

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FRECUENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y SU CONTROL ASOCIADO
CON LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DESENCADENANTES, LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y USO DE EMOLIENTES O CREMAS
UMECTANTES EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CONSULTANTES DEL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO EN
EL PERIODO DEL 2015**

TESISTA:

SAMANTHA NOELIA ESPINOZA DÁVILA

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

HUÁNUCO – PERÚ

2017

Dedicatoria

A mis padres y hermanos por su paciencia y apoyo.

Agradecimiento

A la Med. Páucar Lescano Patricia por sus valiosos aportes en la realización del presente trabajo de investigación.

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN CONSULTANTES PEDIÁTRICOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO

RESUMEN

Objetivos: Determinar la frecuencia de dermatitis atópica y la relación que existe entre la identificación de factores desencadenantes, la adherencia al tratamiento y el uso de emolientes o cremas humectantes con el control de la enfermedad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal tomando como muestra a 130 niños de 1 a 14 años que asistieron al consultorio de dermatología en el Centro Asistencial Hospital Nivel II Huánuco EsSalud.

Resultados: La prevalencia de la dermatitis atópica fue de 15,4%. El sexo femenino fue el más afectado (70,60%) 12 de los 17 niños. El control alcanzado muestra una tasa de 82,4% de no adheridos del total de los pacientes. En el análisis bivariado se relacionaron las variables, identificación de factores desencadenante, adherencia al tratamiento, percepción de gravedad de lesiones y el uso de emolientes o cremas humectantes encontrándose asociación significativa en las tres últimas.

Conclusión: Existe una prevalencia que concuerda con estadísticas mundiales de Dermatitis atópica. El control de esta enfermedad es mejorable si tenemos en cuenta la adherencia en el tratamiento y el uso de emolientes o cremas humectantes cuando la piel no revista lesiones, no hay asociación con la identificación del factor desencadenante.

Palabras claves: Dermatitis atópica, factores desencadenantes, adherencia al tratamiento, /uso terapéutico. DeCS

FRECUENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE CONTROL OF THE DERMATITIS ATÓPICA IN PAEDIATRIC CONSULTANTS OF THE DERMATOLOGY SERVICE OF THE HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO

ABSTRACT

Objectives: To determine the frequency of atopic dermatitis and relationship between the identification of triggers, treatment adherence and use of emollients or moisturizing creams with disease control.

Materials and methods: Observational, analytical cross-sectional study using a sample of 130 children aged 1-14 years attended the clinic of dermatology at the Medical Care Center Level II Hospital EsSalud Huanuco was performed.

Results: The prevalence of atopic dermatitis was 15.4%. Females were the most affected (70.60%) 12 of the 17 children. The control sample rate reached 82.4% of the total unbonded patients. In bivariate analysis, the variables, identifying triggering factors, adherence, perceived severity of injuries and the use of emollients or moisturizers significant association was found in the last three were related.

Conclusion: There is prevalence consistent with global statistics of atopic dermatitis. Control of this disease is improved when you consider adherence to treatment and the use of emollients or skin moisturizers when the magazine no injuries, no association with identifying the trigger.

Key terms: Dermatitis, Atopic, Precipitating Factors, Medication Adherence, Utilization. MeSH

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen y palabras clave	4
Abstract and keywords	5
Introducción	7
Capítulo I Marco teórico	9
1. Antecedentes	9
2. Teorías actuales	10
3. Objetivos	35
4. Hipótesis	36
5. Variables	37
Capítulo II Marco metodológico	38
1. Diseños de la investigación	38
2. Población y muestra	38
3. Unidad de análisis	40
4. Fuentes y técnicas de recolección	40
5. Procesamiento de datos	41
6. Validación de instrumento	41
7. Aspectos éticos	41
8. Financiamiento	42
9. Conflicto de intereses	42
Capítulo III Discusión de resultados	43
1. Resultados	43
2. Discusión	44
Conclusiones	47
Sugerencias	48
Referencias bibliográficas	49
Anexos	54

INTRODUCCIÓN

El término atopía procede del griego “atopos”, que significa raro, inusual, poco común. La atopía se puede definir como una tendencia a reaccionar de manera exagerada (producción de IgE, inflamación, prurito, broncoconstricción, etc.) frente a determinadas sustancias (alergénicas, irritantes, fármacos) y que se puede manifestar como distintas enfermedades, siendo la dermatitis atópica una manifestación frecuente. (1-3)

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, paradigmática, patofisiológicamente compleja; que se presenta comúnmente en la infancia temprana. Debido al gran espectro clínico de esta condición, se supone que el fenotipo clínico de DA probablemente (2, 4, 5)

La prevalencia de la dermatitis atópica en países desarrollados ha sido reportada entre 10-30%, mientras que en países en vías de desarrollo muestra ser menor al 10%. (4, 5)

Clínicamente la DA se manifiesta como una dermatosis pruriginosa que cursa en brotes, para su diagnóstico no existe un consenso de aceptación universal, sin embargo, a escala internacional se suele utilizar el criterio propuesto por Hanifin y Rajka en 1980 que combina características clínicas con la historia de presentación de la enfermedad. En 1994, el grupo de trabajo del Reino Unido estableció un criterio diagnóstico basado en las características de Hanifin y Rajka que resultaron más sensibles y específicas para identificar la atopía cutánea (1-6)

La edad de aparición de la dermatitis atópica es temprana. Un tercio de los niños la presentará durante el primer año de vida, otro tercio durante su segundo año de vida y el tercio restante durante la niñez tardía y adultez. Las diferencias con respecto al sexo más afectado no son claras, aunque algunos estudios reportan predominancia femenina.

El antecedente familiar es considerado como uno de los factores de riesgo más importantes, habiéndose reportado una probabilidad de atopía del 50-60% en el caso de que uno de los padres esté afectado y del 66-89% si se encuentran afectados ambos.(7)

Teniendo en cuenta que la prevalencia de la dermatitis atópica ha ido en incremento durante los últimos treinta años y que los estudios clínico-epidemiológicos reportados sobre esta patología en nuestra población son escasos, es que decido realizar el presente trabajo planteándome como objetivo determinar los aspectos de dicha dermatopatía en nuestro medio.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

En los últimos años se ha producido un incremento de la prevalencia de la DA que, actualmente, se sitúa entre el 7 y el 20% de los niños y entre el 2 y el 7% de los adultos. (8, 9) En los últimos años se observa una meseta en los datos estadísticos respecto a la prevalencia de DA a nivel mundial, siendo la misma del 20%. (8)

España, en pacientes que acudían a las consultas de Dermatología se estimó una prevalencia de DA del 3,4%, siendo dicha prevalencia del 16,9% en los pacientes menores de 5 años, del 7,9% en los pacientes entre 6-15 años y del 1,5% en los pacientes mayores de 15 años. (10)

En los estudios del ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) de 2009 y 2012, Sudamérica emerge como una región de alta prevalencia, con un porcentaje de DA mayor al 15% en niños de entre 6 y 7 años de edad. (11)

Un estudio encontrado en la ciudad de Puno, muestra que la incidencia de DA en pacientes que acudieron al Consultorio de Dermatología del Hospital Carlos Monge Medrano fue de 2,21%, siendo afectados los niños menores de 2 años en un porcentaje del 50,7%, siendo el sexo más afectado el masculino. (12)

Un estudio del año 2007 en escolares de la ciudad de Lima muestra una prevalencia de 33,8% para el sexo masculino y 18,44% para el sexo femenino. este estudio no concuerda con otros donde se encuentra que hasta los 6 años ambos sexos se encuentran afectados por igual y a partir de dicha edad la prevalencia de DA en las niñas es mayor que en los varones. (13)

En Trujillo, el diagnóstico de dermatitis atópica constituyó en promedio el 2,2% del total de nuevas atenciones realizadas durante el período de estudio, El 20,5% al grupo etario comprendido entre los 2-24 meses, 31,8% al de 2-12 años y 47,7% al

de mayores de 12 años. Se halló que 291 fueron de sexo femenino; en el año 2010. (14)

Otro estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2011-2102, muestra que la mayor frecuencia (25%) de atenciones por DA se dio en los pacientes de edades 1-9 años, siendo el antecedente más frecuente el asma bronquial. (15)

Los factores de riesgo para la alta prevalencia de esta entidad que incluyen: el pertenecer a un nivel socioeconómico alto, poseer un grado de educación elevado, formar parte de familias pequeñas, vivir en zonas urbanas y tener familiares con la enfermedad, sin embargo la DA puede observarse en todos los estratos socioeconómicos y culturales.

Cómo influye el grado de urbanización en la prevalencia de la enfermedad fue motivo de interés para algunos autores, que revisaron el gradiente urbano/rural en poblaciones genéticamente similares, sobre todo en los dos primeros años de vida. Encontraron una mayor prevalencia de DA en zonas urbanas con respecto a las rurales, donde se agregan a los factores medioambientales ya conocidos el tránsito y la polución ambiental. Esto es más notorio en aquellos pacientes que tienen antecedentes familiares de atopía.

Estudios sobre migración poblacional y el desarrollo de DA apoyan la hipótesis de que son los factores ambientales y el estilo de vida occidental, más que las diferencias raciales, los que juegan un papel preponderante en el desarrollo de la enfermedad. (8)

2. TEORÍAS ACTUALES

2.1. CONCEPTO:

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, paradigmática, patofisiológicamente compleja; se presenta comúnmente en la infancia temprana. Debido al gran espectro clínico de esta condición, se supone que el fenotipo clínico de DA probablemente representa la expresión de la

inflamación crónica emergente contra un fondo genético complejo, y alterada por factores ambientales. (5)

La dermatitis atópica es la manifestación cutánea de la atopia. La atopia se puede definir como una tendencia a reaccionar de manera exagerada (producción de IgE, inflamación, prurito, broncoconstricción, etc.) frente a determinadas sustancias (alergénicas, irritantes, fármacos) y que se puede manifestar como distintas enfermedades. (5)

El asma, la rinoconjuntivitis y la DA conforman la tríada atópica.

2.2. HISTORIA:

El término atopía procede del griego “atopos”, que significa raro, inusual, poco común.

La primera descripción de DA probablemente se la debemos a Robert Willian en 1808, quién la considera una enfermedad muy similar a prurigo. Posteriormente, en 1891, Brocq y Jacquet proponen el término de neurodermatitis diseminada, destacando una posible base emocional en esta patología. En 1892 es Besnier quien describe por primera vez una asociación entre DA, rinitis y asma alérgico, sugiriendo que la enfermedad tiene una tendencia familiar, destacando también que el prurito juega un papel básico en la enfermedad; pasando a denominarse prurigo de “Besnier”. (16)

Varias décadas más tarde será Perry quien sigue a sus colegas Coca y Cooke, rescata el término de Atopía, tras describir la triada de eczema atópico, rinitis alérgica y asma. En los años 30, Hill y Suizberg definen los aspectos cutáneos de la triada de DA y reemplazan por dermatitis atópica, término que persiste en la actualidad. A mediados de los 60, Ishazaka y Johansson identifican a la IgE como el anticuerpo responsable de un tipo de reacción inmune inmediata. (16)

Ya en los 80, Hanifin y Rajka definen unos criterios que permiten dar uniformidad al concepto clínico de DA. Estos criterios se han redefinido en 1994. (16)

2.3. ETIOPATOGENIA

La DA es una enfermedad multifactorial en la que interactúan diversos aspectos genéticos, inmunológicos, metabólicos, infecciosos y neuroendocrinos, con el medio ambiente, dando lugar a las distintas manifestaciones clínicas.

