



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 SALTILLO COAHUILA

PREVALENCIA DE DERMATITIS ATOPICA Y FACTORES DE RIESGO
EN LA POBLACION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.88 DE
RAMOS ARIZPE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ JUAN GUZMÁN REYNA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Prevalencia de dermatitis atópica y factores de riesgo en la población de
la Unidad de Medicina Familiar No. 88 de Ramos Arizpe

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOSÉ JUAN GUZMÁN REYNA

AUTORIZACIONES:

DR. MANUEL REYES HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2
SALTILLO COAHUILA.

DR. FRANCISCO DURAN IÑIGUEZ
ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO

DRA. HILDA LUNA CASTILLO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Prevalencia de dermatitis atópica y factores de riesgo en la población de
la Unidad de Medicina Familiar No. 88 de Ramos Arizpe

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ JUAN GUZMÁN REYNA

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

INDICE GENERAL

CONTENIDO

PAGINAS

1. MARCO TEORICO

1.1.- Antecedentes	6
1.2.- Planteamiento del problema	16
1.3.- Justificación	17
1.4.- Objetivos	18
1.4.1 Objetivos General	
1.4.2 Objetivos específicos	

2. MATERIAL Y MÉTODOS

	19
2.1.- Tipo de Estudio	19
2.2.- Población, lugar de estudio	19
2.3.- Tipo de Muestra y tamaño de la muestra	19
2.4.- Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación	20
2.5.- Información a recolectar. Variables	21
2.6.- Procedimiento para captar la información	25
2.7.- Aspectos Éticos	26
2.8.- Recursos humanos y financieros	27
2.9.- Cronograma de actividades	28

3. RESULTADOS	29
3.1.- Tablas y Gráficas	31
4. DISCUSIÓN	35
5. CONCLUSIONES	37
6. BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS	39

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes

Las enfermedades inmunoalérgicas son un conjunto importante de trastornos sistémicos, de evolución crónica, que se presentan desde edades muy tempranas.

La dermatitis atópica es una de las más representativas, así como el asma y la rinitis alérgica. La importancia de la dermatitis atópica puede ser evaluada desde varios puntos de vista. Uno es el epidemiológico, ya que se ha incrementado su prevalencia mundial y nacional lo que requiere de una asignación de un gasto en salud. Otro aspecto es el clínico relacionado con lo anterior, ya que al ser mal diagnosticada aumenta las complicaciones y la desviación de recursos para la atención de un sujeto o una población. El individuo afectado sobre todo el lactante, debe ser vigilado para detectar oportunamente la evolución a otro grupo de enfermedades, como el asma o a complicaciones locales.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica, recidivante, manifestada por lesiones cutáneas con morfología y distribución típicas, de etiología multifactorial. Se caracteriza por piel seca, prurito intenso e historia personal o familiar de atopia.

La prevalencia de la dermatitis atópica ha aumentado considerablemente en los últimos años. Se señala una prevalencia de 5 a 20% en sujetos de seis a 14 años de edad. En México, no hay datos epidemiológicos a nivel nacional. En Cuernavaca se indica una prevalencia del 16% en niños. Representa el 20% de las consultas del dermatólogo pediatra y el 1% de las del pediatra general. En el 60% de los casos, la dermatitis atópica comienza antes del año de edad, principalmente en los dos o tres primeros meses de vida; en el 90% se presenta antes de los cinco años de edad. Afecta por igual a ambos sexos y a todas las razas, pero es más frecuente en la negra. Es más frecuente en ciudades industrializadas. Acompaña en más del 50% de los casos a otras enfermedades alérgicas. ¹

La etiología de la dermatitis atópica es multifactorial. Existen múltiples teorías para explicar las causas. Entre las más importantes están la genética, la inmunológica, la neurovegetativa, psicológica o emocional.

Teoría genética:

En los pacientes con dermatitis atópica se encuentra el antecedente de atopia personal, familiar o los dos en el 50 a 70% de los casos, ésta puede manifestarse como dermatitis atópica, rinitis, conjuntivitis, asma bronquial o urticaria. Se conoce que si uno de los padres es atópico, hay una posibilidad de 60% que se genere atopia en el niño y que si ambos padres presentan este antecedente, la posibilidad aumenta hasta el 80%.

Teoría inmunológica:

Se presenta un aumento de la inmunidad humoral con la subsiguiente depresión en la inmunidad celular. Existe aumento de la actividad de las células B, que está representada principalmente con el aumento de la producción de IgE observado hasta en 80% de los pacientes con dermatitis atópica.

Teoría neurovegetativa:

La respuesta anormal del sistema nervioso autónomo forma parte de la teoría neurovegetativa, se observa una vasoconstricción sostenida, así como una respuesta lenta a la histamina que explica el dermografismo blanco. En la dermatitis atópica existe una respuesta alterada al frío y al calor que se manifiesta con la exacerbación del cuadro clínico con los cambios bruscos de temperatura o los extremos de la misma.

Teoría psicológica o emocional:

La teoría psicológica es una de las más antiguas y discutidas para explicar a la dermatitis atópica, esta enfermedad se asocia con una personalidad característica también llamada " personalidad atópica ", en la que se presenta labilidad emocional, ansiedad, hiperactividad , hostilidad, agresividad reprimida , irritabilidad, alteraciones del sueño; los niños con dermatitis atópica son muy activos e inteligentes y algunas veces el cuadro clínico se exagera con eventos emocionales decisivos para el niño, tales como el nacimiento de un hermano, la supresión de la mamila, el ingreso a la escuela, exámenes escolares, problemas familiares etc. 2

La dermatitis atópica implica un reto terapéutico y muchas veces se complica por factores que están más allá del alcance del dermatólogo, como los que incluyen no sólo la personalidad del paciente, sino, a veces de manera muy importante la personalidad de los padres, en especial la de la madre, que influye en la evolución del padecimiento y, a veces, en el origen del mismo. Se ha encontrado que el estrés psicológico influye en la actividad de la dermatitis atópica y se sugiere que las personas con este padecimiento, con estrés psicosocial, manifiestan menor capacidad de respuesta del eje hipotálamo –hipófisis -corticosuprarrenal y al mismo tiempo, una reacción exagerada del sistema simpático, lo que puede acrecentar la susceptibilidad a la inflamación y constituir un mecanismo psicobiológico relacionado con la gravedad de la dermatosis. 3

Además de los factores mencionados, el factor de riesgo más significativo para la existencia de enfermedades atópicas es el antecedente familiar positivo de atópicos en los padres o hermanos, se han implicado multitud de factores exógenos, diversos contaminantes, sobre todo atmosféricos, tanto industriales como urbanos. A si como tabaquismo pasivo, además de otros factores como pelo de animales, alergenos, alergia a ácaros y factores alimentarios. 4

Entre los factores precipitantes que existen destacan los siguientes:

- Aeroalergenos: pelo de caballo, pasto, ambrosía (planta que produce grandes cantidades de polen), alternaria (tipo de hongo). ⁽⁵⁾
- Un número limitado de alimentos, son responsables, de la gran mayoría de las reacciones alérgicas: leche huevo, cacahuete, y nueces en niños, mientras que en los adolescentes se incluyen pescados y mariscos. Los niños con alteraciones atópicas presentan una alta prevalencia de alergia que varía con las prácticas alimenticias de las diferentes poblaciones, en anglosajones se identifican cinco alergenos: huevo, cacahuete, leche, mostaza, bacalao, aunque también pueden ser; el trigo, la nuez, soya, carne de res y camarón. ⁶
- Factores ambientales. El incremento de los alergenos en espacios interiores y exteriores constituye un factor de riesgo para aparición de atopia y para el incremento de la gravedad de este, especialmente cuando hay susceptibilidad genética.

