



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO DE DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. ICHUBAMBA

MARÍA ELISA PAREDES NÁJERA

Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba-Ecuador

Septiembre 2019



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, denominado: **“INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO DE DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. ICHUBAMBA”** de responsabilidad de la Médica María Elisa Paredes Nájera, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

N. D. Patricio David Ramos Padilla, Mag.

PRESIDENTE

Dra. Johanna Elizabeth Villafuerte Morales, Esp.

DIRECTORA

Dra. Katherine Paulina Maldonado Coronel, Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

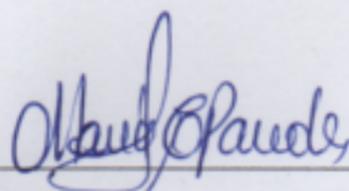
Dr. René Yartu Couceiro, Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Riobamba, Septiembre 2019

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, María Elisa Paredes Nájera, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



MARÍA ELISA PAREDES NÁJERA

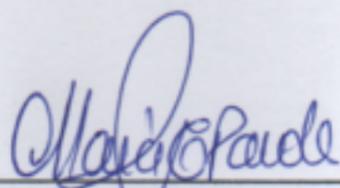
No. Cédula: 0603246323

© 2019 María Elisa Paredes Nájera

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, María Elisa Paredes Nájera, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que proviene de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Especialidad.



María Elisa Paredes Nájera

No. Cédula: 0603246323

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera y a lo largo de mi vida, en especial a mi hijo Daniel que es el motor de mi trabajo. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a DIOS quien con su bendición llena y guía mi vida.

Gracias a mis padres: Marcelo e Hilda; por ser los principales promotores de mis sueños, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad, de confiar y creer en mis aspiraciones, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco a los docentes de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, al Instituto de Posgrado, por haber compartido sus enriquecedores conocimientos en mi formación, de manera especial, a la Dra. Johanna Villafuerte, Dr. René Yartu y a la Dra. Katherine Maldonado, tutor y miembros de esta investigación quienes con su paciencia, guía y consejos ayudaron a la culminación de este trabajo.

Así mismo, deseo expresar mi gratitud a los habitantes de la comunidad de Ichubamba por las atenciones e información brindada a lo largo de esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	XII
SUMARY.....	XIII
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Problemas de investigación.....	2
1.1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.1.2 Formulación del problema.....	3
1.1.3 Justificación.....	3
1.1.4 Objetivos.....	4
CAPÍTULO II	
2. MARCO DE REFERENCIA.....	7
2.1 Antecedentes del problema.....	7
2.2 Bases teóricas.....	9
2.2.1 Características clínicas.....	10
2.2.2 Fisiopatología.....	14
2.2.3 Etiopatogenia.....	14
2.2.4 Criterios diagnósticos.....	17
2.2.5 Tratamiento.....	18
2.3 Marco conceptual.....	20
2.3.1 Dermatitis Atópica.....	20
2.3.2 Dermatitis.....	20
2.3.3 Factores predisponentes.....	20
2.3.4 Incidencia.....	20
2.3.5 Prevalencia.....	20
2.3.6 Prevención.....	21
CAPÍTULO III	
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	22

3.2	Métodos de la investigación.....	22
3.3	Enfoque de la investigación.....	23
3.4	Alcance investigativo.....	23
3.5	Población de estudio	23
3.6	Unidad de análisis	23
3.7	Selección y tamaño de la muestra	24
3.7.1	Criterios de inclusión.....	24
3.7.2	Criterios de exclusión	24
3.7.3	Criterios de salida	24
3.8	Identificación de variables.....	24
3.9	Operacionalización de las variables.....	25
3.10	Matriz de consistencia	27
3.10.1	Aspectos generales.....	27
3.11	Instrumento de recolección de datos.....	30
3.12	Técnica de recolección de datos.....	31
3.13	Procesamiento de la información	33
3.14	Normas éticas	34
 CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1	Resultados.....	35
4.2	Discusión	44
CONCLUSIONES		49
RECOMENDACIONES.....		50
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-4. Distribución de niños según grupo de edad	35
Tabla 2-4. Distribución de niños según sexo	35
Tabla 3-4. Distribución de niños según antecedentes personales de atopía	36
Tabla 4-4. Distribución de niños según antecedentes familiares de atopía	36
Tabla 5-4. Distribución de niños según presencia de dermatitis atópica.....	36
Tabla 6-4. Niños con antecedentes personales y familiares de atopía según tratamiento para la atopía.....	37
Tabla 7-4. Niños con tratamiento para la atopía según tipo de tratamiento	37
Tabla 8-4. Distribución de niños según condiciones higiénico ambientales de la vivienda	37
Tabla 9-4. Distribución de niños según exposición a factores de riesgo.....	38
Tabla 10-4. Niños según tipo de factor de riesgo al que se expusieron	38
Tabla 11-4. Distribución de madres según grupo de edad.....	39
Tabla 12-4. Distribución de madres según ocupación	39
Tabla 13-4. Distribución de madres según nivel de instrucción	39
Tabla 14-4. Madres según nivel de conocimiento sobre factores relacionados con la dermatitis atópica.....	40
Tabla 15-4. Madres según nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de dermatitis atópica.	40
Tabla 16-4. Madres según nivel de conocimiento sobre manifestaciones clínicas de dermatitis atópica.	41
Tabla 17-4. Madres según nivel de conocimiento general sobre prevención de la dermatitis atópica antes de la intervención.	41
Tabla 18-4. Comparación del porcentaje del nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica antes y después de la intervención.	42
Tabla 19-4. Comparación del porcentaje de presencia de dermatitis atópica en niños antes y después de la intervención.....	42
Tabla 20-4. Comparación del porcentaje de exposición a factores de riesgo biológico y químico antes y después de la intervención.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-3. Cronograma general de la intervención integral de salud.....	33
Gráfico 1-4. Comparación del porcentaje de presencia de dermatitis atópica en niños antes y después de la intervención.....	43

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Anexo B. Encuesta inicial realizada a las madres de niños menores de 5 años.....

Anexo C. Encuesta inicial realizada a las madres de niños menores de 5 años.....

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue aplicar una intervención integral para disminuir los factores de riesgo de dermatitis atópica en niños menores de cinco años pertenecientes a la comunidad rural Ichubamba. Teniendo en consideración que la dermatitis atópica afecta principalmente a niños, asociado además a enfermedades como el asma bronquial y la rinitis alérgica, se realizó una intervención a 47 niños menores de cinco años y sus madres que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio. Se aplicó un modelo de recolección de información y pruebas no paramétricas como la prueba de McNemar para determinar cambios en la presencia de manifestaciones clínicas de dermatitis atópica y de la Rangos con Signos de Wilcoxon para determinar cambios en el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la enfermedad. Al inicio de la investigación se obtuvo que el 63,5% de las madres mostraba un nivel bajo de conocimientos, el 53,2% de los niños presentaba cuadros de dermatitis atópica, y que un 66% estaba expuesto a factores de riesgo tanto ambiental, biológico y químico. Se concluyó que la intervención aplicada provocó la disminución de cuadros de dermatitis atópica en los niños a 28%, la exposición a factores de riesgos a 25%, así como aumentó el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la enfermedad. Se recomienda la consolidación del trabajo del equipo de salud del primer nivel de atención en identificar los factores de riesgo de aparición de la Dermatitis atópica y de exacerbación de la misma así como también insistir en la promoción y prevención de las enfermedades mediante el aumento del nivel de conocimiento de la población relacionado con las principales enfermedades predominantes en el genio epidemiológico de las comunidades.

Palabras claves: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MEDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <ASMA BRONQUIAL>, <DERMATITIS ATÓPICA>, <INTERVENCIÓN>, <RINITIS ALÉRGICA>.

ESPOCH - DBRAI
PROCESOS TÉCNICOS Y ANÁLISIS
BIBLIOGRÁFICO Y DOCUMENTAL



11 SEP 2019

REVISIÓN DE RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Por: Hora: 14:24

ABSTRACT

The objective of this research was to apply a comprehensive intervention to reduce the risk factors of atopic dermatitis in children under five years of age belonging to the rural Ichubamba community. Taking into account that atopic dermatitis mainly affects children, also associated with diseases such as bronchial asthma and allergic rhinitis, 47 children under five years of age and their mothers agreed to participate in the study. An information collection model and non-parametric tests such as the McNemar test were applied to determine changes in the presence of clinical manifestations of atopic dermatitis and the Ranges with Wilcoxon Signs to determine changes in the level of mothers' knowledge about prevention of the illness. At the beginning of the investigation, it was obtained that 63.5% of the mothers showed a low level of knowledge, 53.2% of the children had atopic dermatitis, and that 66% were exposed to both environmental risk factors, biological and chemical. It was concluded that the intervention applied caused a decrease in atopic dermatitis in children to 28%, exposure to risk factors to 25%, as well as the mothers' level of knowledge about disease prevention. It is recommended to consolidate the work of the health team of the first level of care in identifying the risk factors for the appearance of atopic dermatitis and exacerbating it, as well as insisting on the promotion and prevention of diseases by increasing the level of knowledge of the population related to the main predominant diseases in the epidemiological genius of the communities.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <FAMILY MEDICINE>, <BRONCHIAL ASTHMA>, <ATOPIC DERMATITIS>, <INTERVENTION>, <ALLERGIC RHINITIS>



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La piel es considerada el órgano de mayor tamaño del cuerpo humano, donde ocurren numerosos procesos patológicos que ocasionan múltiples enfermedades con su correspondiente origen orgánico. Etiológicamente se ha descrito que según el mecanismo que produce las dermatitis, estas pueden ser de causa externa y otras de causa interna, dentro de las cuales se encuentra la Dermatitis Atópica (DA) entre otras afecciones (Ricardo Alonso, Rodríguez Sánchez, Hernández Fernández, & Alonso González, 2018).

La Dermatitis Atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que cursa con períodos de exacerbación y remisión; de origen multifactorial, donde se imbrican factores desencadenantes o exacerbantes, acompañándose de prurito de intensidad variable. Puede manifestarse a cualquier edad, es más frecuente en los niños, apareciendo después de los 3 meses de edad en la mayoría de los casos (GPC, 2017).

La frecuencia de esta dermatosis se ha incrementado a nivel mundial, encontrándose fundamentalmente en países desarrollados, sin embargo el acrecimiento de esta patología no queda subestimada en estos países ya que se ha visto reflejada también como un problema de salud en países en vías de desarrollo como Ecuador. Algunos estudios revelan que la frecuencia en niños es de 10 a 20 % y en adultos de 1 a 3 % (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

Por lo general, alrededor del 60 % de los pacientes presentan su sintomatología antes del primer año de vida y el 30 % antes del quinto año, su severidad se encuentra estrechamente relacionada a la edad de inicio, siendo de mayor intensidad mientras más tempranamente aparece. En algunas ocasiones puede aparecer en la pubertad e incluso persistir hasta edades adultas. (Querol Nasarre, 2009).

Su prevalencia es variable y se encuentra relacionada con el área geográfica; por lo general es mayor cuanto más al norte se encuentra el área en estudio. De igual forma ocurre con el nivel de desarrollo industrial, no encontrándose diferencias significativas en cuanto al sexo. (Querol Nasarre, 2009).

En países como Estados Unidos, Europa occidental y Japón se ha encontrado una mayor incidencia de casos de Dermatitis Atópica que en regiones con una cultura agrícola marcada

como es el caso de Chile, Asia central y países africanos, lo cual puede sugerir la acción de factores de riesgo ambientales en la producción de dicha dermatosis (Bagazgoitia, Gutiérrez, García Blesa, Hernández Martín, & Torrelo, 2009).

La DA es uno de los padecimientos cutáneos que con más frecuencia se observan en la dermatología pediátrica. Teniendo en cuenta, las características de esta enfermedad y la afectación que produce en la calidad de vida de quienes la padecen así como la repercusión de índole familiar que también se asocia, es considerada un problema de salud, por lo que se decidió afrontar esta situación para contribuir a disminuir los factores de riesgo asociados a esta dermatosis a través de una intervención integral que garantice un adecuado manejo y evolución de esta enfermedad.

1.1 Problemas de investigación

1.1.1 Planteamiento del problema

La Dermatitis Atópica constituye una de las dermatosis de mayor incidencia que conlleva un número elevado de consultas fundamentalmente en pacientes de edades pediátricas. Es un proceso inflamatorio de la piel con evolución crónica, pudiendo llegar hasta la adultez, y que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas de morfología diversa y prurito de variable intensidad.

Su prevalencia se ha visto aumentada en países con alto nivel de desarrollo industrial, estando determinada por múltiples causas. Sus crisis guardan relación con numerosos factores de riesgo, algunos de ellos prevenibles. Entre ellos pueden citarse los factores genéticos, inmunológicos, medioambientales y psicológicos (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila, 2019).

Es una dermatosis en la cual su etiología aún no está bien precisada, pero en la actualidad se considera que las alteraciones en la función barrera de la piel, es el factor patogénico que brinda mayor importancia conjuntamente con la influencia del resto de los factores antes mencionados. Además, se debe considerar factores como los infecciosos, alérgicos, psicológicos y neurovegetativos, como desencadenantes de esta enfermedad (Ricardo Alonso et al., 2018).

Internacionalmente, se reporta en la literatura, que el grupo más afectado por la DA suele ser los niños entre 1 a 4 años de edad. Paradójicamente, según la bibliografía consultada,

en Ecuador existen escasas investigaciones sobre este tema y las que se han realizado no abordan el tema en edades pediátricas. Por este motivo resulta necesario determinar la presencia de factores de riesgo determinantes de la misma y buscar vías factibles para su decrecimiento, tomando como contexto de estudio la comunidad de Ichubamba debido a las características socioculturales que predominan en la región pueden condicionar el riesgo a padecer esta enfermedad sea mayor que en otras regiones.