2.3.1. FACTOR GENÉTICO

Existen bastantes evidencias de que la DA tiene un componente genético. La concordancia entre gemelos monocigóticos es mucho mayor que entre gemelos dicigóticos. Así mismo el asma, rinitis alérgica y DA muestran agrupación familiar. Los hijos de padres con DA tienen un riesgo mayor de desarrollarla. El gen de la filagrina ha demostrado una asociación muy significativa con la DA. La filagrina tiene un papel clave en la diferenciación epidérmica y en la función barrera. Las mutaciones en el gen de la filagrina están entre los defectos de un único gen, más frecuentes y comunes como causantes y modificantes de enfermedad. La filagrina es una proteína epidérmica importante expresada de forma abundante en las capas más externas de la epidermis. Los portadores de mutaciones de filagrina tiene un riesgo aumentado de rasgos complejos que incluyen la DA, dermatitis de contacto alérgica, asma, rinitis alérgica y alergia al maní. (5)

Los defectos en la filagrina sugieren que el defecto inicial de la DA se encuentra en la alteración de la función barrera. La mutación en la filagrina puede tener un papel en el desarrollo de todas las manifestaciones clave de la DA. Está bien establecido que esta mutación da lugar a un defecto funcional de la función barrera, pero el déficit de filagrina puede contribuir a la patogénesis de la DA por varios mecanismos. (5)

Este proceso se agudizaría con la presencia de alérgenos que potenciarían la sensibilización de la IgE. De esta forma, se desencadenaría una hipersensibilización del sistema inmunológico que facilitaría la persistencia de la inflamación subclínica subyacente, facilitando a su vez el desencadenamiento de

nuevos episodios de DA. Además, las diferencias geográficas en la prevalencia sugieren la influencia de otros factores ambientales como los climatológicos y la contaminación. (6)

ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN BARRERA

Las alteraciones en la función barrera son un factor determinante en el desarrollo de la DA porque permiten la entrada de alérgenos a través de la piel. La función barrera se encuentra en las porciones inferiores del estrato córneo, constituida por queratinocitos diferenciados (corneocitos) unidos entre sí por los corneodesmosomas. La hiperactividad de las proteasas epidérmicas y exógenas (producidas por el *Staphylococcus aureus* y por el ácaro del polvo entre otros) provoca una ruptura de los corneodesmosomas, lo que permite la entrada de alérgenos, que son captados por las células de Langerhans y presentados a los linfocitos T. (2)

2.3.2. FACTOR INMUNOLÓGICO

En los pacientes con DA se deterioran tanto la respuesta inmune innata y adaptativa. El prurito intenso es una característica de la DA que conduce inevitablemente al extenso rascado y en última instancia a más ruptura de la barrera de la piel. Es evidente que se requiere una barrera de la piel intacta y funcional (estrato córneo) para una respuesta inmune innata cutánea eficaz. Receptores de lectinas unidas a manano y proteínas surfactantes reconocen azúcares únicos presentes en bacterias gram-positivas y gram-negativas, hongos, y virus. Pueden actuar directamente como opsoninas por recubrimiento del patógeno y hacerlos accesibles para la fagocitosis o pueden activar directamente la ruta del complemento. Deficiencia de lectina unidas a manano se ha demostrado que predisponen a los individuos a las infecciones bacterianas y virales, incluyendo HSV y *S. aureus*. Se informó de que una mutación en el Receptor 2 parecido a Toll, gen R753Q fue encontrado con mayor frecuencia en pacientes con DA y se correlacionó con fenotipo más grave, niveles de IgE total en suero superior, y una mayor susceptibilidad a la colonización por *S. aureus*. (6)

2.3.3. FACTOR AMBIENTAL

Los efectos de las prendas de vestir, la presencia de ácaros y polvo en el lugar de residencia, los cosméticos, ciertos alimentos o cambios en la alimentación y los estresantes fisiológicos (infecciones, sudor...) o emocionales (estrés psicológico) se han destacado como factores asociados a la aparición de brotes. (6)

2.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas de la DA varían considerablemente con la edad y difieren en el transcurso de la enfermedad. El espectro clínico de la DA es amplia, que van desde formas leves como pitiriasis alba (manchas secas despigmentadas) a las principales formas con erupción eritrodérmica. El eczema es polimórfico incluyendo forma aguda (supuración, costras, vesículas o pápulas en placas eritematosas erosionadas); subaguda (placas gruesas, pálidas y excoriadas); y crónica (liquenificadas, ligeramente pigmentadas, placas excoriadas). Piel anormalmente seca y el umbral disminuido a la comezón son características importantes de DA. Todas las etapas de la enfermedad se asocian con o son causados por el prurito. Aunque puede ocurrir prurito durante todo el día, por lo general empeora durante la noche. La exacerbación del prurito y el rascado puede ser causada por diversos factores desencadenantes tales como el calor y el sudor, la lana, el estrés emocional, los alimentos, el alcohol, las infecciones del tracto respiratorio superior y la casa de los ácaros del polvo. (6)

Los bebés presentan eczema facial en parches o generalizada por todo el cuerpo. Las lesiones generalmente aparecen primero en las mejillas y se caracterizan por la piel seca y con lesiones eritematosas papulovesiculares. Al rascarse los resultados de la piel son erosiones inflamatorias y crujiendo. El término "costra láctea" o "costra de leche" se refiere a la aparición de costras amarillentas en el cuero cabelludo en los lactantes, se asemeja a la leche escaldada. Debido al

prurito persistente, el niño se siente incómodo y se vuelve inquieto y agitado durante el sueño. En alrededor del 50% de los pacientes las lesiones se curan por el final del segundo año de vida; en algunos casos pierden gradualmente su carácter exudativa original y se convierten en lesiones crónicas, caracterizadas por liquenificación. (6)

En niños de 2 a 12 años. Las manifestaciones cutáneas pueden comenzar en esta fase, o bien reanudarse tras un intervalo libre de hasta dos o tres años. Característicamente, afecta a los pliegues antecubitales y poplíteos, cuello, muñecas y tobillos. La morfología característica es el eczema subagudo y la rápida liquenificación debido al prurito importante lo que predispone a sobreinfección bacteriana, vírica o fúngica. (2)

2.5. DIAGNÓSTICO

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

Actualmente no existen estudios complementarios específicos de rutina que certifiquen el diagnóstico.

Se han propuesto diferentes criterios diagnósticos para definir la misma. El primero de ellos fue el sistema propuesto por Hanifin y Rajka.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DA
<p>Criterios mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurito (condición básica) • Distribución característica • Antecedentes personales o historia familiar de atopía • Dermatitis de curso crónico con exacerbaciones y remisiones
<p>Criterios menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Xerosis • Ictiosis/hiperlinearidad palmar/queratosis pilar • Reactividad inmediata (tipo 1) a test cutáneos • IgE elevada • Edad de comienzo precoz • Tendencia a infecciones cutáneas/defectos de la inmunidad mediada por células • Dermatitis inespecífica de manos y pies • Eczema del pezón

- Queilitis
- Blefaritis recurrente
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Catarata subcapsular anterior
- Oscurecimiento orbitario
- Eritema/palidez centro-facial
- Pitiriasis alba
- Pliegues anteriores del cuello
- Prurito al transpirar
- Intolerancia a la lana y solventes de lípidos
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a alimentos
- Curso influenciado por factores ambientales/ emocionales
- Dermografismo blanco/blanqueo retardado

Fuente: Hanifin y Rajka 1980

Para realizar el diagnóstico de DA es necesario que estén presentes tres criterios mayores y al menos tres criterios menores.

2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dermatitis seborreica.
- Dermatitis de contacto irritativa.
- Dermatitis de contacto alérgica.
- Enfermedades eritematoescamosas: psoriasis, pitiriasis rosada y rubra pilaris.
- Ectoparasitosis.
- Infecciones micóticas.
- Infecciones bacterianas: impétigo, síndrome estafilocócico de la piel escaldada.
- Infecciones virales: eczema herpético.
- Exantema asimétrico perifleural de la infancia.
- Enfermedades hereditarias: ictiosis vulgar, síndrome de Netherton.
- Inmunodeficiencias; síndrome de Wiscott-Aldrich, síndrome de hiper IgE.
- Enfermedades ampollares de origen inmunológico: Dermatitis herpetiforme.

- Enfermedades metabólicas: Acrodermatitis enteropática, Fenilcetonuria, Déficit de carboxilasas (déficit de utilización de la biotina).

2.7. GRAVEDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y CALIDAD DE VIDA

DA es un grave problema para los pacientes y sus familias, de hecho, sobre todo cuando es grave, DA puede ser extremadamente incapacitante, causando el estrés psicológico que, en los niños pequeños, puede involucrar a toda la familia. Los médicos deben ser conscientes de los problemas psicológicos relacionados con esta enfermedad y su impacto en el niño y la calidad de vida (QOL) de los padres. (17)

2.7.1. INFECCIONES

Los pacientes con DA tienen una propensión única para ser colonizados o infectados por un número de organismos microbianos. (18)

Los pacientes con DA grave están en riesgo de infecciones bacterianas invasivas y eczema herpético (EH) que ponen en peligro la vida. Aunque estudios recientes han proporcionado un fuerte apoyo a la base de los defectos de barrera de la piel en la patogénesis de la DA, la causa de la DA sigue siendo entendido incompletamente. Datos más recientes también han permitido comprender mejor el importante papel de la respuesta inmune en la patogenia de la DA. (19)

Es de destacar que los pacientes con DA tienen aumentado las respuestas alérgicas y por ende una mayor tendencia a sufrir de infecciones de la piel. Las infecciones secundarias de la piel durante mucho tiempo han sido conocidas por estar asociados con brotes del DA. Las infecciones de la piel más comunes en DA son causadas por *Staphylococcus aureus* y virus del herpes simple (VHS). En ausencia de signos clínicos de las infecciones, la mayoría de los pacientes con DA también pueden estar colonizados con *S. aureus* en las lesiones de la piel. Este

patógeno produce factores proinflamatorios que pueden activar el sistema inmune cutáneo. (18, 19)

Pacientes con DA también son susceptibles a la infección viral de la piel. EH, que es causada por el VHS, puede presentarse como una infección potencialmente mortal. Pacientes con DA y EH diseminada se presenta con fiebre, malestar general, y presencia de vesículas generalizadas. Los pacientes con EH pueden desarrollar complicaciones como queratoconjuntivitis, viremia, meningitis, encefalitis o sepsis bacteriana secundaria. (18, 19)

2.7.2. DERMATITIS ATÓPICA Y VIDA FAMILIAR.

En 1998, Lawson et al. se centró en la calidad de vida de las familias de los niños afectados por DA. Trabajaron el Cuestionario de Impacto Dermatitis Familia, cuyo objetivo era comprender los aspectos familiares más influenciados por la enfermedad. Sus resultados mostraron que 74% de los padres describe una carga general de cuidado extra, por ejemplo, en relación con la limpieza del hogar y lavado, la preparación de comidas y tiendas; 71% de los padres describe las presiones psicológicas que incluyen sentimientos de culpa, el cansancio, la frustración, el resentimiento y la impotencia; el prurito nocturno y los arañazos causan retraso en conseguir que el niño duerma y condujo a la frustración de los padres y el agotamiento en el 64%. Así que para el 66% de las familias una vida "normal" de la familia no era posible. Además informó de que el 63% de los niños con el DA tenían problemas de sueño y la mayoría había tenido trastornos del sueño en algún momento. Los pacientes con DA tiene mayor duración del sueño que los pacientes con otras enfermedades dermatológicas crónicas. Ricci et al. en su estudio pidió a los padres de 45 niños de 3 a 84 meses afectados por DA para completar dos cuestionarios validados después del examen clínico (Cuestionario con índice de calidad de vida en dermatitis de la infancia e Índice de impacto familiar de la dermatitis). QOL infantil apareció ligera- moderadamente alterada (puntuación media de 10,2) en comparación con el valor de un grupo de control (3,3), y la picazón, problemas para dormir, y la influencia de la enfermedad en el estado de ánimo del niño eran la causa de la mayor incomodidad para el niño.

