

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Yandry Rafael Bravo Cobeña con CI # 1309816724, autor del trabajo de investigación titulado:

“PERCEPCIÓN FAMILIAR Y ROL DEL EQUIPO DE SALUD ANTE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS PREESCOLARES EN LA COMUNIDAD DE SAN ALEJO PARROQUIA ANDRES DE VERA EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016”:

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación, para ser integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, Enero de 2017

Yandry Rafael Bravo Cobeña
CI # 1309816724



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

**“PERCEPCIÓN FAMILIAR Y ROL DEL EQUIPO DE SALUD ANTE SIGNOS
Y SÍNTOMAS DE DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS PREESCOLARES EN
LA COMUNIDAD DE SAN ALEJO PARROQUIA ANDRES DE VERA EN LOS
MESES DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016”**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

YANDRY RAFAEL BRAVO COBEÑA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. EFRÉN ANCHALI YAGUACHE

DIRECTOR METODOLÓGICO:
DR. CARLOS TERÁN

QUITO, 2016

DEDICATORIA

Al Padre Celestial.

A mi entrañable Madre, Carmen.

A mi respetable Padre, Rafael.

A mi querida esposa, Karen.

A mis adorables hijos, Kevin, Kendra, Daira y Danna.

Quienes fueron mi inspiración para alcanzar esta meta propuesta.

Yandry Bravo Cobeña

ABREVIATURAS

ASIS.- Análisis situacional de salud integral

DA.- Dermatitis atópica

EASI.- Eccema Area and Severity Index

Ic95%.- Intervalo de Confianza al 95%

IgE.- Inmunoglobulina E

OR.- Odds ratio o Razón de Momios

PUVA.- Psoralen and ultraviolet A

SCORAD.- Índice de Scoring Dermatitis Atópica

Th.- Linfocitos T helper

UVA.- Rayo ultravioleta A

UVBnb.- Rayo ultravioleta B de banda estrecha

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.- Distribución de las características de los participantes del estudio

Tabla N° 2.- Edad, peso, talla e índice de masa corporal de los participantes.

Tabla N° 3.- Percepción familiar sobre la dermatitis atópica de sus hijos

Tabla N° 4.- Rol del personal de salud sobre dermatitis atópica

Tabla N° 5.- Percepción familiar

Tabla N° 6.- Percepción familiar y signos y síntomas de los niños con dermatitis atópica

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1.2 INTRODUCCIÓN	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
1.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.5 OBJETIVOS	13
1.5.1 Objetivo general	13
1.5.2 Objetivos específicos	13
CAPITULO 2	14
2.1. Marco teórico	14
2.1.1 Dermatitis atópica	14
2.1.1.1 Consideraciones generales	14
2.1.1.2 Epidemiología	15
2.1.1.3 Criterios diagnósticos	16
2.1.1.4 Manejo integral	19
2.2.1 Percepción familiar sobre dermatitis atópica	22
2.2.1.1 Aspectos generales	22
2.3.1 Rol del personal de salud y la dermatitis atópica	24
2.3.1.1 Consideraciones generales	24
2.4.1 Cuestionario del Impacto Familiar de la Dermatitis	26
CAPITULO 3	27
3.1 Metodología	27
3.1.1 Universo	27
3.1.2 Muestra	27
3.1.3 Criterios de inclusión	27
3.1.4 Tipo de estudio	27
3.1.5 Recolección de datos	28
3.1.6 Operacionalización de las variables	29
3.1.7 Análisis estadístico	32
3.1.8 Aspectos bioéticos	32

CAPÍTULO 4	33
4.1 Resultados	33
4.1.1 Evaluación de las características de los participantes del estudio	33
4.1.2 Características de las edades, peso, talla e índice de masa corporal de los niños participantes	34
4.1.3 Evaluación de la percepción familiar sobre la dermatitis atópica de sus hijos	34
4.1.4 Evaluación del rol del personal de salud sobre la dermatitis atópica de los participantes del estudio	36
4.1.5 Evaluación de la percepción familiar en los participantes del estudio	37
4.1.6 Correlación entre la percepción familiar y signos y síntomas de los niños con dermatitis atópica	37
CAPÍTULO 5	39
5.1 DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO 6	44
6.1 CONCLUSIONES	44
6.2 RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	59

RESUMEN

Antecedentes: La dermatitis atópica (DA) es una manifestación hipersensible recidivante crónica de la piel, caracterizada por múltiples exacerbaciones y remisiones, asociadas a otras características ambientales o inmunológicas.

Objetivos: Analizar la percepción de las familias y el rol del equipo básico de salud de la comunidad San Alejo ante la presencia de signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares.

Métodos: Análisis cuantitativo correlacional, mediante la aplicación “Cuestionario Impacto Familiar de la Dermatitis”, para valorar la percepción familiar, puntaje final máximo es de 30 puntos como el mayor grado de afección en la percepción familiar y una encuesta con siete preguntas opcionales para ver el rol del personal de salud.

Conclusiones: Es evidente el inadecuado control de los síntomas y el uso de corticoides. La percepción familiar fue nula, en comparación con las familias que tenían un efecto extremo. Gastos económicos, no realizar tareas domésticas y preparación de los alimentos, alteraciones en el descanso y sueño fue frecuente en el estudio. El desconocimiento del personal de salud es notorio, recomiendan evitar el rascado en las lesiones, uso de corticoides y realizar charlas educativas para la educación de los padres y familiares.

Palabras clave: percepción, afectación, atopía, dermatitis atópica.

ABSTRACT

BACKGROUND: Atopic dermatitis (DA) is a chronic, relapsing, hypersensitive manifestation of the skin, characterized by multiple exacerbations and remissions, associated with other environmental or immunological characteristics.

Objectives: To analyze the perception of families and the role of the basic health team of the San Alejo community in the presence of signs and symptoms of atopic dermatitis in preschool children.

Methods: Correlational quantitative analysis using the "Family Impact Questionnaire of Dermatitis" application to assess family perception, maximum final score is 30 points as the highest degree of affection in family perception and a survey with seven optional questions to see the role of health personnel.

Conclusions: The inadequate control of symptoms and the use of corticosteroids is evident. Family perception was nil, compared to families that had an extreme effect. Economic expenses, not doing household chores and preparing food, alterations in rest and sleep was frequent in the study. The lack of awareness of health personnel is notorious, recommend avoiding scraping in injuries, use of steroids and conduct educational talks for the education of parents and relatives.

Key words: perception, affectation, atopy, atopic dermatitis

CAPÍTULO 1

1.2 INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la piel originan enfermedades en los individuos. La dermatitis atópica (DA), es una entidad crónica hipersensible recidivante de la piel común en infantes, caracterizada por múltiples exacerbaciones y remisiones (Kanwar & De, 2012). Por su condición multifactorial, su patogénesis no está bien definida (Malajian & Guttman-Yassky, 2015). Los factores genéticos, inmunológicas, ambientales, provocada por hiperactividad a estímulos externos, incrementando la susceptibilidad a desarrollar atopia (Peng & Novak, 2015). Por ser una patología crónica pruriginosa se presenta con mayor frecuencia en la edad pediátrica.

La tasas de DA siguen en aumento a nivel mundial. Aparece a partir del primer año de edad, luego se presenta remisión espontánea en la etapa preescolar (Wananukul, Chatproedprai, Tempark, Phuthongkamt, & Chatchatee, 2015). La prevalencia ha aumentado más de tres veces en la edad infantil, oscila entre el 15-20% y en los adultos de 1-3%, al mismo tiempo el 75%, es autorresolutiva durante la pubertad (Chu et al., 2017). En países industrializados los casos de DA en infantes varía entre 15 al 30%, mientras en los adultos del 2 al 10% (Kim et al., 2016). La patología dermatológica presenta síntomas principales y determinantes en la evolución de la enfermedad.

La DA es un trastorno dermatológico eccematoso común en la consulta pediátrica. Es una entidad inflamatoria cutánea e intermitente de la piel que cursa con brotes y remisiones, el síntoma cardinal es el prurito intenso asociada a xerosis, provocando alteraciones en comportamiento y la calidad de vida de los infantes y la familia (Kim

et al., 2016). Los criterios diagnósticos para la DA, los más destacados son los de Hanifin y Rajka y el Eccema Area and Severity Index (EASI), que han sido validados a nivel hospitalario (Wang & Li, 2016) (Schmitt et al., 2013).

El propósito de los fármacos es evitar los brotes, mantener la barrera epidérmica en condiciones adecuadas y control de síntomas (Martín Mateos et al., 2011). Los corticoides siguen siendo pilares fundamentales en el tratamiento de la DA (Luger, 2012).

La percepción familiar y la vulnerabilidad de los niños se encuentra asociado a la adaptación a la enfermedad crónica, provocando impacto negativo en la calidad de vida relacionado a la salud (Houtzager, Möller, Maurice-Stam, Last, & Grootenhuis, 2015). Los padres consideran que sus hijos con patologías crónicas previas son vulnerables a las recurrencias en relación a los niños sanos (Hedy A. van Oers et al., 2014), y mostraron peor calidad de vida que los infantes sin enfermedad (Haverman et al., 2014), reportaron mayor afinidad a estados de ansiedad y depresivos (H. A. van Oers et al., 2014).

Los niños que presentan DA altera la percepción de los padres y funcionalidad familiar frente a la enfermedad. La dermatitis influye en la percepción y calidad de vida de las familias, los factores implicados es la privación del sueño, problemas económicos, cansancio, irritabilidad, entre otros (Pustišek, Vurnek Živković, & Šitum, 2016). Es importante proporcionar tiempo adecuado para la enseñanza a los padres sobre la enfermedad.

Los profesionales de salud que atienden niños con DA, deben orientar y concientizar a los padres sobre las consecuencias de la enfermedad, por las múltiples repercusiones en los estilos de vida (Lifschitz, 2015). El miedo al uso de corticoides asociado a la falta de suministro de información incrementa la desconfianza de los padres al personal sanitario, puede tener impacto negativo en el control de la enfermedad (Raffin et al., 2016). El desconocimiento de los profesionales de la salud y familiar sobre los riesgos y complicaciones de la DA, provoca mala adherencia terapéutica y repercute en la calidad de vida de los niños enfermos (Barbarot et al., 2013).

1.3 JUSTIFICACIÓN

La comunidad de San Alejo es un barrio urbano marginal de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, Provincia Manabí; con una población total de 14.119 habitantes, de los cuales 1.500 tienen edades oscilantes entre 0 y 5 años, rango donde prevalecen las patologías de la piel, caracterizadas por lesiones en piel y prurito intenso, las mismas que guardan estrecha relación con atopías, tales como el asma, rinitis alérgica, asociadas con múltiples factores.

Este estudio es de gran importancia para el sector puesto que las patologías dérmicas crónicas de piel son una de las primeras 10 causas de morbilidad según información obtenida de las fichas familiares por parte del postgradista en Medicina Familiar y comunitaria, obtenidas en visita domiciliaria, para realizar el Análisis situacional de salud integral (ASIS) de la comunidad de San Alejo, Zona 2.