1.1.2 Formulación del problema

¿La aplicación de la intervención integral orientaría a disminuir los factores de riesgo de dermatitis atópica en la comunidad Ichubamba, parroquia Cebadas, cantón Guamote, provincia de Chimborazo, Ecuador?

1.1.3 Justificación

Si se tiene en cuenta el carácter inflamatorio y crónico de la DA, se puede entender entonces su curso y pronóstico variable. Se caracteriza por prurito, sorosis cutánea, en dependencia de la forma clínica según la edad del individuo y una reacción cutánea elevada determinada por aspectos inmunológicos de hiper reactividad.

Los niños menores de 5 años de edad, resultan más vulnerables a padecer esta noxa, por las características inmunológicas propias de estas edades, asociados a los factores medioambientales externos que propician su desarrollo. Estudios epidemiológicos señalan que su mayor prevalencia se encuentra en países desarrollados, aunque en las últimas décadas se han triplicado las cifras de pacientes con DA, por lo que ha llegado a constituir un problema real de salud en todo el mundo (Bagazgoitia et al., 2009).

Su comportamiento en ambos sexos es similar. En la bibliografía consultada se ha podido comprobar que existen diferencias étnicas y geográficas que son significativas, aportando a los factores ambientales un papel importante. De la misma forma juega un rol determinante la predisposición genética, sobre la que actúan estos factores ambientales, modulando así el comportamiento de la patología. (Salamanca Sanabria, & Hewitt Ramírez, 2011).

En Ecuador hay escasa información sobre estudios que recojan los aspectos más importantes sobre este tema. Esta dermatosis por las características de su cuadro clínico y las

edades tempranas en que debutan ocasionan una disminución de la calidad de vida de pacientes y familiares, así como su entorno social. (Buestan, 2018).

En el panorama salubrista de la comunidad Ichubamba existen condiciones climatológicas y laborales favorables para el incremento de la enfermedad; lo que repercute en que la DA es la cuarta causa de asistencia a consulta de los niños menores de cinco años de edad.

El limitado número de estudios sobre este tema, así como la detección y manejo adecuado de los factores de riesgo que la desencadenan o exacerban, son aspectos que desde el punto de vista práctico, se debe desarrollar alternativas que contribuyan a la disminución en niños menores de 5 años con dermatitis atópica en la comunidad de Ichubamba.

Desde el punto de vista metodológico e investigativo, este trabajo permitirá profundizar los conocimientos sobre la metodología de la investigación, teniendo en cuenta que la práctica médica no debe desvincularse del proceso investigativo donde se tocan aspectos esenciales de los problemas de salud teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población seleccionada para el estudio, así como sus costumbres, cultura y tradiciones.

Desde el punto de vista teórico, se pretende contribuir al incremento y actualización de la información sobre este tema por la importancia que reviste el conocimiento de sus bases etiopatogénicas y la determinación y control de los factores de riesgo así como su disminución, en la prevención de esta enfermedad.

1.1.4 Objetivos

1.1.4.1 Objetivo general

Aplicar una intervención integral a madres de niños menores de 5 años para disminuir los factores de riesgo de dermatitis atópica en la comunidad Ichubamba, parroquia Cebadas, cantón Guamote, provincia de Chimborazo, Ecuador.

1.1.4.2 Objetivos específicos

- Describir las características generales de los niños menores de 5 años y sus madres residentes en la comunidad rural de Ichubamba en el período enero - junio 2019.
- Identificar la presencia de cuadros de DA en los niños menores de 5 años incluidos en la investigación.
- Definir el nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre prevención de dermatitis atópica.
- Aplicar la intervención integral a madres de niños menores de 5 años pertenecientes a la comunidad de Ichubamba.
- Evaluar el efecto de la intervención integral aplicada en el nivel de conocimiento de las madres menores de los niños y en la presencia de cuadros de DA en ellos.

1.1.4.3 Hipótesis general

¿La intervención integral sí disminuirá los factores de riesgo de Dermatitis Atópica en niños menores de cinco años?

1.1.4.4 Hipótesis específicas

- Las características generales de los niños menores de 5 años y sus madres facilitan la aparición de cuadros de DA en los infantes residentes en la comunidad rural de Ichubamba durante el período comprendido entre los meses de enero - junio 2019.
- Existe una elevada frecuencia de presentación de cuadros de DA en los niños menores de 5 años pertenecientes al contexto de investigación.
- Existe un bajo nivel de conocimiento en las madres de los niños menores de 5 años relacionado con la prevención de dermatitis atópica.
- La aplicación de la intervención integral de salud en las madres aumentará el nivel de conocimiento de las mismas sobre prevención de las DA.

- La elevación del nivel de conocimiento sobre prevención de los cuadros de DA disminuirá la presencia de los mismos en los niños menores de 5 años de la comunidad rural Ichubamba.

CAPÍTULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes del problema

La Dermatitis Atópica o eccema atópico, como también es conocida en algunos países, como enfermedad cutánea crónica e inflamatoria fue descrita por primera vez por Robert Willan en 1808, como una entidad tipo prurigo. Posteriormente en 1844, Hebra observó las características del rash en las regiones de flexión y dio sus criterios con respecto a este tema. Brocq y Jacket, en 1891 propusieron el término neurodermatitis diseminada, para resaltar que este trastorno presentaba una base emocional. (Fitzpatrick, 2014)

Siguiendo la historia, en 1892, Besnier describió la asociación de la fiebre del heno y el asma con la DA; ya en 1923 Coca y col. introdujeron el término de atopía, para describir algunas de las manifestaciones clínicas de hipersensibilidad, más adelante Coca y Cooke incluyeron el término de rash pruriginoso en este grupo. (Fitzpatrick, 2014)

En el transcurso de la década de 1930 Sulzberger y col. Sugirieron que el término de Dermatitis Atópica debía ser utilizado en lugar de neurodermatitis diseminada, pues tiene la ventaja de connotar una relación entre rinitis alérgica, asma y manifestaciones cutáneas en determinados pacientes con antecedentes de atopía. (Fitzpatrick, 2014)

La Dermatitis Atópica es una dermatosis que presenta una clínica específica según la edad de aparición, patrón definido por Taube en 2002; así mismo en el año 2008 Peroni atribuye estas reacciones cutáneas a un estado constitucional de hipersensibilidad inespecífica. En numerosos países occidentales esta dermatosis ha presentado un incremento paulatino siendo más común su comienzo en la infancia, fundamentalmente en niños menores de 5 años, con tendencia a desaparecer con la edad aunque muchos casos pueden persistir hasta la adultez; la prevalencia indica que los alérgenos más comunes en estos casos son el polen de césped y los ácaros, además tiene relevante influencia una historia familiar de atopía, positiva. (Salamanca Sanabria, & Hewitt Ramírez, 2011).

La prevalencia de las enfermedades de la piel, los estudios revisados demuestran que aproximadamente del 6 al 24 % de las consultas externas en Pediatría, corresponden a las mismas, pues muchas de ellas afectan con mayor frecuencia a los niños en sus primeras etapas de vida. Su incidencia se relaciona en la actualidad a factores socioeconómicos, climáticos, ambientales, nutricionales, los cuales guardan estrecho vínculo con las características y costumbres de cada región. (Aguirre, Mendoza, López, & Carmona, 2018).

La Dermatitis Atópica es considerada como una dermatosis con elevados índices de prevalencia en países desarrollados como Japón, países de Europa occidental y Estados Unidos, aunque se ha incrementado mundialmente. Afecta fundamentalmente a los niños, determinando un decrecimiento en la calidad de vida de los pacientes afectados. (Salamanca Sanabria, & Hewitt Ramírez, 2011).

Se estima que en los últimos años han sido menos la cantidad de trabajos investigativos reportados en cuanto a la prevalencia de DA en el mundo, razón por la cual el porcentaje conocido se ha mantenido en el 20%. (Rojas Bastida, 2019).

Según la bibliografía consultada, en México, representa el 17 % de todas las dermatosis infantiles en niños menores de 12 años; en Colombia según datos aportados por el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta esta enfermedad ocupa el cuarto lugar de las causas de consultas, apreciándose un incremento desde el año 2008 hasta la fecha. (Salamanca Sanabria, & Hewitt Ramírez, 2011).

En Cuba, en el año 2015 se realizó un estudio sobre los factores de riesgo que inciden sobre la aparición y crisis de la enfermedad, determinándose que los más importantes son los factores genéticos y medioambientales. A través de ese estudio se logró disminuir la acción de estos últimos, cambiando hábitos y estilos de vida de los pacientes afectados (Suárez Ramos, León Gómez, Sánchez Suárez, & Bassols Viñas, 2017).

Un estudio realizado en Perú, sobre los factores de riesgo y su relación con la DA demostró que el mayor por ciento (50,7 %) de casos atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Carlos Monge Medrano, correspondió a niños menores de 5 años, de los cuales el 27,7 % presentaron antecedentes de familiares con atopia (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

Según las fuentes bibliográficas revisadas, desde hace casi una década en Latinoamérica se intensifican los esfuerzos para determinar la frecuencia real de la DA. En Ecuador alcanza

una prevalencia de 22,5 %, según revela el informe del International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) entre los años 2009-2012. (Rojas Bastida, 2019).

En estudios realizados en centros educativos de la provincia de Pichincha, se encontraron niveles de prevalencia de DA del 28,9 % (Centro del buen vivir 2006) y del 13,3 % en tres escuelas de esta misma localidad (Jácome Clavijo, 2016).

A pesar de que en Ecuador no existe una amplia gama de estudios sobre este tema, se han realizado algunos, fundamentalmente en la ciudad de Quito. En uno de ellos se midió la prevalencia de Dermatitis Atópica en niños que acuden a una guardería, encontrándose una prevalencia del 28,9 % (Jácome Clavijo, 2016).

Otro de los estudios realizados fue la determinación de prevalencia y factores asociados a dermatitis atópica en niños y niñas de primero a tercer año de educación básica de tres escuelas del sector centro de la ciudad de Quito de mayo a julio del 2012 donde se encontró una prevalencia de dermatitis atópica diagnosticada principalmente por anamnesis del 13,3%. (Jácome Clavijo, 2016).

Se considera necesario señalar que teniendo en cuenta los factores ambientales que se asocian a la DA, en el Ecuador se ha incrementado la casuística de esta enfermedad debido en alguna medida al aumento del movimiento migratorio que se ha producido en los últimos años, asociado a los antecedentes de atopia y predisposición genética. (Rojas Bastida, 2019).

2.2 Bases teóricas

La Dermatitis Atópica, conceptualizada es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de etiología no bien precisada, que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas clínicamente bien definidas, acompañadas de prurito de intensidad variable, de carácter recurrente. Por lo general aparece durante los primeros meses de vida, aunque puede persistir o incluso aparecer en la vida adulta. (Querol Nasarre, 2009).

Es una enfermedad que en el 80 % de los casos se encuentra asociada a rinoconjuntivitis y asma bronquial, en la que intervienen factores genéticos y otros medioambientales los cuales ayudan a mantener o exacerbar los síntomas. (Ricardo Alonso et al., 2018).

Su diagnóstico se basa en el conjunto de características clínicas que la distinguen. Comienza de forma típica durante la infancia, alrededor del 50 % de los pacientes desarrolla esta enfermedad durante el transcurso del primer año de vida y aumenta en un 30 % entre el primero y quinto año de vida. Algunos de los afectados supera la DA con la edad cuando comienzan a desarrollar procesos respiratorios de causa alérgica (Fitzpatrick, 2014)

2.2.1 Características clínicas.

La DA se caracteriza por 3 formas clínicas en dependencia de la edad del paciente, o manifestaciones típicas:

1. Dermatitis Atópica del lactante.

Se caracteriza por un comienzo temprano, a partir de los 3 meses de edad hasta los 3 años. Presenta un polimorfismo lesional donde predominan las lesiones eritematosas en forma de placas de tamaño variable, puede haber presencia de pápulas, vesicoampollas, excoriaciones; son lesiones muy exudativas, como signo característico de esta forma clínica, que se acompaña de un prurito intenso, fundamentalmente nocturno y se localizan fundamentalmente en cara (mejillas y mentón), cuero cabelludo, cuello, tronco, respetando el área centro facial. Estas lesiones pueden incluso extenderse y generalizarse, en dependencia de la severidad del cuadro (Fitzpatrick, 2014; Suárez Ramos et al., 2017).

2. Dermatitis Atópica Infantil:

Esta comienza a partir de los 3 años hasta los 12 años. Puede presentarse como continuidad de la DA del lactante o ser el inicio de la enfermedad. Las lesiones tienden a ser menos agudas y menos exudativas, característica que la distingue; presenta lesiones eritemato escamosas aunque también pueden presentar pápulas, excoriaciones, liquenificaciones. (Suárez Ramos et al., 2017).

El prurito es ocasional; su localización es más frecuente comprometiendo áreas flexurales como cuello, pliegues antecubital, poplíteo, afecta también el dorso de los pies, cara externa de tercio inferior de las piernas, rodillas (Fitzpatrick, 2014; Suárez Ramos et al., 2017).

3. Dermatitis Atópica de los adolescentes y adultos:

Su comienzo es a partir de los 12 años de edad y puede extenderse hasta los 40-50 años; puede iniciarse en estas edades o provenir de la infancia. Se caracteriza por presentar xerosis cutánea como característica fundamental de esta forma clínica, dada por liquenificaciones,

pápulas, hiperpigmentación de la piel afectada; se localiza en la nuca, cara lateral del cuello, dorso de manos y pies, pliegue poplíteo. (Fitzpatrick, 2014; Suárez Ramos et al., 2017).