Familia QOL parecía moderadamente alterada (media 11) en comparación con el valor del grupo de control (7,4). El mayor problema fue la alteración del sueño de los miembros de la familia. El Prurito constante tiene un fuerte impacto en la personalidad de los niños y puede influir en su desarrollo. (6)

Otros problemas importantes fueron el coste económico para la gestión de la enfermedad y el cansancio y la irritabilidad causada por la enfermedad en los padres. (17)

2.7.3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Hay múltiples sistemas de medición de gravedad, los más frecuentemente empleados son el puntaje de gravedad de DA (SCORAD) y el índice de extensión y gravedad de DA (EASI).

El SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) es el instrumento de gravedad de la enfermedad más ampliamente validado.

Evalúa tres aspectos:

- A. Extensión de la enfermedad: a través de la regla de los 9.
- B. Características clínicas (gravedad de las mismas): 0- ausente; 1- leve; 2- moderada; 3- grave (máximo 18).
 - ✓ Eritema
 - ✓ Pápulas-edema
 - ✓ Exudación-costras
 - ✓ Excoriación
 - ✓ Liquenificación
 - ✓ Xerosis
- C. Síntomas subjetivos (con escala visual análoga): 0 a 10 (máximo 20).
 - ✓ Prurito
 - ✓ Pérdida de sueño

Cálculo SCORAD: $a/5+7. b/2+c$

- <15: leve
- 15-40: moderado
- >40: grave

2.7.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Se desarrollaron varios índices para cuantificar este efecto. Algunos de ellos son:

- Dermatology Life Quality Index (DLQI): índice de calidad de vida en dermatología (ICVD).
 - Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): índice de calidad de vida en dermatología pediátrica.
 - Infant's Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL): índice de calidad de vida en dermatitis de la infancia.
 - Dermatitis Family Impact (DFI): índice de impacto familiar de la dermatitis.
 - The CADIS (Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale): es una escala para niños menores de 6 años y sus padres. Mide las alteraciones generadas por la DA considerando los síntomas, las limitaciones en la actividad y el comportamiento del niño, las funciones social y familiar, el sueño y las emociones de los padres.
- (20)

2.8. MANEJO

El tratamiento de la DA es un desafío por tratarse de una enfermedad crónica, que cursa con períodos de brote y remisión, y que puede afectar seriamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Transmitir a los padres que el objetivo del tratamiento no es la curación, sino el control de los signos y síntomas hasta que la enfermedad remita, como ocurre en la mayoría de los pacientes, constituye un aspecto sumamente importante en el tratamiento y contención de las familias afectadas. (21)

2.8.1. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DESENCADENANTES

La identificación de posibles desencadenantes es una parte esencial de la evaluación clínica con referencia a la edad, el patrón de la exacerbación y factores sociales. (5)

Dentro de los factores desencadenantes tenemos:

- A. **IRRITANTES QUÍMICOS COMO JABÓN, DETERGENTE Y CLORO:**
Jabones, baños de espuma, detergentes y tensoactivos (por ejemplo, lauril sulfato de sodio) emulsionan la superficie y los lípidos intercelulares. También aumentan el pH de la piel, dando lugar a un aumento de actividad de la proteasa con descamación prematura de la capa córnea y, por tanto, una función de barrera deteriorada. El aumento de la pérdida de agua transepidérmica y la piel seca son el resultado, desencadenando prurito y sensibilidad a los irritantes. El cloro tiene los mismos efectos sobre la piel.
- B. **IRRITANTES FÍSICOS COMO LANA O NYLON:** las fibras textiles se han reportado como causas de irritación aguda y acumulativa y la dermatitis alérgica de contacto, exacerbación de DA y urticaria de contacto. La textura 'de punta' de fibras de lana es el principal factor problemático. El algodón se aconseja generalmente como una alternativa, ya que es cómodo y puede ser en capas en el invierno para evitar el sobrecalentamiento y la sudoración.
- C. **DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A ARTÍCULOS DE TOCADOR Y PERFUMES:** Los pacientes con DA son más propensos que los no atópicos para desarrollar hipersensibilidad a los alérgenos en el panel de prueba de parche estándar y, en particular, a los alérgenos de metal incluyendo níquel, cloruro de cobalto y dicromato de potasio. También son

significativamente más propensos a desarrollar dermatitis alérgica de contacto a liberadores de formaldehído que se utilizan como conservantes en los artículos de tocador, incluyendo perfumes y maquillaje.

- D. ALIMENTOS ALERGENOS: El papel de la alimentación en DA siempre ha sido y sigue siendo controvertido. Los casos en que los síntomas son de inicio temprano y esté aumentada la severidad de DA, además los síntomas del tracto gastrointestinal son prominentes, se debe considerar de un alergeno alimenticio.
- E. AEROALERGENOS: La sensibilización a aeroalergenos no tiene necesariamente relevancia clínica. Un estudio de cohorte alemán demostró que el patrón de sensibilización cambia durante toda la infancia, con la prevalencia de sensibilización aumentado constantemente durante toda la infancia. Jerarquía en prevalencia de sensibilización (hierba > polen de abedul > ácaro en polvo doméstico > gato > perro) se mantuvo desde los 5 años en adelante. Prueba Aeroalergenos puede identificar a los niños con DA en riesgo para el desarrollo de la enfermedad de las vías respiratorias, por lo que la prueba se debe considerar en los niños con DA severa y la IgE específica a aeroalergenos. Por desgracia, la desensibilización no parece mejorar la ADE en pacientes con sensibilidad demostrada a aeroalergenos
- F. INFECCIONES: Los pacientes con DA muestran una disminución significativa en la expresión de péptidos antimicrobianos (AMP) y exhiben defectos inmune innata y adaptativa, que explican su mayor susceptibilidad a las infecciones de la piel debido a bacterias, hongos o virus.
- G. EL HUMO DEL CIGARRILLO: La literatura sobre si la exposición gestacional y perinatal al humo del cigarrillo puede estar asociada con la aparición de ADE infancia no es concluyente. Un estudio publicado en 2011, sin embargo, logró demostrar que la aparición de DA en adultos puede estar influida por la exposición acumulativa y actual al humo del cigarrillo, ya sea a través del humo del cigarrillo ambiental o exposición personal. Se encontró un mayor riesgo de eczema de las manos para ser asociado con el tabaquismo más de 10 cigarrillos por día.

- H. EL ESTRÉS PSICOLÓGICO: El estrés psicológico afecta la función de barrera, a favor de un cambio en la inmunidad hacia una respuesta Th2, se asocia con un eje hipotálamo-pituitario-adrenal anormal y produce neuropéptidos en la piel que conduce a inflamación. La DA neurogénica también causa estrés psicológico en el paciente, así como la familia. Algunas personas reaccionan al estrés por el hábito de rascarse. Evitar rascarse tanto como sea posible, mantener las uñas cortas, considerar el uso de guantes de algodón en la noche, y optar el roce de ser posible. Las intervenciones psicológicas y de reducción del estrés puede disminuir el prurito, el rascado y mejorar el bienestar del paciente.
- I. EL POLVO Y LA ARENA: Los ácaros reside en el polvo y de esa manera la exposición al polvo puede desencadenar DA.
- J. TEMPERATURA EXTREMA Y LA HUMEDAD: El papel de la humedad y la temperatura extrema en DA no está claro. Se deben evitar estos factores todo lo posible.
- K. OTROS POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES: El sudor puede actuar como un irritante y con ello llevar a la exacerbación de la DA. Aire acondicionado reduce la humedad en el aire y puede contribuir aún más al deterioro de DA, si los filtros no son limpiados con regularidad. (19)

2.8.2. INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

2.8.2.1. RESTRICCIÓN DIETA

El huevo de gallina, la leche, el trigo, la soja, los cacahuetes, las nueces y el pescado son responsables del 90% de las alergias a los alimentos en pacientes con dermatitis atópica. Evitar estos alimentos y otros alimentos sospechosos de causar erupciones puede ser útil en la reducción de las exacerbaciones de la enfermedad, especialmente en niños. (20)

2.8.2.2. REDUCCIÓN AEROALERGENOS

Al igual que con los alérgenos alimentarios, diferentes aeroalergenos como los ácaros del polvo, polen, moho y caspa de los animales puede causar

exacerbación de DA. Esta exacerbación puede ser activada ya sea por inhalación o contacto directo; también se sospecha de hongos y cucarachas. (20)

2.8.2.3. EVITAR DETERGENTE Y QUÍMICOS.

Debido a que existe una mayor probabilidad de irritación de la piel en pacientes con dermatitis atópica, es importante evitar esos productos o sustancias químicas que pueden causar exacerbación de la enfermedad. Ciertos jabones, suavizantes, perfumes, cosméticos y lociones contienen alcohol y otros ingredientes que pueden ser irritantes para la piel de los pacientes con AD. (20)

2.8.2.4. LA FOTOTERAPIA

El uso de la luz solar natural para el tratamiento de la dermatitis atópica se ha demostrado que es beneficioso, pero las quemaduras solares deben ser evitadas. Si la luz del sol se produce en presencia de alta humedad o el calor provoca sudoración, puede ocurrir empeoramiento de los síntomas. Los rayos UVA, UVB de banda estrecha y alta intensidad), la terapia ultravioleta (UV) pueden ser útiles en complemento con las opciones de otros tratamientos para los pacientes. (21)

2.8.2.5. ENFOQUES PSICOLÓGICOS

Los pacientes con dermatitis atópica se demuestra que tienen problemas significativos con la ansiedad, la ira y estrés emocional. Por lo general, responden a la vergüenza, frustración, ansiedad u otros eventos perturbadores con mayor prurito y rascado. Aunque los factores emocionales no causan la dermatitis atópica, los estudios muestran que técnicas psicológicas, tales como los enfoques de reducción de estrés, modificaciones del comportamiento, y sesiones de asesoramiento de grupo pueden reducir la exacerbación de la dermatitis atópica, particularmente aquellos propensos a rascarse habitualmente. (21)

2.8.3. TERAPIA FARMACOLÓGICA

2.8.3.1. TERAPIAS SIN RECETA

- Los antihistamínicos orales generalmente se recomiendan para el prurito. Sin embargo, un estudio de 16 ensayos no mostró poca evidencia asociada

con el alivio del prurito con antihistamínicos sedantes o no sedantes. Estas observaciones, sin embargo, no excluyen la posibilidad de que los pacientes individuales pueden beneficiarse de antihistamínicos. Debido a que el prurito puede ser peor en la noche, antihistamínicos orales han sido beneficiosos al acostarse por sus propiedades sedantes en pacientes que experimentan síntomas, y se pueden utilizar como un adyuvante a corto plazo para terapia tópica. (22)