1.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Los signos y síntomas de la dermatitis atópica en niños preescolares influyen en la percepción familiar y en el rol del equipo de salud?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

- Analizar la percepción de las familias y el rol del equipo básico de salud de la comunidad San Alejo ante la presencia de signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares.

1.5.2 Objetivos específicos

- Explorar percepciones y sentimientos de las familias cuyos hijos padecen dermatitis atópica.
- Comprender las formas y reacciones del personal de salud frente a enfermedades de piel, en particular de las dermatitis atópica en pediátricos preescolares.

1.6 HIPÓTESIS

Los signos y síntomas de la dermatitis atópica en niños preescolares repercuten en la percepción familiar y en el rol del equipo de salud

CAPITULO 2

2.1. Marco teórico

2.1.1 Dermatitis atópica

2.1.1.1 Consideraciones generales

Las alteraciones en la piel originan enfermedades o dermatosis en los individuos. La DA es una manifestación hipersensible recidivante crónica de la piel común en la infancia, caracterizada por múltiples exacerbaciones y remisiones, asociadas a otras características (Kanwar & De, 2012) (Salamanca Sanabria & Hewitt Ramírez, 2012). Debemos tener presente términos propios de la enfermedad, entre ellas tenemos la palabra dermatitis que proviene del griego derma que significa piel, itis es igual a inflamación y atopia se refiere a rareza o anomalía (Villafañez Roldán & others, 2016). La afectación de la piel está dada por alteraciones de la barrera epidérmica entre otras.

El perfil genómico de la DA es amplio. La dermatitis es una condición multifactorial, se ha involucrado dos fases: la aguda mediada por linfocitos T helper 2 (Th2) y la crónica por Th2/Th1 (Garnacho-Saucedo, Salido-Vallejo, & Moreno-Giménez, 2013), aunque en los actuales momentos existen otras citoquinas inmunes implicadas como Th9, Th17, Th22 (Malajian & Guttman-Yassky, 2015). Los defectos de la síntesis de filagrina, es otro factor implicado en la patogenia, su deficiencia provoca alteraciones en la barrera cutánea, pero aun no estan definido (Riethmuller et al., 2015) (Liu et al., 2016). Los factores que intervienen en la aparición de la enfermedad son diversas.

Los desencadenes o factores de riesgo son múltiples en la DA. La patogénesis no está clara en la actualidad, pero los estudios sugieren que intervienen disfunciones

genéticas, inmunológicas, factores ambientales y estructurales de la barrera epidérmica, provocada por hiperactividad a estímulos externos, incrementando la susceptibilidad a desarrollar atopia caracterizada por rinitis alérgica y asma (Ercan et al., 2013) (Peng & Novak, 2015).

Los estudios han demostrado que existen causas predisponentes: aeroalérgenos, alimentación, clima, sudor, enfermedades concomitantes, estrés (Ilves, Virolainen, & Harvima, 2016) (Williams, Burr, & Williams, 2014) (Engebretsen, Johansen, Kezic, Linneberg, & Thyssen, 2016). La patología dermatológica presenta síntomas principales y determinantes en la evolución de la enfermedad.

La DA es un trastorno dermatológico eczematoso común en la consulta pediátrica. Es una entidad inflamatoria cutánea que cursa con brotes y remisiones, el síntoma cardinal es el prurito intenso asociada a xerosis, provocando alteraciones en comportamiento y la calidad de vida de los infantes y la familia. (Álvarez González et al., 2014) (Kim et al., 2016). Es frecuente la sintomatología clásica, pero en otras se presenta como estigmas de constitución atópica, de ahí depende la presentación de la severidad de la dermatitis (Wananukul et al., 2015) (Chu et al., 2017). Por ser una patología crónica pruriginosa, se presenta con mayor frecuencia en la edad pediátrica.

2.1.1.2 Epidemiología

La tasas de DA siguen en aumento a nivel mundial. La patología pruriginosa aparece a partir del primer año de edad, luego se presenta remisión espontánea en la etapa preescolar (Chung et al., 2012) (Wananukul et al., 2015). La prevalencia se ha triplicado en la edad infantil, oscila entre el 15-20% y en la etapa adulta de 1-3%, al

mismo tiempo el 75% es autorresolutiva en la pubertad (Garnacho-Saucedo et al., 2013) (Chu et al., 2017). En países industrializados los casos varían entre 15 al 30%, mientras en los adultos del 2 al 10% (Liu et al., 2016) (Kim et al., 2016). Las investigaciones siguen enfocados en determinar las estadísticas reales sobre la DA.

El Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISSAC) realizado en 56 países, determinó una prevalencia de 3 a 20,5% y aumento de enfermedades atópicas en el mundo (Kanwar & De, 2012). La epidemiología depende de cómo realiza el diagnóstico (Wang & Li, 2016). Sin embargo, la razón del incremento de la prevalencia de la dermatitis atópica sigue siendo poco clara.

Los casos cada vez se incrementan y varían de acuerdo las regiones del mundo (DaVeiga, 2012). Un estudio coreano con datos de 2008-2011 del Sistema Nacional de Salud de Corea y Nutrición (KNHANES), realizado por Lee et al, determinó que en una población de 8947 niños con diagnóstico de DA, fue de 9,13% a 17,67%, los infantes que tenían mejor posición económica y de zonas urbanas se asociaron a mayor casos de dermatitis (J. H. Lee et al., 2016). Debido a la importancia del incremento de dermatitis es prioritario establecer la sintomatología de la enfermedad.

2.1.1.3 Criterios diagnósticos

Las manifestaciones clínicas son heterogéneos. El prurito es el síntoma principal, ante su ausencia se debe replantear el diagnóstico, empeora en las mañanas y noche tienen una relación directa con el estado emocional del infante, provoca trastornos de conducta y sueño, acompañada de lesiones papulares y placas eccematosas, existen tres fases: aguda provoca prurito intenso y exudación serosa, subaguda: descamación

y excoriaciones y la crónica cursa con engrosamiento de la piel. (Cabanillas-Becerra & Sánchez-Saldaña, 2012) (Kanwar & De, 2012). La sintomatología asociada a factores externos o antecedentes de atopia conlleva al diagnóstico de DA.

Los pacientes deben tener antecedentes personales o familiares, atopias entre ellas: asma, rinitis y conjuntivitis alérgica, se manifiesta con una amplia variedad de signos y síntomas clínicos, de los cuales se proponen tres fases: DA infantil, niñez y adulto (Eichenfield et al., 2014) (S.-C. Lee & Committee of Korean Atopic Dermatitis Association for REACH, 2016).

En la actualidad se han postulados varios criterios diagnósticos para la DA, desde hace 30 años han sido utilizados los de Hanifin y Rajka, que han sido validados a nivel hospitalario y comunitario, se caracteriza por presentar cuatro criterios principales y 23 características secundarias, deben concurrir tres criterios mayores y tres o más menores (Brenninkmeijer, Schram, Leeflang, Bos, & Spuls, 2012) (Wang & Li, 2016). Una forma detallada se observa en la tabla 1.

Tabla 1.- Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka de la dermatitis atópica.

Criterios mayores
1. Prurito
2. Lesiones dermatológicas típicas
3. Cronicidad de las lesiones
4. Historia personal o familiar de atopia
Criterios menores
1. Xerosis
2. Ictiosis/hiperlíneas palmares/queratosis pilar
3. Aumento sérico de IgE
4. Reactividad cruzada inmediata a la prueba cutánea (tipo I)
5. Temprana edad de comienzo
6. Tendencia a las infecciones cutáneas

7. Tendencia a la dermatitis inespecífica de pies y manos
 8. Eccema del pezón
 9. Queilitis
 10. Conjuntivitis recurrente
 11. Pliegue de Dennie-Morgan
 12. Queratónimo
 13. Cataratas subscapulares anteriores
 14. Hiperpigmentación periorbitaria
 15. Palidez facial/eritema facial
 16. Pitiriasis alba
 17. Pliegue anterior del cuello
 18. Prurito sudoral
 19. Intolerancia a la lana y solventes lipídicos
 20. Acentuación perifolicular
 21. Intolerancia alimentaria
 22. Curso influenciado por factores ambientales/emocionales
 23. Dermografismo blanco
-

(Brenninkmeijer et al., 2012)

La complejidad de los criterios Hanifin y Rajka, creada en el año 1994 en Reino Unido propuso parámetros diagnósticos mínimos para mejorar la detección de DA, estos criterios simplificados son prácticos con una sensibilidad y especificidad de 87,9% y 92,8% respectivamente, requiere al menos de 2 min/paciente para determinar y no requieren pruebas invasivas o laboratorio, una forma detallada se observa en la tabla 2 (Cabanillas-Becerra & Sánchez-Saldaña, 2012).

La evidencia revela que no existe una prueba diagnóstica que certifique la presencia de una DA, el diagnóstico es únicamente clínico, porque un test de sensibilización atópica o alérgeno IgE específica alta indica que un paciente sensibiliza a alérgenos comunes, es por eso que los resultados positivos no traduce que tenga la enfermedad atópica (Kanwar & De, 2012) (Wang & Li, 2016).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de DA del Reino Unido

Presente en todos los casos

1 Prurito

Más de tres de los siguientes criterios:

2 Historia de compromiso de pliegues o mejillas.

3 Historia personal o familiar de atopía.

4 Historia de piel seca en el último año.

5 Eczema flexural visible o en mejillas, frente, extremidades distales en menores de cuatro años

6 Inicio de la enfermedad antes de los dos años.

(Cabanillas-Becerra & Sánchez-Saldaña, 2012).

Las últimas evidencias indican que la inmunoglobulina E basal (IgE), es utilizada como biomarcador predictivo en la evolución de la enfermedad a largo plazo y para hacer un seguimiento estricto en los pacientes. (Kiiski, Karlsson, Remitz, & Reitamo, 2015). No hubo asociación significativa entre altas cifras de IgE y eosinofilia en infantes con DA grave ni alergia alimentaria (Mavroudi et al., 2017). Una piel relativamente alérgica aumenta con la edad y está asociada a DA, se postula realizar en mayores de un año pruebas de punción cutánea y IgE específico (Chauveau et al., 2016).

2.1.1.4 Manejo integral

La clasificación de la gravedad de la DA es evaluada de acuerdo al eccema. El índice de Scoring Dermatitis Atópica (SCORAD), es una herramienta útil y sencilla para evaluar la gravedad del eccema en los infantes, valora seis signos clínicos, medición de la extensión del cuerpo, escala visual de los síntomas subjetivos, se clasifica en

forma leve, moderada y grave, en el anexo 1 se refleja la plantilla para realiza el score (Martín Mateos et al., 2011)

El Eccema Area and Severity Index (EASI) es un instrumento útil, no incluye síntomas subjetivos y se basa con escala de 0-3 en la intensidad del eritema, induración de la pápula, excoriaciones y liquenificación, con escala 0-6 la extensión afectada, ver anexo 2 (Schmitt et al., 2013). De acuerdo a la severidad de la enfermedad se debe realizar un tratamiento oportuno y eficaz.