Independientemente de la forma clínica, todas pueden presentar Dermografismo blanco positivo, así como la presencia de adenopatías de Portier y Boringier; algunos autores señalan además la presencia del fenómeno de alternancia de Brocq, referente a la alternancia que se produce entre lesiones dermatológicas y procesos respiratorios fundamentalmente, asma bronquial. (Fitzpatrick, 2014)

Existen además, manifestaciones atípicas, entre las que se encuentran:

1. Pitiriasis Alba.

Se caracteriza por la presencia de máculas hipo crómicas, de bordes generalmente mal definidos, tamaño variables, que algunas mantienen su individualidad, otras confluyen y forman placas de tamaño variable, con una fina descamación y reacción folicular en su centro. Predominan en cara y extremidades. Por lo general predominan en niños en edad escolar. (Aguirre et al., 2018).

2. Xerosis cutánea.

También conocida como piel seca, es un signo casi constante en la dermatitis Atópica. Se origina a partir de un trastorno en la composición de los lípidos sanguíneos que produce este aspecto de descamación fina o piel cuarteada. Se acompaña de hiperqueratosis folicular, o sea, alrededor del folículo piloso, apareciendo con mayor intensidad en brazos y muslos. Es más frecuente en adolescentes y jóvenes; esta Xerosis cutánea es la causante de la formación de un pliegue doble o varios, paralelos al pliegue palpebral inferior, conocido con el nombre de pliegue de Dennie-Morgan (Aguirre et al., 2018).

3. Dermatitis plantar juvenil.

Se caracteriza por la presencia de lesiones eritematosas, de aspecto brillante, apergaminado, seco; puede o no haber fisuras, localizadas fundamentalmente en tercio distal de plantas y caras plantares de los dedos. Aparece principalmente en edades entre los tres años y la pubertad. Puede ser desencadenada por el uso de calzado cerrado o poco ventilado (Aguirre et al., 2018).

4. Acrovesiculosis.

Se caracteriza por la presencia de lesiones vesicoampollares de pequeño tamaño, en caras laterales de los dedos de las manos y los pies aunque también pueden aparecer lesiones que afectan palmas y plantas; estas lesiones en ocasiones pueden ser exudativas o presentar costras, grietas o fisuras que pueden ser dolorosas. Se acompaña de prurito (Aguirre et al., 2018).

5. Prurigo atópico.

Son lesiones eritematopapulosas muy pruriginosas por lo que pueden aparecer escoriaciones producto del rascado, así como la formación de pequeñas ulceraciones, con la aparición posterior de costras y cicatrices. Una de sus variantes, es el prurigo nodular, que se caracteriza por la presencia de lesiones más profundas. Se localiza fundamentalmente en caras laterales externas de las extremidades y piernas (Aguirre et al., 2018).

6. Dermatitis irritativa.

Son consideradas como manifestaciones clínicas de las dermatitis Atópicas por su frecuencia y las características de las lesiones que originan, a pesar de que su mecanismo de producción es por irritantes primarios (físicos o químicos) como son la dermatitis peri oral, el eccema del pezón, la dermatitis del pañal y la queilitis descamativa (Aguirre et al., 2018).

7. Eritrodermia.

Constituye la forma más grave de la enfermedad, aunque corresponde solo al 4,5 % de todas las causas de eritrodermias. En el caso de las Dermatitis Atópicas, menos del 1 % evolucionan a esta forma clínica. Se caracteriza por la instauración de un eritema generalizado con edema, exudación y la presencia de descamación fina, acompañado de prurito intenso, síntomas generales como escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos y son frecuentes las infecciones bacterianas sobreañadidas; también puede afectar los anexos cutáneos (pelos y uñas) (Aguirre et al., 2018).

8. Enfermedades asociadas.

Los niños que presentan Dermatitis Atópica son susceptibles a numerosas enfermedades tales como:

- Ictiosis vulgar
- Alopecia areata.
- Dermatitis por contacto.
- Vitiligo.
- Molusco contagioso.
- Verrugas vulgares.
- Herpes simple.
- Síndrome nefrótico.
- Enfermedad celíaca.
- Enfermedad de Kawasaki.
- Inmunodeficiencias congénitas.
- Cromosomopatías.
- Enfermedades metabólicas. (Aguirre et al., 2018).

Además de estas manifestaciones atípicas ya descritas, los pacientes afectados por DA presentan otras comorbilidades que determinan la presencia de algunas enfermedades o procesos. Entre ellos se encuentran:

1. Patologías oculares.

Se asocia a queratoconjuntivitis vernal: afección más común en niños que viven en climas secos y cálidos subtropicales.

Queratoconjuntivitis atópica: Se observa mayormente en adultos con antecedentes de Dermatitis Atópica; ambas se caracterizan por la presencia de prurito ocular, lagrimeo y ardor (Aguirre et al., 2018).

2. Rinitis alérgica y Asma Bronquial:

Existen numerosos factores de riesgo que asocian la presencia de Asma y rinitis alérgica en niños que sufren DA. Estos incluyen la sensibilización IgE, la presencia de DA grave o persistente así como el déficit de filagrina. (Aguirre et al., 2018).

3. Infecciones.

Los defectos en la inmunidad celular son los que predisponen al desarrollo de infecciones cutáneas en individuos con DA, fundamentalmente las respuestas Th1. Estudios recientes han demostrado que la alteración de perfiles de péptidos antimicrobianos y el déficit de filagrina, también pueden dar como resultado la susceptibilidad a infecciones sobreañadidas. Las infecciones más frecuentes son las producidas por el *Staphylococcus aureus* o el *Streptococcus beta hemolítico del grupo A* (Herranz, 2018).

4. Patologías mentales.

Inicialmente, en el año 1900, fue denominada la dermatitis Atópica como neurodermatitis, de ahí su asociación con trastornos emocionales; en la década de los 50 fue clásicamente denominada como un trastorno psicósomático y según estudios revisados, en la década de los 80, se determinó que los afectados con Dermatitis Atópica suelen presentar con más frecuencia trastornos psicológicos. Esto puede estar influenciado por la percepción de gravedad que tenga el individuo de su enfermedad, la disminución en la calidad de vida y el prurito intenso que suele ser nocturno y afecta considerablemente el sueño, somnolencia y fatiga diurna, por lo que se afectan las actividades cotidianas, incluidas las relaciones interpersonales (Suárez Ramos et al., 2017; Aguirre et al., 2018).

5. Alergia alimentaria.

La alergia alimentaria asociada a la Dermatitis Atópica, no está ampliamente demostrada, sin embargo, en estudios realizados se apreció que la exposición a alérgenos de alimentos mediante una alteración de la función barrera de la piel, es una vía posible para producir sensibilización y de esta forma la alergia alimentaria (Aguirre et al., 2018).

2.2.2 Fisiopatología.

Por lo general, es un proceso en el cual se han descrito tres etapas:

Primera etapa: Se produce una alteración de la barrera epidérmica determinada a nivel genético, donde la mutación de la filagrina juega un papel clave en la formación de la dermatitis atópica, pues esta proteína contribuye al citoesqueleto de la queratina, actuando como molde para el ensamblaje de la estructura cornea; además participa en la absorción de agua del estrato córneo (Jàcome Clavijo, 2016).

Segunda etapa: Inmediatamente la piel se sensibiliza a distintos alérgenos, lo cual está favorecido por la presencia de *Staphylococcus aureus*, que coloniza tanto la piel afectada como la sana de más del 90% los pacientes con dermatitis atópica (Jàcome Clavijo, 2016).

Tercera etapa: Durante esta etapa, se aprecia el daño tisular producido por el rascado, exponiendo las proteínas estructurales, o cual desencadena una respuesta autoinmune mediada por IgE (Jàcome Clavijo, 2016).

Esta secuencia de eventos trae como resultado un incremento en la pérdida de agua transdérmica, una menor capacidad de retención de la misma en la epidermis y la consiguiente disminución en la cantidad de lípidos y ceramidas intraepidérmicas, originando de esta forma, una piel seca y pruriginosa. (Jàcome Clavijo, 2016).

2.2.3 Etiopatogenia

Entre las numerosas e importantes funciones que tiene la piel como órgano más extenso del cuerpo humano, se encuentra la función barrera, pues protege de agresiones físicas, químicas e inmunológicas, a su vez, protege de la pérdida de agua y otros componentes. Las proteínas de

adhesión celular de la epidermis y el estrato córneo son las estructuras que revisten mayor importancia en esta función barrera (Ricardo Alonso et al., 2018).

En la Dermatitis Atópica se ve alterada la función barrera de la piel mediante la imbricación de diversos factores exógenos y hereditarios, encontrándose en mayor medida afectada la filagrina (proteína estructural del estrato córneo) (Aguirre et al., 2018).

Las causas que provocan la DA aún no han sido bien establecidas. Existen dos teorías que son las más aceptadas para describir la etiopatogenia de esta enfermedad. La primera describe que la dermatitis atópica es el resultado de una alteración de la función barrera de la epidermis causada por anomalías funcionales y estructurales intrínsecas en la piel. Según esta teoría la enfermedad evolucionaría de afuera hacia adentro debido al defecto de la barrera primaria. (Rojas Bastida, 2019).

La segunda teoría considera esta patología como una alteración inmunológica donde las células de Langerhans, células T y los mastocitos modulan una respuesta inflamatoria exagerada ante la exposición a factores medioambientales. (Rojas Bastida, 2019).

Además, según esta teoría, se produce un desequilibrio en las células T cooperadoras y las T reguladoras. En el estado alérgico predomina el estado de diferenciación Th2 de células T CD4, más células nativas, lo cual origina un aumento de interleucinas, fundamentalmente IL 4, IL 5, IL 13; todos estos procesos conllevan a una elevación de la IgE (Aguirre et al., 2018).

Estudiosos del tema concuerdan en la presencia de numerosos factores de riesgo que pueden desencadenar la Dermatitis Atópica o incluso exacerbarla. Además se describen factores que repercuten en la evolución de la enfermedad como son los cambios bruscos de temperatura, las infecciones y la labilidad emocional. (Rojas Bastida, 2019).

De forma general, los principales factores de riesgo, según la literatura revisada son:

Genético:

Se considera que alrededor del 70 % de los pacientes con DA tienen familiares con antecedentes de atopia, lo que sugiere la existencia de una herencia poligénica multifactorial. En estudios realizados, se ha encontrado una asociación estrecha entre la atopia y el antígeno de histocompatibilidad HLA-DR53; de igual forma se han identificado los alelos HLA: DQA1,

DQB1, DPBI y el aptotipo DR en el ADN de células de mucosa de pacientes con DA (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

Cuando existe antecedente familiar de atopía, esto determina que si un niño tiene uno de los padres afectados, su riesgo de desarrollar alguna forma de atopía es del 50% al 60%, porcentaje que se eleva al 80% si ambos padres son atópicos (Jácome Clavijo, 2016).

Factores inmunológicos:

Actualmente es considerado el desbalance en la respuesta Th2/Th1, con un aumento de los niveles de IgE, la presencia de eosinofilia e hiperreactividad de los mastocitos (Suárez Ramos et al., 2017).

Factores medioambientales:

Dentro de ellos se describen como desencadenantes de la DA los factores contacto irritantes y los alérgenos. En la piel afectada por esta enfermedad se altera la función barrera de la misma, lo cual favorece la irritación por numerosas sustancias irritativas. Estos agentes potencian la reactividad de los alérgenos de contacto (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

Los alimentos que pueden actuar como alérgenos que desencadenan las lesiones cutáneas en algunos pacientes; entre estos se destacan los cereales, la leche pasteurizada, el huevo, pescado, soya, cítricos, chocolate, colorantes sintéticos, entre otros. Los factores medioambientales se han involucrado la presencia de microorganismos, específicamente al estafilococo aureus, la cándida albicans, el pytirosporun ovale, así como infecciones bacterianas del tracto respiratorio alto (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

Sobresale la influencia del clima en la presencia de la DA, según la bibliografía revisada, los climas húmedos y templados favorecen la humidificación del estrato córneo, por lo que se toleran mejor que los climas fríos y secos. Cuando existe exceso de calor, el sudor puede desencadenar brotes de dermatitis. Con respecto a factores psicológicos, muchos autores describen una asociación directa de la DA con el estrés, la depresión y la ansiedad, como elementos que entorpecen la evolución de la enfermedad (Suárez Ramos et al., 2017).

Además, dentro de su patogenia, algunos autores han propuesto una combinación de factores genéticos, trastornos vasomotores, alteraciones metabólicas cutáneas y cambios inmunológicos. (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

2.2.4 Criterios diagnósticos.

La histopatología constituye el medio diagnóstico más efectivo, aunque poco práctico por las repercusiones psicológicas que conlleva este proceder. Puede ser de utilidad en casos que ocasionen problemas de diagnóstico diferencial, pues la misma muestra una dermatitis espongiforme en un estado subagudo. Existen otros datos que aporta el laboratorio, aunque son poco específicos; los pacientes afectados presentan niveles elevados de IgE y eosinofilia periférica (Aguirre et al., 2018).

Teniendo en cuenta que no existen criterios de laboratorio que establezcan de forma definitiva el diagnóstico de DA, debe recurrirse entonces al manejo de criterios clínicos; en el mundo los más utilizados y aceptados son los establecidos por Hanifin y Rajka en 1983; según esto, los pacientes deben presentar tres criterios mayores y tres o más criterios menores.

Criterios mayores:

- Antecedentes familiares o personales de atopia.
- Prurito.
- Distribución y morfología típica de las lesiones cutáneas.
- Dermatitis crónica recurrente. (Fitzpatrick, 2014; Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

Criterios Menores:

- Conjuntivitis recurrente.
- Catarata subcapsular anterior.
- Queratocono.
- Signo de Hertofque (pérdida de la cola de las cejas).
- Pliegue infraorbitario de Deny-Morgan.
- Escleróticas azules.
- Lengua geográfica.
- Queilitis.
- Eccema del conducto auditivo externo.
- Líneas profundas de las manos.
- Dermatitis crónica recidivante de manos y pies.
- Acrovesiculosis.
- Xerosis cutánea.
- Palidez cutánea o eritema facial.
- Hipersensibilidad a picadura de insectos.
- Infecciones cutáneas.
- Eccema del pezón.
- Dermografismo blanco.
- Fenómeno blanco demorado.