- Los productos emolientes tópicos que contengan aceite de girasol destilado, rico en ácidos grasos esenciales, sobre todo ácido oleico y linoleico, se han propuesto como muy beneficiosos en el cuidado de la piel atópica. El aceite de girasol destilado actúa como ligando de los PPAR (peroxisome proliferator-activated receptor) estimulando la diferenciación de los queratinocitos, mejorando la función de la barrera epidérmica, reduciendo la inflamación y potenciando el metabolismo lipídico. Se considera un importante ahorrador de corticoides y ha demostrado obtener mejorías muy significativas en la calidad de vida de los pacientes. Reduce infecciones nosocomiales en recién nacidos pretérmino hasta en un 41% en comparación con la vaselina, y disminuye la tasa de mortalidad infantil un 26% comparado con otros emolientes. (22)
- N-palmitoiletanolamina: Se ha llevado a cabo un ensayo clínico multicéntrico no controlado observacional sobre 2.456 pacientes que se aplicaron una crema emoliente que contenía N-palmitoiletanolamina 1 vez al día. En este trabajo se comprobó una mejoría global del 58,6% de los síntomas y signos sobre el estado basal con la aplicación regular de esta emoliente. Sin embargo, hay que tener en cuenta que se trata de un ensayo clínico sin control, ni placebo ni comparación con otros productos, por lo que hay que valorarlo con la consiguiente reserva. (21)

2.8.3.2. TERAPIAS CON RECETA

2.8.3.2.1. TRATAMIENTO TÓPICO

CORTICOSTEROIDES: Los corticoides tópicos se consideran actualmente la piedra angular en el tratamiento de la dermatitis atópica. Se ha establecido recientemente el aceponato de metilprednisolona como el corticoide de elección en el tratamiento de la dermatitis atópica por su mejor perfil de eficacia y seguridad en comparación con otros corticoides de igual o superior potencia. Sin embargo, en caso de lesiones localizadas en pliegues, cabeza y cuello, y en caso de pacientes de menor edad se recomienda utilizar corticoides de menor potencia. En general la aplicación de corticoides más de una vez al día no suele ser necesaria. Se ha comprobado que la aplicación de corticoides potentes en pauta intermitente («fin de semana») seguidos de emolientes e hidratantes es equivalente a la utilización diaria de un corticoide suave o de potencia media. La utilización de corticoides tópicos en curas húmedas sería una opción terapéutica en casos recalcitrantes. La pauta más aceptada consiste en aplicar aceponato de metilprednisolona diluido al 10% con emolientes (pomada, crema o vaselina) directamente sobre la piel y ocluir con 2 capas de vendajes (primera cura húmeda y segunda seca) una vez al día durante una media de 7 días (2-14 días). Periodos más largos de tratamiento no han demostrado mayor eficacia y sí mayor probabilidad de desarrollar efectos adversos. No se recomienda utilizar en niños peripuberales por el riesgo de aparición de estrías. Aunque muy infrecuentes, pueden aparecer efectos secundarios como sensación de discomfort, foliculitis, lesiones refractarias en las zonas no cubiertas, impétigo e infecciones herpéticas.

(22)

INMUNOMODULADORES TÓPICOS: Los inhibidores de la calcineurina, tacrolimus y pimecrolimus, han demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de la dermatitis atópica moderada y severa tanto en adultos como en población infantil. Ambos han sido extensamente evaluados y existen ensayos clínicos que los comparan con placebo, corticoides tópicos y entre sí. Hasta el momento han demostrado su utilidad y seguridad en pauta continua durante un

corto espacio de tiempo y en pauta discontinua durante un periodo de hasta 4 años. La seguridad a más largo plazo es aún desconocida, ya que ambos productos llevan en el mercado menos de una década. (22)

2.8.3.2.2. INMUNOSUPRESORES SISTÉMICOS

CORTICOIDES ORALES

A pesar de que actualmente se considera un tratamiento con nivel de evidencia IV, por la escasez de ensayos clínicos, no cabe duda de que los corticoides orales son el pilar del tratamiento de rescate de los brotes de dermatitis atópica, tanto en adultos como en niños. En ensayos clínicos se ha demostrado que la concentración de corticoides en piel sería similar tras la administración de un corticoide tópico potente (propionato de clobetasol 0,05%, hidrocortisona 2,3% o triamcinolona 0,1%) que tras la administración de dosis medias de prednisona oral. Sin embargo, cuando la piel está muy alterada, la distribución de estas sustancias es muy irregular y sería más seguro y controlable realizar la administración vía oral. En el resto de las situaciones sería más recomendable utilizar corticoides tópicos. Por otro lado, varios autores han observado un incremento en la producción de IgE por parte de los linfocitos B en pacientes con dermatitis atópica una vez finalizado el tratamiento con prednisolona oral, que reflejaría el efecto inmunomodulador de los corticoides y explicaría el temido efecto «rebote» que sucede tras el cese de la medicación de forma brusca. Es por ello muy importante que, tras obtener mejoría clínica, la dosis de corticoides se reduzca de forma lenta y mantenida a lo largo del tiempo y así minimizar la posibilidad de desarrollar efecto «rebote». (23)

CICLOSPORINA

La ciclosporina se ha utilizado clásicamente como rescate en el tratamiento de la dermatitis atópica recalcitrante, desarrollando un papel similar al de los corticoides. Actúa inhibiendo la transcripción de IL 2 y otras citocinas, consiguiendo de esta manera evitar la activación de los linfocitos T. (23)

En un artículo publicado en 2007 se recoge la experiencia más larga revisando un total de 15 estudios y 602 pacientes. La ciclosporina consigue una respuesta dosis dependiente muy rápida, en menos de 2 semanas, pudiendo variar las dosis de inicio desde los 4, 5 y hasta 7 mg/kg/día. Se ha comprobado que disminuye la severidad en un 22% cuando se utiliza a dosis menores de 3 mg/kg/día y un 40% cuando se utilizan dosis mayores de 4 mg/kg/día. La eficacia aumenta con el tiempo de utilización y se estima que tras 6-8 semanas de tratamiento la severidad disminuye de un 55 a un 70%. La eficacia es similar en niños y adultos, aunque los niños muestran mejor tolerancia. Se pueden asociar corticoides e inhibidores de la calcineurina tópicos como tratamiento coadyuvante. Los efectos secundarios son dosis dependientes y mucho más frecuentes en adultos que en niños. Entre los más habituales cabe destacar: síntomas gastrointestinales (40%), infecciones (13%), aumento de la creatinina > 30% (11%), hipertensión (6%), cefalea, parestesias distales e hipertrichosis. Todos ellos suelen remitir tras el cese de la medicación y no se han registrado efectos adversos que comprometan la vida del paciente. El efecto inmunomodulador de dosis bajas de ciclosporina utilizadas durante un tiempo más prolongado es quizá un concepto más novedoso. (23, 24)

A finales de 2010 se publica un estudio que valora la eficacia y seguridad a largo plazo de ciclosporina oral en pacientes con dermatitis atópica moderada-severa. Se incluyen 147 pacientes, niños y adultos, 61 de ellos en tratamiento con ciclosporina durante más de 6 meses. La dosis media de ciclosporina fue de 3 mg/kg/día y la duración media del tratamiento 18 meses. La dermatitis atópica se clasificó en extrínseca o intrínseca según la asociación o no con otras enfermedades atópicas, niveles de IgE elevados e IgE específica positiva. Se obtuvo una reducción del SCORAD estadísticamente significativa desde el primer mes de tratamiento tanto en niños como en adultos y tanto en las formas moderadas como severas de dermatitis atópica. (24)

Los niveles de IgE fueron significativamente menores tras el tratamiento. Observaron que la mejoría fue mucho mayor en los casos de dermatitis atópica

extrínseca (asociada a otros signos de atopia, niveles elevados de IgE e IgE específica positiva). (23, 24)

AZATIOPRINA

La azatioprina ha demostrado en diferentes estudios ser un tratamiento efectivo⁴⁸ y seguro a corto y largo plazo tanto en adultos como en niños. La seguridad es mucho mayor si realizamos la determinación de la enzima tiopuril metil transferasa, que permite un mejor ajuste de dosis para conseguir una máxima eficacia minimizando los efectos adversos. La dosis de inicio se estima en 0,75-2,5 mg/kg/día con una dosis de mantenimiento de 0,7-1,5 mg/kg/día. (24)

MOFETIL MICOFENOLATO

El mofetil micofenolato es un inmunosupresor actualmente aceptado por la FDA para evitar el rechazo en el trasplante renal. Se considera un fármaco eficaz en el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-severa, consiguiendo mejorías en 4-8 semanas con muy buen perfil de seguridad a largo plazo, mejor incluso que corticoides o ciclosporina. (24)

METOTREXATO

Dosis bajas de metotrexato han demostrado eficacia en el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-severa sobre todo en pacientes adultos. (24)

LIGANDOS PPAR (ROSIGLITAZONA)

Los PPAR son receptores hormonales nucleares expresados en queratinocitos y en células del sistema inmune, capaces de regular la homeostasis de la barrera epidérmica y el sistema inmunitario. (24)

2.9. MOTIVOS DE FRACASO DEL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia terapéutica o cumplimiento ha sido definida por la OMS como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. (25)

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. (25)

En dermatología, en especial en la Dermatitis Atópica, los regímenes de tratamiento son a menudo complejos, que consisten en la aplicación diaria de emolientes y tratamientos largos con corticosteroides tópicos o el uso de inhibidores de la calcineurina. Otras estrategias incluyen la modificación del medio ambiente, evitar los desencadenantes, fototerapia y tratar las complicaciones tales como infecciones secundarias. (25)

Dentro de los factores más importantes en la falla de la adherencia terapéutica tenemos los siguientes:

LA COMPLEJIDAD DE LOS REGÍMENES DE TRATAMIENTO

Los regímenes de tratamiento se perciben complejos por la prescripción de múltiples medicamentos, horarios de dosificación frecuente y la aplicación engorrosas de preparaciones tópicas. El requerimiento de terapia a largo plazo también es a menudo problemática.

Los padres y cuidadores admiten que toman atajos, tales como la frecuencia reducida de aplicación de la terapia tópica; es necesario simplificar los regímenes de tratamiento. (25)

FALTA DE CONOCIMIENTO

Falta de comprensión de la patogénesis de la enfermedad y los tratamientos prescritos es común en la DA. Casi la mitad de los padres y cuidadores, al ser interrogado, no pueden identificar correctamente la potencia de los corticosteroides tópicos comúnmente prescrito o la naturaleza de los componentes antimicrobianos correctamente. Esa falta de entendimiento puede dar lugar a la aplicación incorrecta de la terapia tópica y la confusión acerca de del tratamiento, lo que lleva a una mala adherencia al tratamiento y los resultados. (25)

DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA

Para tener éxito, los regímenes de tratamiento complejos en el contexto de las enfermedades crónicas requieren el compromiso continuo de los pacientes y los cuidadores. Los emolientes se aplican incluso cuando no hay evidencia de enfermedad activa en la piel, dando pequeño respiro de los derechos de los cuidadores. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es significativamente afectada en niños con DA y sus cuidadores, lo que tiene consecuencias negativas directas para la adherencia al tratamiento. (25)

LA INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La satisfacción del paciente es un factor determinante de la adherencia al tratamiento. Una encuesta transversal en Japón informó de que una relación paciente/cuidador-clínico satisfactorio fue el factor que impulsa la adhesión al tratamiento más importante de su población. Sin embargo, una encuesta de la Sociedad Nacional de Eczema del Reino Unido mostró que sólo el 19% de las consultas iniciales con un dermatólogo cumplió con las expectativas de los pacientes y sólo el 40% de los pacientes se mostraron satisfechos con el trato dado. Reconociendo la preferencia de los pacientes es un componente importante de la satisfacción del paciente. Recomendaciones para las terapias tópicas que deben tomar paciente/cuidador es tomar en cuenta la forma de presentación, incluyendo tipo de preparación y la frecuencia de aplicación. Los planes de

tratamiento diseñados sin tomar en cuenta las preferencias del paciente/cuidador es probable que conduzcan al fracaso del tratamiento. (26)

FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO

La adherencia a la terapia tópica en DA aumenta significativamente en la época de las citas de seguimiento. Este hallazgo, denominado 'el cumplimiento de bata blanca', también se ha informado en la dermatitis por psoriasis y de la mano. El calendario de las citas de seguimiento también parece ser importante, con principios de seguimiento que resulta en mayores tasas de adherencia al tratamiento. (26)

FOBIA A LOS CORTICOSTEROIDES

La fobia a los corticosteroides es un fenómeno común de los padres en el cuidado de los niños con DA, con más del 80% por temor a posibles efectos secundarios locales y sistémicos asociados con la aplicación regular de corticoesteroides. Los temores incluyen atrofia cutánea irreversible, la inmunosupresión y la falta de crecimiento con la aplicación de esteroides a largo plazo, con frecuencia resulta en el fracaso del tratamiento debido a la falta de adherencia. (25)

EL USO DE LA MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA

A pesar de la falta de pruebas para la medicina complementaria y alternativa (MCA) en el tratamiento de la DA, MCA sigue siendo un complemento popular para el tratamiento. Las estrategias comunes incluyen la homeopatía, el uso de extractos botánicos y hierbas medicinales chinas. Más de la mitad de los pacientes con DA puede incluir una forma de MCA en su gestión. Es más probable que se utilicen MCA, por lo general por recomendación de amigos o familiares, por los pacientes con una larga duración de la enfermedad y si percibían que las estrategias de tratamiento ortodoxos han fracasado. Los efectos secundarios, interacciones de medicamentos y el empeoramiento de los síntomas de DA con el uso de algunos MCA se han reportado, confundiendo los resultados del

tratamiento. Además, el uso exclusivo inadecuado de MCA para tratamiento de DA puede tener consecuencias catastróficas. (25, 26)

Otros factores que influyen en una mal respuesta son las siguientes:

DIAGNÓSTICO INCORRECTO

Una causa poco frecuente pero importante de fracaso del tratamiento es diagnóstico incorrecto. El diagnóstico de la AD se basa en Hanifin y Criterios diagnósticos clínicos de Rajka (3 de 4 criterios principales: prurito, apariencia típica y distribución, cronicidad, antecedentes personales o familiares de atopia, así como al menos 3 menores criterios) o una modificación desarrollado más recientemente por el Asociación Británica de Dermatólogos y el americano Academia de Dermatología Conferencia de Consenso sobre Pediátrica Dermatitis Atópica. (27)

LA FALTA DE EDUCACIÓN

La razón para el fracaso del tratamiento en más de la mitad de pacientes remitidos a centros especializados es que los médicos a menudo tienen insuficiente tiempo para educar a los pacientes y sus cuidadores acerca de la correcta aplicación de ungüentos y cremas, y esto afecta negativamente el cumplimiento. En una encuesta publicada, sólo el 5% de los 51 padres que asistieron a una clínica de dermatología pediátrica especializada habían recibido explicación de las causas de DA o una demostración de cómo aplicar el tratamiento. Muchos países cuentan con grupos de apoyo a pacientes proporcionando literatura complementaria útil, por ejemplo, en los Estados Unidos, la Asociación Nacional de Eczema, en el Reino Unido, la Sociedad Nacional de Eczema, y en Canadá, la Sociedad Eczema de Canadá. (27)

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL TRATAMIENTO

La presentación o ingredientes activos en medicamentos tópicos pueden inflamarse directamente la piel, ya sea debido a la irritación química o hipersensibilidad inmune. (27)

INFECCIONES DE PIEL SECUNDARIOS

Las infecciones con *Staphylococcus aureus*, estreptococos del grupo A y C pueden exacerbar el cuadro. (27)

COMIDAS Y AEROALERGENOS

Como ya se describió anteriormente algunas comidas y aeroalergenos pueden no ser identificados correctamente desencadenar o exacerbar la enfermedad. (27)

En resumen podemos enumerar las razones para el incumplimiento de la medicación de la siguiente manera:

- La medicación no disponible
 - Paciente se queda sin medicamentos y no va al médico para obtener más recetas.
 - Médico que no están dispuestos a prescribir cantidades adecuadas de medicamentos debido a preocupaciones sobre la toxicidad o el costo.
- La medicación está disponible pero no se utiliza
 - Paciente/padres no son conscientes de la frecuencia correcta y el tipo de medicamento que se debe aplicar para una gestión eficaz de la DA.
 - Paciente/padres carecen de motivación; creencia de que la DA no es tan mala y que no se requiere tratamiento.
 - Paciente/padres tienen pobres habilidades de gestión del tiempo.
 - Aplicación se deja a los niños que son demasiado jóvenes para aplicar el medicamento eficaz.
 - La percepción del paciente/de los padres es que el tratamiento no funciona.
 - La percepción del paciente/de los padres es que el tratamiento tiene efectos secundarios inaceptables.
 - La percepción del paciente/padres es que el tratamiento es estéticamente inaceptable (por ejemplo, ungüentos brillantes para hacer frente a los adolescentes).
 - La medicación empeora la DA.

- La medicación es dolorosa para aplicar.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que existe entre la identificación de factores desencadenantes, la adherencia al tratamiento y el uso de emolientes o cremas humectantes relacionados al Control de la Dermatitis Atópica en la población pediátrica que acude al Consultorio de Dermatología en el Hospital II Huánuco EsSalud durante el periodo del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la frecuencia de Dermatitis Atópica de la población pediátrica que acude al Consultorio de Dermatología en el Hospital II Huánuco EsSalud durante el periodo del 2015.
- Identificar la relación del Control de la Dermatitis Atópica con la identificación de factores desencadenantes en la población pediátrica que acude al Consultorio de Dermatología en el Hospital II Huánuco EsSalud durante el periodo del 2015.
- Analizar la relación del Control de la Dermatitis Atópica con la adherencia al tratamiento en la población pediátrica que acude al Consultorio de Dermatología en el Hospital II Huánuco EsSalud durante el periodo del 2015.
- Registrar la relación del Control de la Dermatitis Atópica con el uso de emolientes o cremas humectantes en la población pediátrica que acude al Consultorio de Dermatología en el Hospital II Huánuco EsSalud durante el periodo del 2015.
- Identificar las características sociodemográficas de la población pediátrica que acude al Consultorio de Dermatología en el Hospital II Huánuco EsSalud durante el periodo del 2015.

4. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- El control de la dermatitis atópica está relacionado con la identificación de factores desencadenantes, la adherencia al tratamiento y el uso de emolientes o cremas humectantes en la población pediátrica que acude al consultorio de dermatología en el Hospital II Huánuco EsSalud durante el periodo del 2015.

5. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Control de la Dermatitis Atópica: El control será determinada con el número de episodios de lesiones activas durante el periodo de un año, de la siguiente manera; si el paciente acude ≤ 2 veces al consultorio en un año se considerará controlado y no controlado si éste acude > 2 veces en el mismo periodo.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Identificación de factores desencadenantes: Identificación de cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir dermatitis atópica y que empeore el control de la misma.
- Adherencia al tratamiento: Grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. En el presente trabajo se clasificó en adherido y no adherido de acuerdo a una escala de Likert creada con preguntas, de la siguiente manera: Adherido, si obtuvo $< 25\%$ del puntaje total en las dimensiones: complejidad, elaboración y costo y en preocupación por la seguridad de los esteroides tópicos. $> 75\%$ en la

dimensión confianza del cuidador en el tratamiento. No adherido: Si obtuvo >75% del puntaje total en las dimensiones: complejidad, elaboración y costo y en preocupación por la seguridad de los esteroides tópicos. <25% en la dimensión confianza del cuidador en el tratamiento.

- Uso de emolientes o cremas humectantes: Empleo de emolientes o cremas humectantes cuando la piel no revista brotes.

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Edad
- Género
- Nivel de Instrucción
- Ocupación
- Dermatitis atópica
- Percepción de mejoría
- Gravedad de lesiones activas
- Uso de emolientes o cremas humectantes
- Tiempo desde el último episodio de lesiones activas

CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO

1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, analítico de corte transversal.

- Según la interferencia del investigador: **Observacional** porque no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.
- Según la comparación de las poblaciones: **Analítico** ya que en el análisis del estudio se establecen relaciones (asociación o causalidad) entre las variables.
- Según la evolución del fenómeno estudiado: **Transversal** porque todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.1. POBLACIÓN

POBLACIÓN DIANA: Población pediátrica con diagnóstico de dermatitis atópica del Hospital II ESSALUD Huánuco durante el periodo del 2015.

POBLACIÓN ACCESIBLE: Población pediátrica con diagnóstico de dermatitis atópica que acude al consultorio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco durante el periodo del 2015.

POBLACIÓN ELEGIBLE: Población pediátrica con diagnóstico de dermatitis atópica con un año de evolución de la enfermedad y firma el consentimiento informado de participación en la investigación de los pacientes como de sus apoderados, que acuden al consultorio de dermatología del Hospital II ESSALUD Huánuco durante el periodo del 2015.

Criterios de inclusión:

- Pacientes hasta los 14 años de edad con diagnóstico de Dermatitis Atópica que acuden al consultorio de dermatología.
- Pacientes con un año de evolución con diagnóstico de Dermatitis Atópica.
- Pacientes cuyos apoderados firmen el consentimiento informado de participación en el Estudio de Investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que acuden al consultorio de Dermatología con diagnóstico de enfermedades crónicas c/s tratamiento.
- Pacientes con tratamiento de otras enfermedades.
- Pacientes y apoderados que no acepten la participación en la investigación.

2.2. MUESTRA

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)
- $p =$ proporción esperada 5% (0.05)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)
- $d =$ precisión (en este caso un 3%)

La muestra para este el presente estudio es de 130 pacientes en edad pediátrica consultantes del servicio de dermatología.

SELECCIÓN DE MUESTRA

El método de muestreo que se utilizará es el muestreo probabilístico, tipo muestreo aleatorio simple a partir del listado de las fichas de recolección de datos que se aplicará a los apoderados de los pacientes en edad pediátrica con

diagnóstico de dermatitis atópica, se excluirán los pacientes que no cumplan los criterios de inclusión requeridos para el estudio.

3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Paciente edad pediátrica consultante del servicio de Dermatología.

4. FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio se ha elaborado una ficha de recolección de datos el cual incluye:

Un cuestionario estructurado, auto desarrollado, con preguntas cerradas (Ver anexo C). El cuestionario presentado consta de 6 partes no delimitadas:

1. Datos generales, que incluyen edad y género del paciente, edad, nivel de instrucción, ocupación del apoderado. (preguntas del 1-5)
2. Frecuencia de dermatitis atópica, con preguntas para su diagnóstico (preguntas del 6-13)
3. Control de la enfermedad, el cual incluye una pregunta sobre la cantidad de veces que acude al servicio de salud en el periodo de un año (pregunta 14)
4. Factores influyentes en el control de la enfermedad, que incluye dos preguntas sobre identificación de factores asociados. (preguntas 15 y 16)
5. Adherencia al tratamiento, que incluyen preguntas que responden a tiempo, complejidad y costo del tratamiento, confianza del cuidador en el tratamiento durante un brote, preocupación por la seguridad de los esteroides tópicos. (preguntas del 17-25).
6. Uso de emolientes para el control de la enfermedad (preguntas 26).
7. Otras preguntas que incluyen análisis de las variables intervinientes (preguntas 27-31).