La DA es una condición inflamatoria y pruriginosa. El tratamiento está enfocado en restauración y mantenimiento de la función de barrera epidérmica, reducir la inflamación, evitar el ciclo de comezón-rascado, y además tratar los posibles desencadenantes externos e infecciones secundarias (Gupta, 2015). Se sugiere: permanecer en temperatura suave, sin contaminación ambiental, baños de cinco minutos de duración, eliminar costras, relajar, disminuir el prurito, uso de ropa amplia para evitar la fricción con la piel, hidratantes o emolientes, alimentación adecuada y recibir apoyo psicológico. (Martín Mateos et al., 2011) (Sathishkumar & Moss, 2016).

La utilización de dietas en los niños es aun controvertido, aún existe escasa evidencia sobre atopia y alimentación y los que existen son contradictorios y pocos concluyentes, sin embargo, aun se considera alimentos como el huevo, leche de vaca, cacahuetes, trigo y soya en lactantes menores de 2 años, como desencadenantes en un 20% de dermatitis atópica (Garnacho-Saucedo et al., 2013).

En relación a la lactancia materna es igual controvertida, autores consideran dudoso el papel protector durante los tres primeros meses, hasta que no se obtenga evidencia

suficiente se debe mantener la lactancia en niños con la enfermedad (Turati et al., 2016). La acción de los prebióticos y probióticos no han demostrado beneficios, en cambio, los simbióticos reducen el 50% aproximadamente la aparición de síntomas del asma infantil (van der Aa et al., 2011). El tratamiento no farmacológico va conjuntamente con el farmacológico para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La terapéutica farmacológica tiene como finalidad disminuir la sintomatología. El propósito farmacológico es evitar los brotes, mantener la barrera epidérmica y controlar los síntomas (Martín Mateos et al., 2011). El control del prurito la evidencia indica que la asociación de antihistamínicos y corticoides y/o inmunomoduladores tópicos mejoran el cuadro agudo (Garnacho-Saucedo et al., 2013) (Megna et al., 2016). Los corticoides orales son efectivos en los brotes, pero cuando los casos son severos tienen efecto de rebote (Forte, Sumita, Rodrigues, Liuson, & Tanaka, 2015). Los esteroides son la piedra angular en el manejo de la DA.

Los corticoides siguen siendo pilares fundamentales en el tratamiento de la DA, entre ellos destaca la metilprednisolona por su perfil de eficacia y seguridad, además asociado a emolientes en capas de vendajes por un periodo de siete días ha demostrado ser eficaz en relación a periodos más largos (Luger, 2012). La combinación de corticoides y antibióticos tópicos no es recomendable, los estudios indican que la sobreinfección por *Staphylococcus aureus* no modifica el curso y severidad de la DA (Bath-Hextall, Birnie, Ravenscroft, & Williams, 2012).

La terapia de vendas mojadas, es decir aplicación de esteroides tópicos en una capa de vendajes de algodón o prendas de vestir ha demostrado ser eficaz que el tratamiento convencional (González-López, Ceballos-Rodríguez, González-López, Feito

Rodríguez, & Herranz-Pinto, 2016). Los inmunomoduladores están indicados por su eficacia en fase moderada y severa, en periodos no más de cuatro años (Kalavala & Dohil, 2012) (Crissinger & Nguyen, 2014).

Los agentes antiinfecciosos para la colonización de *S. aureus* en piel y narinas y no para prevenir brotes de DA y modificar la evolución de la enfermedad (Bath-Hextall et al., 2012). En la fototerapia, el rayo ultravioleta B de banda estrecha (UVBnb), rayo ultravioleta A (UVA) y psoralen and ultraviolet A (PUVA), han demostrado tener eficacia en la DA (Gambichler et al., 2012) (Tzaneva et al., 2012). Además las terapias inmunomodulares como la ciclosporina, azatioprina, mofetil micofenolato, metotrexate, biológicos, inmunoglobulinas, interferón gamma han demostrado eficacia a altas dosis en casos severos (Garnacho-Saucedo et al., 2013).

2.2.1 Percepción familiar sobre dermatitis atópica

2.2.1.1 Aspectos generales

La percepción familiar y la vulnerabilidad de los niños se asocia a la adaptación de la enfermedad crónica, provocando impacto negativo en la calidad de vida (Houtzager et al., 2015). Los padres con hijos con patologías crónicas previas son vulnerables a las recurrencias en relación a niños sanos, y mostraron peor calidad de vida que los infantes sin enfermedad (Haverman et al., 2014), existe mayor afinidad a estados de ansiedad y depresivos (H. A. van Oers et al., 2014), las madres se asocian a tener mayor frecuencia problemas emocionales en relación a la severidad de la dermatitis (Ho et al., 2012).

La DA causa un importante impacto en la calidad de vida y en la esfera psicosocial de los pacientes y sus familias. Se ha evidenciado que los infantes con eccema atópico presentan alto riesgo de padecer trastornos de hiperactividad e inatención a los 10 años de edad, asociados a problemas del sueño, desarrollan con mayor frecuencia alteraciones emocionales, comportamiento y conducta (Sarkar et al., 2014).

Las familias perciben que la DA tiene un efecto negativo en la calidad de vida e implicaciones sociales y económicas y por ende se incrementa con la gravedad de la enfermedad. (Friedman et al., 2014) (Lifschitz, 2015). El estrés de los familiares tiene influencias en la percepción de la enfermedad (Cousino & Hazen, 2013).

Las familias de los niños con DA se ven afectados por la enfermedad. El 3,4% de los familiares presentaron tener calidad de vida normal en relación al 23,3% con afectación leve, 66,4% moderada y 6,9% severa (Garnacho-Saucedo et al., 2013). Se ha evidenciado que la afectación de la calidad de vida está íntimamente vinculada con la severidad de la enfermedad (Rajesh Balkrishnan et al., 2013). Por ello es fundamental mantener un control adecuado de la dermatitis atópica, especialmente en la etapa pediátrica, para mejorar su desarrollo personal y social.

Los niños que presentan DA altera la percepción de los padres y funcionalidad familiar. Un estudio mexicano realizado por Rodríguez (Rodríguez-Orozco, Kanán-Cedeño, Guillén Martínez, & Campos Garibay, 2011), demostró que los padres presentaron insatisfacción y afectación en sus familias por la recurrencia de la enfermedad. La dermatitis influye en la percepción y calidad de vida de las familias, como: privación del sueño, problemas económicos, cansancio, irritabilidad, entre otros

(Ricci, Bendandi, Bellini, Patrizi, & Masi, 2012) (Rajesh Balkrishnan et al., 2013) (Pustišek et al., 2016).

La fase severa provoca disfunciones familiares, los padres consideran que si la patología es valorado por médicos especialistas, sienten confort y bienestar (Rajesh Balkrishnan et al., 2012). En relación al uso de antihistamínicos para el alivio del prurito en la DA, los padres consideran que son importantes y útiles en la enfermedad de sus hijos. (Chawla et al., 2016).

En un estudio realizado en 424 clínicas de siete países valoraron el impacto del tratamiento antihistamínico y la satisfacción de los padres en relación al mismo, se demostró que los padres presentaron mayor satisfacción con el tratamiento indicado por la mejoría de los trastornos del sueño y actividades diarias de sus hijos (Ferrer, Morais-Almeida, Guizova, & Khanferyan, 2012). La percepción de la gravedad de la enfermedad por el personal sanitario y la familia es fundamental para el manejo de la dermatitis.

2.3.1 Rol del personal de salud y la dermatitis atópica

2.3.1.1 Consideraciones generales

El personal de salud es una pieza primordial en la dermatitis. El conocimiento y las intervenciones educativas a largo plazo están enfocadas para mejorar la eficacia de la terapia, debe ser individualizado, además la familia conocer sobre las remisiones de la dermatitis, factores agravantes y desencadenantes, estrategias terapéuticas con los beneficios, riesgos y expectativas realistas (Nicol & Ersser, 2012).

El enfoque actual de la gestión pediátrica con DA, debe incluir intervenciones multidisciplinarias temprana, con la finalidad de mejorar la calidad física y mental de los padres y familiares, disminuir al mínimo el impacto negativo sobre la familia y el aislamiento social (Ho et al., 2012). Es importante proporcionar tiempo adecuado para la enseñanza a los padres sobre la enfermedad.

Los profesionales de salud que atienden niños con DA, deben orientar y concientizar a los padres sobre las consecuencias de la enfermedad, repercute en los estilos de vida y recomendar la intervención profesional si se considera necesario (Lifschitz, 2015). Una buena explicación profesional a los cuidadores se asocia a controlar mejor la dermatitis de los hijos (Kaneko, Kakamu, Matsuo, Naora, & Morita, 2014).

La importancia de educar a las familias sobre el manejo no farmacológico y terapéutico es esencial para control de los síntomas (Lawton, 2015). El miedo al uso de corticoides asociado a falta de suministro de información incrementa la desconfianza al personal sanitario, tiene impacto negativo en el control de la enfermedad (Raffin et al., 2016). Es básico tener conocimiento de las enfermedades atópicas en la infancia.

El desconocimiento de los profesionales de la salud y familiar sobre los riesgos y complicaciones de la DA, provoca mala adherencia terapéutica y repercute en la calidad de vida (Barbarot et al., 2013). La educación a los familiares ha demostrado ser eficaz en el aumento de la adherencia al tratamiento, mejoría de los síntomas e incluirse nuevamente en la sociedad sin temores a la discriminación (Stalder et al., 2013). El conocimiento de médicos generales sobre las enfermedades atópicas influye positivamente en la enfermedad, es decir sino disponen de información actualizada afectan en la evolución de la dermatitis atópica (Yilmaz et al., 2012).

2.4.1 Cuestionario del Impacto Familiar de la Dermatitis

La percepción familiar es un reto, y se utiliza instrumentos, como el Cuestionario del Impacto Familiar de la Dermatitis, el cual ha sido validado en diferentes países y es fácil y sencillo de aplicar (Pustišek et al., 2016) (Chernyshov et al., 2013). Es un instrumento específico para evaluar el impacto del eczema atópico en la percepción de los padres y la familia de los infantes con dermatitis atópica (Dodington, Basra, Finlay, & Salek, 2013).

La evaluación de la fiabilidad y validez del cuestionario en un estudio árabe demostró que es un instrumento útil para la medición del impacto de las familias (Al Robaee, 2012). Se evaluó la utilidad cuestionario en consultas dermatológicas, donde revelo que es fiable y valido para valorar la percepción y calidad de vida de las familias (Beattie & Lewis-Jones, 2012)

CAPITULO 3

3.1 Metodología

3.1.1 Universo

El universo de estudio estuvo constituido por los 23 casos de dermatitis atópica en niños preescolares que acuden a la consulta del Subcentro de Salud de San Alejo.