Influencia dietética. En cuanto a la etapa postnatal se sabe que la lactancia materna es el mejor alimento en la vida temprana y no hay duda del papel que juega tanto a nivel nutricional como en la defensa del huésped. La leche humana estimula la maduración del sistema inmune y confiere protección contra infecciones. Hasta la fecha no está indicada una dieta de restricción para la madre durante el embarazo o la lactancia de forma preventiva, por el contrario se sugiere una dieta rica en frutas y verduras. Además la lactancia materna se asocia con menor incidencia de enfermedades alérgicas. ⁷

Cuadro clínico de la dermatitis atópica.

La distribución de las lesiones tiene relación con la edad, afecta a más del 10% de los niños y se manifiesta a partir de los seis meses de vida hasta la edad adulta. En los niños afecta el cráneo, la cara, el cuello y las superficies extensoras de las extremidades; en los adolescentes las regiones lineales y flexoras. En el adulto la dermatitis atópica se localiza, en un principio en los dedos, los párpados, los pezones, los labios, la cabeza y el tórax.

En aproximadamente 90% de los pacientes con dermatitis atópica los síntomas sobrevienen en los primeros cinco años de la vida. En la pubertad y en la vida adulta se debe sospechar la existencia de otras enfermedades agregadas (rinitis alérgica o asma, en el 80 al 90% de los casos).

Diagnóstico.

El diagnóstico de la dermatitis atópica es clínico; sin embargo, las lesiones cutáneas varían ampliamente por lo que se han establecido criterios para su diagnóstico que se dividen en mayores y menores.

Criterios mayores

1. Prurito
2. Topografía y morfología típicas
3. Dermatitis crónica y recurrente
4. Historia personal o familiar de atopia

Criterios menores

1. Xerosis
2. Pruebas cutáneas positivas
3. IgE sérica elevada
4. Inicio en edad temprana
5. Tendencia a infecciones cutáneas
6. Dermatitis de las manos y de los pies
7. Eccema del pezón
8. Conjuntivitis
9. Pliegue de Dennie Morgan
10. Queratocono
11. Catarata subcapsular anterior
12. Oscurecimiento orbital
13. Eritema o palidez facial
14. Pitiriasis alba
15. Pliegues anteriores del cuello
16. Prurito en la sudación
17. Intolerancia a la lana, detergentes
18. Queratosis pilar
19. Alergia a los alimentos
20. Curso influido por factores ambientales
21. Dermografismo blanco

Varios autores han considerado que son necesarios tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores para el diagnóstico. Sin embargo, la presencia de los criterios mayores establece el diagnóstico clínico de dermatitis atópica.

Criterios mayores

1. Prurito. Es una sensación desagradable de la piel que provoca una respuesta motora de rascado. Este puede ser constante, de intensidad variable y generalmente cursa en brotes, provocando lesiones traumáticas secundarias. Se ha relacionado con liberación de mediadores inflamatorios como histamina, proteasas, interleucinas, etc.

2. Historia personal o familiar de atopia. Es la existencia de una enfermedad atópica (asma, rinitis alérgica, alergia a alimentos y de la misma dermatitis atópica) en la familia directa o en el mismo paciente. Hasta en un 70% de los casos pueden existir antecedentes familiares de atopia, lo cual se correlaciona con el aumento de niveles de IgE hasta en un 80% de los pacientes.

3. Topografía y morfología típicas. La topografía de las lesiones varía con la edad del paciente. Clásicamente en lactantes predomina en la cara; en preescolares tiende a afectar además el cuello; en escolares se extiende a las superficies flexoras y en los adolescentes muestra un franco predominio por superficies flexoras. Sin embargo, es importante considerar que la distribución de las lesiones puede afectar a cualquier segmento y a cualquier edad con extensión variable. La morfología de las lesiones de dermatitis atópica va desde eritema, descamación, escoriaciones, hasta pápulas con tendencia a confluir, eccema, costras serohemáticas, liquenificación, hiper e hipopigmentación residual.

4. Dermatitis crónica y recurrente. La dermatitis atópica se caracteriza por su evolución crónica que cursa con exacerbaciones y remisiones. De acuerdo a la morfología de las lesiones se consideran tres fases:

- a) Aguda: es la presencia de eccema caracterizado por eritema, vesículas, costras meliséricas y exudado.
- b) Subaguda: Se caracteriza por placas eritematopapulosas con descamación.
- c) Crónica: Cursa con liquenificación y costras hemáticas.

Criterios menores

1. Xerosis. Se reconoce por la piel seca, no inflamada, con descamación fina y es el signo más común. Persiste durante toda la vida, con variaciones estacionales.
2. Pruebas cutáneas positivas. Los pacientes con dermatitis atópica tienen respuestas positivas a diferentes alérgenos, hasta en un 85% en pruebas cutáneas.
3. IgE sérica elevada. Las alteraciones frecuentes en pacientes con atopia, son una respuesta IgE específica incrementada a alérgenos comunes.
4. Inicio en edad temprana. Puede afectar a cualquier edad, en un gran porcentaje generalmente se inicia después del primer mes y antes de los cinco años.
5. Tendencia a infecciones cutáneas. Los pacientes tienen susceptibilidad aumentada a infecciones por los mecanismos inmunológicos descritos.
6. Dermatitis de las manos y de los pies. La presencia de manifestaciones en palmas y plantas (hiperlinealidad, descamación, vesículas, ampollas o las dos) se encuentra en 70% de los casos.
7. Eccema del pezón. Es una manifestación común de dermatitis atópica a partir de la adolescencia (3a 20%), caracterizada por piel seca, dura, hiperpigmentación, eccema y aumento de la sensibilidad.
8. Conjuntivitis. Se presenta de un 8 a 23% de los casos, especialmente los de evolución crónica.
9. Pliegues de Dennie-Morgan. Son pliegues prominentes en párpados inferiores, simétricos que se observan en 60 a 100% de los pacientes atópicos. Hay variaciones étnicas.
10. Queratocono. La deformidad cónica de la córnea es rara. Su presencia en pacientes con dermatitis atópica es diez veces mayor que en la población general. Se ha relacionado con la fricción constante de los párpados.
11. Catarata subcapsular anterior. Se presenta entre 3 y 10% de los pacientes, con una mayor frecuencia de los 15 a los 25 años de edad; generalmente es bilateral.
12. Oscurecimiento orbital. Es la presencia de hiperpigmentación periorbitaria, que afecta a casi el 100% de los pacientes.
13. Eritema con palidez facial. El contraste del eritema en mejillas con la palidez central es característico en estos pacientes, particularmente en lactantes.

