genes ubicados en el cromosoma 1q21 quienes participan en la diferenciación epidérmica, y generan diversos niveles de lesiones eczematosas de la piel. Actualmente, aún es difícil caracterizar el patrón genético

de la DA debido los diversos fenotipos y heterogeneidades genética e inmunológica (1).

Encontrándose que entre el 70 a 80% de los pacientes tienen historia familiar positiva de atopia, aunque hay algunas variaciones, por ejemplo en gemelos univitelinos la tasa de concordancia llega a 77%, y en los dicigóticos al 15%, por ello se considera que la influencia materna es muy importante (1).

En el estudio del genoma, existen dos aproximaciones teóricas; la primera, llamada "ligamiento", que trata de establecer la relación entre un tipo de fenotipo y una región cromosómica; la segunda, denominada de "asociación", centrada en determinado cromosoma y un locus genético, y trata de asociar los polimorfismos del gen con la expresión clínica de la DA (1).

En otros estudios extensos de ligamiento genético, se encontró en uno de ellos un ligamiento con el locus 3q21, mientras que el otro muestra ligamiento a 1q21, 17q25, 20p, 16q y 5q31⁽²⁵⁾, los mismos que no habían sido asociados con asma u otras manifestaciones de atopia, pero sí con psoriasis, lo cual conduce a pensar que la atopia es un fenómeno secundario a la DA y que estas regiones contienen genes relacionados con la inmunidad e inflamación cutáneas ⁽²⁵⁾.

Otras investigaciones se han centrado en el cromosoma 5q31-33, puesto que ahí se agrupan una variedad de genes relacionados con la producción de citoquinas de estirpe Th2 (IL-13, IL-4, IL-5), encontrándose asociación entre la DA y la actividad aumentada del gen que promueve la síntesis de IL-4 y de IL-13, lo que sugiere a su vez incremento de la respuesta alérgica en pacientes con DA; otra asociación relaciona la DA con genes que ejercen un efecto sobre la síntesis de IgE, asociados al locus 11q13 ⁽²⁵⁾.

Asimismo, hay evidencias de un defecto en un gen denominado SPINK5, situado en el cromosoma 5q31, este codifica la síntesis de una proteína denominada LEKTI,

la cual tiene una actividad inhibidora de las proteasas que utilizan algunas bacterias (*Staphylococcus aureus*) o algunos alérgenos (*Dermatofagoides pteronissynus*) para producir lesiones inflamatorias en la barrera cutánea, haciendo que estos pacientes sean más susceptibles ⁽²⁵⁾.

Todos estos estudios genéticos muestran que la DA es un trastorno hereditario, por lo que los pacientes con antecedentes familiares tiene alto riesgo a desarrollar esta enfermedad. La mutación más significativa es la del gen filagrina (FLG), quien codifica una proteína estructural epidérmica clave que se evidencia en queratinocitos y se une a los filamentos de la queratina que se encuentran en el marco citoesquelético de queratina para la comparación celular necesaria para la biogénesis ⁽²⁶⁾.

Respecto a la implementación de medidas de prevención primaria se considera que, cuando ambos padres presentan enfermedad atópica de un determinado tipo, el riesgo de cada hijo de presentar un fenotipo similar es del 70%, mientras que si ambos padres tienen enfermedades atópicas diferentes, el riesgo es del 30%^(25,26).

Factores inmunológicos

Los atópicos presentan alteración de las respuestas inmunitaria, humoral y celular, que mejoran con antígenos ambientales^(1,25). Las más comunes son aumento de la IgE sérica, expresión en la membrana de las células de Langerhans y de las subpoblaciones linfocitarias, e inmunoglobulinas. Sin embargo, en estos pacientes existe predisposición a mantener respuestas Th2 ante antígenos del ambiente, superantígenos bacterianos y otros epidérmicos ^(1,25).

También presentan defecto específico cutáneo de las respuestas inmunes como inmunidad celular retardada, o en la respuesta de linfocitos T citotóxicos, no asociado a inmunosupresión sistémica.⁽¹⁾ Asimismo, las células de Langerhans incrementan en número y actividad como presentadoras de antígeno en las zonas de piel afectada, activando las células T y liberando IgE. ^(1,25)

El inicio de la DA se asocia con la producción de citoquinas Th2 (IL4 e IL-13) en la fase aguda de la inflamación tisular, mientras que la IL5, está relacionada al desarrollo y supervivencia de los eosinófilos y predomina en la forma crónica, así como GM-CSF, IL-12, IL-18, IL-11 y TGF-B1 (1,22). El aumento de las quimosinas (eotaxina, RANTES) generan infiltración de macrófagos, eosinófilos y células T en las lesiones agudas y crónicas de DA (1,22).

Los genes relacionados con el sistema inmune que contribuyen al desarrollo de DA son: IL-31, IL-33, STAT 6, TSLP y sus receptores (IL-7R y TSLPR), factor 2 regulador de interferón, Toll-like receptor 2, y el receptor de alta afinidad de IgE(27). Otros genes etiológicos asociados con DA son: CTLA4, IL-18, TLR9, CD14, CARD4, PHF11, TLR2, SCCE, MCC, IL-4R, GM-CSF, TIM1, CARD15, GSTT1, SPINK5, exotaxina, TGF-β1, IL-13, RANTES e IL-4(27)

Factores de riesgo Ambientales

Ambiente

Es necesario evitar el exceso de calor y los cambios bruscos de temperatura, ventilar el dormitorio, sin tenencia de animales domésticos ni plantas de interior. Se recomienda empleo de purificadores de aire para eliminar antígenos ambientales como ácaros, y contribuir a disminuir las reacciones originadas por estos alergen^(28,29).