- Edad de inicio temprana.
- Época de inicio.
- Prurito al sudor.
- Intolerancia a la lana y algunos alimentos.
- Factor nutricional y ambiental.
- Queratosis pilar.
- Pitiriasis alba.
- Foliculitis de los glúteos.
- Asociación con enfermedades hereditarias (ictiosis, fibrosis quística, etc.).
- Aumento de IgE sérica. (Fitzpatrick, 2014)

Actualmente, el grupo de trabajo del Reino Unido, ha propuesto como alternativa, criterios más simplificados: el paciente debe presentar prurito y tres o más signos de: antecedentes de asma o fiebre del heno, antecedentes de xerosis cutánea generalizada, comienzo de las lesiones desde los dos años de edad y compromiso flexural visible; aunque continúa siendo más utilizado el anterior criterio (Viada Peláez, Leschinsky, Gomila. 2019).

Estudios recientes han evidenciado que la Dermatitis Atópica puede asociarse a otras enfermedades como son las dermatitis de contacto, la ictiosis vulgar, el vitiligo, alopecia areata, alergias alimentarias, síndrome nefrótico, inmunodeficiencias y enfermedad de Kawasaki. (Rojas Bastida, 2019).

2.2.5 Tratamiento.

El tratamiento para la DA está basado fundamentalmente en corregir los factores de riesgo que la desencadenan o exacerban; de esta forma, existen cuatro pilares básicos para su tratamiento adecuado. Estos son:

1. La posibilidad de encontrar la causa que lo origina y tratar de eliminarla.
2. Evitar los irritantes primarios como son el contacto con jabones, productos químicos, detergentes, entre otros.
3. Eliminar el prurito.
4. Administrar tratamiento según el estado de la piel (GPC, 2017).

Además, debe tenerse en cuenta la eliminación de alérgenos y factores desencadenantes; propiciar una educación familiar e individual; evitar cambios bruscos de temperatura u otras causas que ocasionen hipersudoración como el estrés emocional y el ejercicio físico continuado. También debe tenerse en cuenta evitar el uso de tejidos que impidan la adecuada transpiración

de la piel y cumplir con la dieta de exclusión necesaria en estos casos. En el caso del tratamiento tópico se tendrá en cuenta el estado de la piel, la cual debe permanecer correctamente hidratada. Para ello se pueden utilizar cremas emolientes y adecuado aseo. Debe comenzarse con el uso de cremas esteroideas de baja potencia como son la hidrocortisona, fluocinolona (GPC, 2017)

Abordando el tratamiento medicamentoso propiamente dicho o tratamiento sistémico, está indicado el uso de antihistamínicos. Otros tratamientos farmacológicos están indicados en casos persistentes y graves de la enfermedad, como son la ciclosporina, utilizada en tratamientos cortos; azatioprina o metotrexato, utilizado en las formas más graves de la enfermedad. Según la bibliografía revisada, también se han utilizado como alternativas el micofenolato de mofetilo, el rituximab, omalizumab, ustekinumab e inmunoglobulinas, con escasa respuesta (Herranz, 2018).

Los inmunomoduladores tópicos, tales como el tacrolimus y el pimecrolimus, solo se indican en casos específicos supervisados por un dermatólogo. En el caso de este último, es un inhibidor de la calcineurina con marcada eficacia y escasa toxicidad; puede ser utilizado en los lugares más delicados del tegumento cutáneo eliminando de forma rápida y efectiva el prurito (GPC, 2017).

En la actualidad, además de los tratamientos convencionales, se han propuesto otros tratamientos tópicos que son seguros y eficaces para esta enfermedad. Se ha implementado el uso de la terapia biológica y el infliximab en adultos, con buena respuesta terapéutica. Otros tratamientos igualmente reconocidos con resultados favorables, lo constituyen la aplicación de la fototerapia. Es recomendada la luz del sol, en horarios de la tarde durante poco tiempo de exposición, en unidades especializadas se aplica radiación ultravioleta de banda estrecha en pacientes que no tienen respuesta adecuada (Rojas Bastida, 2019).

Se utilizan también las medidas de control ambiental para los alérgenos más frecuentes, así como la atención psicológica pues se ha relacionado la afectación en la concentración y los trastornos del sueño con la DA con el propósito de reducir el estrés y controlar el prurito característico de esta enfermedad (Rojas Bastida, 2019).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 *Dermatitis Atópica*

Enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de etiología no bien precisada, que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas clínicamente bien definidas, acompañadas de prurito de intensidad variable, de carácter recurrente. Por lo general aparece durante los primeros meses de vida, aunque puede persistir o incluso aparecer en la vida adulta (Querol Nasarre, 2009).

2.3.2 *Dermatosis*

Se refiere a las enfermedades de la piel o enfermedades cutáneas, que incluyen los anexos de la piel como son el pelo, las uñas, glándulas sebáceas y sudoríparas (FP, 2014).

2.3.3 *Factores predisponentes*

Son aquellas situaciones o circunstancias que aumentan las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad u otro problema de salud (Aguirre et al., 2018).

2.3.4 *Incidencia*

Se denomina de esta forma al número de casos nuevos de una enfermedad determinada, en una población y período determinado (Aguirre et al., 2018).

2.3.5 *Prevalencia*

Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o período específico. Cuantifica la proporción de personas en una población y da un estimado de la proporción de sujetos de esa población que tengan la enfermedad en ese momento (Buestan, 2018).

2.3.6 Prevención

Es el conjunto de actividades sanitarias que evitan o disminuyen las consecuencias de las enfermedades, identificar a pacientes con riesgo de padecerlas para protegerlos de las mismas, en caso de que sean evitables (Querol Nasarre, 2009).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de la investigación

La investigación fue catalogada como de tipo aplicada; en la cual se utilizó un diseño cuasi experimental y un corte longitudinal, aunque es importante señalar que se realizó un estudio de la presencia de cuadros de DA en los seis meses previos al comienzo de la investigación; el estudio incluyó a los niños menores de 5 años pertenecientes a la comunidad rural de Ichubamba y sus madres, para disminuir la presencia de cuadros de DA.

3.2 Métodos de la investigación

Durante la realización del estudio fueron utilizados distintos métodos de investigación, su utilización se describe a continuación:

- Método histórico lógico: Permitió hacer un recorrido por los elementos históricos y generales de la DA, facilitando la comprensión de su evolución histórica y la aplicación de estos conocimientos a la situación concreta de la comunidad rural Ichubamba.
- Método analítico sintético: Su implementación facilitó estudiar el problema de investigación en su componente general (elevada presencia de cuadros de DA) y a partir del mismo se identificaron y estudiaron individualmente los factores que influyen en la presentación del problema. Se identificó y estudió el nivel de conocimiento de las madres de los niños sobre prevención de la DA y otros elementos que influyen de manera significativa en la elevada presencia de estos cuadros.
- Método inductivo deductivo: Se realizó una investigación exhaustiva de los elementos generales y específico que influyen en el aumento de la presencia de cuadros de DA en los niños

menores de 5 años. El análisis, interpretación y estudio de todos estos elementos permitió, al final del estudio, plantear conclusiones que faciliten la erradicación parcial o total del problema de investigación.

3.3 Enfoque de la investigación

Al incluir elementos de tipo cuantitativos y cualitativos se puede plantear que el estudio tuvo un enfoque mixto.

3.4 Alcance investigativo

La investigación tuvo un alcance descriptivo, explicativo y correlacional. Se describieron las características generales de los niños y madres incluidos en el estudio, igualmente se describieron las características generales de la DA y los factores, que en el contexto del estudio, influyen en el aumento de la aparición de estos procesos.

Se realizó la explicación de cómo influyen estas características generales de las madres, los niños su ambiente y diferencias tanto internas como externas según el problema de investigación planteado. Por último se realizaron correlaciones entre distintas variables determinadas en la investigación.

3.5 Población de estudio

La población del estudio estuvo constituida por 47 niños menores de 5 años y sus madres residentes de forma permanente en la comunidad rural Ichubamba, de la parroquia Cebadas en el cantón Guamote en el periodo enero – junio del 2019.

3.6 Unidad de análisis

La unidad de análisis fue la comunidad rural Ichubamba, perteneciente a la parroquia rural Cebadas del cantón Guamote en la provincia Chimborazo. La totalidad de los pacientes incluidos en el estudio residen de forma permanente en la comunidad rural antes mencionada.

3.7 Selección y tamaño de la muestra

La muestra estuvo integrada por la totalidad de los niños menores de 5 años (47) y sus madres (47), los que cumplieron con los criterios de inclusión definidos para el estudio.

3.7.1 *Criterios de inclusión*

- Niños menores de cinco años y sus madres, que residen de forma permanente en la comunidad rural de Ichubamba en el periodo enero – junio 2019.
- Niños cuyas madres firmaron el consentimiento informado como muestra de su aprobación para participar ellas y sus hijos en la investigación (anexo A).

3.7.2 *Criterios de exclusión*

- Madres que no estuvieron de acuerdo en firmar el consentimiento informado como muestra de la negativa a participar en el estudio tanto de ellas como de sus hijos.
- Madres y sus hijos que aunque acuden en busca de servicios de salud a la comunidad rural Ichubamba, pero que no residen de forma permanente en la comunidad.

3.7.3 *Criterios de salida*

- Madres que decidan retirarse de la investigación por situaciones varias
- Presencia de situaciones imprevistas en madres y/o sus hijos que imposibiliten cumplir las actividades planificadas en el estudio.

3.8 Identificación de variables

- Variable dependiente: factores de riesgo de dermatitis atópica.
- Variable independiente: intervención integral.
- Variables intervinientes:

Niños: edad, sexo, antecedentes personales de atopía, antecedentes familiares de atopía, tratamiento para atopía, tipo de tratamiento, condiciones higiénico sanitarias de la vivienda, exposición a factores de riesgo, tipo de factor de riesgo al que se expone.

Madres: edad, ocupación, nivel de instrucción.

3.9 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad de los niños	Cuantitativa continua	Menor de 2 años De 3 a 4 años	Años cumplidos por los niños en el momento de aplicación del cuestionario	Frecuencia y porcentaje de niños según edad
Sexo de los niños	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico determinado por el fenotipo	Frecuencia y porcentaje de niños según sexo
Antecedentes personales de atopía	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Se refiere a la confirmación de antecedentes personales de atopía según la historia clínica individual	Frecuencia y porcentaje de niños según antecedentes personales de atopía
Antecedentes familiares de atopía	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Se refiere a la confirmación de antecedentes familiares de atopía según la historia clínica individual	Frecuencia y porcentaje de niños según antecedentes familiares de atopía
Tratamiento para la atopía	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Se refiere a la prescripción de fármacos para el tratamiento de la DA.	Frecuencia y porcentaje de niños según tratamiento para la atopía
Condiciones higiénico epidemiológicas de la vivienda	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según condiciones higiénico sanitarias de la vivienda: Adecuadas: presencia de al menos dos habitaciones, de servicios básicos, condiciones estructurales adecuadas. Inadecuadas: ausencia de algunos de estos elementos.	Frecuencia y porcentaje de niños según condiciones higiénico epidemiológicas de la vivienda
Exposición a factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si existen factores de riesgo a los cuales estaba expuesto el niño en el momento de la aplicación del cuestionario	Frecuencia y porcentaje de niños según exposición a factores de riesgo
Tipo de factor de riesgo al que se expone	Cualitativa nominal politómica	Ambiental Químico Biológico	Según clasificación de factores de riesgo de DA Ambiental: polvo y clima frío Químicos: herbicidas y pesticidas para la siembra Biológico: macotas	Frecuencia y porcentaje de niños según tipo de factor de riesgo al que se expone
Edad de la madre	Cuantitativa continua	Menor de 20 años De 20 a 29 años De 30 a 39 años De 40 a 49 años De 50 años y más	Número de años cumplidos en el momento de la aplicación del cuestionario	Frecuencia y porcentajes de madres según edad.
Ocupación de las madres	Cualitativa nominal politómica	Ama de casa Trabajadora Desempleada Estudiante	Se refiere a la ocupación principal de las madres en el momento de la investigación.	Frecuencia y porcentajes de madres según ocupación

Nivel de instrucción de las madres	Cualitativa ordinal	Analfabetas Básica Bachiller Superior	Según el último grado de instrucción aprobado por las madres	Frecuencia y porcentajes de madres según nivel de instrucción.
Nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	Cualitativa ordinal	Bajo Medio Alto	Según respuestas obtenidas en la aplicación del cuestionario. Se define como dimensión positiva en la que exista un 60 % de respuestas positivas: Bajo: solo una dimensión positiva Medio: respuestas positivas en dos dimensiones Alto: respuestas positivas en las tres dimensiones definidas Dimensiones Factores relacionados con la dermatitis atópica Factores de riesgo de dermatitis atópica Manifestaciones clínicas de dermatitis atópica	Frecuencia y porcentajes de madres según nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica
Cuadros de dermatitis atópica	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia Ausencia	Según presencia o no de diagnóstico de cuadros de DA	Frecuencia y porcentaje de niños según presencia o ausencia de cuadros de dermatitis atópica

Realizado por: María Elisa Paredes Nájera. 2019.