14. Pityriasis alba. Es la presencia de manchas hipocrómicas con descamación fina; se presenta en 30 a 40% de los pacientes.

15. Pliegues anteriores del cuello. La acentuación de pliegues en cuello anterior en etapas tempranas de la vida, puede ser un marcador clínico.

16. Prurito por la sudación. La sudación en estos pacientes desencadena prurito, que se convierte en factor exacerbante.

17. Intolerancia a la lana o disolventes de lípidos. Son factores irritantes que contribuyen al aumento del prurito.

18. Queratosis pilar. La acentuación de hiperqueratosis folicular en áreas habituales (brazos, muslos y glúteos) y su presencia en áreas no habituales es un signo de la dermatitis atópica.

19. Intolerancia a alimentos. La sensibilización a alimentos (Huevo, proteínas de la leche de vaca, soya, cacahuete, pescado, trigo) en los primeros 12 meses de la vida es un predictor del desarrollo de enfermedades atópicas.

20. Curso influido por factores ambientales. Se debe a cambios de temperatura y humedad del ambiente y sensibilización a proteínas de animales domésticos, pólenes, ácaros del polvo casero y hongos.

21. Dermografismo blanco. Normalmente la producción de una línea en la piel con un objeto como produce eritema; en el paciente con dermatitis atópica se produce blanqueamiento en lugar de eritema. ^{1,8}

Diagnóstico diferencial

Son numerosas las patologías que deben considerarse en el diagnóstico diferencial según la forma clínica que se presenta.

Dermatitis seborreica. De inicio más temprano, entre dos semanas a seis meses, distribución en la zona del pañal, zona centrofacial, cuero cabelludo, cuello y axilas. Se caracteriza por lesiones eritematoescamosas. Sin prurito. En niños puede curar o mejorar sin tratamiento.

Dermatitis por contacto. Es más frecuente en adultos y las manos son el área del cuerpo afectada en la mayoría de los casos, pero puede presentarse en cualquier porción de la piel que entre en contacto con una sustancia irritante. Se distinguen dos formas principales:

La dermatitis de contacto primaria o irritativa que aparece como resultado de la exposición primaria a una sustancia tóxica o irritante, y la forma alérgica cuyo mecanismo es de tipo inmunológico, las cuales, a su vez pueden ser agudas o crónicas. Los cambios iniciales consisten en eritema, inflamación, edema y vesículas de diverso tamaño, costra. La fase crónica se presenta con eritema, engrosamiento, descamación de la piel, vesículas, liquenificación y fisuras. Mejora al evitar el factor desencadenante.

Liquen simple crónico. Lesión cutánea autoinducida, la cual se presenta en un área localizada, por lo general asimétrica, de piel liquenificada. Es más frecuente en adolescentes de sexo femenino. Su localización generalmente es la nuca, muñeca, tobillo y parte inferior de las piernas.

Escabiasis. Su origen es la infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Se transmite por contacto físico próximo. Afecta a la espalda, palmas, plantas, que son áreas no afectadas en la dermatitis atópica, se presenta prurito que es de predominio nocturno y puede comprometer a otros miembros de la familia. Su diagnóstico es clínico, o al demostrar el ácaro y/o huevos en el raspado de las vesículas.

Miliaria. Se debe al bloqueo de los conductos de las glándulas sudoríparas. La forma cristalina consiste en vesículas pequeñas y claras, sin eritema, localizadas en cabeza, cuello y tronco del recién nacido. La forma rubra se observa tras una sudoración profusa en los recién nacidos en forma de pequeñas papulovesículas rodeadas de eritema de preferencia localizada en pliegues de flexión.

Dermatitis plantar juvenil. Enfermedad frecuente que afecta los pies de los escolares. Es usualmente secundaria a la acción de productos utilizados para lustrar el cuero, pegamentos o solventes empleados en la manufactura del calzado. Se localiza en la parte anterior de la cara plantar de los pies que adquieren un aspecto vidrioso con piel seca ligeramente descamativa, a menudo con fisuras dolorosas. Hay una alta incidencia de atopia en estos niños o en sus familiares.

Psoriasis. Es una de las enfermedades más difíciles de manejar, de causa desconocida, sin disponibilidad de alternativa terapéutica de tipo curativo. Tiene una definida predisposición genética. Consiste en una alteración del proceso de queratinización, debido a un incremento en la tasa de proliferación y recambio de la epidermis.

Eczema numular. Su causa es múltiple: factores alérgicos, infecciones bacterianas y determinantes genéticos. Es más frecuente en individuos de sexo masculino y más común entre la quinta y séptima década de la vida. Muestra un curso clínico recurrente y se caracteriza por áreas eritematosas, de bordes definidos y en forma de moneda, cubiertas por pápulas, vesículas, escamas más o menos gruesas y costras. El prurito intenso es una manifestación característica.

Dermatitis herpetiforme. Se conoce también como enfermedad de Duhrin. Es crónica recurrente, simétrica, intensamente pruriginosa, con presencia de papulovesículas que predomina en superficies extensoras y los glúteos. Se asocia a enteropatía sensible al gluten en el 60-75% de los casos.

Ictiosis. Son desórdenes de la queratinización, que comprenden un grupo grande y heterogéneo de afecciones caracterizadas por presentar piel seca y escamosa. Las formas hereditarias suelen diagnosticarse antes de los cinco años de edad, si se adquiere a posteriori, debe sospecharse la posibilidad de una enfermedad subyacente, como malabsorción, cáncer o sida. De las ictiosis hereditarias, la ictiosis vulgar es la más frecuente y la más benigna.

Recomendaciones de manejo y tratamiento:

La dermatitis atópica es predominantemente un padecimiento de niños. Se explica a los padres del niño que con el tratamiento para la dermatitis atópica ésta no se cura, solo se controla; que existen remisiones y exacerbaciones espontáneas, y que el pronóstico de la enfermedad es bueno.

El niño con dermatitis atópica, por factores hereditarios, inmunológicos, metabólicos, ambientales, presenta una piel más seca y más irritable que los demás niños, acompañada de prurito, situación que tiende a normalizarse conforme el niño crece.