Clima

La enfermedad generalmente se acentúa en primavera o verano debido a la existencia de alergen^(28,29) inhalantes como el pólen. Es necesario prevenir demasiada exposición al sol, frío seco y al viento o clima con temperaturas extremas, humedad o sequedad excesiva ya que puede producir reacciones acentuadas de la DA. (28,29).

Alergenos de la alimentación

La gran mayoría (95%) de los niños con DA severa son alérgicos a los alimentos. Por ejemplo, el 66% es alérgico al huevo, 29% exacerbaban el cuadro con el consumo de un alimento y 23 % con dos. La ingesta repetida del alérgeno alimentario desencadena reacciones mediadas por IgE que secretan histamina lo cual se asocia a hiperirritabilidad cutánea ⁽²⁵⁾. La leche de vaca es un alimento más antigénico que la leche materna, por lo que esta última disminuye la prevalencia de la enfermedad en niños de alto riesgo de contraerla ^(25,29).

También se recomienda evitar los alimentos con test cutáneos positivos como el huevo, maní, pescado, soya, trigo, mariscos, u otros alérgenos como colorantes de alimentos, cereales, plátano, naranja, chocolate y derivados del cacao, la sensibilidad a estos alimentos con excepción del maní generalmente desaparecen en menos de un año⁽²⁵⁾.

En tal sentido, las restricciones de alimentos se recomiendan solo en los casos en los cuales exista una clara relación causal. No se ha observado reducción de la Dermatitis Atópica en niños tratados con una dieta hipoalérgica (cordero, brócoli o repollo, leche hidrolizada y pera) al compararlos con niños que reciben alimentación sin restricciones en estudios controlados⁽²⁵⁾.

Factores personales

Sexo y Edad

En la etapa prepuberal, las personas de sexo masculino presentan alta prevalencia de sensibilización alérgica, rinitis y asma, situación diferente en la adolescencia, con una alta frecuencia en las mujeres, con excepción de dermatitis atópica, que es más frecuente en mujeres que en hombres en todas las edades ⁽⁶⁾, en términos endocrinológicos los estrógenos son hormonas pro inflamatorias, mientras que los esteroides masculinos son supresores inmunológicos ^(6,28).

Estas hormonas y el dimorfismo inmunológico también influyen en la alta prevalencia de enfermedades autoinmunes en mujeres de edad joven, tratadas con tamoxifeno (una droga antiestrógeno) y dehidroepiandrosterona ^(6,28).

Higiene

Los factores desencadenantes de dermatitis atópica son las sustancias o elementos irritantes como limpiadores cutáneos, ropa de lana o fibras sintéticas, agua caliente, jabones o detergentes ^(6,28).

Lactancia Materna

Aun hoy hay discrepancias respecto a si existe relación entre lactancia materna y su efecto protector contra el desarrollo de enfermedades alérgicas⁽²⁵⁾, algunos artículos reportan un efecto preventivo, mientras otros un efecto parcial sólo en el primer año de vida o en ciertos subgrupos, o inclusive con efectos desfavorables ⁽²⁵⁾. Asimismo, los resultados de un metaanálisis de estudios prospectivos muestran que la lactancia materna exclusiva como mínimo durante los primeros 4 meses de vida está asociado a menor riesgo de dermatitis atópica, y que estos efectos son más pronunciados en niños con historia de atopia familiar ⁽²⁵⁾.

Otros estudios reportan que la lactancia materna previene la aparición de enfermedades alérgicas en niños sin antecedentes familiares de alergia, en aquellos con historia familiar de atopia, la enfermedad alérgica tiende a desarrollarse tempranamente, es más severa y persistente, ocasionando que las madres prolonguen el período de tiempo de la lactancia materna ^(25,29).

Exposición a Animales

Animales domésticos

Existe controversias respecto a si tener animales domésticos durante la infancia protege o favorece el desarrollo posterior de enfermedades alérgicas, se estima el efecto depende de la edad, el grado de exposición del alergen, así como del tipo

de animal. ⁽²⁵⁾En este contexto, algunos estudios reportan un efecto protector y otros un factor de riesgo para sensibilización y enfermedades alérgicas.⁽⁴⁾

Sin embargo, estos estudios deben tomarse con precaución; ya que es posible una relación de causalidad inversa en el caso de familias con historia de alergias que espontáneamente aplican medidas preventivas como evitar las mascotas o fumar en casa, o la prolongación de la lactancia ^(25,29).

Por otro lado, la exposición temprana de endotoxinas bacterianas de animales de granja protege contra enfermedades alérgicas, ya que son inductores potentes de citocinas tipo Th1^(25,29). Sin embargo, esta exposición induce IgE mediada por alérgenos, por las respuestas en sujetos que tienen ya desarrollada la enfermedad, lo que constituye un factor de riesgo para exacerbar los síntomas en estos casos⁽²⁵⁾.

Exposición a Humo de Tabaco

A la fecha diversos estudios aún no demuestran totalmente que exista relación entre la exposición al humo de tabaco y la aparición de estados alérgicos incluyéndose la dermatitis atópica, de la misma manera no existen evidencias sobre los efectos de la exposición al humo en niños^(25,29).

Contaminación Ambiental

Una causa importante de síntomas respiratorios y enfermedades alérgicas en personas atópicas y no atópicas en ciudades industrializadas es la contaminación ambiental, en forma prioritaria la generada por motores de combustión y productos de empresas. El incremento de estas enfermedades se ha dado paralelo a la sustitución del carbón con gasolina como fuente de energía, resultando una importante disminución del smog, pero también cambio en la composición de las partículas de la contaminación, que en la actualidad se originan principalmente de la combustión de la gasolina (70%)^(25,29).