3.1.2 Muestra

La muestra será igual al universo poblacional, razón por la cual no se define un tipo de muestra específico, método de muestreo, ni método de cálculo de la muestra.

3.1.3 Criterios de inclusión

- Familias con niños con diagnóstico de dermatitis atópica que acudan al control de su enfermedad en el Centro de Salud de San Alejo y que bajo consentimiento informado autoricen su participación en el estudio.
- Familias con niños menores de 5 años con dermatitis atópica.

Criterios de exclusión

- Familias con niños con diagnóstico de dermatitis de otra etiología
- Familias con niños mayores de 5 años de edad
- Familias de pacientes que se rehúsen a participar en el estudio.

3.1.4 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo transversal y correlacional

3.1.5 Recolección de datos

- Se realizó una solicitud dirigida al Director del Centro de Salud de San Alejo, para la presentación del estudio, objetivos y propósitos de la presente investigación, previa autorización para la ejecución de la misma.
- Se mantuvo reuniones con familiares de los niños y personal de la salud del centro sanitario para informar sobre la finalidad de la investigación. Una vez informado se procedió de acuerdo a los criterios de selección se les invitó a participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado (ver anexo 3) y se les proporcionó instrucciones de llenado del instrumento.
- La percepción familiar con hijos preescolares con diagnóstico de dermatitis atópica se evaluó mediante el “Cuestionario del Impacto Familiar de la Dermatitis” (ver anexo 4), consta de 10 preguntas puntuadas 0-3 y el puntaje final tendrá un máximo de 30 puntos como el mayor grado de afección en la percepción familiar, se realizó la siguiente calificación: (Aguilera Godoy & Orbe Najera, 2013)

Valores en puntaje de las opciones de cada pregunta	
Demasiado	3
Bastante	2
Poco	1
Nada	0

Rangos de severidad	
0-1	Buena percepción familiar
2-6	Afección mínima
7-12	Afección moderada
13-18	gran efecto sobre la percepción familiar
19-30	efecto extremadamente grande sobre percepción familiar

- El rol del equipo de salud se utilizó una encuesta dirigida al conocimiento y manejo de la enfermedad (ver anexo 5), consta de siete preguntas dirigidas con opciones.
- Luego se hizo vaciamiento de los resultados en una base de datos de Microsoft Excel versión 2013 y por último se utilizó un software estadístico EPI INFO 7.1.4.

3.1.6 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Categorías	Indicador
Características de los pacientes				
Edad	Período de tiempo comprendido entre la fecha de nacimiento y la fecha del estudio en años.	Cuantitativa discreta	Edad en Años	Medidas de tendencia central, de dispersión y posición
Sexo	Condición biológica masculina o femenina	Cualitativa nominal	1= masculino 2= femenino	Frecuencia absoluta y porcentaje
Peso	Fuerza con que la tierra atrae a un cuerpo humano por acción de la gravedad	Cuantitativa discreta	Peso en kilos	Medidas de tendencia central, de dispersión y posición
Talla	Longitud el cuerpo humano desde la punta de los pies a la parte superior del cráneo	Cuantitativa discreta	Talla en centímetros	Medidas de tendencia central, de dispersión y posición
IMC	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²)	Cualitativa ordinal	1 =bajo peso 2= peso normal 3= sobrepeso 4= obesidad	Frecuencia absoluta y porcentaje
Presencia de síntomas	En la actualidad tiene sintomatología característica de la dermatitis atópica	Cualitativa nominal	1= si 2= no	Frecuencia absoluta y porcentaje
Tratamiento actual	Fármacos adecuados para la enfermedad	Cualitativa nominal	1= si 2= no	Frecuencia absoluta y porcentaje
Cuestionario de impacto familiar de la dermatitis				

Afectación tareas domésticas	Es la gestión de las tareas involucradas en el funcionamiento de un hogar, tales como cocinar, poner y servir la mesa, limpiar, ordenar, realizar la compra diaria	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afectación preparación de la comida	Es una forma creativa de preparar los alimentos y depende mucho de la cultura, en términos de conocimientos respecto a los alimentos, su forma de prepararlos, así como de los rituales sociales establecidos alrededor de la comida	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afección del sueño	Es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo.	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afectación actividades de ocio	Es el tiempo libre que se dedica a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas esenciales, y que pueden ser consideradas como recreativas	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afección en las realización de compras	Es la acción y efecto de comprar	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afección en gastos	Conflictos que sufre una persona o una entidad para obtener recursos económicos que le permitan cubrir sus necesidades.	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afección en el cansancio	Cesar en el trabajo para reparar fuerzas	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje

Problemas disfrutara actividades en días las festivos vacacioneso	Trata de medir el grado de afección en la realización de sus actividades cotidianas (en sus vacaciones) en la última semana	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afección de las emociones	Son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso, o recuerdo importante.	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Afección en las relaciones familiares	Son un aspecto básico de nuestras vidas, la familia nos viene dada y no la podemos elegir. Para muchos suponen un problema y son fuente de conflictos, para otros, fuente de gran felicidad.	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Incomodidad con el tratamiento	Trata de medir el grado en que el tratamiento afecta al paciente	Cualitativa nominal	Muchísimo Mucho Poco Nada	Frecuencia absoluta y porcentaje
Rol del personal de salud				
Conocimiento de la dermatitis atópica	Grado de conocimiento de la enfermedad en el personal de salud	Cualitativa nominal	Provoca prurito Enfermedad crónica de la piel Mayor prevalencia en la etapa preescolar otras	Frecuencia absoluta y porcentaje
Conocimiento de las lesiones	Grado de conocimiento sobre tipo de lesiones de la dermatitis atópica en el personal de salud	Cualitativa nominal	1= si 2= no	Frecuencia absoluta y porcentaje
Medidas de actuación en lesión complicada	Grado de conocimiento sobre cómo actuar ante la presencia de una lesión complicada	Cualitativa nominal	Evitar rascado Humectación de la piel Lavado con solución salina	Frecuencia absoluta y porcentaje
Tratamiento de la enfermedad dermatológica	Grado de conocimiento sobre tipo de tratamiento	Cualitativa nominal	Corticoides tópicos Antihistamínicos Cremas humectantes	Frecuencia absoluta y porcentaje

	en las enfermedades dermatológicas en el personal de salud		Evitar baños prolongados	
Ayuda a familiares	Búsqueda de estrategias para ayudar a la familia de parte del personal de salud	Cualitativa nominal	Charlas educativas Medidas higiénicas Apoyo psicosocial	Frecuencia absoluta y porcentaje
Frecuencia de la dermatitis	Grado de conocimiento sobre la prevalencia de la dermatitis	Cualitativa nominal	Preescolares Escolares Adolescencia	Frecuencia absoluta y porcentaje
Medidas en atención primaria	Estrategias para el manejo de la dermatitis en el personal de salud	Cualitativa nominal	Prurito Lesiones Derivación	Frecuencia absoluta y porcentaje

3.1.7 Análisis estadístico

Análisis univariado.- se lo realizó en las variables relacionadas a los pacientes, presentes en la muestra seleccionada usando proporción, porcentaje y razones.

Análisis bivariado.- se usó chi cuadrado y valor p para la significancia. Para valorar la fuerza de la asociación se utilizó la razón de prevalencias (OR) y se empleó un intervalo de confianza 95% (IC95%) para la significancia estadística.

3.1.8 Aspectos bioéticos

Para el manejo ético de la información, se siguió los preceptos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se garantizó la confidencialidad de los participantes. La investigación se realizó previa firma del consentimiento informado de las familias asignadas. Se llevó a cabo un procedimiento de consentimiento informado anónimo que permitió hacer voluntaria la participación.

CAPÍTULO 4

4.1 Resultados

4.1.1 Evaluación de las características de los participantes del estudio

Los niños con atopía, se observa con mayor proporción fue con 18 (78,3%; IC_{95%} 56,3-92,5), en relación a los que no tienen atopía con 5 (21,7%; IC_{95%} 7,5-43,7). Una comparación detallada de las variables, se observan en la tabla 1.

Tabla 1.- Distribución de las características de los participantes del estudio

Variable	Categoría	"n"	%	IC _{95%}
Sexo niño	Masculino	9	39,1	19,7-61,4
	Femenino	14	60,9	38,5-80,3
Edad niño	<2 años	14	60,9	38,5-80,2
	> 2 años	9	39,1	19,7-61,4
Presenta Atopía	Si	18	78,3	56,3-92,5
	No	5	21,7	7,5-43,7
Control síntomas	Adecuado	10	43,5	23,2-65,5
	Inadecuado	13	56,5	34,5-76,8
Usa tratamiento actualmente	Si	12	52,2	30,6-73,2
	No	11	47,8	26,8-69,4
Uso de corticoides	Si	7	30,4	13,2-52,9
	No	16	69,6	47,1-86,8

IC_{95%}: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Percepción familiar y rol del equipo de salud ante signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares en la comunidad de San Alejo parroquia Andrés de Vera en los meses de julio a octubre del 2016"

Elaborado por: Bravo Y.

4.1.2 Características de las edades, peso, talla e índice de masa corporal de los niños participantes

La edad de los niños se registró desde uno a cuatro años, con una media de 2,17 (DE 1,07). El peso registrado de los preescolares tuvo una media de 11,7 (DE 11,7). Una comparación detallada se observa en la tabla 2.

Tabla N° 2.- Edad, peso, talla e índice de masa corporal de los participantes.

	Edad niños	Peso	Talla	IMC	
N	23	23	23	23	
Media	2,17	11,7	84,6	16,5	
Mediana	2	12	85	17	
Moda	1	13	69	17	
Desv. Estándar	1,07	2,64	10,9	1,67	
Mínimo	1	7,2	68	13	
Máximo	4	16,2	103	19	
Percentiles	25	1	9	73	15
	50	2	12	85	17
	75	3	14,1	95	18

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio “Percepción familiar y rol del equipo de salud ante signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares en la comunidad de San Alejo parroquia Andrés de Vera en los meses de julio a octubre del 2016”

Elaborado por: Bravo Y.

4.1.3 Evaluación de la percepción familiar sobre la dermatitis atópica de sus hijos

Las familias tiene afectación en gastos económicos con 12 (52,2%; IC_{95%} 30,6-73,2).

Una comparación detallada de las percepciones familiares, se observan en la tabla 3.

