

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Protocolo de investigación titulado:

CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA TERAPÉUTICA EN DERMATITIS
ATÓPICA EN UNA UMF DEL IMSS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Dra. Gloria Patricia Linares Nava

Médico Residente del 3º año
Curso Especialización en Medicina Familiar
Matrícula: 98362512
Domicilio: Camino San Juan de Aragón 235
Colonia Casas Alemán
Teléfono: 57573289
Correo electrónico: goyiriluna hotmail.com

Investigador responsable

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Coordinador Clínico De Educación e Investigación en Salud UMF No. 94
Matrícula: 9765964
Camino Antiquo San Juan de Aragón 235
Colonia Casas Alemán
Teléfono: 57573289
Correo electrónico: Guillermo.arroyo@imss.gob.mx

Investigador asociado

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Matrícula: 99366361
Camino Antiquo San Juan de Aragón 235
Colonia Casas Alemán
Teléfono: 57573289

Lugar donde se realizará el estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 94 Camino San
Juan de Aragón no 235 Casas Alemán. CP 07580 GAM

AÑO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE GENERAL

1.- Introducción.....	3
2.- Marco teórico	3
3.- Antecedentes.....	12
4.- Planteamiento del problema.....	14
5.- Justificación.....	15
6.- Objetivos: General.....	16
Específicos.....	16
7.- Hipótesis.....	17
8.- Metodología del estudio	17
Diseños del estudio	17
Universo y población del estudio	17
Unidades de muestreo.....	17
Criterios de inclusión y no inclusión.....	18
Tipo de muestreo.....	18
Procedimiento para la integración de la muestra	18
Descripción del programa de trabajo	18
Análisis estadístico de la información.....	18
9. Cronograma de actividades.....	19
10. Recursos del estudio	20
11. Consideraciones éticas.....	20
12. Resultados	21
13. Bibliografía.....	25
14. Anexos.	27

INTRODUCCION

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, desempeña una amplia variedad de funciones en las que se incluye la protección contra agresiones externas (infecciones y traumatismos), termorregulación, impermeabilización, absorción de radiaciones ultravioleta, producción de vitamina D y detección de estímulos sensoriales. Cuando la piel sufre una enfermedad pierde todas o algunas de estas funciones.

La dermatitis atópica (DA) es un frecuente motivo de consulta en el primer nivel y en los servicios de urgencias. La historia natural de esta enfermedad tiene inicio generalmente en la infancia y se caracteriza por períodos de remisión y exacerbación. Puede presentarse una infección agregada que complica el cuadro, lo que deteriora la calidad de vida.

Esta enfermedad ha motivado múltiples investigaciones tanto por su frecuencia como por la complejidad de la etiopatogenia. Entre los años treinta y sesentas su origen se relaciono con componentes psicológicos; en los setentas se describe que este tipo de dermatitis está relacionado con anormalidades inmunológicas y alérgicas. Actualmente las investigaciones tratan de correlacionar lo multifactorial del padecimiento.

Por las cuestiones antes mencionas el diagnóstico y tratamiento con relativa frecuencia se realizan de manera tardía, lo que provoca la aparición de complicaciones, cronicidad y mala respuesta al tratamiento. Ante esta circunstancia los grupos de expertos han establecido criterios clínicos para el diagnóstico certero.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2009 integró un comité de expertos, los cuales a través de la evidencia clínica reciente, construyeron una Guía de Práctica Clínica con difusión masiva en los trabajadores de la salud del primer nivel. Por tal motivo es interés de esta investigación identificar su aplicabilidad en la práctica clínica.

MARCO TEORICO

La Dermatitis Atópica (DA) es un padecimiento inflamatorio crónico y recidivante, que se produce con mayor frecuencia en el lactante y en la infancia temprana, está asociada con anormalidades de la función de barrera de la piel y alteraciones en la

sensibilización a los alérgenos con morfología y topografía típicas, acompañado de piel seca y prurito intenso ^(1,2,6,13). Es un proceso inflamatorio multifactorial donde intervienen factores intrínsecos y extrínsecos. ⁽²⁾

La DA es una entidad descrita desde la antigüedad, reportada en 1981 por primera vez por Brocq y Jaquet denominándole “neurodermatitis diseminada y del sistema nervioso”; en 1892 Besnier le llama “prúrigo diatésico, eccematoide liquienoide” o “Prurigo de Besnier”; posteriormente otros investigadores le denominaron como “eccema del lactante o eccema endógeno”.