El principal mecanismo que aumenta la respuesta alérgica es la absorción de aeroalergenos, por mayor concentración y permanencia de estas partículas en la atmósfera, y consecuente disminución de la actividad mucociliar, con incremento en la permeabilidad en el epitelio respiratorio a alérgenos, por ende, obtienen acceso más fácil al sistema inmune⁽²⁵⁾.

Factores constitucionales

Alteraciones de la reactividad vascular y farmacológica; vasoconstricción (dermografismo blanco y palidez centofacial), de la fisiología de la piel, en la sudoración y del manto lipídico de la piel y disminución del umbral del prurito⁽¹⁾.

Personalidad atópica: son niños inteligentes, simpáticos, hiperactivos, con labilidad emocional y tendencia a la depresión, defensivos, obsesivos y agresivos; sin embargo presentan ansiedad, hostilidad, timidez, falta de adaptación y rechazo a la madre ⁽¹⁾.

Tratamiento

Medidas generales

Es necesario orientar, educar, informar de forma específica a la familia del niño sobre la atopía, la DA, su pronóstico y efectos del tratamiento. Es importante hablarle en términos comprensibles que la dermatitis atópica no es una alergia a ninguna sustancia determinada y que no se resolverá por realizar pruebas alérgicas, o por eliminar alimentos ⁽²²⁾.

Explicar medidas de prevención como evitar elementos que provoquen prurito, calor, aire caliente, la sequedad ambiental, el contacto con lana, plásticos y otras fibras, exceso de agua y jabón, la falta de higiene; es preferible realizar duchas con agua no excesivamente caliente y con un gel de pH ácido, luego es mejor aplicar una crema emoliente en todo el cuerpo, repitiéndola en otros momentos del día en las zonas de xerosis ^(22,30).

Las medidas para evitar irritantes incluyen cuidados para disminuir el contacto con la piel de alimentos ácidos (tomate, cítricos, etc.), cambio frecuente de pañales y aclarado cuidadoso de la ropa (22,30).

Algunos alimentos ricos en histamina, en cantidades considerables y en niños muy sensibles, pueden agravar el prurito (fresas, frutos secos, mariscos, etc.); igual efecto pueden tener algunos medicamentos liberadores de histamina (ácido acetil salicílico, codeína) o vasodilatadores (22,30).

Terapéutica tópica

La base del tratamiento tópico son los corticoides, que logran buen efecto de control en la mayoría de los casos, su elección debe considerar las características de la lesión y la zona a tratar. Los corticoides de baja o media potencia suelen ser suficiente para las lesiones comunes(22,23). En la cara, los pliegues, las mamas y la región genital deben usarse preparados de perfil de seguridad alto, para evitar efectos indeseados como rosácea, atrofia, estrías, telangiectasias, hipertrichosis(22,29).

En niños mayores de 2 años los inhibidores tópicos de la calcineurina son una alternativa a la terapéutica con esteroides. El pimecrolimus puede utilizarse en las fases prodrómicas e iniciales para evitar la progresión del brote. El tacrolimus para casos de intensidad moderada o grave, rebeldes al tratamiento convencional o en los que los corticoides tópicos estén contraindicados(22,29).

Terapéutica sistémica

También se usan los antihistamínicos orales, como una medida adicional al uso de corticoides tópicos por su efecto sedante. Los antibióticos activos ayudan a controlar los brotes agudos especialmente si hay sobreinfección diagnosticada con staphylococcus aureus (1).

Los corticoides orales sólo deben usarse en casos rebeldes a los tratamientos anteriores y durante períodos cortos, sin embargo, de ser necesario, es preferible el empleo de prednisona o metilprednisolona⁽¹⁾. Para el control de la infección

por estafilococo se usan antibacterianos tópicos como la mupirocina, ácido fusídico y gentamicina^(22,29).

Sólo en casos excepcionales se puede indicar inmunosupresores o inmunomoduladores sistémicos o a antidepresivos para controlar el prurito⁽¹⁾. En niños mayores de 13 años se puede considerar la fotoquimioterapia (PUVA) ⁽¹⁾. Los antibióticos solo se deben utilizar si hay infección ya que eliminan a los microorganismos que actúan como antígenos⁽²²⁾.

En el caso de las complicaciones infecciosas y brotes de erupción se debe usar de preferencia penicilina penicilasa resistentes como la flucloxaciclina o las cefalosporinas orales.⁽²²⁾

Por su parte, los antimicóticos disminuyen la colonización por *P. ovale*, *Candida albicans* y se puede utilizar en casos de asociación con Dermatitis Seborreica⁽¹⁷⁾. Los antihistamínicos producen inmunosupresión y son antiinflamatorios y tiene la ventaja de producir poca somnolencia ^(25,30).

Los inmunopotenciadores y potenciadores biológicos estimulan la respuesta inmunológica, como la isoprinosine, levamizol y la vitamina C, vacuna BCG o antivariólica⁽²⁵⁾. También se emplean terapias de sustitución como la gammaglobulina, suero fresco entre otros⁽²⁵⁾. Las Citoquinas e Inmunomoduladores, tal como el interferón alfa gama se usan en casos de Dermatitis Atópica severa, para el bloqueo de la inflamación, se emplea el Tacrolimus (FK 506) el cual es un macrólido inmunosupresor y se utiliza en crema aplicados durante 3 semanas⁽²²⁾. Asimismo, los antagonistas del calcio estabilizan al mastocito,

ketotifeno, nifedipino, cromoglicato y se usa la fototerapia PUVA-terapia como promedio en 1.118J/cm². UVA-2, UVB de banda estrecha⁽²⁵⁾.