Tabla N° 3.- Percepción familiar sobre la dermatitis atópica de sus hijos

Variable	Categoría	"n"	%	IC95%
Afectación de las tareas domésticas	Muchísimo	2	8,7	1,1-28
	Mucho	12	52,2	30,6-73,2
	Poco	9	39,1	19,7-61,5
	Nada	0	0	0
Afectación en la preparación de la comida	Muchísimo	0	0	0
	Mucho	13	56,5	34,5-76,8
	Poco	8	34,8	16,4-57,3
	Nada	2	8,7	1,1-28
Afectación del sueño	Muchísimo	1	4,4	0,1-22
	Mucho	13	56,5	34,5-76,8
	Poco	9	39,1	19,7-61,5
	Nada	0	0	0
Afectación de actividades de ocio	Muchísimo	1	4,3	0,1-22
	Mucho	11	47,8	26,8-69,4
	Poco	10	43,5	23,2-65,5
	Nada	1	4,4	0,1-22
Afectación en la realización de compras	Muchísimo	1	4,3	0,1-22
	Mucho	9	39,1	19,7-61,5
	Poco	9	39,1	19,7-61,5
	Nada	4	17,5	5-38,8
Afectación en los gastos	Muchísimo	12	52,2	30,6-73,2
	Mucho	8	34,8	16,4-57,3
	Poco	3	13	2,8-33,6
	Nada	0	0	0
Afectación en el descanso	Muchísimo	0	0	0
	Mucho	12	52,2	30,6-73,2
	Poco	9	39,1	19,7-61,5
	Nada	2	8,7	1,1-28
Afectación en las emociones	Muchísimo	0	0	0
	Mucho	9	39,1	19,7-61,5
	Poco	12	52,2	30,6-73,2
	Nada	2	8,7	1,1-28
Afectación en las relaciones familiares	Muchísimo	0	0	0
	Mucho	12	52,2	30,6-73,2
	Poco	10	43,5	23,2-65,5
	Nada	1	4,3	0,1-22
Afectación en el tratamiento	Muchísimo	0	0	0
	Mucho	15	65,2	42,7-83,6
	Poco	8	34,8	16,4-57,3
	Nada	0	0	0

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Percepción familiar y rol del equipo de salud ante signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares en la comunidad de San Alejo parroquia Andrés de Vera en los meses de julio a octubre del 2016"

Elaborado por: Bravo Y.

4.1.4 Evaluación del rol del personal de salud sobre la dermatitis atópica de los participantes del estudio

El personal de salud no reconoce las lesiones de la dermatitis atópica con 7 (77,8%; IC_{95%} 40-97,2). En menor proporción se observa el uso de cremas humectantes y evitar baños prolongados con 1 (11,1%; IC_{95%} 0,3-48,3). Una comparación detallada de los roles del personal de salud sobre la dermatitis atópica, se observan en la tabla 4.

Tabla N° 4.- Rol del personal de salud sobre dermatitis atópica

Variable	Categoría	"n"	%	IC _{95%}
Que conoce sobre dermatitis atópica	Provoca prurito	4	44,4	13,7-78,8
	Enfermedad crónica de la piel	4	44,4	13,7-78,8
	Mayor prevalencia en etapa preescolar	1	11,2	0,3-48,2
	Otra	0	0	0
Reconoce lesiones de la dermatitis atópica	Si	2	22,2	2,8-60
	No	7	77,8	40-97,2
Medidas para dermatitis atópica	Evitar rascado de la lesión	4	44,5	13,7-78,8
	Humectación de la piel	2	22,2	2,8-60
	Lavado de lesión con solución salina	3	33,3	7,5-70
	Uso de corticoides	4	44,5	13,7-78,8
Tipo de tratamiento para las lesiones	Uso de antihistamínicos	3	33,3	7,5-70
	Uso de cremas humectantes	1	11,1	0,3-48,3
	Evitar baños prolongados	1	11,1	0,3-48,3
Como tranquilizar a familiares	Charlas educativas	6	66,7	29,9-92,5
	Medidas higiénicas	3	33,3	7,5-70,1
	Apoyo psicosocial	0	0	0
A qué edad es frecuente la dermatitis atópica	Preescolares	6	66,7	29,9-92,5
	Escolar	3	33,3	7,5-70,1
	Adolescencia	0	0	0
Medidas de atención primaria para la dermatitis atópica	Tratamiento del prurito	3	33,3	7,5-70,1
	Tratamiento de las lesiones	6	66,7	29,9-92,5
	Derivación a segundo nivel	0	0	0

IC_{95%}: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Percepción familiar y rol del equipo de salud ante signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares en la comunidad de San Alejo parroquia Andrés de Vera en los meses de julio a octubre del 2016"

Elaborado por: Bravo Y.

4.1.5 Evaluación de la percepción familiar en los participantes del estudio

La tabla 5 demuestra, que el efecto extremadamente grande sobre la percepción familiar sobre los signos y síntomas de la dermatitis atópica de sus hijos con 12 (52,2%; IC_{95%} 30,6-73,2) obtuvo mayor proporción. No se observa buena percepción familiar en los participantes.

Tabla N° 5.- Percepción familiar

Variable	Categoría	"n"	%	IC _{95%}
Percepción familiar	Buena percepción familiar	0	0	0
	Afección mínima	1	4,3	0,1-22
	Afección moderada	8	34,8	16,4-57,3
	Gran efecto sobre la percepción familiar	2	8,7	1,1-28
	Efecto extremadamente grande sobre percepción familiar	12	52,2	30,6-73,2

IC_{95%}: Intervalo De Confianza al 95%

Fuente: Estudio "Percepción familiar y rol del equipo de salud ante signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares en la comunidad de San Alejo parroquia Andrés de Vera en los meses de julio a octubre del 2016"

Elaborado por: Bravo Y.

4.1.6 Correlación entre la percepción familiar y signos y síntomas de los niños con dermatitis atópica

La tabla 6, demuestra buena correlación entre la presencia de signos y signos y la percepción familiar con $p=0,05$, la edad se correlacionó con el impacto familiar de la dermatitis con $< -0,136$. El tratamiento actual de los niños presenta correlación con la percepción familiar. Las demás características no presentaron correlación significativa.

Tabla N° 6.- Percepción familiar y signos y síntomas de los niños con dermatitis atópica

	Percepción Familiar (Cuestionario Impacto Familiar de la dermatitis)
Presencia de signos y síntomas de dermatitis atópica	0,058537183
Edad	-0,136344918
Control síntomas	0,161104066
Uso de corticoides	0,242187631
Tratamiento actual	0,003718114

Fuente: Estudio "Percepción familiar y rol del equipo de salud ante signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares en la comunidad de San Alejo parroquia Andrés de Vera en los meses de julio a octubre del 2016"

Elaborado por: Bravo Y.

CAPÍTULO 5

5.1 DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue analizar la percepción familiar y rol del equipo de salud ante signos y síntomas de dermatitis atópica en niños preescolares en la comunidad de San Alejo de la Parroquia Andrés de Vera. Se demostró que las familias participantes no presentaron buena percepción sobre la enfermedad de sus hijos, fue nula en contraste, con tener gran efecto negativo con 12 (52,2%). Resultados similares por Houtzager et al, que demostraron problemas en la adaptación a la enfermedad dermatológica y percepción familiar, provocando vulnerabilidad en los niños e impacto negativo en la calidad de vida (Houtzager et al., 2015).

La DA afecta la percepción y calidad de vida, tanto en pacientes como en familiares, así lo demostró Sánchez (Sánchez-Pérez, Daudén-Tello, Mora, & Lara Surinyac, 2013), en un estudio multicéntrico donde incluyó 151 niños con la patología dermatológica. En el estudio de Lifschitz (Lifschitz, 2015) reveló que la gravedad de la DA se correlaciona con un impacto en la percepción y calidad de vida relacionada a la salud familiar, en forma particular en el funcionamiento social y el bienestar psicológico.

En la investigación reciente tuvo como objetivo analizar la prevalencia de la percepción de los padres y vulnerabilidad en una población holandesa, concluyó que la presencia y severidad de la patología, se asocia a una mala percepción de la enfermedad por parte de los padres (Houtzager et al., 2015). Ho et al (Ho et al., 2012) evaluó las percepciones maternas de la DA en la edad pediátrica y su impacto en la

familia, factores de riesgo implicados en la gravedad, la salud física y mental de la madre, la calidad de vida de los niños, mostraron que si existe impacto negativo familiar.

Los resultados del estudio de Jang et al, (Jang et al., 2016), reveló que las familias de infantes con DA en fase severa tenían seis veces más probabilidades de tener baja percepción y calidad de vida. No obstante, en el estudio realizado por Cho et al, (Cho et al., 2012), donde evaluó la gravedad de la DA y la calidad de vida de las familias, en una población de 58 niños, demostró que mejorar la severidad de la DA se correlaciona a tener satisfacción familiar.

La percepción familiar de niños con DA se ven afectados por la enfermedad, así lo demuestra Rajesh et al, (Rajesh Balkrishnan et al., 2013), que exploró las percepciones familiar de niños con dermatitis. Un estudio comparativo a los resultados fue realizado por Garnacho et al, (Garnacho-Saucedo et al., 2013), que la mayoría de las familias tenían afectación moderada presentaban calidad de vida normal.

El estudio realizado por Balkrishnan (R. Balkrishnan, Housman, Carroll, Feldman, & Fleischer, 2013), determinó que la dermatitis severa provoca disfunciones familiares, además los padres y familiares sienten confort y bienestar cuando sus hijos son atendidos por médicos especialistas. Los infantes con lesiones dermatológicas alteran la percepción de los padres y funcionalidad familiar frente a la enfermedad. Un estudio mexicano realizado por Rodriguez (Rodríguez-Orozco et al., 2011), demostró que lo padres presentaron insatisfacción y afectación en sus familias por la recurrencia de la enfermedad.

En el estudio se observó afectaciones en las familias como: gastos económicos y no poder ayudar en el tratamiento oportuno, realizar tareas domésticas y preparación de los alimentos, problemas para conciliar el sueño y en el descanso. Resultados concordantes con los presentados por Beattie et al, (Beattie & Lewis-Jones, 2012), demostró que los dominios cansancio/fatiga, pérdida del sueño y angustia emocional repercuten en la percepción y además se correlacionó fuertemente con la gravedad del eccema atópico.

Los resultados demostrados por Ricci et al, (Ricci et al., 2012), cuyo propósito fue evaluar las formas en que DA afecta a la vida de los niños y sus familias, en una población italiana de 45 participantes, en términos de calidad de vida y correlacionarlo con la gravedad y la percepción según las estimaciones de la familia, concluyó que si existe influencia de la enfermedad sobre la percepción, y los factores implicados fueron la privación del sueño, problemas económicos, cansancio e irritabilidad.

Sarkar (Sarkar et al., 2014), evaluó en la India, si existe trastornos psicológicos en niños con DA en comparación con niños sanos, además si las madres mostraban problemas de angustia, emocional o mental, concluyendo que los infantes y familiares presentaban mayor frecuencia de alteraciones emocionales, comportamiento y conducta. Resultados similares a los presentados por Van Oers, (H. A. van Oers et al., 2014), que analizó los niveles de ansiedad y depresión en padres de infantes con enfermedad crónica de 0 a 18 años, determinaron que las madres de un niño con patología crónica, reportaron altos niveles de ansiedad y depresión.