En 1923 Coca y Cooke sugieren el término de atopia que significa respuesta “fuera de lugar”; Hill y Sulzberger en 1933 le denominan Dermatitis atópica, término con el que se le conoce actualmente. ⁽¹⁾

Epidemiología.

La DA afecta a todas las razas predominando en la negra, ambos sexos con presentación cosmopolita y frecuente en zonas urbanas. Según diferentes casuísticas esta en el 5 al 15% de la población general y en un 12% de la consulta de dermatología pediátrica ⁽³⁾. La prevalencia tiende al aumento, aunque en nuestro país no se cuenta con datos epidemiológicos precisos. Predomina en niños y adolescentes, el 60% de los enfermos empieza en el transcurso del primer año de edad, y 85% en los primeros cinco años. ⁽⁴⁾

Es diagnosticada principalmente en la edad pediátrica, en Estados Unidos la prevalencia es del 10 al 12% con ligero predominio en mujeres. Persiste en la pubertad de un 10 a 15% y el desarrollo de asma en estos niños es del 10 al 20%. ⁽⁵⁾ La aparición secuencial de DA, rinitis alérgica y asma se conoce como marcha atópica, el tratamiento adecuado de la primera evitara la aparición de rinitis alérgica y asma y la gravedad de dermatosis incrementa el riesgo de presentar asma. ⁽⁴⁾

Las estadísticas extranjeras muestran que desde 1960 se triplico el incremento en la prevalencia ⁽¹⁾. En estudios recientes se encontró que en México afecta 16% de los escolares, la mayor parte de los casos 64% se presenta entre los 2 y 12 años de edad.

Etiopatogenia.

La DA es de etiología multifactorial, se asocia frecuentemente con antecedentes familiares y/o personales de atopia. Existen varias teorías que tratan de explicar su causa sin que ninguna lo pueda hacer totalmente: Genética, Inmunoalérgica, no inmunológica, psicógena y alteraciones en la barrera cutánea.

Genético. Suele ser familiar pero no se ha precisado el mecanismo de herencia. En pacientes atópicos, es decir, hipersensibilidad tipo 1 se han encontrado los antígenos de histocompatibilidad HL-A9, HL-A3, HL-B12, y HL-BW40, se registra una frecuencia de 40 a 70% con antecedentes familiares de dermatitis atópica u otras patologías como el Asma Bronquial y la Rinitis Alérgica. ⁽⁴⁾ La atopia está condicionada genéticamente y se precisa de factores ambientales para desarrollar el fenotipo atópico, sin embargo la prevalencia aumentada se debe a la mayor exposición a factores ambientales: alérgicos e inespecíficos ⁽⁶⁾.

En presencia de historia familiar de atopia positiva se encuentra un 44,44 % de sensibilización a los ácaros del polvo, considerado el alérgeno neumológico más importante en nuestro medio, en contraste al grupo con historia familiar de atopia negativa donde la sensibilización a dicho alérgeno fue del 21,42 % ($p < 0,04$) ⁽⁷⁾.

Inmunoalérgica. Las bases inmunológicas de esta enfermedad son muy complejas, en 80% de los casos hay cifras altas de inmunoglobulina E (IgE). Existe un desbalance en los niveles de citocinas que favorece la acción de las células linfocitarias cooperadoras (Th2) con producción de interleucinas 4 y 5 (IL-4 e IL5); en la fase aguda, la IL-4 además de aumentar la producción de la IgE, induce la expresión de sus receptores en las células presentadoras de antígenos de la piel afectada (células de Langerhans), favoreciendo la unión de los complejos IgE-antígeno haciendo más eficiente la presentación de estos complejos a los linfocitos T circulantes. Las células T activadas producen a su vez IL4 e IL5 ampliando así la respuesta inflamatoria. Bloquea además la producción de interferón gama y disminuye la inmunidad mediada por células ⁽⁸⁾.