5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron recolectados en el Centro Asistencial Hospital II EsSalud Huánuco en todos los pacientes pediátricos que pasaron consulta externa en el servicio de dermatología.

Los datos recolectados fueron ingresados a una hoja de cálculo en MS – Excel 2010, para ser tabulados. Posteriormente fueron procesados a través del Paquete Estadístico SPSS versión 21.

Se usó el programa SPSS para determinar la relación en que se encuentran las variables independientes con la variable dependiente usando para cada cruce la prueba correspondiente. Se utilizó la estadística descriptiva.

6. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para su validación el instrumento se ha sometido a validación por juicio de expertos para lo cual se ha consultado a una dermatóloga, tres pediatras y un especialista en metodología.

Para el procedimiento se entregó ejemplares de la encuesta, ficha de escala de calificación y matriz del proyecto. Los resultados fueron procesados según la prueba de α de Cronbach con un valor de 0,87.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo y el consentimiento informado fue evaluada por el Comité de Ética del Hospital II Huánuco EsSalud, comité que aprobó la misma para la ejecución posteriormente.

Toda intervención se efectuó después que los sujetos de investigación dieron su libre consentimiento y recibieron la información adecuada con la finalidad y naturaleza del estudio, para lo cual se realiza una ficha de consentimiento informado, el propósito de esta ficha fue proveer a los participantes una clara explicación de su naturaleza, así como su aprobación.

También se les informó que todas sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Para asegurar la confidencialidad de cada participante del estudio se utilizaron códigos especiales de identificación, la única persona con acceso a la información fue la investigadora. Se utilizaron contraseñas personales para poder acceder a las bases de datos y por último, los registros de papel se mantuvieron en un lugar cerrado y protegido.

8. FINANCIAMIENTO: El trabajo de investigación fue financiado por la investigadora.

9. CONFLICTO DE INTERESES: Declaro no tener ningún conflicto de intereses.

CAPÍTULO III DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. RESULTADOS

Se seleccionaron 130 pacientes menores de 14 años, 74 mujeres (56,9%) y 56 varones (56%) con una media de edad 6,84 años (DS \pm 3,95). En la tabla 1 se muestran las características generales de la población en estudio.

Se encontró que el diagnóstico de dermatitis atópica constituyó en promedio el 13,1% (17) del total de atenciones realizadas durante el período de estudio. La edad media de pacientes con dermatitis atópica se encontró en 5,88 años (DS \pm 3,35). Se halló que 12 (70,6%) fueron de sexo femenino. En la tabla 2 se muestran las características generales de los pacientes con el diagnóstico de Dermatitis atópica.

Los pacientes que se encuentran controlados (\leq 2 visitas al año al consultorio) constituyeron el 17,6% (3), mientras que los pacientes no controlados tuvieron un alto porcentaje 82,4% (14); así mismo se encontró un alto porcentaje (76,5%) de pacientes no adheridos al tratamiento que reciben. El 76,5% de los apoderados identifican los factores desencadenantes. Siendo los factores más importantes el sudor, los alimentos y el polvo o arena con 5,4%, 5,4% y 4,6% respectivamente. (Tabla 4). El 47,1% tuvo una percepción de que la gravedad de lesiones es leve; las demás características clínicas se mencionan en la tabla 3.

En el análisis bivariado de las variables en estudio de los niños participantes con la enfermedad controlada o no controlada se encontró asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) con la adherencia al tratamiento, la percepción de gravedad de lesiones, el uso de emolientes o cremas humectantes cuando la piel no reviste brotes y con la mejoría percibida sobre la enfermedad. Tabla 5.

Por lo contrario; en el análisis bivariado de los niños controlados o no controlados con la identificación de factores desencadenantes no se encontró asociación estadísticamente significativa con $p > 0.05$.

DISCUSIÓN

El Centro Asistencial Hospital EsSalud Huánuco ubicado en el distrito de Amarilis, es una institución de segundo nivel de complejidad que consta de una población asegurada con una estructura demográfica que combina una importante cohorte de adultos jóvenes con una proporción creciente de adultos mayores; la pirámide poblacional de los asegurados de EsSalud es de tipo transicional: con una base estrecha de niños, quienes generan el 16.2% de las consultas externas de EsSalud asociada a usuarios en estado de dependencia. Las enfermedades dermatológicas no se encuentran dentro de las prioridades sanitarias de la institución. (28)

La prevalencia encontrada fue de 13,08% de Dermatitis atópica en los consultantes en edad pediátrica, cifra muy similar a la de un estudio previo realizado por **Oscar Tincopa et al.** (29) en Trujillo donde encontró una prevalencia de 16,7%.

Al contrastar mis resultados con estudios internacionales tales como **Claudia Marcela Arenas et al.** (30) realizado en la ciudad de Bogotá-Colombia, donde encontraron una prevalencia de 16,1% en pacientes pediátricos del mismo rango de edad considerado en el presente estudio, me encontré con cifras muy similares. Otro estudio realizado por **Maria Guiote et al.** (31) objetivó una prevalencia de 16,7% en una población de 6-7 o 13-14 años, en la ciudad de Granada-España. Por otro lado, **Jorge Szot et al.** (32) encontraron una prevalencia de 10% en un estudio realizado en lactantes y preescolares en todos los consultorios del área norte de Santiago de Chile. **Patricia Varona et al.** (33) realizaron un estudio en la población escolar urbana de la Habana encontrando las prevalencias en niños y adolescentes entre 13-14 años de 22,2% y 14,1% respectivamente. En el estudio realizado por **Emine Tamer et al.** (34) encontraron una prevalencia de 11,3% de 6300 niños menores de 16 años.

Con respecto a la distribución según género se encontró predominancia femenina (70,60%). Estos datos van acorde con lo señalado por **Tula Sánchez et al.** (35) en un trabajo realizado en la ciudad de Chiclayo, en el que encontró que el 57,7% de

los niños con diagnóstico de dermatitis atópica pertenecían al sexo femenino. **Lucy Bartolo et al.** (14) en un estudio realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo constataron que el 67,1% de su muestra estaba constituida por pacientes del sexo femenino. **Pablo Dei-Cas et al.** (36) encontraron que la DA prevaleció en el sexo masculino en el grupo de niños más pequeños (56%) sin haberse hallado diferencias en los mayores de 3 años cuyo dato difiere al presente estudio. **Josep Casanova et al.** (37) encontró en un estudio realizado en un Hospital general universitario en España, también un ligero predominio del sexo masculino (52,27%) con respecto a cualquier patología cutánea.

Al analizar la edad de inicio de la enfermedad se encontró que ésta se iniciaba en mayor porcentaje antes de los 2 años (76,5%) que después de esta edad, cifra que comparte **Martín Bedolla et al.** (38) que encontró que respecto a la edad en que los niños iniciaron con la enfermedad, el 60,4% comenzó antes de los 2 años.

El control de la enfermedad alcanzado en los pacientes pediátricos es bajo ya que se halló que un 82,40% de pacientes no están controlados y éste tuvo una asociación significativa con la adherencia al tratamiento ($p < 0,05$) y el uso de emolientes o cremas humectantes cuando la piel no reviste brotes ($p < 0,05$).

En cuanto a la adherencia al tratamiento parece necesario reforzar la importancia de la adherencia terapéutica y el cumplimiento de las recomendaciones médicas para un mayor beneficio clínico en el control de la enfermedad ya que se encontró un alto porcentaje (76,50%) de pacientes no adheridos, y con una asociación $p = 0,001$ con el control de la enfermedad, esta cifra concuerda con un estudio realizado por **Antonio Torrelo et al.** (39) donde encontraron que el porcentaje de casos que no cumplía adecuadamente con el tratamiento fue del 81,6% en pacientes pediátricos y si se flexibilizaba el criterio de cumplimiento y se consideraban como cumplidores, únicamente los pacientes que declaraban no olvidarse de aplicar el tratamiento de mantenimiento, y que no dejaban de aplicarlo cuando se encuentran bien, el porcentaje de no cumplidores se situaría en el 57,4% de los pacientes pediátricos. En un estudio realizado por **Steven Feldman**

et al. (40) encontraron que la adherencia fue baja en un grupo de pacientes con dermatitis atópica llegando a un porcentaje del 75% de pacientes no adheridos comparado con grupos de pacientes con psoriasis y dermatitis de la mano con porcentajes más bajos. Así mismo hallaron que las tasas de adherencia fueron significativamente mayores en la época de las visitas al consultorio ($p < 0,05$). Otros estudio que concuerdan que la adherencia es fundamental para el control de la enfermedad tenemos a **Rachel Ellis et al.** (41) y **Jennifer Krejci et al.** (42)

Con respecto al uso de emolientes o cremas humectantes se halló que un 70,6% del total de pacientes no usan emoliente o cremas humectantes cuando la piel no reviste brotes y en el análisis bivariado nos muestra una asociación significativa $p = 0.003$ con el control de la enfermedad, siendo el no uso de emolientes un factor de riesgo (OR: 0,4) para un aumento de visitas al consultorio de dermatología en un año. En una revisión sistemática realizado **Jonatan Lindh et al.** (43) concluyeron que los emolientes tienen efectos beneficiosos sobre los síntomas clínicos con una reducción de 0 a 2,7 puntos en el SCORAD (scoring de dermatitis atópica), pérdida de agua transepidérmica e hidratación del estrato corneo en la población de pacientes estudiados, en comparación con ningún tratamiento, además que la efectividad clínica parece más bien documentada para las preparaciones a base de urea.

Con respecto a la identificación de factores desencadenantes se encontró que no hay asociación significativa con el control de la enfermedad, lo que nos sugiere que posiblemente la identificación de factores desencadenantes está influenciada con la responsabilidad de los padres y la actitud frente a éstas.

CONCLUSIONES

La prevalencia encontrada en este estudio concuerda con estadísticas mundiales de Dermatitis atópica.

El género femenino fue el más afectado, siendo los niños menores de 6 años los más afectados; con padres con nivel de educación superior.

El control de esta enfermedad es mejorable si tenemos en cuenta la adherencia en el tratamiento, la cual en el presente estudio fue estadísticamente significativa.

La asociación entre el control de la enfermedad con el uso de emolientes o cremas humectantes fue estadísticamente significativa, siendo utilizada cuando la piel no revista lesiones.

No hay asociación con la identificación del factor desencadenante y esto es explicable ya que las enfermedades alérgicas e inmunológicas pueden verse afectado por un sinnúmero de factores desencadenante y el niño puede sensibilizarse a diferentes otros factores en el transcurso de su vida.

SUGERENCIAS

Se sugiere, a partir de los resultados presentados, realizar estrategias necesarias para mejorar la adherencia al tratamiento y así lograr un control adecuado, con menor número de visitas al año y menor número de brotes de lesiones activas de esta enfermedad en los pacientes pediátricos consultantes del servicio de dermatología.