Las medidas generales están encaminadas a evitar que la piel del niño se reseque y se deshidrate. La piel de estos pacientes presentan niveles disminuidos de grasa y agua, y el uso de jabones empeora esta situación. Los baños deben ser cortos y a una temperatura ambiente.

El uso de aceites en el agua de la bañera o sobre la piel húmeda es recomendable. Sobre la piel del niño atópico no debe aplicarse ningún tipo de cosméticos como talcos, lociones, colonias o perfumes.

En general el niño con dermatitis atópica debe usar ropas holgadas que le permitan adecuada ventilación corporal, debe ser de algodón, nunca de lana o de fibras artificiales.

En casos severos en los que la tensión y ansiedad son factores agravantes, se requieren cambios de medio ambiente, libres de contaminantes, y se debe evitar deportes rigurosos ya que la sudoración es un factor agravante.

De encontrarse implicado algún alimento importante en la dieta de un niño, como leche, huevo, fresas, cacahuate, deberá solicitarse la asesoría de un dietista para prevenir la desnutrición por dietas de eliminación. 9

El tipo de lactancia y los alimentos que reciben en el primer año de vida varían según las condiciones sociales, psicológicas, económicas y culturales. Se recomienda que el momento mas adecuado para iniciar la ablactación sea entre los 4 y 6 meses de edad en niños de término.

La administración de formulas elaboradas a partir de leche son satisfactorias para la mayoría de los niños que nos son alimentados al seno materno. Sin embargo hay algunos niños que podrían manifestar intolerancia o reacciones alérgicas a las proteínas de la leche de vaca. ¹⁰

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La carga de enfermedad asociada con la dermatitis atópica es considerable, y está demostrado que afecta la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Al ser una enfermedad de la piel con lesiones importantes en áreas expuestas como la cara, cuello y antebrazos, suele afectar la autoestima de los pacientes.

Así mismo por el prurito tan intenso que se presenta en los pacientes con dermatitis atópica, algunos tienen dificultad para dormir, alterando la dinámica personal y de la familia cuando el padre, la madre ó ambos tienen que trabajar.

Por otro lado también se ve afectada la economía de la familia al tener que utilizar tratamientos costosos y por largo plazo, sin observar una mejoría significativa de los signos y síntomas de la enfermedad.

Planteamiento del problema.

¿Conocer la prevalencia de dermatitis atópica y factores de riesgo, en la Unidad de Medicina Familiar No. 88 de Ramos Arizpe?

1.3 JUSTIFICACION

A nivel de la consulta externa la dermatitis atópica, es un padecimiento que el médico familiar identifica frecuentemente, y que el diagnóstico temprano permite establecer un tratamiento adecuado. En algunos casos los padres llevan consultando a sus hijos de un médico a otro, en algunas ocasiones por falta de explicación de la enfermedad y otras veces por un diagnóstico equivocado.

Por su frecuente presentación de la dermatitis atópica en la consulta del médico familiar, se observa la importancia de conocer los diferentes factores predisponentes y desencadenantes que en un momento dado influyen en el curso clínico de la enfermedad.

Permitirá conocer la prevalencia de la dermatitis atópica y establecer la relación de los diferentes factores de riesgo en su presentación.

Por ser un padecimiento que se presenta en los primeros años de la vida, etapa muy importante en el desarrollo de los infantes, el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, beneficiará tanto al paciente como a la familia.

Por lo tanto se debe solicitar al médico familiar a que realice el diagnóstico de dermatitis atópica, clínicamente y además que lo confirme y respalde con estudios de laboratorio y pruebas cutáneas disponibles, apoyándose en los servicios de alergología y dermatología. Para que el manejo de la dermatitis atópica sea integral y esté encaminado a prevenir complicaciones mayores y un mejor control de los pacientes.

No se cuenta con información respecto a la prevalencia y factores de riesgo de dermatitis atópica en la Unidad de Medicina Familiar No.88.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

- 1.4.1.1 Determinar prevalencia y factores de riesgo asociados a dermatitis atópica en la Unidad de Medicina Familiar No. 88 de la Ciudad de Ramos Arizpe.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.4.2.1 Conocer la relación y porcentajes en base a los antecedentes familiares de atopia con la presentación de la dermatitis atópica.
- 1.4.2.2 Identificar factores de riesgo más comunes en la presentación de la dermatitis atópica.
- 1.4.2.3 Identificar factores exacerbantes de Dermatitis atópica.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no comparativo y retrospectivo.

2.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, ambos sexos que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la UMF No .88 de Ramos Arizpe Coahuila. Durante el periodo comprendido entre 1º de enero al 31 diciembre del 2004.

2.3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

No aleatorizada.

2.4.- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACIÓN.

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes ambos sexos.
- Atendidos en la consulta externa de medicina familiar de la UMF no. 88
- Con diagnóstico de dermatitis atópica.
- Durante el periodo del 1º de enero al 31 de diciembre del 2004.

2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica que estén fuera del período de estudio.
- Pacientes que tengan diagnóstico de algún otro tipo de dermatitis.

2.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no fueron localizados para aplicarles la encuesta.
- Pacientes que no aceptaron entrar en la investigación.
- Pacientes que nieguen tener o haber padecido la enfermedad.

2.5.- VARIABLES

2.5.1.1 NOMBRE DE LA VARIABLE

Dermatitis Atópica

2.5.1.2 TIPO DE VARIABLE

Dependiente Cualitativa

2.5.1.3 DEFINICION DE LA VARIABLE

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante de la piel la cual se caracteriza por lesiones cutáneas con morfología y distribución típicas; en su forma aguda se caracteriza por lesiones eritematosas, papulares o vesiculares, y en su forma crónica se caracteriza por áreas de liquenificación, además de que los pacientes presentan piel seca, prurito intenso e historia personal o familiar de atopia.

2.5.1.4 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Se buscan listados en archivo clínico de los diagnósticos comprendidos en el periodo de estudio y se seleccionaron todos aquellos que tenían diagnóstico de dermatitis atópica. En la visita domiciliar se confirma el diagnóstico consignado y se incluye o excluye del estudio según respuesta del paciente en la confirmación diagnóstica, al interrogarle sobre su padecimiento.