Fotoforesis extracorpórea

Los corticoides en crema se utilizan en la fase aguda, en casos severos se emplea por vía sistémica la prednisona de 1 a 2 mg /k/d reduciendo a cada 3 días una vez teniendo el efecto deseado⁽²²⁾.

Cuando no responde con este tratamiento, se aconseja emplear bolos de metilprednisolona 20mg/k/d por tres días; en casos severos, se usan los Inmunosupresores, como el metrotexato en dosis de 2.5 mg cuatro días seguidos cada semana, la azatioprina 100 a 200 mg al día por 6 semanas o la ciclosporina 5 mg/k/d por 6 semanas ^(22,29).

Dermatitis y calidad de vida

En la actualidad, aún hay mucha discrepancia acerca de cómo valorar la severidad de la DA, existen varios índices, el más conocido es el SCORAD, que permite medir la superficie afectada con la regla de los nueve, la presencia de los siguientes datos clínicos: eritema-pigmentación, edema-pápulas, exudado-costra, excoriación, liquenificación- prurigo y xerosis; prurito y la alteración del sueño^(29,30). Los valores establecen tres grados: leve (menos de 15) moderada (15 a 40) y grave de 40 más ^(29,30). Otros parámetros son: excoriación, eritema y edema/pápulas^(29,30).

La calidad de vida también es un parámetro importante para evaluar al paciente con dermatitis atópica, ya que esta patología afecta significativamente la salud mental, el equilibrio emocional y las relaciones sociales⁽²⁹⁾, por lo que se recomienda el empleo de escalas que tengan en cuenta estos aspectos adicionales además de la familia^(29,30).

El cuidado de un niño con dermatitis atópica implica alteraciones en la calidad de vida de los padres, muchos de ellos trasnochan para vigilar un buen descanso de

los menores afectados, inclusive algunos autores mencionan que es más demandante que en niños con asma. Esta situación conlleva a su vez a la generación de mayor ansiedad y de depresión en los padres con las implicancias psicológicas en el niño. ⁽³⁰⁾.

Factores precipitantes

Los factores predisponentes más frecuentes son el clima seco y frío por lo que el invierno es más dañino. El cambio de residencia y la hospitalización influye favorablemente en el paciente atópico, posiblemente por la eliminación de alérgenos ambientales nocivos como epitelios humanos y de animales, plumas, lanas, polvo doméstico, hongos del aire, e incluso los que pueden llegar a través de la superficie cutánea como las prendas de vestir de lana ⁽²⁹⁾.

La personalidad también está asociada a la DA (inseguridad, sensibilidad, agresividad, egocentrismo) y puede producir cambios de carácter en cualquier individuo, pero que en este caso puede producir un círculo vicioso en que los trastornos psicológicos se consideran causa o consecuencia de la Dermatitis atópica ⁽²⁹⁾.

2.3. Definición de términos básicos

Dermatitis atópica: La DA es un trastorno inflamatorio de la piel, crónico, caracterizado por prurito intenso. Es una enfermedad multifactorial que resultaría de la interacción de factores genéticos, ambientales, familiares, defectos en la función barrera y una serie de factores inmunológicos ⁽²³⁾.

Factores de riesgo: Son aspectos, hechos, situaciones, rasgos o características que hacen que una persona aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en este caso la dermatitis atópica. Se clasifican en familiares, personales, ambientales entre otros ⁽²⁵⁾.

Factores de riesgo familiares: aquellos relacionados a los antecedentes de familias atópicas: dermatitis, asma, rinoconjuntivitis alérgica.

Factores de riesgo personales: relacionados a sexo, edad, consumo de medicamentos, lactancia materna. Inicio consumo de alimentos, antecedente de tratamiento con medicamentos y tipo de ropa que usa.

Factores de riesgo ambientales: referidos a la presencia de mascotas en el hogar, exposición al tabaco, al tráfico pesado y estado de higiene en el hogar.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de la hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

La relación entre los factores de riesgo y la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.

3.1.2. Hipótesis específicas

- La relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.
- La relación entre los factores de riesgo familiares de atopia (asma, rinoconjuntivitis alérgica, dermatitis, otros) y la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.
- La relación de los factores de riesgo personales (edad, sexo, consumo de medicamentos, lactancia materna) y la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.
- La relación de los factores de riesgo ambiental (mascotas, exposición a tráfico pesado, polvo) y la dermatitis atópica en los pacientes en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.

3.2. Variables y su definición operacional

Independiente

Factores de riesgo asociados a dermatitis atópica

Dependiente

Dermatitis atópica

Interviniente

Procedencia

Tipo de residencia

Antecedente de atopia

Variable	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
VARIABLE DEPENDIENTE						
Factores de riesgo asociados a dermatitis atópica	Aspectos familiares, personales y ambientales asociados a la dermatitis atópica en niños.	Variables cualitativas	Asma	Nominal	-Silva el pecho / falta de aire Sí-No -Rinorrea transparente + picor nasal en ausencia de fiebre. Sí-No -Prurito, eczema. Sí –No	Historia clínica/ Entrevista
			Rinitis			
			Dermatitis atópica			
			Sexo			
Edad en años cumplidos	Ordinal	menos de 1 año, De 1 a 2 años.	Historia clínica- DNI/ Entrevista			
Lactancia materna	Nominal	Hasta los 6 meses de edad. Menos de 6 meses de edad. Después de los 6 meses de edad.	Historia clínica/ Entrevista			