3.10 Matriz de consistencia

3.10.1 Aspectos generales

	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
No existen antecedentes de aplicación de una intervención integral orientada a aumentar el nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años para prevenir la dermatitis atópica infantil en la comunidad Ichubamba, parroquia Cebadas, cantón Guamote, provincia de Chimborazo, Ecuador.	Aplicar una intervención integral a madres de niños menores de 5 años para disminuir los factores de riesgo de dermatitis atópica en la comunidad Ichubamba, parroquia Cebadas, cantón Guamote, provincia de Chimborazo, Ecuador.	¿La intervención integral si disminuirá los factores de riesgo de Dermatitis Atópica en niños menores de cinco años?	Variable dependiente Factores de riesgo de dermatitis atópica	Frecuencia y porcentaje de niños según presencia de factores de riesgo de dermatitis atópica	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Variable independiente Intervención arterial	Frecuencia y porcentajes de madres según nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	Entrevista	Cuestionario de investigación

Realizado por: María Elisa Paredes Nájera. 2019

3.10.2 Aspectos específicos

Preguntas de investigación	Objetivo específico	Hipótesis específica	Variables	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
¿Cuáles son las características generales de los niños menores de 5 años y sus madres que facilitan la aparición de cuadros de DA en los infantes residentes en la comunidad rural de Ichubamba durante el período enero - junio 2019?	Describir las características generales de los niños menores de 5 años y sus madres residentes en la comunidad rural de Ichubamba en el período enero - junio 2019.	Las características generales de los niños menores de 5 años y sus madres facilitan la aparición de cuadros de DA en los infantes residentes en la comunidad rural de Ichubamba durante el período enero - junio 2019.	Edad de los niños	Frecuencia y porcentaje de niños según grupo de edad al que pertenecen	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Sexo de los niños	Frecuencia y porcentaje de niños según sexo	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Antecedentes personales de atopia	Frecuencia y porcentaje de niños según antecedentes personales de atopia	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Antecedentes familiares de atopia	Frecuencia y porcentaje de niños según antecedentes familiares de atopia	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Tratamiento para la atopia	Frecuencia y porcentaje de niños según tratamiento para la atopia	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Condiciones higiénico epidemiológicas de la vivienda	Frecuencia y porcentaje de niños según condiciones higiénico epidemiológicas de la vivienda	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Exposición a factores de riesgo	Frecuencia y porcentaje de niños según exposición a factores de riesgo	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Tipo de factor de riesgo al que se expone	Frecuencia y porcentaje de niños según tipo de factor de riesgo al que se expone	Entrevista	Cuestionario de investigación
			Edad de la madre	Frecuencia y porcentajes de madres según edad.	Entrevista	Cuestionario de investigación
Ocupación de las madres	Frecuencia y porcentajes de madres	Entrevista	Cuestionario de investigación			

				según ocupación		
			Nivel de instrucción de las madres	Frecuencia y porcentajes de madres según nivel de instrucción.	Entrevista	Cuestionario de investigación
¿Cómo es el comportamiento de los cuadros de DA en los niños menores de 5 años pertenecientes al contexto de investigación?	Identificar la presencias de cuadros de DA en los niños menores de 5 años incluidos en la investigación	Existe una elevada frecuencia de presentación de cuadros de DA en los niños menores de 5 años pertenecientes al contexto de investigación.	Cuadros de dermatitis atópica	Frecuencia y porcentaje de niños según presencia o ausencia de cuadros de dermatitis atópica	Entrevista	Cuestionario de investigación
¿Cuál es el nivel de conocimiento en las madres de los niños menores de 5 años relacionado con la prevención de dermatitis atópica?	Definir el nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre prevención de dermatitis atópica.	Existe un bajo nivel de conocimiento en las madres de los niños menores de 5 años relacionado con la prevención de dermatitis atópica.	Nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	Frecuencia y porcentajes de madres según nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	Entrevista	Cuestionario de investigación
¿Qué repercusión tendrá la aplicación de la intervención integral de salud en el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de las DA?	Aplicar la intervención integral a madres de niños menores de 5 años pertenecientes a la comunidad de Ichubamba.	La aplicación de la intervención integral de salud en las madres aumentará el nivel de conocimiento de las mismas sobre prevención de las DA.	Nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	Frecuencia y porcentajes de madres según nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	Entrevista	Cuestionario de investigación
¿Cómo se espera que influya la intervención integral de salud en la presencia de cuadros de DA en niños menores de 5 años de la comunidad rural Ichubamba?	Evaluar el efecto de la intervención integral aplicada en el nivel de conocimiento de las madres menores de los niños y en la presencia de cuadros de DA en ellos.	La elevación del nivel de conocimiento sobre prevención de los cuadros de DA disminuirá la presencia de los mismos en los niños menores de 5 años de la comunidad rural Ichubamba.	Cuadros de dermatitis atópica	Frecuencia y porcentaje de niños según presencia o ausencia de cuadros de dermatitis atópica	Entrevista	Cuestionario de investigación

Realizado por: María Elisa Paredes Nájera. 2019

3.11 Instrumento de recolección de datos

Para obtener los datos necesarios y poder llevar a cabo la investigación se confeccionó un modelo de recolección de información, el cual fue sometido al criterio de expertos y especialistas (anexo B). Este modelo cuenta de tres partes o sesiones fundamentales. La primera de estas sesiones es destinada a recopilar información relacionada con las características generales de las madres y los niños incluidos en el estudio. Cuenta con un total de 11 preguntas de respuestas múltiples que dan respuesta al objetivo específico número uno del estudio y también contiene información relacionada con el objetivo número dos de la investigación.

La segunda sesión del modelo engloba un total de cuatro preguntas de respuesta múltiple que exploran el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños relacionados con manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica, factores de riesgo y factores que propician la aparición de los cuadros de la enfermedad. Esta información se adapta a las respuestas del objetivo número tres del estudio.

La tercera sesión de preguntas, tres en total, solo se aplican al inicio de la investigación y aunque no se encuentran relacionadas con las variables del estudio abarcan la auto percepción de las madres relacionadas con el nivel de conocimientos que presentan, con la necesidad de capacitación y con los temas que consideran son más necesarios según su percepción individual.

El cuarto objetivo específico del estudio se cumplió con la aplicación de la intervención integral de salud y al quinto y último objetivo específico fue cumplido al realizar la comparación de los resultados obtenidos en el pretest (inicio de la investigación) y el posttest (después de terminada la investigación).

Después de terminada la investigación se aplicó un segundo cuestionario con fines metodológicos en los cuales se le pidió a las madres que expresaran su opinión relacionada con elementos específicos de la intervención aplicada. La información obtenida del mismo puede ser utilizada para perfeccionar esquemas metodológicos relacionados con este tipo de estudios (anexo C).

3.12 Técnica de recolección de datos

En el desarrollo del estudio se utilizaron dos técnicas de investigación. La entrevista fue la de mayor utilización se realizó tanto de forma individual como colectiva por parte de la investigadora principal. El objetivo de la aplicación de esta técnica fue aclarar dudas a las madres y niños incluidos en el estudio, así como obtener información relacionada con las variables definidas para la investigación. La entrevista se realizó al unísono con la aplicación del cuestionario en los dos momentos del estudio; al inicio (pretest) y al final de la investigación (postest)

También fue utilizada la revisión documental, y la misma estuvo dirigida a revisar la historia clínica individual de cada uno de los niños incluidos en el estudio; esta revisión permitió obtener datos relacionados con algunas variables como fueron la presencia de antecedentes personales y familiares de atopia y la presencia de cuadros de DA en los seis meses previos a la investigación.

El centro de este estudio fue realizar una intervención integral para aumentar el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la DA y a partir de este resultado disminuir entonces la presencia de cuadros de la enfermedad. Al ser una intervención integral incluyó elementos educativos y elementos asistenciales. La intervención se dividió en dos fases con objetivos distintos.

La primera fue la fase de preparación y tuvo como objetivo fundamental preparar los elementos logísticos para la aplicación de la intervención. Esta fase incluyó una serie de acciones que incluyeron la elaboración del anteproyecto de investigación y del modelo de recolección de datos, la selección de la muestra y la realización de una reunión de coordinación.

En esta reunión, que contó con la participación del equipo de investigación y las autoridades de salud, se llegó a un acuerdo con los líderes de la comunidad y con las madres presentes en torno a los días, horarios, frecuencias y duración de las charlas educativas a impartir; también se decidieron los elementos logísticos necesarios para realizar la valoración integral de los niños incluidos en la investigación.

Una vez determinados todos estos elementos se aplicó el pretest y a partir de sus resultados se definieron los temas a tratar desde el punto de vista educativo; esta acción determinó el comienzo de la fase de ejecución de la intervención integral de salud.

El componente educativo de esta fase incluyó la impartición de 6 charlas educativas que se impartieron con una frecuencia quincenal, los días viernes por conveniencia de la investigadora principal y con la anuencia de las madres de los niños menores de cinco años. En cada charla, que tuvieron una duración de 45 minutos, se aplicaron elementos didácticos y metodológicos que garantizaron la exploración previa del nivel de conocimiento y la consolidación del mismo al final de la charla impartida.

Los temas que se hallaron considerados por el equipo de investigación y que a la postre estuvieron impartidos, fueron:

- 1.- Manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica.
- 2.- Factores desencadenantes de la dermatitis atópica.
- 3.- Factores de riesgo de aparición de dermatitis atópica.
- 4.- Complicaciones de la dermatitis atópica.
- 5.- Agentes desencadenantes de dermatitis atópica.
- 6.- Importancia de la adherencia farmacológica en el tratamiento de la dermatitis atópica.

Paralelamente al componente educativo se ejecutó el componente asistencial. El mismo dio inicio con la evaluación integral de los niños incluidos en la investigación. En el caso de los niños que presentaban alteraciones inmunológicas o enfermedades alérgicas se revisaron los fármacos prescritos y se hicieron las adecuaciones necesarias. Después de realizada esta acción se procedió a dar seguimiento a cada niños de forma mensual hasta los cuatro meses.

Los niños que presentaban en ese momento diagnóstico de DA o que lo presentaron durante el tiempo que duró la intervención se les aplicó tratamiento farmacológico y se les dio seguimiento semanal hasta la resolución del cuadro; posteriormente se dio seguimiento por 4 meses. En la figura 1-3 se muestra el cronograma general de la intervención integral de salud.

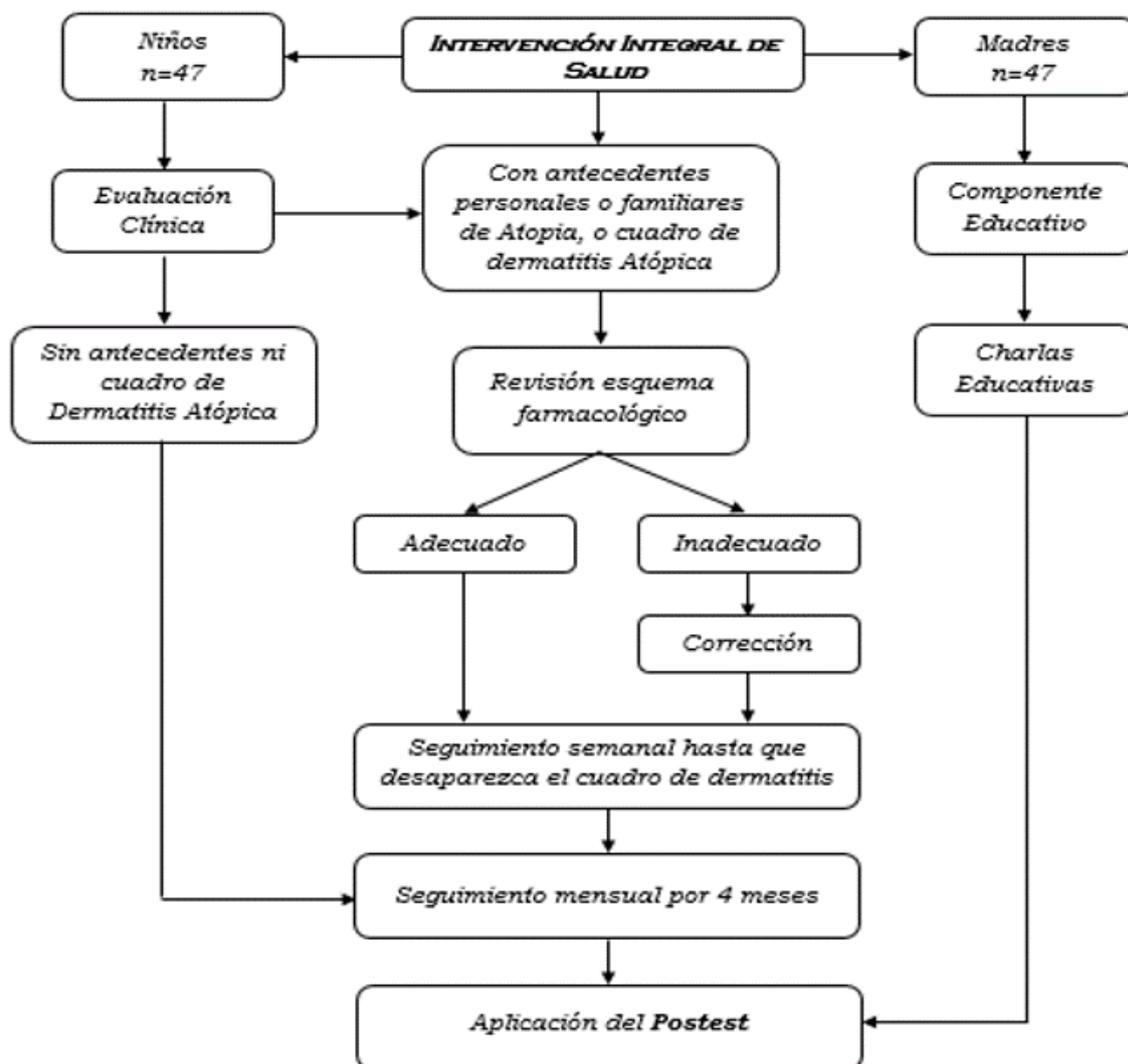


Gráfico 1-3. Cronograma general de la intervención integral de salud

Fuente: María Elisa Paredes Nájera

Una vez cumplido este tiempo se procedió nuevamente al aplicar el cuestionario, en este momento denominado como postest. Posterior a la aplicación del mismo se les solicitó a las madres las respuestas al anexo C para conocer su opinión sobre la intervención aplicada.