En el estudio de Ho et al, (Ho et al., 2012), examinó las percepciones maternas en pacientes pediátricos con DA, concluyó que las madres se asocian a presentar

problemas emocionales en relación a la severidad de la enfermedad y tener impacto negativo.

El estudio de Friedman et al, (Friedman et al., 2014), evaluó la percepción de los padres en relación al estado de salud de los niños con DA, concluyendo que las familias con infantes con la enfermedad tiene un efecto negativo en la calidad de vida e implicaciones sociales y económicas y por ende se incrementa con la gravedad de la enfermedad. Otra investigación que examinó el impacto de las pruebas de parche en la calidad de vida en niños con eczema, realizado por Agrawal et al, (Agrawal, Rijal, & Bhattarai, 2013), determinó que el eczema atópico se asoció fuertemente en la calidad de vida de los pacientes y familiares.

En el presente estudio, se observa desconocimiento general de los profesionales de la salud sobre la dermatitis atópica y sus lesiones con 77,8%, recomiendan evitar el rascado en torno a las medidas que se debe adoptar en las lesiones de la enfermedad y el uso de corticoides con 44,5%, sugieren realizar charlas educativas para la educación de los padres y familiares con 66,7%. Resultados en el estudio por Lifschitz et al, (Lifschitz, 2015), reveló que los profesionales que atienden niños con DA deben consultar a los padres sobre cómo la enfermedad de su hijo ha impactado su estilo de vida y recomendar la intervención profesional si se considera necesario.

En el estudio de Yilmaz et al (Yilmaz et al., 2012), que analizó los conocimientos de los médicos generales con respecto a la sistémica naturaleza de la infancia, y evaluar la influencia de un evento educativo sobre esta línea de base de conocimientos, concluyendo que tener buen nivel sobre las enfermedades atópicas influye positivamente en la enfermedad, es decir sino disponen de información actualizada

afectan en la evolución. Barbarot et al (Barbarot et al., 2013), demostraron que el desconocimiento de los médicos sobre los riesgos y complicaciones, provoca inadecuada adherencia terapéutica y repercute en la calidad de vida de los niños.

El estudio realizado por Stalder et al, (Stalder et al., 2013), reveló que la educación a los familiares ha demostrado ser eficaz en el aumento de la adherencia, mejoría de los síntomas e incluirse nuevamente en la sociedad sin temores a la discriminación. Lawton et al, (Lawton, 2015), determinó que la importancia de educar a las familias sobre el manejo no farmacológico y terapéutico es esencial para control de los síntomas de la dermatitis atópica en los niños.

Las intervenciones educativas están enfocadas para mejorar el manejo de la DA, según resultados presentados por Nicol et al, (Nicol & Ersser, 2012), debe ser individualizado y la participación familiar es fundamental y debe conocer sobre las remisiones de la DA, factores agravantes y desencadenantes, estrategias terapéuticas con los beneficios, riesgos y expectativas realistas. Ho, (Ho et al., 2012), determinó que el enfoque actual de la gestión pediátrica con DA, debe incluir intervenciones multidisciplinarias, con la finalidad de mejorar la calidad física y mental de los padres y familiares, disminuir al mínimo el impacto negativo familiar y el aislamiento social. Kaneko (Kaneko et al., 2014), demostró que realizar una explicación detallada y concisa por el profesional a los familiares y/o cuidadores se asocia a controlar mejor la dermatitis de los hijos.

CAPÍTULO 6

6.1 CONCLUSIONES

- En la comunidad de San Alejo, el sexo femenino obtuvo la mayor proporción de casos de dermatitis atópica con el 39,1%, en relación al sexo masculino, al momento del estudio los niños presentaban atopia con 78,3%, tenían un inadecuado control de sus síntomas con el 56,5% y la mayoría de ellos no recibían corticoides 69,6%.
- En forma general, la percepción familiar sobre la dermatitis atópica fue nula en los participantes, en comparación con las familias que tenían un efecto extremadamente grande sobre la percepción en relación a la enfermedad con el 52,2%. Las afectaciones frecuentes en las familias fueron gastos económicos y no poder ayudar en el tratamiento oportuno, realizar tareas domésticas y preparación de los alimentos, problemas para conciliar el sueño y en el descanso.
- El desconocimiento sobre la dermatitis atópica y sus lesiones en forma general en el personal del Centro de Salud es evidente con 77,8%, recomiendan evitar el rascado en torno a las medidas que se debe adoptar en las lesiones de la enfermedad y el uso de corticoides con 44,5%, sugieren realizar charlas educativas para conocimiento de padres y familiares con 66,7%.
- Se observa correlación entre la presencia de signos y signos y la percepción familiar con $p= 0,05$, la edad se correlacionó con el impacto familiar de la dermatitis con $< -0,136$ y el tratamiento actual de los niños presenta correlación con la percepción familiar.

6.2 RECOMENDACIONES

- Siendo la dermatitis atópica una patología dependiente de un buen proceso educativo, es recomendable la realización de estrategias de educación sobre planes de cuidados para padres, familiares y personal de salud, con la finalidad de hacer conocer y comprender sobre la enfermedad, factores de riesgo, manejo y complicaciones para no afectar la percepción y calidad de vida.
- Es prioritario que el personal de salud se fortalezca y capacite en el manejo integral de la dermatitis atópica y a la vez búsqueda de estrategias como educación terapéutica, para involucrar no solo al paciente, sino a la familia para disminuir la afectación en la percepción y calidad de vida de ellos.
- Es necesaria una determinación real del nivel de percepción de la calidad de vida para las familias con dermatitis atópica en nuestro medio, sería interesante aplicar instrumentos con el propósito de obtener datos reales al respecto. Estudios que no se han realizado en el país.
- Se recomienda mantener la línea de investigación de percepción familiar y rol del personal de salud, como parte integral de conocimiento de la enfermedad y su forma de ser tratada, para todo el espectro de la medicina moderna, holística e integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, S., Rijal, A., & Bhattarai, S. (2013). Impact of patch testing on quality of life in patients with hand eczema: a follow-up study. *Kathmandu University Medical Journal (KUMJ)*, 11(43), 216-220.
- Aguilera Godoy, A. A., & Orbe Najera, F. R. (2013). *Validacion del cuestionario dermatologico de calidad de vida en niños (childrens dermatology life quality index CDLQI). version en castellano, en pacientes pediatricos con dermatitis atopica, en el centro de la piel Quito-Ecuador.* (B.S. thesis). QUITO/PUCE/2013. Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5528>
- Al Robae, A. A. (2012). Reliability and validity of the Arabic version of «dermatitis family impact» questionnaire in children with atopic dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 49(9), 1063-1067. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04519.x>
- Álvarez González, K., Delgado Cruz, A., Ferregut, N., Augusto, J., Martín, P., María, M., ... Margarita, A. (2014). Dermatitis atópica en un infante. *MEDISAN*, 18(1), 120-126.
- Balkrishnan, R., Housman, T. S., Carroll, C., Feldman, S. R., & Fleischer, A. B. (2013). Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. *Archives of Disease in Childhood*, 88(5), 423-427.
- Balkrishnan, R., Housman, T. S., Grummer, S., Rapp, S. R., Clarke, J., Feldman, S. R., & Fleischer, A. B. (2013). The family impact of atopic dermatitis in children: the role of the parent caregiver. *Pediatric Dermatology*, 20(1), 5-10.

- Balkrishnan, R., Manuel, J., Clarke, J., Carroll, C. L., Housman, T. S., & Fleischer, A. B. (2012). Effects of an episode of specialist care on the impact of childhood atopic dermatitis on the child's family. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, *17*(4), 184-189. <https://doi.org/10.1067/mph.2003.32>
- Barbarot, S., Bernier, C., Deleuran, M., De Raeve, L., Eichenfield, L., El Hachem, M., ... Oriented Patient-Education Network in Dermatology. (2013). Therapeutic patient education in children with atopic dermatitis: position paper on objectives and recommendations. *Pediatric Dermatology*, *30*(2), 199-206. <https://doi.org/10.1111/pde.12045>
- Bath-Hextall, F. J., Birnie, A. J., Ravenscroft, J. C., & Williams, H. C. (2012). Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. *The British Journal of Dermatology*, *163*(1), 12-26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09743.x>
- Beattie, P. E., & Lewis-Jones, M. S. (2012). An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. *The British Journal of Dermatology*, *155*(6), 1249-1255. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07525.x>
- Brenninkmeijer, E. E. A., Schram, M. E., Leeftang, M. M. G., Bos, J. D., & Spuls, P. I. (2012). Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systematic review. *The British Journal of Dermatology*, *158*(4), 754-765. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08412.x>

- Cabanillas-Becerra, J. J., & Sánchez-Saldaña, L. (2012). Dermatitis atópica. *Dermatol Peru [En línea]*, 22(3). Recuperado a partir de <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/2317>
- Chauveau, A., Dalphin, M.-L., Kaulek, V., Roduit, C., Pugin, A., von Mutius, E., ... Dalphin, J.-C. (2016). Disagreement between Skin Prick Tests and Specific IgE in Early Childhood. *International Archives of Allergy and Immunology*, 170(2), 69-74. <https://doi.org/10.1159/000446776>
- Chawla, V., Hogan, M. B., Moonie, S., Fenwick, G. L., Hooft, A., & Wilson, N. W. (2016). Parental perception of efficacy of antihistamines for pruritus in pediatric atopic dermatitis. *Allergy and Asthma Proceedings*, 37(2), 157-163. <https://doi.org/10.2500/aap.2016.37.3927>
- Chernyshov, P. V., Jirakova, A., Ho, R. C. M., Moed, H., Caldeira, A. P., Alvarenga, T. M., ... Hercogova, J. (2013). An international multicenter study on quality of life and family quality of life in children with atopic dermatitis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 79(1), 52-58. <https://doi.org/10.4103/0378-6323.104669>
- Cho, J., Lee, J. H., Suh, J., Yu, J. S., Lee, H., Park, E., ... Ahn, K. (2012). Change in Quality of Life according to the Change in Atopic Dermatitis Severity. *Pediatric Allergy and Respiratory Disease*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.7581/pard.2012.22.1.86>
- Chu, H., Shin, J. U., Park, C. O., Lee, H., Lee, J., & Lee, K. H. (2017). Clinical Diversity of Atopic Dermatitis: A Review of 5,000 Patients at a Single Institute. *Allergy, Asthma & Immunology Research*, 9(2), 158-168. <https://doi.org/10.4168/aair.2017.9.2.158>