La evolución de la dermatitis atópica con asma concomitante es una posibilidad por los factores fisiopatológicos que conlleva, ameritando el estudio de hiperreactividad y sensibilización a alérgenos en estos pacientes, para intentar prevenir los síntomas clínicos. ⁽⁹⁾

Existe diferente sensibilización entre los pacientes con DA según la presentación clínica respiratoria y la edad, con un claro predominio de sensibilización a alimentos en el grupo de menos de 2 años. ⁽¹⁰⁾

El componente inmunitario se relaciona con el estudio de la IgE, eosinofilia periférica, linfocitos T supresores, disminución de inmunoglobulina A (IgA) y mediante una serie

de pautas o hábitos de comportamiento o normas ambientales que inciden directamente sobre los individuos (alimentación, tabaquismo, polución).

En cuanto a factores alérgicos, los alimentos son más frecuentemente relacionados con la sensibilización cutánea, ya sea ingeridos ó al contacto directo con la piel. También son frecuentes los sensibilizantes cutáneos directos de muy diversos tipos: cremas lubricantes con antibióticos, algunos jabones y detergentes; materiales plásticos como el látex, nylon, la lycra ó el dacrón y metales como el níquel y el zinc utilizados como aleación en los botones de la ropa, extensibles y joyería de fantasía ó fina. ⁽¹¹⁾

Factores no inmunológicos

Existe una hipótesis que defienden algunos autores sobre el “exceso de higiene” del mundo industrializado y la gran variedad de alimentos que se consumen, así como las manipulaciones que éstos sufren antes de su consumo, lo cual dañaría la respuesta inflamatoria y los mecanismos de daño/reparación en distintos lugares de las mucosas. También se incluye en esta teoría el efecto que puede producir la polución de los coches o la exposición a distintas sustancias ligadas a la industrialización que actúan como alérgeno intra útero. ⁽¹²⁾

Psicógena

Aunque el estrés ó las emociones intensas pueden exacerbar ó producir un nuevo brote de dermatitis, esto no significa que sea la causa del padecimiento en sí. Los enfermos cumplen con un rasgo de personalidad: son aprensivos, hiperactivos, posesivos o introvertidos; lábiles a diversos estímulos emocionales y con tendencia a la depresión. En pruebas psicológicas se ha demostrado autoagresión, muchas madres son ambivalentes, sobreprotectoras, rígidas, dominantes y perfeccionistas. Por otra parte el comportamiento del atópico es normal cuando está libre de lesiones.⁽⁴⁾ Esto es, el estrés es otro más de los factores que influyen en éste padecimiento, así como también lo son: el exceso de sudor; de sol; de frío; el roce con ropas ásperas; el contacto directo con sustancias irritantes como los solventes, jabones, detergentes, combustibles, y ciertos metales.

En los hospitales psiquiátricos y neurológicos esta dermatosis no es mas frecuente que en otros grupos de enfermos, por lo que no es razonable considerarla una enfermedad exclusivamente psicógena ⁽¹³⁾.

Alteraciones en la barrera cutánea. Se deben a la espongirosis y apoptosis de queratinocitos, así como a disminución o anormalidad de los lípidos en el estrato

corneo que conllevan a pérdida de agua y entrada de toxinas ambientales, microbios, irritantes y alérgenos que explican la piel seca e irritable. ⁽⁶⁾

Cuadro clínico.

El prurito o la comezón, que se define como una sensación desagradable que provoca un deseo de rascarse, es una parte integral de la DA y es una característica importante en los criterios diagnósticos y un sello de la de dicha patología.

Las características clínicas que encontraremos son: “lesiones cutáneas tipo eczematoso que incluyen: eritema, pápula, exudación, costra y descamación, con prurito intenso y rascado secundario que llevan a excoriación, liquenificación y sobreinfección de las mismas” ⁽²⁾.

Los datos clínicos que apoyan el diagnóstico involucra: antecedentes familiares de DA, asma, rinitis alérgica o piel muy seca, lesiones cutáneas pruriginosas recidivantes; Entonces, “Las principales características de las lesiones en la piel son: enrojecimiento, comezón intensa, resequedad en diferentes partes del cuerpo, que se presenta en episodios agudos, por tiempos e intensidad variables, y generalmente también con períodos "sanos" de duración variable. Además presenta una reactividad muy alta de la piel a estímulos físicos e irritantes directos, y una mayor susceptibilidad a cierto tipo de infecciones cutáneas de manera secundaria (como los hongos ó el estafilococo)” ⁽⁶⁾. ⁽⁸⁾

La topografía en los diferentes grupos de edad se caracteriza: En los lactantes por una afectación de la cara (mejillas y frente), detrás de las orejas, tronco, cuello y superficies de extensión de brazos y piernas. En los escolares la afectación es en zonas de flexión, sobre todo de brazos y piernas, muñecas, tobillos y cuello. En adolescentes en cara (alrededor de ojos y boca), zonas de flexión, dorso de manos y pies. ⁽⁸⁾

El prurito en base a la guía de práctica clínica es el síntoma mayor de la dermatitis atópica, suele ocurrir un círculo vicioso: el prurito provoca rascado y daño de la piel con aumento de la inflamación, favoreciendo mayor prurito, el daño en la piel por rascado presenta: sangrado, infección y adelgazamiento de la piel y posterior liquenificación.