3.13 Procesamiento de la información

El procesamiento de los datos se realizó de forma automatizada con la implementación de programa estadístico SPSS en su versión 20.5 para Windows. Previamente a su utilización fue necesario homogenizar los datos obtenidos, lo que se logró mediante la confección de una base de datos en el programa Excel.

Al tratarse de variables cualitativas se resumieron a través de frecuencias absolutas y porcentajes. Las estimaciones puntuales fueron acompañadas de estimaciones por intervalos de confianza (IC 95%) para lo cual se empleó un nivel de confiabilidad del 95% y se utilizó la distribución Normal, al haber una muestra grande ($n=47$). En el caso de las variables cuantitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes.

Para identificar si existió cambio en la presencia de dermatitis atópica en los niños incluidos en el estudio después de la intervención integral, se utilizó la prueba McNemar al tratarse de muestras pareadas (antes-después) y ser una variable cualitativa nominal dicotómica.

Para identificar diferencias en nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la dermatitis atópica antes y después de la intervención integral se utilizó la prueba Rangos con signo de Wilcoxon, al tratarse de muestras pareadas y una variable ordinal. Fue empleado un 5% de nivel de significación y como margen de error. Los resultados fueron plasmados en forma de tablas y figuras estadísticas para facilitar su interpretación.

3.14 Normas éticas

En el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta las regulaciones acordadas en la Declaración de Helsinki II que dictan los requisitos a cumplir en la realización de investigaciones en seres humanos. En este sentido se informó a cada uno de los participantes sobre los requisitos, objetivos y métodos que se utilizarían durante el desarrollo de la intervención; se aclararon las dudas relacionadas con estos elementos y se procedió a la firma del consentimiento informado como muestra del compromiso de participar en el estudio. La incorporación de las madres y sus hijos fue oficializada posterior a la firma del consentimiento informado. El manejo de los datos fue confidencial en todo momento y solo se emplearon con fines científicos, sin dar a conocer la procedencia de los mismos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Características de los niños del estudio

En la tabla 1-4 se aprecia la distribución y porcentaje de niños según grupo de edad, que fue muy similar ya que hubo un 51,1% (n=24; IC 95%: 35,7% a 66,4%) menores de 2 años y un 48,9% (n=23; IC 95%: 33,6% a 64,3%) de 3 a 4 años.

Tabla 1-4. Distribución de niños según grupo de edad

Grupo de edad	No.	%	IC 95%
Menor de 2 años	24	51,1	35,7 a 66,4
De 3 a 4 años	23	48,9	33,6 a 64,3
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019.

Muestran la tabla 2-4 que en cuanto al sexo predominó el femenino, con más del 57,0% (n=27; IC 95%: 42,2% a 72,7%) mientras que el masculino fue del 42,6% (n=20; IC 95%: 27,3% a 57,8%).

Tabla 2-4. Distribución de niños según sexo

Sexo	No.	%	IC 95%
Masculino	20	42,6	27,3 a 57,8
Femenino	27	57,4	42,2 a 72,7
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Se presenta en la tabla 3-4 la distribución de infantes según antecedentes personales de atopía donde se aprecia que alrededor del 32,0% (n=15; IC 95%: 17,5% a 46,3%) presentaron estos antecedentes.

Tabla 3-4. Distribución de niños según antecedentes personales de atopía

Antecedentes personales de atopía	No.	%	IC 95%
Presencia	15	31,9	17,5 a 46,3
Ausencia	32	68,1	53,7 a 82,5
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

La distribución de niños según presencia de antecedentes familiares de atopía se indica en la tabla 4-4 donde hubo un 36,2% (n=17; IC 95%: 21,4% a 51,0%) con dichos antecedentes.

Tabla 4-4. Distribución de niños según antecedentes familiares de atopía

Antecedentes familiares de atopía	No.	%	IC 95%
Presencia	17	36,2	21,4 a 51,0
Ausencia	30	63,8	49,0 a 78,6
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Es visible en la tabla 5-4 la presencia de dermatitis atópica en los pacientes del estudio, donde hubo más del 53,0% (n=25; IC 95%: 37,9% a 68,5%); hubo un 46,8% de niños (n=22; IC 95%: 31,5% a 62,1%) que no tuvieron esta dermatitis.

Tabla 5-4. Distribución de niños según presencia de dermatitis atópica

Dermatitis atópica	No.	%	IC 95%
Presencia	25	53,2	37,9 a 68,5
Ausencia	22	46,8	31,5 a 62,1
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Del total de la muestra tenían 19 antecedentes personales y familiares de atopía, lo cual constituyó el 47,4% (IC 95%: 24,4% a 71,1%). De esos 19 niños más del 52,6% (n=10; IC 95%: 38,4% a 83,7%) que sí llevaban tratamiento para la atopía y el 47,4% (n=9; IC 95%: 24,4% a 71,1%) no, como se ve en la tabla 6-4.

Tabla 6-4. Niños con antecedentes personales y familiares de atopía según tratamiento para la atopía

Tratamiento para atopía	No.	%	IC 95%
No	9	47,4	24,4 a 71,1
Sí	10	52,6	28,9 a 75,6
Total	19	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Del total de los pacientes con tratamiento para la atopía (n=10) se obtuvo que para el 70,0% (n=7; IC 95%: 34,8% a 93,3%) este tratamiento era inadecuado y solo en el 30,0% (n=3; IC 95%: 6,7% a 65,2%) tuvo tratamiento adecuado como es apreciable en la tabla 7-4.

Tabla 7-4. Niños con tratamiento para la atopía según tipo de tratamiento

Tratamiento para atopía	No.	%	IC 95%
Inadecuado	7	70,0	34,8 a 93,3
Adecuado	3	30,0	6,7 a 65,2
Total	10	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Se indagó acerca de las condiciones higiénico ambientales de la vivienda, donde se ve en la tabla 8-4 que estas fueron inadecuadas en el 72,3% (n=34; IC 95: 53,5% a 86,2%) en tanto en el 27,7% fueron adecuadas (n=13; IC 95: 13,8% a 41,5%).

Tabla 8-4. Distribución de niños según condiciones higiénico ambientales de la vivienda

Condiciones higiénico ambientales de la vivienda	No.	%	IC 95%
Inadecuada	34	72,3	58,5 a 86,2
Adecuada	13	27,7	13,8 a 41,5
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes

Como se puede ver en la tabla 9-4 hubo un 66,0% (n=31; IC 95: 53,5% a 86,2%) de niños que estuvieron expuestos a factores de riesgo, mientras que no estuvo expuesto el 34,0% (n=16; IC 95: 19,4% a 48,7%).

Tabla 9-4. Distribución de niños según exposición a factores de riesgo

Exposición a factores de riesgo	No.	%	IC 95%
Sí	31	66,0	51,3 a 80,6
No	16	34,0	19,4 a 48,7
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación

Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

En relación con los tipos de factores de riesgo a los cuales estuvo expuesto el 66,0%; tabla 10-4 la mayor frecuencia fue de los ambientales tales como el polvo y clima frío, con casi el 68,0% (n=21; IC 95: 13,8% a 41,5%).

Tabla 10-4. Niños según tipo de factor de riesgo al que se expusieron

Tipo de factor de riesgo al que se expusieron	No.	%	IC 95%
Ambiental (polvo y clima frío)	17	54,8	35,7 a 74,0
Biológico (perro, gato, conejo)	11	35,5	17,0 a 53,9
Químico: (herbicidas y pesticidas para la siembra)	3	9,7	2,0 a 25,8
Total	31	100	-

Fuente: cuestionario de investigación

Realizado por: María Elisa Paredes

De forma general se apreciaron intervalos de confianza algo amplios lo que habla de poca precisión de las estimaciones de los porcentajes, lo cual pudiera ser debido al tamaño de la muestra.

Características de las madres

Resulta visible en la tabla 11-4 la distribución y porcentaje de madres según grupo de edad, donde predominó el de 30 a 39 años, con alrededor del 30,0% (n=14; IC 95%: 15,7% a 43,9%), seguido del de 20 a 29 años, con un 25,5% (n=12; IC 95%: 12,0% a 39,1%). Hubo nueve madres en las edades de 40 a 49 años y seis de menos de 20 y de 50 años y más.

Tabla 11-4. Distribución de madres según grupo de edad

Grupo de edad	No.	%	IC 95%
Menor de 20 años	6	12,8	2,2 a 23,4
De 20 a 29 años	12	25,5	12,0 a 39,1
De 30 a 39 años	14	29,8	15,7 a 43,9
De 40 a 49 años	9	19,1	6,8 a 31,5
De 50 años y más	6	12,8	2,2 a 23,4
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

La tabla 12-4 que predominaron las madres trabajadoras con un 68,1% (n=32; IC 95%: 29,2% a 78,4%), seguidas de las amas de casa, con un 31,9% (n=15; IC 95%: 12,6 a 49,6%); no se encontraron madres estudiantes ni desempleadas.

Tabla 12-4. Distribución de madres según ocupación

Ocupación	No.	%	IC 95%
Ama de casa	15	31,9	12,6 a 49,6
Trabajadora	32	68,1	29,2 a 78,4
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

El nivel de instrucción se observa en la tabla 13-4 que la mayor porcentaje fue para el básico, con alrededor del 49,0 (n=23; IC 95%: 33,6% a 64,3%), seguida del bachiller, con un 40,5% (n=19; IC 95%: 21,9 a 46,3%); no se encontró estudios de nivel superior.

Tabla 13-4. Distribución de madres según nivel de instrucción

Nivel de instrucción	No.	%	IC 95%
Analfabeta	5	10,6	3,6 a 23,1
Básica	23	48,9	33,6 a 64,3
Bachiller	19	40,5	21,9 a 46,3
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes .2019

Conocimiento de las madres sobre dermatitis atópica antes de la intervención

En lo relacionado con los conocimientos sobre dermatitis atópica se obtuvo como muestra la tabla 14-4 respecto a los factores relacionados con esta dermatitis las madres alcanzaron un porcentaje mayor para el nivel bajo, con un 61,7% (n=29; IC 95%: 46,7% a 76,7%), seguidas del nivel medio, con casi 32,0% (n=15; IC 95%: 17,5% a 46,3%). Solamente tres madres clasificaron con un nivel alto de conocimiento.

Tabla 14-4. Madres según nivel de conocimiento sobre factores relacionados con la dermatitis atópica

Nivel de conocimiento sobre factores relacionados con la dermatitis atópica	No.	%	IC 95%
Bajo	29	61,7	46,7 a 76,7
Medio	15	31,9	17,5 a 46,3
Alto	3	6,4	1,3 a 17,5
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación

Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Se indagó, sobre los factores de riesgo de dermatitis atópica y se encontró que el nivel de conocimiento de las madres fue bajo en más del 76,0% (n=36; IC 95%: 63,4% a 89,8%), en tanto solo nueve tuvieron un nivel medio y solo dos un nivel alto, como se muestra en la tabla 15-4.

Tabla 15-4. Madres según nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de dermatitis atópica.

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de dermatitis atópica	No.	%	IC 95%
Bajo	36	76,6	63,4 a 89,8
Medio	9	19,1	6,8 a 31,5
Alto	2	4,3	0,5 a 14,5
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación

Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Alrededor del 60,0% de las madres (n=28; IC 95%: 44,5% a 74,7%) clasificó con un nivel bajo de conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica, en tanto casi el 30,0% (n=14; IC 95%: 15,7% a 43,9%) tuvo un nivel medio. Solamente cinco madres clasificaron en el nivel alto (tabla 16-4).

Tabla 16-4. Madres según nivel de conocimiento sobre manifestaciones clínicas de dermatitis atópica.

Nivel de conocimiento sobre manifestaciones clínicas de dermatitis atópica	No.	%	IC 95%
Bajo	28	59,6	44,5 a 74,7
Medio	14	29,8	15,7 a 43,9
Alto	5	10,6	3,6 a 23,1
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes

La tabla 17-4, el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la dermatitis atópica antes de la intervención fue bajo en casi el 64,0% (n=30; IC 95%: 49,0% a 78,6%), en tanto alrededor del 25,0% (n=12; IC 95%: 12,0% a 39,1%); tan solo cinco madres clasificaron con un alto nivel.

Tabla 17-4. Madres según nivel de conocimiento general sobre prevención de la dermatitis atópica antes de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	No.	%	IC 95%
Bajo	30	63,8	49,0 a 78,6
Medio	12	25,5	12,0 a 39,1
Alto	5	10,6	3,6 a 23,1
Total	47	100	-

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Después de aplicada la intervención

Una vez aplicada la intervención se lograron porcentajes mayores en el nivel alto (57,4%) y en el medio (34,0%) en lo referente al conocimiento sobre prevención de la dermatitis

atópica, tal y como muestran la tabla 18-4. Se obtuvo diferencia de medianas estadísticamente significativa ($Z=-4,973$; $p=0,001$) por lo que puede afirmarse que hubo suficiente evidencia para plantear que después de la intervención mejoró el nivel de conocimiento de las madres acerca de la prevención de la dermatitis atópica.

Tabla 18-4. Comparación del porcentaje del nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre prevención de la dermatitis atópica	Intervención		p
	Antes	Después	
Bajo	63,8	8,5	0,001*
Medio	25,5	34,0	
Alto	10,6	57,4	

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Nota: *: $p<0,05$

Una vez que se aplicó la intervención se alcanzó una disminución de la dermatitis atópica en los niños; solo 13 niños la presentaron para un 27,7% contra 34 niños que no la tuvieron, para un 72,3%, como muestran la tabla 19-4 y figura 1-4. Por tanto se logró una diferencia estadísticamente significativa, con un 5% de nivel de significación ($p=0,008$).