2.5.1.5 ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE

Nominal

2.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Antecedentes familiares de asma, conjuntivitis, dermatitis atópica, rinitis.	Independiente cualitativa	Son todos aquellos antecedentes de familiares directos consanguíneos que presenten diagnósticos de enfermedades atópicas.	En la encuesta se preguntará si alguien de los familiares cuenta con antecedentes de enfermedades atópicas tales como asma, conjuntivitis, dermatitis atópica, rinitis, y se anotara SI, NO o Desconoce, según lo refiera el paciente o persona encuestada.	Nominal
Quien de los familiares padece enfermedades atópicas.	Independiente cualitativa	Antecedentes de familiares en línea directa que tengan un diagnóstico de enfermedades atópicas.	Se interrogara quien de los familiares tiene un diagnóstico de asma, conjuntivitis, dermatitis atópica y rinitis y se anotara según lo refiera el paciente como Padre, Madre, Ambos, Hermanos, Otros.	Nominal
Edad de presentación de la dermatitis atópica.	Independiente cuantitativa	Es la edad en la que se presenta el primer cuadro de datos clínicos de dermatitis atópica	Se interrogará al paciente la edad a la que presento por primera vez datos sugestivos de la dermatitis atópica y se anotara la edad en meses cumplidos en menores de 1 año, y en años cumplidos en mayores según lo refiera el paciente.	Razón o Proporción
Asistencia a guardería	Independiente cualitativa	Pacientes menores de edad preescolar que están inscritos al régimen de guarderías	Se interrogará si el paciente preescolar esta inscrito a alguna guardería y asiste regularmente a ella y se anotara SI o NO según lo refiera el paciente o familiar.	Nominal
Tipo de alimentación	Independiente cualitativa	Principal alimentación del paciente los primeros tres meses de vida.	Se interrogara al paciente o persona encuestada si fue alimentado con seno materno durante los primeros tres meses de vida y se anotará al número que corresponda según lo refiera la paciente o responda: 1) Lactancia materna 2) Formula 3) Mixta	Nominal

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Ablactación	Independiente cuantitativa	Momento en el cual se ofrecen al niño alimentos diferentes a la leche humana o industrializada.	Se interrogará al paciente o persona encuestada a que mes inicio su alimentación con alimentos diferentes a la leche y se anotara en meses según lo refiera la persona encuestada.	Razón o proporción
Alimentos que exacerban la dermatitis	Independiente cualitativa	Es la identificación de algún tipo de alimento que produzca agudización, reactivación o exacerbación del cuadro de dermatitis.	Se interrogará si se ha identificado algún alimento que exacerba la dermatitis, y se marcara del listado de alimentos, que aparezca en la encuesta como SI o NO según lo refiera el paciente.	Nominal
Exacerbación con la exposición al sol	Independiente cualitativa	Presentación de agudización, reactivación o exacerbación del cuadro de la dermatitis a la exposición a rayos solares.	Se interrogará al paciente si ha identificado que se exacerba el cuadro de la dermatitis cuando se expone al sol y se anotará el número correspondiente a la opción que refiera el paciente. 1)Si 2) No 3) Ocasionalmente	Nominal
Exacerbación de dermatitis al contacto con tierra o polvo	Independiente cualitativa	Exacerbación, agudización o reactivación del cuadro de dermatitis al contacto con tierra o polvo.	Se interrogará la paciente si ha identificado exacerbación del cuadro de dermatitis al estar en contacto con polvo o tierra y se anotará 1) Si, 2) No 3) Ocasionalmente.	Nominal
Convivencia con animales	Independiente cualitativa	Es la convivencia en el interior o exterior de la vivienda con alguna especie animal.	Se interrogará al paciente si convive en su domicilio con animales específicamente Gatos, perros, aves, conejos, u otros y se anotara 1) Si 2) No Según lo refiera el paciente.	Nominal
Exposición a plantas en la vivienda	Independiente cualitativa	Es la convivencia intradomiciliaria con plantas naturales.	Se interrogará al paciente si tiene plantas naturales en el interior de la vivienda, y se anotara 1) Si 2) No según lo refiera el paciente.	Nominal
Tabaquismo pasivo	Independiente cualitativa	Es la exposición en forma pasiva a la inhalación de humo de tabaco.	Se interrogará al paciente o a la persona encuestada si en su casa hay personas que fumen y se anotara 1) Si 2) No según lo refiera el encuestado	Nominal

NOBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Exacerbación de la dermatitis con factores psicológicos	Independiente cualitativa	Es la agudización, exacerbación o reactivación del cuadro de dermatitis atópica ocasionado por factores psicológicos como ansiedad, depresión, estrés.	Se interrogará al paciente o persona entrevistada si ha identificado que el cuadro de dermatitis se exagera cuando se encuentra en un estado psicológico de depresión, angustia, ansiedad, estrés, o preocupación y se anotará 1) Si 2) No según lo refiere la persona encuestada.	Nominal.

2.6.- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se visitaron los domicilios de pacientes con dermatitis atópica y con la ayuda de dos encuestadores previamente capacitados se aplicaron las encuestas, donde se documentó la siguiente información: nombre, sexo, edad, domicilio, número de afiliación, número de consultorio, y las preguntas que conforman la encuesta estructurada. (Anexo 1). La cual se aplicó en el mes de septiembre y octubre del 2005.

Se estructuró una base de datos en paquete estadístico EPI-INFO 6.0 y se analizó para determinar frecuencias simples, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión y probabilidad estadística con un nivel de confiabilidad del 95%.

2.7.- ASPECTOS ÉTICOS.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

De acuerdo con las consideraciones éticas, la declaración de Helsinki de 1975 constituye uno de los principales códigos éticos de la investigación biomédica con seres humanos. Investigación sin riesgo con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna manteniendo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Esta investigación clínica no implica riesgo de lesiones físicas o morales para los pacientes que participan en este estudio, contando con la aprobación del comité local de Investigación en salud del hospital General de Zona No. 2, por lo que puede ser llevado a cabo este estudio.

Haciendo del conocimiento de los pacientes que una vez que se les haya aplicado la encuesta estructurada de Dermatitis atópica, se les informara a sus médicos familiares sobre los resultados de la misma para su seguimiento oportuno.

2.8.- RECURSOS.

RECURSOS MATERIALES y FISICOS.

- Departamento de archivo clínico. Búsqueda de expedientes
- Departamento de atención materno infantil
- Departamento de medicina preventiva
- Administración de la unidad de medicina familiar
- Departamento de ecología del municipio
- 100 copias tamaño carta para elaborar las encuestas.
- Gastos del vehículo para visitar domicilios para aplicar las encuestas.
- Investigador
- 2 encuestadores capacitados

RECURSOS FINANCIEROS

Financiados por el investigador

2.9 CALENDARIO DE ACTIVIDADES.

Numero	Actividades	Julio	Agosto	Sep	Oct	Nov	Tiempo
1	Pregunta inicial	X					
2	Recopilación bibliográfica	X					
3	Diseño del marco teórico	X					
4	Planteamiento del problema	X					
5	Justificación	X					
6	Planteamiento de objetivos	X					
7	Metodología	X	X				
8	Aplicación de encuesta			X	X		
9	Captura en base de datos				X		
10	Análisis de datos				X	X	
11	Resultados					X	
12	Discusión					X	
13	Conclusiones					X	
14	Redacción del reporte final					X	
15	Mecanografía del trabajo					X	
16	Impresión y presentación					X	

Fecha: Junio a Diciembre de 2005.

3. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 77 pacientes con diagnóstico, de Dermatitis Atópica a quienes se les aplicó la encuesta del formato de recopilación de información. Se encontraron un total de 38 (49.35%) fueron del sexo masculino y 39 (50.64%) de sexo femenino.

(Grafica 1).

La prevalencia global encontrada fue del 0.34%; el análisis estratificado por edad demostró una prevalencia en menores de 5 años de 1.12%, en el grupo de 6 a 14 años de edad de 0.32% y de 15 años y más una prevalencia de 0.18%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p < 0.05$. (Cuadro 1)

El promedio de edad encontrado fue de 13.70 años con una DE de 14.84 y un rango de 1 a 59 años.

La edad promedio en la presentación de la dermatitis atópica fue de 8.05 años con una DE de 12.16 y un rango de 1 – 54 años.

En Ablactación se encontró una edad promedio de 4.49 meses con una DE 1.31 y un rango de 2 a 6 meses. (Cuadro 2)

Con antecedentes familiares de enfermedades atópicas un total de 38 pacientes que corresponden al 49%, de los cuales tuvieron antecedente familiar de Asma 8 pacientes que corresponde a un 10.4%. Conjuntivitis 6 pacientes (7.8%), Dermatitis atópica 16 pacientes (20.8%), Rinitis 8 pacientes (10.4%). (Cuadro 3)

De los pacientes que presentaron antecedentes familiares de Asma el familiar referido fue el Padre 3 pacientes (37.5%), La madre 2 pacientes 25% y otros 3 pacientes (37.5%).

En lo que respecta al antecedente familiar de conjuntivitis el familiar referido fue en el padre 2 pacientes, en la madre 2 pacientes, y en 2 hermanos que corresponde al (33.3%) respectivamente.

El antecedente familiar de dermatitis atópica fue referido en el padre 4 pacientes (25%) Madre 6 pacientes (37.5%), ambos 2 pacientes que corresponden al 12.5%, en hermanos y otros 2 pacientes respectivamente que corresponde al 12.5%.

El antecedente familiar de Rinitis fue referido en Padre y Madre 2 pacientes respectivamente que corresponde al 25%, en Hermanos 3 pacientes que corresponde al 37.5% y en otros 1 paciente (12.5%).

De los pacientes menores de 5 años que se interrogó su asistencia a guardería fue referida por 4 pacientes (5.3%).

El tipo de alimentación durante los primeros 3 meses de vida fue Lactancia materna 29 pacientes (43.3%), fórmula 3 pacientes (4.5%) y 24 con alimentación mixta que corresponde al 31.16%. (Cuadro 4)

En lo que se refiere a los alimentos que exacerban la dermatitis se encontró; leche 1 paciente (1.3%), Huevo 10 pacientes (13%) en lo que respecta a cereal de trigo, cereal de soya, avena, nueces y cítricos ningún paciente refirió exacerbación de sintomatología.

Cacahuates 2 pacientes (2.6%), Pescado y camarón 12 pacientes (15.6%). (Cuadro 5)

En lo que respecta a la convivencia con animales se encontró que convivían con gatos 11 pacientes (14.3%), perros 48 pacientes (62.3%), aves 23 pacientes (29.9%) y conejos 1 paciente (1.3%), con Otros animales 3 pacientes (3.9%). (Cuadro 6)

La exposición al sol fue referida como causa de exacerbación de sintomatología en 59 pacientes (76.6%), y la exposición al polvo y tierra en 64 pacientes (83.1%).

La convivencia con plantas intradomiciliarias la refirieron 53 pacientes (68.8%). El tabaquismo pasivo al convivir con personas fumadoras fue referido por 32 pacientes (41.6%).

Los factores psicológicos como exacerbantes de sintomatología de la dermatitis fue referida por 38 pacientes (49.4%). (Cuadro 7)

Se realizó análisis estadístico mediante comparación de los diferentes factores de riesgo estudiados por sexo no encontrado diferencias estadísticamente significativas $p > 0.05$. Por esa razón nos referimos en el análisis de frecuencias de presentación de cada uno de los factores en forma general (ambos sexos).

Se realizó un análisis estratificado para cuantificar la frecuencia de presentación en la exacerbación de la sintomatología a la exposición de diversos factores estudiados con respecto a la edad; se encontró que la sintomatología se exagera más frecuentemente al exponerse a factores psicológicos en pacientes mayores de 16 años con una razón de prevalencias de 1.68 y un valor de $p = 0.02$.

Asimismo la edad de presentación de la dermatitis atópica se presentó en menores de 16 años, encontrando una razón de prevalencia de 5.14 con una $p = 0.002$

Cuando se estudio la exacerbación por ingesta de mariscos se encontró que pacientes mayores de 16 años la presentaron más frecuentemente con una razón de prevalencias de 2.91 con un valor de $p = 0.08$.

Al investigar el factor edad con la exacerbación a la exposición al sol o a la tierra y polvo no se lograron documentar diferencias estadísticamente significativas con valor de $p = 0.50$ y 0.63 respectivamente. (Cuadro 8)

3.1 TABLAS Y GRAFICAS

Figura 1. Distribución por sexo.

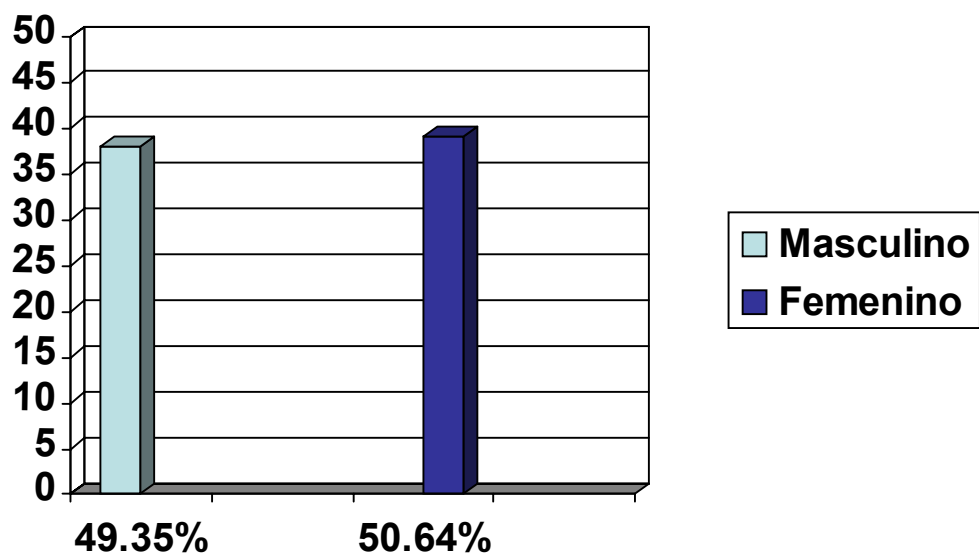


Figura 1.- Distribución por sexo.