“Se clasifica en formas clínicas en función de la edad del paciente, siendo la morfología y la distribución de las lesiones característica en cada etapa: a) Fase de lactante. Desde las 6-8 semanas de vida hasta los 2 años. Inicialmente aparece una erupción pruriginosa simétrica en ambas mejillas, frente y cuello respetando las regiones perioculares, perioral y raíz nasal (zonas seboreicas), y posteriormente tiende a diseminarse. b) Fase Infantil Desde los 2 años a la pubertad. Los niños se muestran inquietos por el prurito. Es característico observar lesiones tipo prurigo y placas eccematosas en pliegues y flexuras que tienden a liquenificarse por el rascado. Se asocia a xerosis, pitiriasis alba, queratosis pilar, dermatosis friccional, queilitis descamativa, dermatitis palmo-plantar juvenil, pliegue de Dennie- Morgan o intertrigo infraauricular.^{(6) (13).}

c) Fase del adulto. Desde la pubertad hasta la edad adulta. Se caracteriza por placas engrosadas y liquenificadas preferentemente en la cara, pliegues, dorso de manos y pies. Se asocia a eccema numular y dishidrosis palmoplantar. El estrés propio de esta edad exacerbar o desencadenar brotes de DA.”^{(2).}

Diagnostico.

Se han descrito criterios diagnostico para la DA, “No hay una única característica clínica, ni prueba de laboratorio especifica de DA, por consiguiente el diagnostico se fundamenta en un conjunto de manifestaciones clínicas, descritas por Hanifin y Rajka.”

⁽¹⁾ Frecuentemente hemos escuchado que las personas con *Dermatitis Atópica* son, en resumen, "muy delicados" ó "sensibles" de la piel, sin embargo las revisiones mas recientes e investigaciones actuales nos muestran que es una patología multifactorial, suele acompañarse de alteraciones en sistema inmunológico, por lo que requieren de la intervención de un especialista de acuerdo a su presentación clínica, pues pueden ser necesarios estudios especiales adicionales y tratamientos más agresivos para prevenir complicaciones.

El diagnostico es eminentemente clínico, basados en los criterios clínicos establecidos por **Hanifin y Rajka** ^{(1) (2) (13)}:

Los criterios mayores son:

- Prurito
- Topografía y Morfología típica
- Cronicidad y/o Recurrencia del padecimiento
- Antecedentes familiares y/o personales de atopia.

Los criterios menores son:

1. Xerosis
2. Ictiosis, hiperlinearidad palmar, o queratosis pilar
3. Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)
4. IgE sérico elevado
5. Comienzo a temprana edad
6. Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente *S. aureus* y herpes simplex) o defecto en la inmunidad mediada por células
7. Dermatitis en manos y pies inespecíficas
8. Eczema del pezón
9. Queilitis
10. Conjuntivitis recurrente
11. Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
12. Queratocono
13. Cataratas anterior subcapsular
14. Oscurecimiento orbitario (ojeras)
15. Eritema o palidez facial
16. Pitiriasis alba
17. Pliegues anteriores del cuello
18. Prurito al sudar (hipersudoración)
19. Intolerancia a lanas y solventes orgánicos
20. Acentuación perifolicular
21. Intolerancia a alimentos
22. Curso clínico influenciado por factores ambientales o emocionales
23. Dermografismo blanco.

Debe existir 3 o más criterios mayores y 3 o más criterios menores.