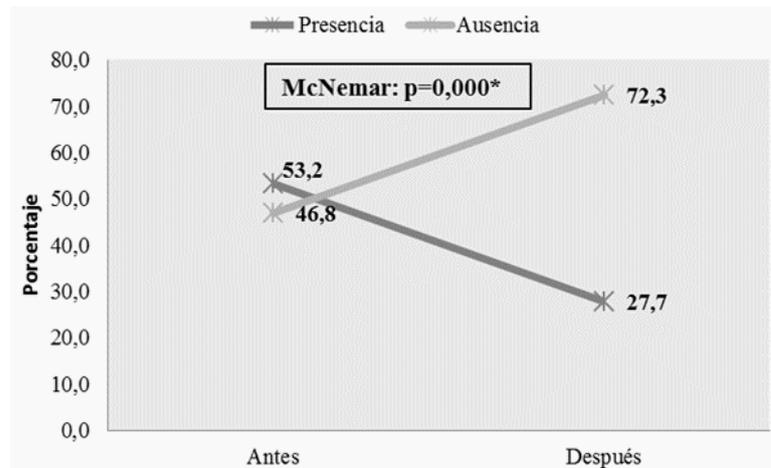
Estos resultados permiten afirmar con evidencia suficiente que la intervención integral aplicada en madres para disminuir los factores de riesgo de dermatitis atópica en niños menores de 5 años fue efectiva.

Tabla 19-4. Comparación del porcentaje de presencia de dermatitis atópica en niños antes y después de la intervención

Presencia de dermatitis atópica en niños	Pruebas		p
	Antes	Después	
Presencia	53,2	27,7	0,008*
Ausencia	46,8	72,3	

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes. 2019

Nota: *: $p<0,05$



Leyenda: *: $p < 0,05$

Gráfico 1-4. Comparación del porcentaje de presencia de dermatitis atópica en niños antes y después de la intervención

Fuente: *tabla 19-4.*

En la tabla 20-4 se muestra la comparación del porcentaje de niños expuestos a factores de riesgo y dentro de ellos a factores de riesgo biológico y químico. En ella se observa que disminuyó el número de niños expuesto a factores de riesgo, ya que en el pretest el 66,0% de los niños se encontraba expuesto, porcentaje que disminuyó al 25,53 por ciento de exposición durante el posttest; este dato aportó significación estadística dada por un $p=0,005$.

En la misma tabla (20-4) se muestra una disminución estadísticamente significativa en el porcentaje de niños expuestos a riesgo biológico y a riesgo químico. En el caso de los infantes expuesto a riesgo biológico se obtuvo una disminución del 35,5% en el pretest al 16,13% en el posttest, lo que aportó una $p=0,003$; en relación a la exposición a riesgos químicos la disminución representó una $p=0,0038$ y estuvo dada por un 9,7% de pacientes expuestos en el pretest y un 3,22% de pacientes expuestos en el posttest.

Estos datos demuestran que la intervención aplicada provocó cambios significativos en la disminución general de la exposición de los niños a factores de riesgo de DA y en los niños expuestos se disminuyó la exposición a los factores biológicos y químicos.

Tabla 20-4. Comparación del porcentaje de exposición a factores de riesgo biológico y químico antes y después de la intervención

Exposición y tipo de factores de riesgo de DA	Pruebas		p
	Antes (%)	Después (%)	
Si	66,0	25,53	0,005*
No	34,0	74,47	
Tipo de factor de riesgo			
Biológico	35,5	16,13	0,003*
Químico	9,7	3,22	0,0038*

Fuente: cuestionario de investigación
Realizado por: María Elisa Paredes

Nota: *: $p < 0,05$

4.2 Discusión

La DA, o *eccema*, es una enfermedad dermatológica que se presenta con relativa frecuencia sobre todo en países en vías de desarrollo en áreas geográficas con características distintivas. Sus principales manifestaciones clínicas son la presencia de enrojecimiento de la piel y prurito, que aunque no suelen presentar complicaciones graves en ocasiones puede asociarse a procesos respiratorios como es el asma bronquial y/o cuadros agudos o crónicos de rinitis que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente (Carvajal, Valenzuela, Fernández, & Zamudio, 2019).

Como enfermedad es descrita principalmente en edades infantiles, sobre todo antes de los cinco años de edad; sin embargo pueden presentar también DA en adultos jóvenes y medios, como es el caso del reporte ofrecido por Carvajal et al (2019), quien reporta la presencia de la enfermedad en un adulto con antecedentes atopia familiar y personal (Carvajal., 2019).

Se plantea como principal explicación la presencia de la patología en edades tempranas de la vida motivada por trastornos inmunológicos; en múltiples ocasiones no es precisamente un problema inmunológico, sino la inmadurez del sistema la que provoca una reacción inadecuada ante la presencia de la sustancia o alérgeno que provoca la crisis de DA (Ricardo Alonso, Rodríguez Sánchez, Hernández Fernández, & Alonso González, 2019).

La principal alteración histopatológica en estas edades está dada por una inactividad de la diferenciación de celular T, disminuyendo la relación T1/T2; lo que ocasiona alteraciones en el reconocimiento de agentes extraños, se desencadena la liberación de neurotransmisores; que

estimulan la liberación de histamina y otras sustancias por las células cebadas y mastocitos; iniciándose el proceso atópico que caracteriza la enfermedad (Ricardo Alonso et al., 2019).

A pesar de encontrarse un predominio del sexo femenino en esta investigación, no puede ser corroborado con otros estudios ya que no se describe predominio de la enfermedad por un sexo determinado ni por otras características como son el color de la piel o la etnia.

Un elemento que ha sido relacionado desde muchos años es el aumento de la posibilidad de padecer DA en la población que tengan historia personal o familiar de atopia. En nuestra muestra se encontró un elevado por ciento de niños con estos antecedentes, es análogo al reportado por Aguirre y col (2018), en el cual reportan elevado por ciento de pacientes con antecedentes personales y familiares de atopia y presencia de comorbilidades asociadas (Aguirre, Mendoza, López, & Carmona, 2018).

La genética ha sido señalada como una fuente de predisposición a la enfermedad, distintos trabajos señalan la presencia de alteraciones del sistema de histocompatibilidad que pueden ser los responsables de las alteraciones inmunológicas (Aguirre et al., 2018).

Se describen una serie de factores de riesgo para la aparición de la enfermedad; dentro de estos resultan fundamentales los elementos relacionados con la alimentación en los primeros años de vida. Existen investigaciones que señalan a la alimentación precoz como un factor desencadenante de los procesos atópicos. En este sentido el grupo de investigadores liderado por Figueroa Valdez (2019) concluyen que el comienzo precoz de alimentación mixta exacerba en un 28,3% la posibilidad de aparición de crisis de DA en los dos primeros años de vida (Figueroa Valdez, 2019).

La presencia de enfermedades crónicas también ha sido señalada como un elemento predictor de la enfermedad, sobre todo aquellos procesos que suelen tener como fundamento etiopatogénico procesos atópicos o inmunológicos. Dentro de este grupo destacan la presencia de Asma bronquial, rinitis alérgica (aguda o crónica) y enfermedades autoinmunes como es el caso de las vasculitis sistémicas y el lupus eritematosos sistémico (Figueroa Valdez, 2019).

En su estudio Figueroa Valdez (2019) describe que el 45,3% de los pacientes incluidos en su investigación presentaban antecedentes personales de asma bronquial o rinitis alérgica; mientras que un 17,4% tenía diagnóstico de enfermedades inmunológicas. Estos resultados refuerzan la hipótesis planteada por Noguera Morel y colaboradores (2019) que concluyen que

las enfermedades atópicas pueden ser tratadas con mecanismos inmunosupresores; partiendo de la asociación de mecanismos etiopatogénicos entre ambos grupos de afecciones.

En esta misma investigación se abordan otros elementos relacionados con los posibles factores de riesgo de la DA. Dentro de estos se mencionan las condiciones climáticas lluvia, humedad y temperaturas extremas, la presencia de sustancias químicas de uso cotidiano y la atopia por elementos biológicos la presencia de mascotas y animales peludos de sangre caliente (Noguera-Morel, N., Knöpfel, A., Torrelo, A., & Hernández-Martín, L. (2019).

En el contexto de nuestra muestra las condiciones climáticas son ideales para este tipo de procesos, la altura sobre el nivel del mar y la humedad persistente hacen que la mayor parte del año se tengan temperaturas bajas con elevados porcentajes de humedad atmosférica que pueden exacerbar el debut de la enfermedad o la aparición de crisis de DA.

Otro elemento distintivo es la actividad laboral predominante de la comunidad estudiada. Al ser una comunidad rural la actividad agrícola constituye la principal fuente económica y laboral de la zona. La agricultura genera un elevado uso de sustancias químicas las cuales pueden ser inhaladas o se puede poner en contacto con la piel y predisponer de esta manera la aparición de crisis de la enfermedad.

En la publicación realizada por Ricardo Alonso y colaboradores (2019) se señala que los químicos (herbicidas, plaguicidas e insecticidas) que se utilizan en la agricultura juegan un papel fundamental en torno al debut de la DA; en esta investigación señalan que estos compuestos constituyen la segunda causa de exacerbación de la enfermedad; solamente superado por las condiciones climatológicas, las cuales no pueden modificarse.

Estas condiciones hacen que se encuentre elevada incidencia y prevalencia de DA en los infantes de la comunidad rural de Ichubamba, la cual se encuentra favorecida por las condiciones climatológicas imperantes y principalmente la actividad laboral que se realiza, en la cual la utilización de agentes químicos, altamente alergizantes, es una práctica cotidiana. La inmensa mayoría de los niños de esta comunidad rural se encuentran expuesto diariamente a estos factores de riesgo

Estos elementos se unen al bajo nivel de conocimiento que sobre prevención de la DA presentaban las madres de los niños menores de 5 años incluidos en el estudio. La investigación, durante la realización del estudio, mostró que las madres de los niños desconocían los elementos fundamentales relacionados con la prevención de la DA.

Los niveles de conocimiento sobre manifestaciones clínicas, factores de riesgo y elementos predisponentes del comienzo o exacerbación de la DA fueron verdaderamente bajos. Una posible explicación en este sentido puede estar dada por el bajo nivel educacional encontrado en las madres. Se describe que existe relación entre el bajo nivel de conocimiento y el bajo nivel educacional; este mismo estudio refiere que mientras mayor es el nivel educacional de la población mayor será la preparación para promover salud y prevenir enfermedades (Maldonado-Gómez, Chuan-Ibáñez, Guevara-Vásquez, Gutiérrez, & Sosa-Flores, 2019).

Por su parte Evangelista Barragán y colaboradores destacan que aumentar el nivel de conocimiento de la población sobre temas de salud garantiza la identificación precoz de síntomas de enfermedades y aumentan los niveles de adherencia farmacológica basada en un mayor conocimiento de las complicaciones de la enfermedad.

Ante esta situación es necesario que los equipos de salud del primer nivel de atención refuercen las estrategias encaminadas a aumentar los niveles de conocimiento sobre distintas enfermedades basadas en la identificación de los problemas de salud de cada comunidad, barrio o parroquia. Se debe priorizar la realización de acciones educativas que permitan promover salud y prevenir enfermedades.

Después de aplicar el componente educativo de la intervención integral se observó un aumento significativo del conocimiento de las madres relacionados con los elementos antes descritos, lo que permite plantear que la intervención integral aplicada provocó cambios significativos en el nivel de conocimiento que sobre prevención de la DA presentan las madres de los niños menores de 5 años de la comunidad rural de Ichubamba.

Se estudió la presencia de tratamiento farmacológico en los pacientes con DA y el tipo de tratamiento farmacológico prescrito. Se observó que los porcentos de indicación de fármacos permanentes, sobre todo antialérgicos, son verdaderamente bajos, y dentro de los que tienen fármacos prescritos existen errores que permiten catalogarlos como inadecuados.

Este resultado es similar al de otras investigaciones donde se plantea que la atopía es considerada en muchas ocasiones como un proceso vanal y se le resta importancia Rosales, A., López-García, A.I., Rivero-Yeverino, D., Arana-Muñoz, O., Papaqui-Tapia, J.S., & Caballero-López, Ch. G., et al. (2019). Los fármacos antialérgicos han sido señalados como los fármacos de elección en el tratamiento de DA (Sánchez, A., Sánchez, J., & Cardona, R. (2019). En la presente investigación se usó como antialérgico la loratadina en tabletas de 10 miligramos y dosis de 0,2 miligramos por kilogramo de peso diario y en los cuadros agudos se utilizó

esteroides tópicos como es el caso de la betametazona en crema. Se tuvo presente en los casos agudos o en aquellos en los que no se registra una evolución favorable se utilice hidrocortisona por vía intramuscular o intravenosa. Estos son los fármacos que se encuentran disponibles en el cuadro básico de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Previo al desarrollo de la intervención y en el momento del pretest se identificó que más de la mitad de los niños incluidos en el estudio habían presentado cuadros de DA; después de haber intervenido integralmente estas cifras disminuyeron hasta el 27,7% durante el postest. Este resultado demuestra que se puede lograr control de la DA; se debe primero identificar los factores de riesgo de la enfermedad que se encuentran presentes y a partir de dicha identificación proceder a lograr modificarlos (Philco Toaza, & Proaño Cortez, 2019; Dick Paredes, Pazmiño Farfán, Bravo Legarda, & Bermeo Naranjo, 2019).

Estos resultados, en los cuales se muestra significación estadística permiten plantear que la intervención integral que se aplicó logró cambios significativos tanto en la elevación del nivel de conocimiento de las madres de los niños sobre la prevención de la DA y en la disminución de la presencia de cuadros de DA en los niños menores de 5 años de la comunidad Ichubamba.