- Chung, Y., Kwon, J. H., Kim, J., Han, Y., Lee, S.-I., & Ahn, K. (2012). Retrospective analysis of the natural history of atopic dermatitis occurring in the first year of life in Korean children. *Journal of Korean Medical Science*, 27(7), 723-728. <https://doi.org/10.3346/jkms.2012.27.7.723>
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809-828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
- Crissinger, A., & Nguyen, N. V. (2014). The use of topical calcineurin inhibitors in atopic dermatitis. *Open Dermatology Journal*, 8, 12–17.
- DaVeiga, S. P. (2012). Epidemiology of atopic dermatitis: a review. *Allergy and Asthma Proceedings*, 33(3), 227-234. <https://doi.org/10.2500/aap.2012.33.3569>
- Dodington, S. R., Basra, M. K. A., Finlay, A. Y., & Salek, M. S. (2013). The Dermatitis Family Impact questionnaire: a review of its measurement properties and clinical application. *The British Journal of Dermatology*, 169(1), 31-46. <https://doi.org/10.1111/bjd.12232>
- Eichenfield, L. F., Tom, W. L., Berger, T. G., Krol, A., Paller, A. S., Schwarzenberger, K., ... Sidbury, R. (2014). GUIDELINES OF CARE FOR THE MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 71(1), 116-132. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.03.023>
- Engbretsen, K. A., Johansen, J. D., Kezic, S., Linneberg, A., & Thyssen, J. P. (2016). The effect of environmental humidity and temperature on skin barrier function

- and dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 30(2), 223-249. <https://doi.org/10.1111/jdv.13301>
- Ercan, H., Ispir, T., Kirac, D., Baris, S., Ozen, A., Oztezcan, S., & Cengizlier, M. R. (2013). Predictors of atopic dermatitis phenotypes and severity: Roles of serum immunoglobulins and filaggrin gene mutation R501X. *Allergologia et Immunopathologia*, 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2012.03.004>
- Ferrer, M., Morais-Almeida, M., Guizova, M., & Khanferyan, R. (2012). Evaluation of treatment satisfaction in children with allergic disease treated with an antihistamine: an international, non-interventional, retrospective study. *Clinical Drug Investigation*, 30(1), 15-34. <https://doi.org/10.2165/11530910-000000000-00000>
- Forte, W. C. N., Sumita, J. M., Rodrigues, A. G., Liuson, D., & Tanaka, E. (2015). Rebound phenomenon to systemic corticosteroid in atopic dermatitis. *Allergologia Et Immunopathologia*, 33(6), 307-311.
- Friedman, J. Y., Reed, S. D., Weinfurt, K. P., Kahler, K. H., Walter, E. B., & Schulman, K. A. (2014). Parents' reported preference scores for childhood atopic dermatitis disease states. *BMC Pediatrics*, 4(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-4-21>
- Gambichler, T., Othlinghaus, N., Tomi, N. S., Holland-Letz, T., Boms, S., Skrygan, M., ... Kreuter, A. (2012). Medium-dose ultraviolet (UV) A1 vs. narrowband UVB phototherapy in atopic eczema: a randomized crossover study. *The British Journal of Dermatology*, 160(3), 652-658. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08984.x>

- Garnacho-Saucedo, G., Salido-Vallejo, R., & Moreno-Giménez, J. C. (2013). Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, *104*(1), 4–16.
- González-López, G., Ceballos-Rodríguez, R. M., González-López, J. J., Feito Rodríguez, M., & Herranz-Pinto, P. (2016). Efficacy and safety of wet wrap therapy for patients with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Dermatology*. <https://doi.org/10.1111/bjd.15165>
- Gupta, D. (2015). Atopic Dermatitis: A Common Pediatric Condition and Its Evolution in Adulthood. *The Medical Clinics of North America*, *99*(6), 1269-1285, xii. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.07.006>
- Haverman, L., van Oers, H. A., Maurice-Stam, H., Kuijpers, T. W., Grootenhuis, M. A., & van Rossum, M. A. (2014). Health related quality of life and parental perceptions of child vulnerability among parents of a child with juvenile idiopathic arthritis: results from a web-based survey. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, *12*, 34. <https://doi.org/10.1186/1546-0096-12-34>
- Ho, R. C. M., Giam, Y. C., Ng, T. P., Mak, A., Goh, D., Zhang, M. W. B., ... Van Bever, H. P. (2012). The influence of childhood atopic dermatitis on health of mothers, and its impact on Asian families. *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, *21*(3), 501-507. <https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2009.00972.x>
- Houtzager, B. A., Möller, E. L., Maurice-Stam, H., Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (2015). Parental perceptions of child vulnerability in a community-based

sample: Association with chronic illness and health-related quality of life. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 19(4), 454-465. <https://doi.org/10.1177/1367493514530954>

Ilves, T., Virolainen, A., & Harvima, I. T. (2016). Immediate Wheal Reactivity to Autologous Sweat in Atopic Dermatitis Is Associated with Clinical Severity, Serum Total and Specific IgE and Sweat Tryptase Activity. *International Archives of Allergy and Immunology*, 170(2), 84-91. <https://doi.org/10.1159/000447638>

Jang, H. J., Hwang, S., Ahn, Y., Lim, D. H., Sohn, M., & Kim, J. H. (2016). Family quality of life among families of children with atopic dermatitis. *Asia Pacific Allergy*, 6(4), 213-219. <https://doi.org/10.5415/apallergy.2016.6.4.213>

Kalavala, M., & Dohil, M. A. (2012). Calcineurin inhibitors in pediatric atopic dermatitis: a review of current evidence. *American Journal of Clinical Dermatology*, 12(1), 15-24. <https://doi.org/10.2165/11319300-000000000-00000>

Kaneko, S., Kakamu, T., Matsuo, H., Naora, K., & Morita, E. (2014). [Questionnaire-based study on the key to the guidance to the patients with atopic dermatitis by pharmacist]. *Arerugi = [Allergy]*, 63(9), 1250-1257.

Kanwar, A. J., & De, D. (2012). EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN INDIA. *Indian Journal of Dermatology*, 56(5), 471-475. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.87112>

- Kiiski, V., Karlsson, O., Remitz, A., & Reitamo, S. (2015). High serum total IgE predicts poor long-term outcome in atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 95(8), 943-947. <https://doi.org/10.2340/00015555-2126>
- Kim, Y. J., Yun, S. J., Lee, J.-B., Kim, S. J., Won, Y. H., & Lee, S.-C. (2016). Four Years Prospective Study of Natural History of Atopic Dermatitis Aged 7~8 Years at an Individual Level: A Community-Based Survey by Dermatologists' Skin Examination in Childhood. *Annals of Dermatology*, 28(6), 684-689. <https://doi.org/10.5021/ad.2016.28.6.684>
- Lawton, S. (2015). Atopic eczema: nurse-led care--2. Treatments. *The Journal of Family Health Care*, 15(2), 51-54.
- Lee, J. H., Han, K. D., Kim, K. M., Park, Y. G., Lee, J. Y., & Park, Y. M. (2016). Prevalence of Atopic Dermatitis in Korean Children Based on Data From the 2008-2011 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Allergy, Asthma & Immunology Research*, 8(1), 79-83. <https://doi.org/10.4168/aaair.2016.8.1.79>
- Lee, S.-C., & Committee of Korean Atopic Dermatitis Association for REACH. (2016). Various diagnostic criteria for atopic dermatitis (AD): A proposal of Reliable Estimation of Atopic Dermatitis in Childhood (REACH) criteria, a novel questionnaire-based diagnostic tool for AD. *The Journal of Dermatology*, 43(4), 376-384. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13264>
- Lifschitz, C. (2015). The Impact of Atopic Dermatitis on Quality of Life. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 1), 34-40. <https://doi.org/10.1159/000370226>

- Liu, P., Zhao, Y., Mu, Z.-L., Lu, Q.-J., Zhang, L., Yao, X., ... Zhang, J.-Z. (2016). Clinical Features of Adult/Adolescent Atopic Dermatitis and Chinese Criteria for Atopic Dermatitis. *Chinese Medical Journal*, 129(7), 757-762. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.178960>
- Luger, T. A. (2012). Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 25(3), 251-258. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03789.x>
- Malajian, D., & Guttman-Yassky, E. (2015). New pathogenic and therapeutic paradigms in atopic dermatitis. *Cytokine*, 73(2), 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.cyto.2014.11.023>
- Martín Mateos, M. A., Albisu, Y., Martínón, F., Sanz Ortega, J., Garcia Sicilia, J., & Boné, J. (2011). Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. *Documento de consenso. Grupo de expertos. Madrid: Ergon.*
- Mavroudi, A., Karagiannidou, A., Xinias, I., Cassimos, D., Karantaglis, N., Farmaki, E., ... Tsanakas, J. (2017). Assessment of IgE-mediated food allergies in children with atopic dermatitis. *Allergologia Et Immunopathologia*, 45(1), 77-81. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2016.06.006>
- Megna, M., Napolitano, M., Patrino, C., Villani, A., Balato, A., Monfrecola, G., ... Balato, N. (2016). Systemic Treatment of Adult Atopic Dermatitis: A Review. *Dermatology and Therapy*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0170-1>
- Nicol, N. H., & Ersser, S. J. (2012). The role of the nurse educator in managing atopic dermatitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 30(3), 369-383. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2010.06.007>

- Peng, W., & Novak, N. (2015). Pathogenesis of atopic dermatitis. *Clinical and Experimental Allergy: Journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 45(3), 566-574. <https://doi.org/10.1111/cea.12495>
- Pustišek, N., Vurnek Živković, M., & Šitum, M. (2016). Quality of Life in Families with Children with Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 33(1), 28-32. <https://doi.org/10.1111/pde.12698>
- Raffin, D., Giraudeau, B., Samimi, M., Machet, L., Pourrat, X., & Maruani, A. (2016). Corticosteroid Phobia Among Pharmacists Regarding Atopic Dermatitis in Children: A National French Survey. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(2), 177-180. <https://doi.org/10.2340/00015555-2157>
- Ricci, G., Bendandi, B., Bellini, F., Patrizi, A., & Masi, M. (2012). Atopic dermatitis: quality of life of young Italian children and their families and correlation with severity score. *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 18(3), 245-249. <https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2006.00502.x>
- Riethmuller, C., McAleer, M. A., Koppes, S. A., Abdayem, R., Franz, J., Haftek, M., ... Kezic, S. (2015). Filaggrin breakdown products determine corneocyte conformation in patients with atopic dermatitis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 136(6), 1573-1580.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.04.042>
- Rodríguez-Orozco, A. R., Kanán-Cedeño, E. G., Guillén Martínez, E., & Campos Garibay, M. J. (2011). Family functioning and illness perception of parents of children with atopic dermatitis, living without skin symptoms, but with