			Antecedente de tratamiento con medicamentos	Nominal	Tipo: Paracetamol, Antihistamínicos, corticoides, Otros Dosis: Periodo de tratamiento	Historia clínica/ Entrevista
			Vestimenta: tipo de prendas de vestir	Nominal	Tipo de prendas: algodón, lana, sintéticos, algodón, sintético, lana, sintético. Sí- No	Historia clínica/ Entrevista
			Presencia de mascotas en el hogar:	Nominal	Número de mascotas: No tiene, 1 2 a 3 Más de 3 Tiempo de la mascota en el hogar: menos de 1 año, más de 1 año. Tipo de mascota: perro, gato, otros.	Historia clínica/ Entrevista
			Exposición a tráfico pesado	Nominal	Lugar de hábitat: urbana, semiurbana, rural Salidas del niño a la calle por día: 1 vez., de 2 a 3, mas de 3. Pase de buses cerca a su vivienda Sí -No Existencia de fabricas cercas a su hogar: Sí - No	Historia clínica / Entrevista

			Exposición a tabaco	Nominal	Sí-No En el hogar Fuera del hogar	Historia clínica/ Entrevista
			Estado de higiene del hogar	Nominal	Presencia de polvo Pelusas Calor Sí- No.	Historia clínica/ Entrevista
VARIABLE INDEPENDIENTE						
Dermatitis atópica	“Es una dermatosis inflamatoria de curso crónico caracterizada por un intenso prurito. Se trata de una enfermedad multifactorial” (1)	Variable cualitativa	Prurito Eczema	Nominal	Sí – No.	Evaluación del paciente / Historia clínica / Entrevista
VARIABLES INTERVINIENTES						
Procedencia				Nominal	Lima Norte Lima Centro Lima Sur Lima Este	Historia clínica / Entrevista
Tipo de residencia				Nominal	Urbana Rural	Historia clínica / Entrevista
Antecedente de atopia				Nominal	Si No	Historia clínica / Entrevista

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

De acuerdo al enfoque metodológico es cuantitativo.

Tipo de investigación, según la intervención del investigador es observacional

Según el alcance: el estudio será analítico de diseño de casos y controles, ya que se identificara los factores de riesgo que están relacionados con la dermatitis atópica.

Respecto al número de mediciones de la variable se considera transversal. Según el momento de la recolección de datos es prospectivo

4.2. Diseño muestral

Población universo

Pacientes con dermatitis atópica de un consultorio de dermatología de una clínica privada de Lima Metropolitana.

Población de estudio

Estará conformada por el total de los niños que acuden a consulta externa de la Clínica Privada de Lima Metropolitana y que en promedio son 120 casos y que respondan a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Madres de niños de sexo masculino y/o femenino
- Con niños cuyas edades estén entre 3 a 5 años.
- Que asistan al consultorio de dermatología de la Clínica Privada
- Madres con niños a quienes se les diagnostique dermatitis atópica.
- Madres que acepten participar en el estudio (consentimiento informado).
- Madres que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Madres que no desean participar de la investigación durante la entrevista.
- Madres de niños con otras patologías diferentes a dermatitis atópica.
- Madres de niños con complicaciones dermatológicas.

Muestra y Tamaño de muestra

Por el tamaño de la población universo, no se calculará una muestra. Se trabajará con todos los sujetos de estudio que respondan a los criterios de inclusión establecidos (120 casos).

Muestreo o selección de la muestra

La selección de las unidades de estudio será no probabilístico, a juicio del investigador.

4.3. Técnicas de recolección de datos

La técnica a aplicar será la entrevista y el instrumento un cuestionario que responda a los indicadores planteados en la operacionalización de la variable, adaptado de Vimos Tixi ,Alexandra del Rocio ⁽²⁹⁾ que será validado a través de la prueba binomial y del coeficiente de correlación de Pearson para validar su contenido.

Para la recolección de datos se solicitará previamente la autorización o permiso de la institución para ejecutar la investigación.

Se aplicará el consentimiento informado explicando en forma clara y sencilla la participación de la madre en la investigación y el objetivo de la misma.

Se captará a las madres con los niños diagnosticados de dermatitis atópica en consulta externa a quienes se les aplicará la entrevista estructurada previamente validada y confiable y adaptada para el presente estudio.

La recolección de datos comprenderá el período de agosto 2022 a enero 2023, en horarios de mañana y tarde según disponibilidad del investigador, también se

contará con personal previamente capacitado que entrevistará las madres seleccionadas.

Instrumentos de recolección y medición de variables

La técnica de recolección de datos será la entrevista que tendrá como objetivo recolectar información directa de los niños a través de la información que brinde la madre.

El instrumento será un cuestionario que tiene como contenido datos de la madre y familia, datos del niño y datos ambientales.

4.4. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectados los datos serán procesados haciendo uso del software estadístico Excel y del paquete estadístico SPSS versión 21.

Para el análisis estadístico descriptivo se usarán las pruebas de frecuencia, media y promedio y para el análisis estadístico inferencial se aplicará chi cuadrado y se determinará el riesgo relativo (RR) lo cual permitirá establecer la asociación entre los factores de riesgo y la dermatosis atópica.

4.5. Aspectos éticos

Se tomará en cuenta el permiso institucional de la Clínica Particular donde se realizará la investigación.

La aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética de la Universidad.

Se aplicará el consentimiento informado que consistirá en explicar con palabras claras, en forma sencilla a las madres sobre su participación en el estudio, especificando que pueden optar por retirarse cuando lo deseen.

Se respetará el anonimato de las madres participantes.