CONCLUSIONES

- 1- En el grupo de los niños existió un predominio de sexo femenino, con antecedentes personales y familiares de atopia. En el caso de las madres predominaron las que presentan un bajo nivel educacional y que se encuentran trabajando.
- 2- Existió una elevada presencia de cuadros de DA en los niños menores de 5 años de la comunidad rural Ichubamba; de ellos la mayoría no tenía tratamiento médico y un elevado porcentaje de los que lo tenían eran inadecuados.
- 3- El nivel de conocimiento identificado de las madres de los niños menores de cinco años relacionado con la prevención de DA fue predominantemente bajo, tanto desde el punto de vista general como en la identificación de factores de riesgo de DA, factores predisponentes y manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- 4- Se aplicó una intervención integral de salud que incluyó actividades asistenciales y educativas.
- 5- La intervención aplicada provocó cambios significativos dados por la disminución de la presencia en los niños de los cuadros de DA y un aumento del nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de la DA.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se debe consolidar el trabajo del equipo de salud del primer nivel de atención en identificar los factores de riesgo de aparición de la DA o de exacerbación de la actividad de la enfermedad.
- 2.- Insistir en la promoción y prevención de enfermedades mediante el aumento del nivel de conocimiento de la población relacionado con las principales enfermedades que predominan en el genio epidemiológico de las comunidades. De esta forma se pueden controlar estas afecciones y lograr mayores índices de promoción de salud y prevención de enfermedades.
- 3.- Replicar este estudio en comunidades con características similares para tener un mayor conocimiento sobre la frecuencia con que se presenta la DA en niños menores de cinco años y los factores que influyen en su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, M.I.L., Mendoza, H.D., López, G.T., & Carmona, B.M. (2018). Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. *Alerg Asma Inmunol Pediatr*, 27(3), 71-78. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85263>
- Bagazgoitia, L., Gutiérrez, M., García Blesa, C., Hernández Martín, A., & A., Torrelo. (2009). Epidemiologic, pathogenic, clinical and diagnostic aspects of atopic dermatitis. Is it possible the prevention?. *Pediatría Atención Primaria*, 11(Supl. 15), 31-47. Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300003&lng=es&tlng=en
- Buestan A. (2018). *Prevalencia de dermatitis atópica en niños que acuden a una guardería de la ciudad de Quito.2006*. Recuperado de:
http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/download/1006/1013/
- Carvajal, D., Valenzuela, F., Fernández, J., & Zamudio, A. (2019). *Dermatitis atópica del adulto: un desafío diagnóstico y terapéutico*. *Rev Hosp Clín Univ Chile*,30, 12 – 23. Recuperado de: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/1544.pdf>
- Catálogo maestro de guías de prácticas clínicas (GPC). *Manejo y diagnóstico de la dermatitis atópica*. 2017. p. 34-53. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/033_GPC_DermAtopP ed/IMSS_033_08_GRR.pdf
- Dick Paredes, D.F., Pazmiño Farfán, J.C., Bravo Legarda, A.A., & Bermeo Naranjo, M.A. (2019). Afecciones cutáneas comunes en lactantes mayores. *RECIAMUC*, 3(1), 310-327. Recuperado de. <https://doi.org/10.26820/reciamuc/3>
- Evangelista Barragan, D. S., Jalon Flores, G. E., Camacho Desidero, J. E., & Peña Martillo, J. M. (2019). Dermatitis atópica (ECCEMA) infantil. *RECIAMUC*, 3(3), 192-207. Recuperado de: <https://doi.org/10.26820/reciamuc/3>.
- Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. Fitzpatrick, 6ta edición. 2014. Pág. 146-158.
- Figuroa Valdez, B.G. (2019). Alimentación complementaria precoz, obesidad y dermatitis atópica, como factores de riesgo para asma bronquial moderado persistente en niños. Disponible en repositorio digital de la Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/29857>
- Herranz P. Simposio satélite. 63 Congreso nacional de la SEFH. Una nueva era en la Dermatitis Atópica grave. Palma de Mallorca. 2018. Recuperado de:

https://www.sefh.es/eventos/63congreso/ponencias/pedroherranz_CN_FARMACIA_10-11-18.pdf

Jàcome Clavijo AP. Caracterización de Dermatitis Atópica en niños de la escuela San Francisco de Asís de la Arcadía y su relación con antecedentes de padres atópicos en la ciudad de Quito, septiembre 2015- junio 2016. 2016. Recuperado de:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11350/1/T-UCE-0006-005-2016.pdf>

Maldonado-Gómez, W., Chuan-Ibáñez, J., Guevara-Vásquez, G., Gutiérrez, C., & Sosa-Flores, J. (2019). Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 36(2), 239-46. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4180>

Noguera-Morel, N., Knöpfel, A., Torrelo, A., & Hernández-Martín, L. (2019). Estudio retrospectivo del tratamiento sistémico de la dermatitis atópica grave con azatioprina. Eficacia y tolerancia en 11 pacientes pediátricos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 110(3), 227-231. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578219019300472>

Philco Toaza, P. E., & Proaño Cortez, P. F. (2019). Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en niños de 3 a 5 años. *Universidad Y Sociedad*, 11(4), 135-140. Recuperado de <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1282>

Querol Nasarre, I. (2009). Dermatitis Atópica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, XI(Supl17),11-19. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11s17/2_dermatologia_atopica.pdf

Ricardo Alonso, O.E., Rodríguez Sánchez, M.B., Hernández Fernández, M., & Alonso González, M. (2018). Aspectos de interés sobre la etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1139-1148. Recuperado en 27 de julio de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400019&lng=es&tlng=pt)

[18242018000400019&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400019&lng=es&tlng=pt)

Ricardo Alonso, O.E., Rodríguez Sánchez, M.B., Hernández Fernández, M., & Alonso González, M. (2019). Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 496-507. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200496&lng=es&tlng=es)

[18242019000200496&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200496&lng=es&tlng=es)

Rojas Bastida, L.J. (2019). Prevalencia de dermatitis atópica y factores asociados en pacientes pediátricos atendidos en consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017, Disponible en Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/handle/123456789/31907>

- Rosales, A., López-García, A.I., Rivero-Yeverino, D., Arana-Muñoz, O., Papaqui-Tapia, J.S., & Caballero-López, Ch. G., et al. (2019). Sensibilidad y especificidad de la prueba epicutánea modificada en el diagnóstico de alergia respiratoria a *Dermatophagoides pteronyssinus*. *Revista alergia México*, 66(1), 38-43.
<https://dx.doi.org/10.29262/ram.v66i1.533>
- Salamanca Sanabria, A., & Hewitt Ramírez, N. (2011). Biological and psychological factors of atopic dermatitis. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 5(1), 47-58. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862011000100005&lng=en&tlng=en
- Sánchez, A., Sánchez, J., & Cardona, R. (2019). Resultados y limitaciones de los estudios epidemiológicos sobre alergia alimentaria. Enfoque en ciudades del trópico. *Revista alergia México*, 66(1), 9-17. <https://dx.doi.org/10.29262/ram.v66i1.340>
- Suárez Ramos, L., León Gómez, O., Sánchez Suárez, E.F., & Bassols Viñas, E.F. (2017). Educational strategy to lessen risk factors in children with atopic dermatitis. *Humanidades Médicas*, 17(2), 270-290. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200003&lng=es&tlng=en
- Viada Peláez, M.C., Leschinsky, V., Gomila, A. (2019). Dermatitis atópica en niños y vitamina D. Un estudio analítico retrospectivo. *Rev. Methodo*, 4(2),41-43. Recuperado de
<http://methodo.ucc.edu.ar/files/vol4/num2/PDF/Dermatitis%2003.pdf>

ANEXOS

Anexo A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Elisa Paredes Nájera, posgradista de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema, Intervención a madres de niños menores de 5 años para la prevención de dermatitis atópica. Ichubamba. Como requisito para obtener el título de especialista. Se entrevistará a las madres de los niños preescolares de la comunidad Ichubamba para determinar el conocimiento que poseen sobre prevención de la parasitosis intestinal. A partir de los resultados obtenidos, se realizará una intervención educativa dirigida a esta población, con el propósito de lograr la prevención de ésta enfermedad. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre los objetivos de la investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo B.

Encuesta inicial realizada a las madres de niños menores de 5 años.

Objetivo: explorar las necesidades de información, motivos e intereses sobre el tema.

Estimada familia:

Código:

Se está realizando una investigación acerca de la dermatitis atópica. Para facilitar nuestro trabajo necesitamos conocer sus opiniones en relación al tema. Esta encuesta es absolutamente anónima, por lo que necesitamos preste atención y respuestas con la mayor sinceridad.

Gracias por tu colaboración

I.- Datos generales.

I.A).- Datos relacionados con la madre

1).Edad:

(1) Menor de 20 años ____

(2) De 20 a 29 ____

(3) De 30 a 49 ____

(4) De 40 a 49 ____

(5) De 50 años y más ____

2) Nivel escolar:

(1) Analfabeto ____ (2) Básico ____ (3) Bachiller ____ (4) Superior ____

3) Ocupación:

(1) Ama de casa ____ (2) Estudiante ____ (3) trabajadora ____ (4) Desempleada ____

I.B).- Datos relacionados con el niño(a)

1) Edad:

(1) Menor de 2 años ____

(2) De 3 a 4 años ____

2) Sexo:

(1) Femenino ____ (2) Masculino ____

3) ¿Su hijo tiene antecedentes o ha padecido alguna vez cuadros de dermatitis atópica?

(1) Si ____ (2) No ____

4) ¿En su familia existe alguna persona con antecedentes de dermatitis atópica?

(1) Si ____ (2) No ____

5) ¿Tiene su hijo algún tipo de tratamiento para la dermatitis atópica?

(1) Si ____ (2) No ____

En caso de respuesta afirmativa señale los medicamentos que toma:

6) De los siguientes elementos señala con cuales su hijo está en contacto frecuentemente.

(1) Polvo ____

(2) Agua de lluvia ____

(3) Animales y/o mascotas (perros, gatos, aves, cerdos, cui, conejos, etc.) ____

(4) Herbicidas ____

(5) Plaguicidas ____

(6) Humedad ____

(7) Clima con bajas temperaturas ____

7) De los siguientes servicios señale con cuales cuenta su vivienda.

(1) Electricidad ____

(2) Agua potable ____

(3) Puertas y ventanas seguras ____

(4) Piso de cemento o madera ____

(5) Servicio sanitario_____

(6) Acueducto y/o alcantarillado _____

8) ¿En los seis meses previos a esta entrevista su hijo a presentado algún cuadro de dermatitis atópica?

(1) Si _____ (2) No_____

II.- Nivel de conocimiento sobre prevención de dermatitis atópica

1.- ¿Conoce usted cuales son las manifestaciones clínicas (síntomas y signos) de la dermatitis atópica?

(1) Si _____ (2) No_____

En caso de respuesta afirmativa señale las que usted conoce:

2.- ¿Conoce cómo disminuir la aparición de las crisis de dermatitis atópica?

(1) Si _____ (2) No_____

En caso de respuesta afirmativa señale las que usted conoce:

3.- ¿Conoce cuáles son los factores que pueden influir en la aparición de la dermatitis atópica?

(1) Si _____ (2) No_____

En caso de respuesta afirmativa señale las que usted conoce:

4.- ¿Conoce cuáles son los factores de riesgo para la aparición de la dermatitis atópica?

(1) Si _____ (2) No_____

En caso de respuesta afirmativa señale las que usted conoce:

III. Relacionado con la necesidad de capacitación en las madres de los niños

Las siguientes preguntas solo deben ser respondidas durante el pretest

1.- ¿Ha recibido algún tipo de capacitación relacionada con la dermatitis atópica?

(1) Si _____ (2) No_____

Si la respuesta es afirmativa, evalúe su nivel de satisfacción respecto a la misma.

(1) Alto_____ (2) Medio_____ (3) Bajo_____

2.-Marque con X si está interesado en recibir alguna capacitación respecto al tema que se trata.

(1) Si _____ (2) No_____

3.- Marque con una X los temas de capacitación que considere más necesarios:

1). Características fundamentales de la dermatitis atópica. _____

2). El consumo del tabaco. _____

3). La higiene en el hogar. _____

4). Otros contaminantes medioambientales. _____

5). Factores genéticos. _____

6). Factores psicológicos. _____

7). Factores inmunológicos. _____

8). Otros _____

Criterio de medida

Nivel de conocimiento acerca de los factores que propician la aparición de dermatitis atópica.

- **Alto:** Posee conocimiento de las tres dimensiones investigadas.
- **Medio:** Posee conocimiento de dos de las dimensiones investigadas
- **Bajo:** Posee conocimiento de una de las dimensiones investigadas.

Nivel de satisfacción por las capacitaciones recibidas.

- **Alto:** si respondió a todas sus necesidades.
- **Medio:** si respondió a algunas de sus necesidades.
- **Bajo:** si no respondió a ninguna de sus necesidades.

Anexo C.

Encuesta final realizada a las madres de niños menores de 5 años de la comunidad de Ichubamba.

Objetivo: Valorar la factibilidad de la estrategia educativa en el logro de los objetivos propuestos.

Estimada familia:

Se necesita aplicar una encuesta para valorar la efectividad de la estrategia educativa aplicada. Para facilitar nuestro trabajo necesitamos conocer sus opiniones al respecto. Esta encuesta es absolutamente anónima, por lo que necesitamos preste atención y responda con la mayor sinceridad.

Gracias por tu colaboración.

1-Evalúe la estructura utilizada en la estrategia aplicada (Muy adecuada (1), adecuada (2), poco adecuada (3), no adecuada (4))

a).- Temas _____ b).- Objetivos _____ c).- Contenidos _____
d).- Métodos _____ e).- Medios _____ f).- Sesiones _____ g).- Acciones _____

2.- Exprese sus opiniones específicas sobre alguna sesión. _____

3.- ¿Considera usted que la estrategia educativa aplicada constituyó una necesidad para su preparación en cuanto al tema tratado?

Sí _____ No _____

Fundamente. _____

4.- Refiérase a los resultados obtenidos en el marco familiar.

5.- Exprese las sugerencias acerca de la estrategia educativa aplicada.