**CUADRO 1
PREVALENCIAS DE DERMATITIS ATOPICA
POR EDAD**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	p
<5 AÑOS	35	1.12	
6-14 AÑOS	15	0.32	<0.05
15 Y MAS	27	0.18	

**CUADRO 2
PROMEDIO DE EDAD DE PRESENTACION DE VARIABLES ESTUDIADAS.**

VARIABLE	PROMEDIO	D. ESTANDAR	RANGO
EDAD DEL PACIENTE	13.70 años	14.84 años	1-59 años
EDAD DE PRESENTACION DE LA DERMATITIS	8.05 años	12.16 años	1-54 años
ABLACTACION	4.49 meses	1.31 meses	2-6 meses

**CUADRO 3
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA.**

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
DERMATITIS ATOPICA	16	20.8%
ASMA	8	10.4%
RINITIS	8	10.4%
CONJUNTIVITIS	6	7.8%
TOTAL	38	49%

**CUADRO 4
ALIMENTACION DURANTE LOS PRIMEROS 3 MESES DE VIDA.**

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
LACTANCIA MATERNA	29	43.3%
FORMULA	3	4.5%
MIXTA	24	31.1%

**CUADRO 5
ALIMENTOS QUE EXACERBAN LA DERMATITIS**

ALIMENTO	NUMERO	PORCENTAJE
PESCADO Y CAMARON	12	15.6%
HUEVO	10	13%
CACAHUATES	2	2.6%
LECHE	1	1.3%
TRIGO, SOYA, AVENA, NUEZ Y CITRICOS	0	0%

**CUADRO 6
CONVIVENCIA CON ANIMALES**

ANIMAL	NUMERO	PORCENTAJE
PERROS	48	62.3%
AVES	23	29.9%
GATOS	11	14.3%
OTROS	3	3.9%
CONEJO	1	1.3%

**CUADRO 7
FRECUENCIAS SIMPLES DE VARIABLES ESTUDIADAS**

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
EXPOSICION AL SOL	59	76.6%
POLVO Y TIERRA	64	83.1%
PLANTAS INTRADOMICILIARIAS	53	68.8%
TABAQUISMO PASIVO	32	41.6%
FACTORES PSICOLOGICOS	38	49.4%

CUADRO 8
RIESGOS CUANTIFICADOS CON RAZON DE PREVALENCIAS DE DIVERSAS
VARIABLES.

VARIABLE	RP	P
FACTORES PSICOLOGICOS > 16 AÑOS	1.68	0.02
EDAD DE DIAGNOSTICO<16 AÑOS PROBABLE INICIO ANTES DEL AÑO DE EDAD	5.14	0.002
INGESTA DE MARISCOS> 16 AÑOS	2.91	0.08
EXPOSICION AL SOL	–	0.50
POLVO O TIERRA	–	0.63

4. DISCUSION

En base a los resultados no se encontró predominio en la presentación de dermatitis atópica en cuanto a género, concordando con lo referido por Baeza Bacab M. ¹

El rango de prevalencia de la dermatitis atópica reportado ha tenido un incremento importante en los últimos años, se señala una prevalencia de 5 a 20% en pacientes de 6 a 14 años en el estudio ISAAC. (International Study of Asthma and allergies in Childhood). ⁴

En México, no hay datos epidemiológicos a nivel nacional sobre prevalencia de dermatitis atópica. En Cuernavaca se indica una prevalencia del 16% en niños. La prevalencia es mayor en ciudades industrializadas dato reportado en el estudio de Baeza Bacab M.

En este estudio la prevalencia global encontrada fue del 0.34%, muy baja ya que se esperaba que fuera mayor debido a que la ciudad donde se efectuó el estudio es una ciudad industrializada. Sin embargo la prevalencia de dermatitis atópica encontrada en el análisis estratificado por edad demostró una prevalencia en menores de 5 años del 1.12%; en el grupo de 6 a 14 años de edad del 0.32% y en el grupo e 15 y mas años una prevalencia del 0.18%.

La edad de presentación de la dermatitis atópica se reporta hasta en un 60% de los casos los primeros 2 a 3 meses de vida, y en un 90% antes de los 5 años de edad. Baeza Bacab M y cols. ¹

En el estudio realizado la edad de presentación de la dermatitis atópica fue en el menor de 1 año de 27.7%, y en el de 1 a 5 años del 36.36%. En este estudio la edad promedio referida en la presentación de la dermatitis fue de 8.05 años con un rango de 1- 54 años.

Encontrando que cuando la edad de presentación es en el grupo de menores de 16 años, es probable que la edad de inicio haya sido antes del año de edad.

El antecedente de enfermedades atópicas en el paciente con dermatitis se menciona desde un 50 hasta un 70%, cifras reportadas en el estudio de Galindo Soto EF. ² El porcentaje obtenido en este estudio en relación a los antecedentes familiares de enfermedades atópicas fue del 49% muy similar a lo que se reporta.

En cuanto a la edad de inicio de la ablactación no se presentaron diferencias ya que se encontró una edad promedio de 4.49 meses, y la edad que se recomienda es de 4 a 6 meses. Treviño Martínez G. ¹⁰

La alimentación recibida durante el primer año de vida es, fundamental y los pacientes a los que se dio lactancia materna, se asocia con menor incidencia de enfermedades alérgicas como lo reporta Del Río Navarro B. ⁷ En este estudio encontramos que un 43% de los pacientes recibieron lactancia materna, y un 31.16% lactancia mixta.

De los factores que exacerban la dermatitis en lo que se refiere a alimentos, se sabe que algunos son responsables de reacciones alérgicas en niños; como son la leche, el huevo, cacahuate y las nueces y en adolescentes el pescado y los mariscos. ⁶ Los datos que se obtuvieron en este estudio son los siguientes; la exacerbación por ingesta de huevo se presentó en un 13%, al pescado y camarón en un 15.6%, y en el resto de los alimentos como son el cereal de trigo, cereal de soya, nueces y cítricos no hubo exacerbación de la dermatitis.

Fernando Maroralas, Medina Segura E. describen el pelo de animales, ácaros y algunos tipos de plantas como exacerbantes de la dermatitis atópica. ^{4,5} En el estudio se señala que un 62.3% convive con el perro, un 29.9 con Aves y un 14.3 con gatos, aunque no se preguntó intencionadamente en la encuesta como exacerbante de la dermatitis y solo se preguntó la convivencia en el domicilio con mascotas

En la dermatitis atópica existe una respuesta alterada al frío y al calor, que se manifiesta con la exacerbación del cuadro clínico. Galindo Soto EF. ² En este estudio la exposición al sol fue referida como causa de exacerbación de la sintomatología hasta en un 76% y la exposición al polvo y tierra en un 83.1%.

Como factor de riesgo para enfermedades atópicas Fernández Maroralas.⁴ Señala la contaminación ambiental, industrial y urbana, así como el tabaquismo pasivo. En este estudio se reporta en el total de pacientes estudiados un 41.6% que se encuentran conviviendo con personas fumadoras, por lo que consideramos como factor de riesgo importante para la exacerbación.