- psychosomatic symptoms. *Iranian Journal of Allergy, Asthma, and Immunology*, 10(1), 61-65. <https://doi.org/010.01/ijaai.6165>
- Salamanca Sanabria, A., & Hewitt Ramírez, N. (2012). Biological and psychological factors of atopic dermatitis. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 5(1), 47-58.
- Sánchez-Pérez, J., Daudén-Tello, E., Mora, A. M., & Lara Surinyac, N. (2013). Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 104(1), 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.03.008>
- Sarkar, R., Raj, L., Kaur, H., Basu, S., Kanwar, A. J., & Jain, R. K. (2014). Psychological disturbances in Indian children with atopic eczema. *The Journal of Dermatology*, 31(6), 448-454.
- Sathishkumar, D., & Moss, C. (2016). Topical Therapy in Atopic Dermatitis in Children. *Indian Journal of Dermatology*, 61(6), 656-661. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.193677>
- Schmitt, J., Langan, S., Deckert, S., Svensson, A., von Kobyletzki, L., Thomas, K., ... Harmonising Outcome Measures for Atopic Dermatitis (HOME) Initiative. (2013). Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: a systematic review and recommendation. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 132(6), 1337-1347. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2013.07.008>
- Stalder, J.-F., Bernier, C., Ball, A., De Raeve, L., Gieler, U., Deleuran, M., ... Oriented Patient-Education Network in Dermatology (OPENED). (2013). Therapeutic patient education in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatric Dermatology*, 30(3), 329-334. <https://doi.org/10.1111/pde.12024>

- Turati, F., Bertuccio, P., Galeone, C., Pelucchi, C., Naldi, L., Bach, J.-F., ... HYGIENE Study Group. (2016). Early weaning is beneficial to prevent atopic dermatitis occurrence in young children. *Allergy*, *71*(6), 878-888. <https://doi.org/10.1111/all.12864>
- Tzaneva, S., Kittler, H., Holzer, G., Reljic, D., Weber, M., Hönigsmann, H., & Tanew, A. (2012). 5-Methoxypsoralen plus ultraviolet (UV) A is superior to medium-dose UVA1 in the treatment of severe atopic dermatitis: a randomized crossover trial. *The British Journal of Dermatology*, *162*(3), 655-660. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09514.x>
- van der Aa, L. B., van Aalderen, W. M. C., Heymans, H. S. A., Henk Sillevius Smitt, J., Nauta, A. J., Knippels, L. M. J., ... Synbad Study Group. (2011). Synbiotics prevent asthma-like symptoms in infants with atopic dermatitis. *Allergy*, *66*(2), 170-177. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02416.x>
- van Oers, H. A., Haverman, L., Limperg, P. F., van Dijk-Lokkart, E. M., Maurice-Stam, H., & Grootenhuis, M. A. (2014). Anxiety and depression in mothers and fathers of a chronically ill child. *Maternal and Child Health Journal*, *18*(8), 1993-2002. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1445-8>
- van Oers, H. A., Tacke, C. E., Haverman, L., Kuipers, I. M., Maurice-Stam, H., Kuijpers, T. W., & Grootenhuis, M. A. (2014). Health related quality of life and perceptions of child vulnerability among parents of children with a history of Kawasaki disease. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *103*(6), 671-677. <https://doi.org/10.1111/apa.12619>
- Villafañez Roldán, N., & others. (2016). Actuación de enfermería en dermatitis atópica. Recuperado a partir de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17948>

- Wananukul, S., Chatproedprai, S., Tempark, T., Phuthongkamt, W., & Chatchatee, P. (2015). The natural course of childhood atopic dermatitis: a retrospective cohort study. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, *33*(2), 161-168. <https://doi.org/10.12932/AP0498.33.2.2015>
- Wang, L., & Li, L.-F. (2016). Clinical Application of the UK Working Party's Criteria for the Diagnosis of Atopic Dermatitis in the Chinese Population by Age Group. *Chinese Medical Journal*, *129*(23), 2829-2833. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.194662>
- Williams, J. R., Burr, M. L., & Williams, H. C. (2014). Factors influencing atopic dermatitis-a questionnaire survey of schoolchildren's perceptions. *The British Journal of Dermatology*, *150*(6), 1154-1161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2004.05869.x>
- Yilmaz, O., Reisli, I., Tahan, F., Orhan, F., Boz, A. B., & Yuksel, H. (2012). Influence of education on primary care physicians' knowledge on childhood allergy as a systemic disease and the atopic march. *Allergologia Et Immunopathologia*, *39*(2), 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.aller.2010.03.012>

ANEXOS

Anexo 1

Valoración de la gravedad de la dermatitis atópica. Índice de SCORAD

(A) EXTENSIÓN: (Entre paréntesis para niños menores de 2 años)

(B) INTENSIDAD:

Gradación: 0 ausente; 1 leve; 2 moderado; 3 severo

Criterios	Intensidad
Eritema
Edema/pápula
Exudado/costra
Escoriación
Liquenificación
Sequedad
Suma

SCORAD: $A/5 + 7B/2 + C$

(C) SÍNTOMAS SUBJETIVOS:

PRURITO (0 a 10) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

+
PÉRDIDA DE SUEÑO (0 a 10) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala analógica visual (media en los últimos 3 días o noches)

OBSERVACIONES:

Anexo 2

Valoración de la gravedad de la dermatitis atópica. Eccema Area and Severity Index (EASI)

Región del cuerpo	EASI en pacientes >8 años	EASI en pacientes < 7 años
Cabeza y cuello	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,1$	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,2$
Brazos	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,2$	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,2$
Tronco	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,3$	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,3$
Piernas	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,4$	$(E+I+Ex+L) \times \text{área} \times 0,4$
EASI	Suma de las 4 regiones	Suma de las 4 regiones

E: eritema; I: induración/papulación; Ex: excoriaciones; L: liquenificación.

Área está definida en una escala de 7 puntos: 0: no erupción; 1= <10%; 2= 10-29%; 3= 30-49%; 4= 50-69%; 5= 70-89%; 6= 90-100%.

Anexo 3

Consentimiento informado

**EQUIPO DE SALUD Y FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE “SAN ALEJO”
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA. PERCEPCION Y ROL DEL EQUIPO DE SALUD
ANTE SIGNOS Y SINTOMAS DE DERMATITIS ATOPICA**

Introducción

En la localidad de San Alejo se está realizando un estudio para la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria, sobre la percepción familiar y el rol del equipo de salud ante la presencia de lesiones en piel pruriginosa en niños preescolares en la comunidad. Este estudio y los datos que serán entregados, serán utilizados solo para desarrollar mejores formas de educación para la salud y atención de las enfermedades de la piel en la localidad. La participación de las familias es totalmente libre y voluntaria. Pueden retirarse en cualquier momento de la entrevista o reunión y puede entregar los datos que voluntariamente desee. Puede hacer preguntas o pedir aclaraciones en cualquier momento. Se está invitando a las madres con hijos preescolares sobre el conocimiento el comportamiento de esta enfermedad.

Participación Voluntaria

Su participación como representante de su hijo (a) de su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo y usted está de acuerdo que no habrá ningún tipo de incentivo económico o de otra índole.

Confidencialidad

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Como representante del preescolar Ud. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Investigador Postgradista Yandry Bravo Cobeña byandryrafael@yahoo.com
0996468587

Director metodológico Dr. Carlos Terán Puente caminant7@gmail.com Director de tesis Dr. Efrén Anchali Yaguache efren.anchali@gmail.com

Acta de consentimiento informado.

Yo..... he sido informado/a por el Dr. _____, Estudiante de _____, que desarrolla un trabajo de investigación, acerca de la “PERCEPCIÓN FAMILIAR Y ROL DEL EQUIPO DE SALUD ANTE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS PREESCOLARES EN LA COMUNIDAD DE SAN ALEJO PARROQUIA ANDRES DE VERA ” es por ello que yo:

1. He sido debidamente informado/a del objetivo y la metodología de esta investigación.
2. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cuál ha sido mi experiencia en el tema de investigación.
3. Permito que _____, utilice la información sin dar a conocer mi identidad, y que modifique nombres o situaciones del texto, según sea el caso, que pudieran permitir conocer mi identidad.
4. He podido hacer las preguntas que he estimado necesarias acerca de las razones de este estudio.
5. Acepto que _____, tenga acceso a mi identidad, la que será revelada por ella, sólo si fuera necesario para mi beneficio.
6. He sido informado/a que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento, sea previo o durante la entrevista.
7. Si tengo alguna duda, o consulta puedo dirigirme a _____.
8. Autorizo a _____, para grabar nuestra conversación.
9. Fijaré día, hora y lugar donde se realizará nuestra entrevista.

FIRMA

Anexo 4

“Cuestionario del Impacto Familiar de la Dermatitis”

Nombre del hijo/a: _____ Madre/Padre/Cuidador _____ Fecha: _____ Puntuación

El propósito de este cuestionario es medir cuánto le ha afectado a usted y a su familia el problema de piel de su hijo/a DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, marque una casilla por pregunta.

- | | | | |
|-----|--|---------------------------------------|--|
| 1. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema en las tareas domésticas , por ejemplo lavar, limpiar. | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 2. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema en la preparación de la comida y en la alimentación . | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 3. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema al sueño de otros miembros de la familia . | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema en las actividades de ocio de su familia , por ejemplo la natación. | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema en el tiempo dedicado a hacer la compra para la familia . | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema a sus gastos , por ejemplo gastos relacionados con el tratamiento, ropa, etc. | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema en causar cansancio o agotamiento en los padres/cuidadores de su hijo/a. | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 8. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema en causar angustia emocional como la depresión, la frustración o el sentimiento de culpabilidad en los padres/cuidadores. | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el que su hijo/a tuviera eczema a la relación entre el cuidador principal y su pareja o entre el cuidador principal y otros hijos de la familia. | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante la <u>última semana</u> , cuánto ha afectado el ayudar con el tratamiento de su hijo/a a la vida del cuidador principal. | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

Por favor compruebe que ha respondido a **TODAS** las preguntas. Gracias.

Anexo 5

Encuesta al Equipo de salud

1) ¿Que conoce usted como parte del personal de salud acerca de la dermatitis atópica?

Que provoca prurito....

Es una enfermedad crónica de la piel.....

Tiene mayor prevalencia en la etapa preescolar....

Otra cosa.....

2) ¿Sabe reconocer este tipo de lesiones?

Si.....

No.....

Un poco.....

3) ¿Sabe qué medidas adoptar en caso de consulta por una lesión complicada por dermatitis atópica?

Evitar el rascado de la lesión.....

Humectación de la piel.....

Lavado de la lesión con solución salina.....

4) ¿Conocen algún tipo de tratamiento y medidas higiénicas acerca de esta enfermedad dermatológica?

Uso de corticoides tópicos....

Uso de antihistamínicos.....

Uso de cremas humectantes....

Evitar baños prolongados en ducha o piscina.....

Otro.....

5) ¿Cómo podemos ayudar a tranquilizar a los familiares o cuidadores de niños con este tipo de dermatitis?

Charlas educativas sobre la enfermedad....

Medidas higiénicas.....

Apoyo psicosocial.....

6) ¿Saben en qué edades se presenta con mayor frecuencia esta dermatitis?

Preescolares....

Etapa escolar....

Adolescencia.....

7) ¿Conocen qué medidas adoptar a nivel de atención primaria con este tipo de lesiones?

Tratamiento de prurito....

Tratamiento de las lesiones....

Derivación a segundo nivel por exacerbaciones....