Se sugiere el uso de emolientes o cremas humectantes cuando la piel no revista lesiones para lograr el control de la enfermedad, expresado en un menor número de visitas al consultorio y menor número de brotes y gravedad de estos en los pacientes pediátricos consultantes del servicio de dermatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolff K, Goldsmith S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2008. Tomo I. Capítulo 18, Dermatitis atópica; p.146-58.
2. Salamanca A. Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2011; 5(1): 47-58
3. Abeck D, Cremer H. Dermatología pediátrica. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. en Vázquez Doval J. editor. 1ª ed. España: Editorial Blatt Medic; 2003. p. 13–20.
4. Fry L. Atlas del Eccema Atópico. 1ª ed. España: Editorial The Parthenon Publishing Group; 2004. p. 11-15.
5. Cabanillas-Becerra J y Sánchez-Saldaña L. Dermatitis atópica. *Dermatol Peru* 2012; 22 (3): 176-86.
6. Mahdavian S, Ghazvini P, Pagan L y Singh A. Clinical Management of Atopic Dermatitis. *Atopic Dermatitis - Disease Etiology and Clinical Management*. Jorge Esparza-Gordillo (Ed.) España: Medic; 2012. 251-66.
7. Williams H, Burney P, Pembroke A y Ray R. The UK Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol*.1994; 131:383–96.
8. Comité Nacional de Dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica. Sociedad Argentina de Dermatología 2014. Disponible en <http://www.sad.org.ar>, publicaciones, consensos.
9. Ortiz de Frutos FJ, Torrelo A, de Lucas R, González MA, Alomar A, Vera A. Patient Perspectives on Triggers, Adherence to Medical Recommendations, and Disease Control in Atopic Dermatitis: The DATOP Study. *Actas Dermosifiliogr*. 2014.
10. Sánchez-Pérez J, Daudén-Tello E, Mora AM, Lara Surinyac N. Impact of Atopic Dermatitis on Health-Related Quality of Life in Spanish Children and Adults: The PSEDA Study. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104(1):44-52.
11. Da Veiga S. Epidemiology of atopic dermatitis: a review. *Allergy Asthma Proc* 2012; 33: 227–234.

12. Caytano A, Margot. Incidencia y factores que influyen en la dermatitis atópica en el Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, Puno: entre junio 2003 y diciembre 2006. Para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007.
13. Tincopa O, Herrera C y Exebio C. Prevalencia en escolares de Trujillo con y sin antecedentes personales y/o familiares de Atopia. *Dermatol Peru* 1977; 7: 103-10.
14. Bartolo L y Valverde J. Aspectos clínicos y epidemiológicos de la dermatitis atópica en una población al norte del Perú. *Folia dermatol. Perú.* 2010; 21 (3): 135-139.
15. Mayhua F. Alfredo. Grado de severidad de dermatitis atópica y nivel de inmunoglobulina E. Hospital Nacional Dos de Mayo 2011-2012. Para optar el Título de Especialista en Dermatología. Universidad Mayor de San Marcos. 2014.
16. Annalisa Patrizi, Alessandro Pileri, Federica Bellini, Beatrice Raone, Iria Neri, Giampaolo Ricci. Atopic Dermatitis and the Atopic March: What Is New? *Journal of Allergy* Volume 2011; 1(1) 1-5 Leung T, Chow C, Chow M, Luk D, Ho K, Hon K y Sugunan V. Clinical Guidelines on Management of Atopic Dermatitis in Children. *HK J Paediatr.* 2013; 18:96-104.
17. Boguniewicz M, Donald Y y Leung, M. Recent insights into atopic dermatitis and implications for management of infectious complications. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125(1): 4-13.
18. Peck Y. Ong, MDa,b, Donald Y.M. Leung, MD, PhD. The Infectious Aspects of Atopic Dermatitis. *Immunol Allergy Clin N Am.* 2010; 30: 309–21.
19. Kannenberg SM, Jordaan HF. Triggers in atopic dermatitis/eczema: separating fact from fiction. *Current Allergy & Clinical Immunology* 2014; 27(2): 75-80.
20. Bieber T, Leung D, Gamal Y e Ivancevich JC. Capítulo 2. Sección 2.4. Editors: Pawankar, Canonica, Holgate, Lockey and Blaiss. *WAO White Book on Allergy: Update 2013.* United States of America. Pag 44-47.

21. Fernández V y Armario H. Nuevas perspectivas terapéuticas en dermatitis atópica. *Med Cutan Iber Lat Am* 2011; 39(1):30-6.
22. Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R y Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr.* 2013; 104(1):4-16.
23. Arkwright P, Motala C, Subramanian H, Spergel J, Schneider LC y Wollenberg A. Management of difficult-to-treat atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol: In Practice* 2013; 1:142-51.
24. Karagiannidou A, Botskariova S, Farmaki E, Imvrios G y Mavroudi A. Atopic Dermatitis: Insights on Pathogenesis, Evaluation and Management. *J Allergy Ther.* 2014; (5): 1-9.
25. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Patologías Crónicas. *Liburukia.* 2011; 19(1): 1-5.
26. Sokolova A y Smith S. Factors contributing to poor treatment outcomes in childhood atopic dermatitis. *Australasian Journal of Dermatology.* 2015; 1-6
27. Rachel E, Koch L, McGuire E y Williams J. Potential Barriers to Adherence in Pediatric Dermatology. *Pediatric Dermatology.* 2011; 28(3): 242–44.
28. Oficina Central de Planificación y Desarrollo (OCPD), Seguro Social de Salud-EsSalud. Plan Estratégico Institucional 2012-2016.
29. Tincopa O, Herrera C y Exebio C. Prevalencia en escolares de Trujillo con y sin antecedentes personales y/o familiares de Atopia. *Dermatol Peru* 1977; 7: 103-10.
30. Arenas C, Calderón J y Rodríguez M. Caracterización de las consultas dermatológicas en urgencias y hospitalización de la población pediátrica del Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2012; 20: 1 (enero-marzo), 15-20.
31. Guiote-Domínguez M. Prevalencia de dermatitis atópica en escolares de Granada. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99: 628-38.
32. Szot J. y Honeyman J. Prevalencia de dermatitis atópica en lactantes y preescolares de Santiago, Chile, 2007. *Piel (Barc., Ed. impr.)* 2010; 25(9):481–487.

33. Varona P, Fabré D, Águila R, Corona B, Venero S y Suárez R. Prevalencia de síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012; 28 (1): 42-51.
34. Tamer E, İlhan M, Polat M, Lenk N y Alli N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey. *Journal of Dermatology* 2008; 35: 413–418.
35. Sanchez T. Dermatitis atópica: prevalencia y factores de riesgo en escolares de 13 y 14 años del distrito de Chiclayo [tesis de especialidad]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2000. 42p.
36. Dei-Cas P, Karina M y Dei-Cas I. Dermatitis atópica en niños: estudio comparativo en dos grupos etarios. *Rev Chil Pediatr* 2011; 82 (5): 410-418.
37. Casanova J, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí R y Font A. Dermatosis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99:111-8.
38. Bedolla M, Teresa A y Morales J. Dermatitis atópica en niños escolares de Ciudad Guzmán, México. Prevalencia y factores asociados. *Revista Alergia México* 2010; 57(3):71-78.
39. Torrelo A, Ortiz J, Alomar A, Ros S, Pedrosa E y Cuervo J. Health-Related Quality of Life, Patient Satisfaction, and Adherence to Treatment in Patients with Moderate or Severe Atopic Dermatitis on Maintenance Therapy: the CONDA-SAT Study. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:409-17.
40. Steven F, Fabian C, Krejci-Manwaring S, Carroll C y Balkrishnan R. Adherence to topical therapy increases around the time of office visits. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 81-3.
41. Ellis R, Koch L, McGuire L y Williams J. Potential Barriers to Adherence in Pediatric Dermatology. *Pediatric Dermatology* 2011; 28 (3): 242–244.
42. Krejci-Manwaring J, Tusa MG, Carroll C, Camacho F, Kaur M, Carr D, et al. Stealth monitoring of adherence to topical medication: adherence is very poor in children with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:211-6

43.Lindh J y Bradley M. Clinical Effectiveness of Moisturizers in Atopic Dermatitis and Related Disorders: A Systematic Review. Am J Clin Dermatol 2015; 16 (5): 341-59.

ANEXOS

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes que acudieron al Consultorio de Dermatología en el Hospital II EsSalud Huánuco

Características	Media	Frecuencia	Porcentaje
Edad del apoderado	34,20 ± 5,60		
Edad del paciente	6,84 ± 3,95		
Género			
Mujer		74	56,9
Varón		56	43,1
Nivel de instrucción del apoderado			
Analfabeto		0	0
Primario		0	0
Secundario		9	6,90
Superior Técnico		19	14,60
Superior Universitario		102	78,50
Ocupación del apoderado			
Empleador		0	0
Trabajador independiente		7	5,40
Empleado		101	77,70
Obrero		0	0
Trabajador del hogar no remunerado		0	0
Trabajador del hogar		22	16,90

Tabla 2. Características demográficas de los pacientes con diagnóstico de Dermatitis atópica en el Hospital II EsSalud Huánuco

Características	Media	Frecuencia	Porcentaje
Edad del apoderado	33,71 ± 4,44		
Edad del paciente	5,88 ± 3,35		
Género			
Mujer		12	70,60
Varón		5	29,40

Tabla 3. Características clínicas de los pacientes consultantes de Dermatología en el Hospital II EsSalud Huánuco

Características	Media	Frecuencia	Porcentaje
Dermatitis Atópica			
Si		17	13,08
No		113	86,92
Control de la Dermatitis Atópica			
Si		3	17,60
No		14	82,40
Identificación del factor desencadenante			
Si		13	76,50
No		4	23,50
Adherencia al tratamiento			
Si		4	23,50
No		13	76,50
Uso de emolientes o cremas humectantes en no brotes			
Si		5	29,40
No		12	70,60
Percepción de gravedad de lesiones activas			
Leve		8	47,10
Moderado		6	35,30
Severo		3	17,60
Gravedad de lesiones interviene en el control			
Si		16	94,10
No		1	5,90
Edad de inicio del prurito	18,12 ±15,20		
<2 años		13	76,50
2-5 años		4	23,50
Días desde el último episodio de lesiones activas	35,29 ±29,10		
Mejoría sobre la enfermedad			
Bueno		1	5,90
Suficiente		3	17,60
Insuficiente		13	76,50
Malo		0	0

Tabla 4. Características clínicas de los pacientes con dermatitis atópica consultantes de Dermatología en el Hospital II EsSalud Huánuco

Características	Frecuencia	Porcentaje
Irritantes químicos		
SI	5	3,85
NO	12	9,23
Irritantes físicos		
SI	5	3,85
NO	12	9,23
Artículos de tocador		
SI	4	3,08
NO	13	10,00
Alimentos		
SI	7	5,39
NO	10	7,69
Aeroalergenos		
SI	4	3,08
NO	13	10,00
Infecciones		
SI	1	0,77
NO	16	12,31
Humo de cigarrillo		
SI	0	0
NO	17	13,08
Estrés		
SI	2	1,54
NO	15	11,54
Polvo o arena		
SI	6	4,62
NO	11	8,46
Temperatura extrema		
SI	5	3,84
NO	12	9,23
Humedad		
SI	5	3,84
NO	12	9,23
Picadura de mosquito		
SI	2	1,54
NO	15	11,54
Sudor		
SI	7	5,39
NO	10	7,69

Tabla 5. Análisis bivariado del Control de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos consultantes del servicio de dermatología en el Hospital EsSalud Huánuco

Características	Control de la Dermatitis Atópica				X ²	p
	Si		No			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad del apoderado						
(x + DS)	(35,67+5,85)		(33,29+ 4,23)		0,835 *	0,417
Edad del paciente						
(x + DS)	(4,33+2,51)		(6,21 + 3,49)		0,876 *	0,395
Género del paciente					0,027	0,87
Masculino	1	5,90	4	23,50		
Femenino	2	11,80	10	58,80		
Nivel de instrucción del apoderado					0,781	0,677
Analfabeto						
Primario						
Secundario	0	0,0	2	11,80		
Superior técnico	0	0,0	1	5,90		
Superior universitario	3	17,60	11	64,70		
Ocupación del apoderado					0,977	0,323
Empleador						
Trabajador independiente						
Empleado	1	5,90	9	52,90		
Obrero						