CRONOGRAMA

Actividades	2022 / 2023					
	Ag.	Set	Oct	Nov	Dic	Ene
Redacción final del proyecto de investigación	X					
Aprobación del proyecto de investigación		X				
Recolección de datos		X	X			
Procesamiento y análisis de datos		X	X			
Elaboración del informe			X	X		
Revisión y aprobación de la tesis				X		
Sustentación					X	
Publicación del artículo científico						X

PRESUPUESTO

Presupuesto		
Concepto	Costos	Costo total
Personal		1400.00
Digitador	600.00	
Corrector	500.00	
Analista estadístico	300.00	
Servicios		1200.00
Movilidad	500.00	
Fotocopias, anillados, empastados	200.00	
Internet	300.00	
Autorización de la Institución	200.00	
Suministros, Insumos		2640.00
Papel	50.00	
Archivador, sobres	30.00	
USB	60.00	
PC	2300.00	
Otros	200.00	
Total		5240.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Querol, I. Dermatitis atópica Madrid: Rev.Ped. Aten Primaria. [Internet] 2009 ;11 (17). 317-329. [Citado 1 marzo 2019]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700003.
2. Sánchez-Saldaña L. Dermatitis atópica: estrategia de manejo.: DERMATOL PERÚ, 2019. 29(2) 102-121. [Citado 31 julio2021]; Disponible en: https://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_MvjN_04_Terapeutica_dermatologica_hoy_29-2.pdf.
3. Bagazgoitia L, Gutiérrez M, García Blesa C, Hernández Á y Torrelo M. Dermatitis atópica Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica. ¿Es posible la prevención?: Rev. Ped. Atención Primaria. Madrid [Internet] 2019; 11(15). 31-47 [Ciatdo el 3 de marzo 2019]; disponible en: <https://pap.es/articulo/1014/aspectos-epidemiologicos-patogenicos-clinicos-y-diagnosticos-de-la-dermatitis-atopica-es-posible-la-prevenci>.
4. Ridao I. M. Dermatitis atópica.: Ped. Integral.Curso V. [Internet] 2012;XVI (3). 213-221. [Citado 12 febrero 2019]; Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-04/dermatitis-atopica/>.
5. Escarrer M. y Guerra M. Escarrer M y Guerra M. Dermatitis atópica.: Protoc diagn ter pediatr. 2019; 2(1). 161-75. [Citado 31 julio 2021]; Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf.
6. Chara R. Factores de riesgo asociados a dermatitis atópica por Diagnóstico clínico en niños y niñas menores de 14 años en la consulta externa de pediatría y dermatología en el Hospoital Hipólito Hunanue de Tacna enero de 2014 diciembre de 2016.: [Tesis]. Universidad Privada de Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana. [Internet]

2016. [Citado 22 febrero 2019]; Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/143>.

7. Maldonado-Gómez W, Chuan-Ibañez J, Guevara-Vásquez G, Gutiérrez C y Sosa-Flores J. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención.: Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. [Internet] 2019. 36(2) 239- 246: [Citado 5 agosto 2021]; Disponible en.
8. Folgar M, Ramos M y Pastrana K. Folgar M, Ramos M y Pastrana K.: Rev Cient Cienc Méd. [Internet] 2019; 22(2) 22-28.[Citado el 4 agosto 2021]; Disponible en: <https://rccm-umss.com/index.php/revistacientificacienciamedica/article/view/19/8>.
9. Suárez L, León O, Sánchez E, Bassols E. Estrategia educativa para disminuir los factores de riesgo en niños con dermatitis atópica.: Rev. Hum Med. Camagüey. [Internet] 2017; 17(2).270-290. [Citado 3 marzo 2019]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200003.
10. Mateo M. et al. Caracterización clínica, sociodemográfica y determinación del impacto en la calidad de vida de pacientes con dermatitis atópica de la ciudad de Medellín y su área metropolitana.: Biomed. vol.41 no.4 Bogotá Oct./Dec. Epub Dec 15 2, editor. Medellín: Biomédica.; 2021.
11. Garnica P, Zúñiga C y Huerta J. Actualidades en el tratamiento sistémico de la dermatitis atópica en el paciente pediátrico. Artículo de revisión. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas.: Artículo de revisión. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas. [Internet] 2015; 24(1).18-28. [Citado 3 marzo 2019]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2015/al151d.pdf>.
12. Bedolla M, Barrera A y Morales J. Dermatitis atópica en niños escolares de Ciudad Guzmán, México. Prevalencia y factores asociados.: Rev. Alergia México [Internet] 2010; 57 (3).71-78. [Citado 4 marzo 2019]; Disponible en: <http://docplayer.es/50056097-Dermatitis-atopica-en-ninos-escolares-de-ciudad-guzman-mexico-prevalencia-y-factores-asociados.html>.

13. Salamanca A, Hewitt N. Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica.: Psicología. Avances de la disciplina [Internet]; 2010; 5(1).47-58. [Citado 4 Mar.2019]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n1/v5n1a05.pdf>.
14. Álvarez B. Tratamiento de la dermatitis atópica: Una perspectiva desde la medicina basada en pruebas.: Rev. Pediatría. Atención Primaria [Internet] 2009; 11(15).69-79. [Citado 5 marzo 2019]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322009000300005; 2009.
15. Conde-Taboada A, Gonzáles-Barcala F y Toribio J. Dermatitis Atópica infantil: Revisión y Actualización.: Revisión y Actualización. Rev. Actas Dermo-Sifiliográficas.Vol. [Internet] 2008; 99(9).690-700. [Citado 4 marzo 2019]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article>.
16. Suárez-Varela M, et al. Prevalencia de dermatitis atópica y factores nutricionales en niños de 6-7 años.: Rev. Atención Primaria. [Internet] 2007; 39(7).355-360. [Citado 4 marzo 2019]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-dermatitis-atopica-factores-nutricionales-13107723>.
17. Salas-Alanís J, López-Lozano H, McGrath JA. Factores de riesgo genético en dermatitis atópica: Tecnología de punta.: Ed. Médica Continua. Dermatología CMQ [Internet] 2007; 5(2).101-104.[Citado 5 Mar.2019]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2007/dcm072g.pdf>.
18. Rincón C. et al. Características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel.: Scielo. Revista alergia México. 2021. versión On-line ISSN 2448-9190. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-91902021000100012&script=sci_arttext.
19. Paulette Analía, D. F. L., Layfon Teresa, D. J. W., John Arturo, D. N. M., & Johanna Gabriela, D. S. M). Dermatitis atópica en el área pediátrica: generalidades, diagnóstico y tratamiento.: Ciencia Latina Revista Científica

Multidisciplinar, 2022, 5(6), 15237-15248.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1485.

20. Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT.. Dermatitis atópica. : Protoc diagn ter pediatri;2:161-75.; 2019.
21. Carrascosa J. M., V. Morillas-Lahuerta. Comorbidities in Atopic Dermatitis: An Update and Review of Controversies.: Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition), Volume 111, Issue 6, July–August 2020, Pages 481-486.
22. Fonseca E. Dermatitis Atópica.: [Internet] 2018; [Citado 7 marzo 2019]; Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica>.
23. López S, Núñez E y Chaverri G. Actualización en dermatitis atópica: líneas de tratamiento.: Revista Médica Sinergia [Internet] 2020; 5(11). e596 [Citado 7 marzo 2019]; Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/596>.
24. Orayne R, Rodríguez M, Hernández M y Alonso M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento.: Rev.Med.Electrón. [Internet] 2019; 41(2) 496-507. [Citado 3 agosto 2021]; Disponible en: . ISSN 1684-1824.
25. Huerta J, Del Olmo H, Valdez D. Prevalencia y factores asociados de rinitis alérgica y dermatitis atópica en niños.: Artículo de revisión en Rev. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas. [Internet] 2008; 17 (2).54-64. [Citado 6 marzo 2019]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2008/al082a.pdf>.
26. Flores G. Factores Genéticos y Epigenéticos en la Patogénesis de la Dermatitis Atópica.: Tema5-2018. Revista clínica de la escuela de Medicina UCR-HSID. [Internet] 2018; 8(6) 37-44. [Citado 25 marzo 2019]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr186d.pdf>.
27. Leyva M, Rodríguez Y, Rodríguez D, Mejía S y Luyo L. Dermatitis atópica: fisiopatología y sus implicancias clínicas.: Artículo de revisión. Correo científico Médico (CCM), Ecuador. [Internet] 2020; 24(1) [Citado 20 junio

2021]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201q.pdf>.

28. Vimos A. Prevalencia y Factores asociados a dermatitis atópica en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica de tres escuelas del sector centro de la ciudad de Quito de Mayo a julio del 2012.: Disertación previa para la obtención del Título de Pediatría. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. Quito [Internet] 2012; [Citado 15 abril 2019]; Disponible en.
29. Guerra A y Gonzales-Guerra E. Dermatitis Atópica.: Rev. Actualizaciones El Médico.[Internet] 2011; [Citado 10 marzo 2019]; Disponible en: <http://2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/dermatitis.pdf>.
30. Moore K, David TJ, Murray CS, Child F, Arkwright PD. Effect of childhood eczema and asthma on parental sleep and well-being: a prospective comparative study. 2006 BJD[, 2019] 158[1M2, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16445784/> DeD, editors.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo asociados a la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados a la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados a la prevalencia de dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa a una clínica privada de Lima 2019. •Determinar la relación de los factores de riesgo familiares de atopia (asma, rino-conjuntivitis alérgica, dermatitis, otros) asociados a dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019. 	<p>Hipótesis general</p> <p>H₁. «La relación entre los factores de riesgo y la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.</p> <p>H₀. «La relación entre los factores de riesgo y la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, no es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> •La relación entre los factores de riesgo y la prevalencia de dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019. •La relación entre los factores de riesgo familiares de atopia (asma, rino-conjuntivitis alérgica, 	<p>Estudio de tipo cuantitativo,</p> <p>Método descriptivo, observacional porque no se hará un control de las variables y prospectivo en razón a que los datos se recolectarán durante la ejecución del estudio.</p>	<p>La población total de los niños que acuden a consulta externa de la Clínica Privada de Lima Metropolitana y que en promedio son 120 y que respondan a los criterios de inclusión establecidos</p> <p>La muestra estará conformada por toda la población de estudio: 120 madres (casos)</p> <p>La selección de la muestra será por muestreo probabilístico aleatorio simple.</p> <p>Una vez recolectados los datos serán procesados haciendo uso del Excel y del paquete estadístico SPSS versión 21.</p> <p>Para el análisis estadístico descriptivo se usarán las pruebas de frecuencia, media y promedio y para el análisis estadístico</p>	<p>La técnica: la entrevista y el instrumento un cuestionario adaptado previamente validado.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> •Determinar la relación de los factores de riesgo personales (edad, sexo, consumo de medicamentos, lactancia materna) asociados a dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019. •Determinar la relación de los factores de riesgo ambiental (mascotas, exposición a tráfico pesado, polvo) asociados a dermatitis atópica en los pacientes en los niños que acuden a consulta externa en una clínica privada de Lima 2019. 	<p>dermatitis, otros) y la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> •La relación de los factores de riesgo personales (edad, sexo, consumo de medicamentos, lactancia materna) y la dermatitis atópica en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019. •La relación de los factores de riesgo ambiental (mascotas, exposición a tráfico pesado, polvo) y la dermatitis atópica en los pacientes en los niños que acuden a consulta externa, es muy significativa, en una clínica privada de Lima 2019. 		<p>inferencial se aplicara chi cuadrado.</p>	
--	--	---	--	--	--

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DERMATITIS ATÓPICA

Código:.....