Mucho tienen que ver los factores psicológicos implicados como exacerbantes de la dermatitis atópica ya que se encontró que un 49.4% presentó cuadro de exacerbación por los mismos. Así mismo se ha encontrado que el estrés psicológico influye en la actividad de la dermatitis atópica como lo señala en su estudio Hernández Devia B. ^{2,3} La prevalencia global encontrada fue del 0.34%, se encontró una mayor prevalencia en menores de 5 años de edad la cual fue del 1.12%. ($p < 0.05$)

La edad promedio de presentación de dermatitis fue a los 8.05 años de edad.

De los factores de riesgo estudiados los más frecuentemente encontrados fueron: antecedentes familiares de enfermedades atópicas 49%, exacerbación de la dermatitis con la ingesta de pescado y camarón 15.6%, exacerbación de la dermatitis con la exposición al sol 76.6% y la exposición al polvo y tierra en el 83.1%, los factores psicológicos influyeron en un 49.4% de los pacientes.

Los factores que más frecuentemente influyeron en la exacerbación de la sintomatología en pacientes mayores de 16 años fueron los psicológicos y la ingesta de mariscos. $RP= 1.68$ y 2.91 respectivamente

El resto de los factores exacerbantes se presentó de la misma manera en todos los grupos de edad.

Si el diagnóstico de dermatitis se realizó antes de los 16 años más frecuentemente el inicio de la sintomatología fue antes del año de edad. ($p < 0.05$)

5. CONCLUSIONES

Se cumplió con los objetivos generales y específicos propuestos en el trabajo.

Se sugiere un estudio de seguimiento de los pacientes para poder valorar todos los factores de riesgo que puedan estar influyendo en la presentación y exacerbación de la dermatitis atópica.

Así mismo se sugiere una capacitación al personal médico dirigida a la identificación y el diagnóstico oportuno de la dermatitis atópica, así como referir al paciente a otras especialidades para su manejo integral, como lo es el servicio de Dermatología y el servicio de Inmunología y Alergología, para evitar la presentación de otras enfermedades atópicas que pudieran afectar la calidad de vida del paciente.

6. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Baeza BM, Beirana PA, Carvajal RL. Primer consenso sobre diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica. *Acta Pediatr Méx* 2002; 23 (6): 384- 95.
- 2.- Galindo SEF, Campos CA, Zamora SE. Incidencia de dermatitis atópica en la consulta externa de dermatología de la unidad de especialidades médicas. *Rev Sanid Milit Méx* 2003; 57 (6): 374- 380.
- 3.- Hernández DB, Campos FJ, Tirado SA. Dermatitis atópica y su relación con la personalidad materna. *Dermatología Rev Méx* 2004; 48 (4): 185-88.
- 4.- Fernández MMD, Martín CJM, García AM. prevalencia de la dermatitis atópica en escolares de Cartagena y su relación con el sexo y la contaminación. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60 (6): 555- 60.
- 5.- Medina SE, González DS, Aria CA. Características clínicas de la dermatitis atópica en un grupo de pacientes que acude al centro regional de alergia e inmunología clínica de Monterrey, México. *Rev Alergia Méx* 2004; 51 (2): 45-48.
- 6.- Ávila CL, Pérez LJ, Navarro B. Hipersensibilidad por prueba cutánea a alimentos en pacientes alérgicos en el hospital infantil de México Federico Gómez. *Rev Alergia Méx* 2002; 49 (3): 74-79.
- 7.- Del Río NB, Blandón VM, Escalante RJA. Importancia de la intervención temprana sobre los factores de riesgo para desarrollar enfermedades alérgicas en niños. *Bol Hosp Infant Méx* 2002; 59: 379- 388.
- 8.- Sosa VM, Orea SM, Flores SG. Nuevos conceptos en dermatitis atopica. *Rev Alergia Méx* 2001; 48 (1): 15-24.
- 9.- Vásquez LJA. Dermatitis atópica. *MEDUNAB*. 2002; 5 (14): 121-132.
- 10.- Treviño MG. Manual de pediatría. México: Mc Graw- Hill Interamericana, 2003: 144-51

ANEXOS

ANEXO 1.

ENCUESTA PARA PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

Familia _____ Fecha _____

Domicilio _____

Nombre del encuestado _____

No. de afiliación _____

Sexo del encuestado 1) Masculino 2) Femenino ()

Edad del encuestado _____

Antecedentes familiares de:

Asma	1) Si	2) No	3) Desconoce	()
Conjuntivitis	1) Si	2) No	3) Desconoce	()
Dermatitis atópica	1) Si	2) No	3) Desconoce	()
Rinitis	1) Si	2) No	3) Desconoce	()

En caso afirmativo. Quien

Asma	1) Padre	2) Madre	3) Ambos	4) Hermanos	5) Otros	()
Conjuntivitis	1) Padre	2) Madre	3) Ambos	4) Hermanos	5) Otros	()
Dermatitis atópica	1) Padre	2) Madre	3) Ambos	4) Hermanos	5) Otros	()
Rinitis	1) Padre	2) Madre	3) Ambos	4) Hermanos	5) Otros	()

A que edad presento la dermatitis atópica el paciente.

Asiste el paciente a guarderías situadas en el parque industrial.

1) Si 2) No ()

Principal alimentación del paciente los primeros 3 meses de vida.

1) Lactancia materna 2) formula 3) mixta ()

6 .Edad de inicio de ablactación.

1) dos meses 2) tres meses 3) cuatro meses 4) cinco meses
5) seis meses 6) mas de 6 meses ()

De los siguientes alimentos señale con cual relaciona que se reactiva la dermatitis:

Leche	1) Si	2) No	()
Huevo	1) Si	2) No	()
Cereal de trigo	1) Si	2) No	()
Cereal de avena	1) Si	2) No	()
Soya	1) Si	2) No	()
Cacahuete	1) Si	2) No	()
Nueces	1) Si	2) No	()
Pescado Camarón	1) Si	2) No	()

Ha notado que al exponerse al Sol, le aparecen las ronchas.

1) Si 2) no 3) ocasionalmente ()
Aparecen las ronchas cuando hay contacto con tierra o polvos.

1) Si 2) no 3) ocasionalmente ()

Convive con animales en la vivienda.

Gatos	1) Si	2) No	()
Perros	1) Si	2) No	()
Aves	1) Si	2) No	()
Conejos	1) Si	2) No	()
Otros	1) Si	2) No	()

Hay plantas dentro de la vivienda.

1) Si 2) no ()

Convive con personas que fuman dentro de la vivienda.

1) Si 2) no ()

Ha notado que cuando tiene problemas o preocupaciones le aparece la dermatitis.

1) Si 2) no ()