Trabajador familiar no remunerado						
Trabajador del hogar	2	11,80	5	29,40		
Identificación de un factor desencadenante					3,76	0,052
Sí	1	5,90	12	70,60		
No	2	11,80	2	11,80		
Adherencia al tratamiento					11,83	0,001
Si	3	17,60	1	5,90		
No	0	0,0	13	76,50		
Percepción de gravedad de las lesiones					4,09	0,129
Leve	3	17,60	5	29,40		
Moderado	0	0,0	6	35,30		
Severo	0	0,0	3	17,60		
Uso de emolientes o cremas humectantes sin brotes					8,74	0,003
Si	3	17,60	2	11,80		
No	0	0,0	12	70,60		
Mejoria sobre la enfermedad					12,40	0,002
Bueno	1	5,90	0	0,00		
Suficiente	2	11,80	1	5,90		
Insuficiente	0	0,00	13	76,50		
Malo						

* t de student

** U de mann whitney

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: “FRECUENCIA DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y SU CONTROL ASOCIADO CON LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DESENCADENANTES, LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL USO DE EMOLIENTES Y CREMAS HUMECTANTES EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL CONSULTORIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO EN EL PERIODO DEL 2015”

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar de un estudio realizado por la alumna del sexto año de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. Y esto implica que he sido informado sobre los siguientes aspectos:

Condiciones del participante. Entiendo que la información que brindaré será utilizada con fines científicos y formará parte de un estudio a realizarse en los pacientes asegurados que acuden al consultorio de Dermatología del Hospital II EsSalud-Huánuco.

Objetivo del estudio. Tengo conocimiento que esta evaluación tiene como objetivo principal Determinar la relación que existe entre la identificación de factores desencadenantes, la adherencia al tratamiento y la percepción de gravedad de lesiones activas relacionada al Control de la Dermatitis Atópica en la población pediátrica que acude al Consultorio de Dermatología en el Hospital II EsSalud Huánuco durante el periodo del 2015.

Tipo de datos. En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre datos personales del apoderado y del paciente, percepción de enfermedad y de tratamiento.

Naturaleza del compromiso. La entrevista que me comprometo a dar durará de 20-30 minutos

Patrocinio. El presente estudio será desarrollado por la alumna de la Escuela Profesional de Medicina Humana como trabajo de tesis, con apoyo del Hospital Base II EsSalud Huánuco y en coordinación con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Selección de los participantes. Entiendo que fui invitado para participar en este estudio por ser apoderado del paciente asegurado en el Hospital II EsSalud Huánuco.

Riesgos y beneficios. He sido informado con claridad que no habrá ningún riesgo ni costo potencial para mí al participar en este estudio. Asimismo no recibiré ningún beneficio directo como resultado de mi participación.

Garantía de confidencialidad. Se me ha dicho que las respuestas a mis preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna.

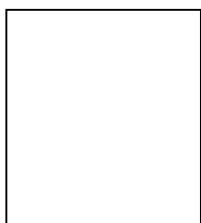
Consentimiento voluntario. He concedido libremente esta entrevista. También se me ha informado que tanto si participo o si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta no habrá sanción alguna a mi persona.

Derecho a retirarse. Se me ha notificado que mi participación es del todo voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir dar por terminada la entrevista en cualquier momento pero con la posibilidad de reiniciarla cuando me lo soliciten para concluir la entrevista.

Información para contactarse: Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio me comunique con la investigadora, quien puede ser localizada en la E.A.P de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco o mediante una llamada telefónica a los números que se detallan a continuación:

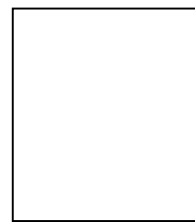
INVESTIGADOR	TELÉFONO
Espinoza Dávila Samantha	988700988

.....
Firma del entrevistador



Huella digital del entrevistador

.....
Firma del entrevistado



Huella digital del entrevistado

Fecha

ANEXO C

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DESENCADENANTES, LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL USO DE EMOLIENTES O CREMAS HUMECTANTES ESTÁN RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE ACUDE AL CONSULTORIO DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL II HUÁNUCO ESSALUD DURANTE EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2015

FECHA: ___/___/___

CÓDIGO DE FICHA: _____

SEDE: HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO

INVESTIGADORA: Espinoza Dávila Samantha

INSTRUCCIONES: Destacando la importancia de la veracidad de la respuesta, de que es confidencial y que se le agradece su colaboración respondiendo cada ítem. La Ficha se llena marcando con una "X" en el número según sea el caso. En lo posible se solicita evitar dejar espacios en blanco. Si alguna información no existe, use el razonamiento más lógico para llenar el dato solicitado.

I. FILIACIÓN:

1. ¿Cuál es su edad? _____
2. ¿Cuál es la edad del paciente? _____
3. ¿Cuál es el género del paciente?

0	MASCULINO
1	FEMENINO

4. ¿Cuál es el nivel de instrucción del apoderado?

0	ANALFABETO
1	PRIMARIO
2	SECUNDARIO
3	SUPERIOR TÉCNICO
4	SUPERIOR UNIVERSITARIO

5. ¿Qué ocupación tiene el apoderado?

0	EMPLEADOR
1	TRABAJADOR INDEPENDIENTE
2	EMPLEADO
3	OBRAERO
4	TRABAJADOR FAMILAR NO REMUNERADO
5	TRABAJADOR DEL HOGAR

II. DERMATITIS ATÓPICA

Marque con una X en el espacio que considere correspondiente.

6. ¿Ha tenido picazón en la piel alguna vez en su vida? (Al hablar de picores nos referimos a rascarse o frotarse la piel muy a menudo y constantemente sea cual sea la causa.)

Sí No

Entrevistadora: Si la respuesta es «No» solo preguntas de filiación.

6.1. ¿Ha tenido este tipo de picores en los últimos 12 meses?

Sí No

6.2. ¿Y los ha tenido en los últimos 7 días?

Sí No

7. ¿Cuántos años tenía cuando comenzaron los picores en su piel?

Entrevistadora: En caso de que conteste que esta es la primera vez, anotar la edad actual del niño.

Años o Meses

Entrevistadora: Si el niño tiene menos de 4 años pasar a la pregunta 8.2.

Si el niño tiene 4 o más años pasar a pregunta 8.1.

8.1. ¿En alguna ocasión esos picores han afectado a los pliegues de la piel o a los huecos de las articulaciones? (Por pliegues entendemos: donde doblas el brazo, detrás de las rodillas, la parte de delante de los tobillos, alrededor del cuello o alrededor de los ojos.)

Sí No

Si el niño tiene 4 años o más pasar a pregunta 9.

8.2. ¿Y en alguna ocasión esos picores han afectado a los pliegues de la piel, a los huecos de las articulaciones o a las mejillas? (Por pliegues entendemos: donde doblas el brazo,

detrás de las rodillas, la parte de delante de los tobillos, alrededor del cuello o alrededor de los ojos.)

Sí No

Si el niño tiene 3 años o menos pasar a pregunta 11.

9. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a «asma»? (Entendemos por asma la dificultad para respirar en forma de ataques con pitidos en el pecho.)

Sí No

10. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a alergia al polen o «rinitis alérgica»? (La alergia al polen, rinitis alérgica o alergia primaveral hace estornudar mucho, la nariz moquea constantemente o los ojos se irritan y pican.)

Sí No

11. ¿Usted, su cónyuge, o alguno de los hermanos del niño han tenido problemas de picor y eccemas en la piel, asma o rinitis alérgica/alergia al polen en alguna ocasión?

Eccemas en la piel
Asma
Rinitis alérgica/Alergia al polen
No/Ninguna

12. ¿Durante el último año, ha presentado su hijo/a la piel seca?

Sí No

Si el niño tiene 4 años o más pasar a pregunta 13.2.

Si el niño tiene 3 años o menos pasar a pregunta 13.1.

- 13.1. ¿Tiene su hijo/a HOY eccema atópico o dermatitis atópica, es decir, enrojecimiento e inflamación con descamación o costras en la zona de las mejillas, cara externa de extremidades y/o frente?

Sí No

- 13.2. ¿Tiene su hijo/a HOY eccema atópico o dermatitis atópica, es decir, enrojecimiento e inflamación con descamación o costras en las flexuras? (Por flexuras entendemos: detrás de las rodillas, pliegue del codo, alrededor del cuello o alrededor de los ojos.)

Sí No

III. CONTROL DE LA ENFERMEDAD:

14. ¿Con qué frecuencia acude al Hospital en un año? Colocar la frecuencia en números

IV. FACTORES INFLUYENTES EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD:

15. ¿Algún factor se asocia como desencadenante de lesiones?

0	SI
1	NO

Si la respuesta es SI continúe con la pregunta 15, si es NO con la pregunta 16

16. Identifique cuál (es) de los siguientes ítems considera interviene en el control de la enfermedad del paciente.

0	Irritantes químicos (jabón, detergente o cloro, toallitas húmedas, suavizante de ropa)
1	Irritantes físico (nylon, lana o polar)
2	Artículos de tocador o perfumería
3	Alimentos
4	Aeroalergenos (hierba, polen, ácaro de polvo doméstico, gato, perro)
5	Infecciones
6	Humo de cigarrillo
7	Estrés
8	Polvo o arena
9	Temperatura extrema
10	Humedad
11	Picadura de mosquitos
12	Sudor

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

INSTRUCCIONES: Marque con un aspa (X) en el cuadro donde considere es respuesta a la pregunta

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
Tiempo, complejidad, elaboración y costo del tratamiento					
17. Toma demasiado tiempo aplicar todas las cremas hidratantes y medicamentos tópicos necesarios para controlar la enfermedad del niño.					
18. El tratamiento es demasiado complejo para la enfermedad del niño.					
19. La elaboración poco atractiva tal como el olor y crasitud de la crema dificulta el tratamiento de la enfermedad del niño.					
20. El costo de los medicamentos hace que sea difícil el tratamiento a la enfermedad del niño.					
La confianza del cuidador en el tratamiento durante un brote					
21. He recibido instrucciones sobre cómo tratar y manejar la enfermedad en el último año.					
22. Me siento cómodo en el control del tratamiento de la enfermedad del niño					
23. Sé qué medidas tomar para tratar la enfermedad durante un brote.					
Preocupación por la seguridad de los esteroides tópicos					
24. La preocupación por los efectos secundarios de los esteroides tópicos limita mi deseo de usarlos					
25. Prefiero usar métodos naturales alternativos, cremas alternativas (natura, unique) y remedios caseros en vez de prescripciones médicas para tratar la enfermedad del niño.					

26. ¿Utiliza emolientes o cremas humectantes cuando el paciente no tiene lesiones activas?

0	SI
1	NO

27. Según su percepción ¿Cuál es la gravedad de las lesiones del paciente?

0	Leve
1	Moderado
2	Severo

28. ¿Considera que la gravedad de las lesiones activas interviene en el control de la enfermedad del paciente?

0	SI
1	NO

29. Desde el último episodio de lesiones activas, ¿Cuántos días han pasado hasta hoy?

30. Gravedad de las lesiones activas según diagnóstico del Especialista:

0	Leve
1	Moderado
2	Severo

31. ¿Qué mejoría ha conseguido sobre la enfermedad del paciente?

0	Bueno
1	Suficiente
2	Insuficiente
3	Malo