1. Datos de la madre y familia:

1.1. Edad:.....(años)

1.2. Procedencia: (Distrito).....(Provincia).....

1.3. Tipo de residencia: Urbana () Rural ()

1.3. Antecedentes personales de Atopia: Sí () NO ()

1.4. Antecedentes familiares de Atopia: Sí () NO ()

1.5. Tipo de enfermedades que padece o ha padecido: Asma () Rinitis alérgica () dermatitis atópica ()

2. Datos del niño (a)

2.1. Edad(años y meses)

2.2. Sexo: masculino () femenino ()

2.3. Recibió lactancia materna: Sí () Hasta que edad:.....

NO le dio () ¿Qué le dio?:.....

2.4. Su hijo/a consumió alimentos sólidos como papillas desde que edad?

a. Menos de 4 meses

b. entre 4 a 6 meses

c. A los 6 meses

d. Más de 6 meses.

2.4. Edad de inicio de la dermatitis atópica:.....

2.5 Su hijo/a tiene asma o sibilancias (es decir le ha silbado el pecho)?

Sí () No ()

3. ¿Su hijo/a tiene rinitis alérgica (es decir: salida de moco transparente como agua, picor en nariz y ojos sin tener fiebre)? Sí No

2.5. Medicamentos que recibe el niño con frecuencia:.....

- a. Paracetamol ()
- b. Antihistamínicos ()
- c. Corticoides ()
- d. Otros () especifique.....

2.6. Tipo de prendas que generalmente usa:

- a. Algodón
- b. Lana
- c. Sintéticos
- d. Algodón mas sintético
- e. Lana mas sintético.

3. Datos ambientales:

3.1. Con quien duerme el niño:

- a. solo ()
- b. con la madre ()
- c. con el padre()
- d. con la madre y el padre()
- e. Con hermanos ()
- f. Otros () especifique.....

3.2. En el hogar donde vive el niño (a) tienen mascotas?:

- a. Sí () cuantas:.....

Mencione que mascotas: perro() gato () gallinas () otros ()
especifique.....

- b. NO ()

3.3. En su casa fuman? Sí () NO ()

3.4. Generalmente cuantas veces a la semana limpian la casa?

- a. Todos los días ()
- b. De vez en cuando ()
- c. Dejando un día ()
- d. Otro () especifique.....

3.5. Cerca de su casa hay fabricas? Sí () NO ()

3.6 Cerca de su casa pasan buses? Sí () NO ()

Muchas gracias por su colaboración.

Matriz de codificación de variables

Variable	categorías	Códigos para base datos
Datos de la madre		
Edad	Años cumplidos	18 al 60
Procedencia	Lima Norte	1
	Lima Centro	2
	Lima Sur	3
	Lima Este	4
Tipo de residencia	Urbana	1
	Rural	2
Antecedente personal : Atopía	SÍ	1
	NO	0
Antecedente familiar : Atopía	SÍ	1
	NO	0
Tipo de enfermedades que padece o padeció	Asma	1
	Rinitis alérgica	2
	Dermatitis atópica	3
		4
Datos del niño		
Edad	Años cumplidos	3,4,5
Sexo	Femenino	1
	Masculino	2
Lactancia materna	SÍ	1
	NO	0
Inicio ablactancia	Menos de 6 m	1
	A los 6 m	2
	Después de los 6 m	3
Inicio de dermatitis atópica	Antes de los 6 m	1
	Entre 6 a 12 m.	2
	A los 12m.	3
	Después de los 12m.	4
Asma	SÍ	1
	NO	0
Rinitis alérgica	SÍ	1
	NO	0
Medicamentos que recibe	Paracetamol	1
	Antihistamínicos	2
	Corticoides	3
	Otros	4

Prendas que usa	Algodón	1
	Lana	2
	Sintéticos	3
	Algodón más sintético	4
	Lana más sintético.	5
Datos ambientales		
Con quien duerme el niño	Solo	1
	Con otras personas	2
Mascotas	SÍ	1
	NO	0
Fuman	SÍ	1
	NO	0
Limpieza de casa	SÍ Todos los días	1
	De vez en cuando	2
	Dejando un día	3
	Otro	4
Fabricas cerca de casa	SÍ	1
	NO	0
Buses cercanos a casa	SÍ	1
	NO	0

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es llevada a cabo por la Dra. Rosa Angélica Narváez Carrasco alumna de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. El objetivo de este estudio es realizar la investigación titulada “Factores de riesgo a Dermatitis Atópica en niños en consulta externa en una Clínica Privada de Lima 2019”.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder a una entrevista lo que le tomará un tiempo promedio de 15 a 20 minutos. La entrevista consiste en una serie de preguntas que se le harán respecto a su menor hijo que usted trae a consulta de Dermatología; en ningún momento será sometido a pruebas de laboratorio o procedimientos, por lo que no existe ningún riesgo físico ni psicológico para el niño y para usted.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, puede llamar o contactarse con la Dra. Rosa Angélica Narváez Carrasco al teléfono 992766199; usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento. Si se sintiera incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo del estudio y abstenerse a responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo.....doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio y he tenido la oportunidad de discutir sobre este y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluso los relacionados a mi salud o condición física y mental, raza u origen étnico, puedan ser usados, según los descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en cualquier momento, sin que esto represente algún prejuicio para mi menor hijo(a).

Estoy enterado de que recibiré una copia de este formulario de consentimiento y que puedo solicitar información sobre los resultados del estudio cuando éste hay concluido. Para ello, puedo comunicarme con la Dra. Rosa Angélica Narváez Carrasco de la Universidad de San Martín de Porres. Dentro de los beneficios está la contribución al desarrollo de la investigación, la cual favorecerá al conocimiento científico.

Nombre completo del participante	Firma	Fecha
----------------------------------	-------	-------

Nombre del investigador	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