De acuerdo a las Guías de práctica clínica el diagnóstico debe ser clínico y se sospecha ante la existencia de dermatitis visible en áreas de flexión, en lactantes de 18 meses o menos en dermatitis presente en mejillas o áreas extensoras, antecedentes personales de piel seca en los últimos 12 meses, niños menores de 4 años con antecedentes personales de asma o rinitis, y/o historia de estas enfermedades en familiares de primer grado. A pesar de ser una enfermedad tan frecuente no disponemos de pruebas de laboratorio simples para establecer el diagnóstico. En niños con dermatitis atópica se hallan niveles elevados de inmunoglobulina E (IgE) y eosinofilia periférica. Las pruebas cutáneas y la determinación de IgE específica, no son lo suficientemente sensibles o específicas para establecer un diagnóstico exacto, el diagnóstico debe ser clínico en cuanto a los criterios previamente descritos.

En la guía de práctica clínica el diagnóstico se integra con el criterio mayor: prurito y 3 o 5 criterios menores.

De acuerdo a las diversas revisiones, el período de sensibilización es mayor en los primeros años de la vida, por lo que es en estas edades donde es necesario disminuir la exposición ambiental dañina. Las manifestaciones clínicas atópicas se desarrollan de manera secuencial, siendo la dermatitis atópica la primera manifestación que se inicia ya en los primeros meses de vida en un gran porcentaje de los casos.

Nuestro papel como médico familiar, uno de los principales objetivos es la prevención, que se lleva a cabo por medio de screening.

Generalmente, una vez establecida la enfermedad ocurren brotes o recaídas, en la mayoría de las veces esto se debe a infección (por bacterias u hongos) de la piel, que se encuentra "herida" o vulnerable a las infecciones. Algunas veces estos episodios ceden solos si no son intensos, y no requieren medicamentos ó cremas especiales, sin embargo, la mayoría de las veces sí se necesitan. Estas recaídas pueden durar pocos días ó mantenerse por tiempos muy prolongados, dependiendo de la causa y de la severidad y extensión de las zonas afectadas en cada caso.

La evolución, en la mayoría de los casos, es hacia la curación total de las recaídas, pero el proceso normalmente lleva años, muchos ó pocos, según sea la severidad inicial del padecimiento. En los casos más severos, con lesiones en la mayor parte del cuerpo, y que responden difícilmente a los tratamientos convencionales, la mejoría con el paso del tiempo suele ser poca y muy pocas las probabilidades de que se cure totalmente con cualquier tipo de tratamiento. Estos casos suelen ser extremadamente sensibles a una gran variedad de alérgenos y suelen acompañarse de otras anormalidades en su sistema inmunológico (de "defensa"), por lo que requieren de la intervención de un especialista en Alergia, pues requieren de estudios especiales adicionales y tratamientos más agresivos.

De acuerdo a la Guía de Práctica clínica el manejo de la DA se realiza primordialmente en el primer nivel de atención, con los objetivos de aliviar los síntomas y prevenir complicaciones como infecciones y recaídas, el Manejo incluye el cuidado de la piel, tratamiento antiinflamatorio y la identificación de factores que la exacerben la enfermedad.

La hidratación y la elección del tratamiento adecuado son dos aspectos clave, que ayudan a mejorar la calidad de vida de los afectados. Aunque la DA, por el momento, es una enfermedad que no tiene cura, los estudios muestran que es muy importante instaurar el tratamiento adecuado para cada paciente. En este sentido el especialista insiste en 'que hay que perder el miedo a los corticoides porque, en caso de brote, el tratamiento con hidratantes puede, incluso, resultar perjudicial'. Los corticoides son, según Expertos ⁽¹⁴⁾, 'el tratamiento más efectivo en caso de brote agudo. Después, una vez controlado, se pueden emplear inhibidores de la calcineurina, que no sustituyen a los corticoides pero si ahorran su empleo'.

Asimismo, una vez que el brote ha desaparecido se aconseja 'mantener los inhibidores de la calcineurina durante el fin de semana, en lo que se conoce como tratamiento 'weekend' y emplear siempre emolientes para asegurar la hidratación'.⁽¹⁴⁾

Lo más novedoso según destacan expertos ⁽¹³⁾, es el ámbito de la prevención, es decir, los tratamientos proactivos para evitar las recidivas refiriéndose a la terapia de mantenimiento con un inmunomodulador tópico, sin embargo comprende además una

serie de normas generales de cuidados de la piel que deben seguirse para lograr el éxito del tratamiento. Entre ellas se encuentra el baño, que debe ser corto, la aplicación de cremas hidratantes y emolientes, la recomendación de ropa amplia, principalmente de algodón, o una climatización correcta debido a que los cambios bruscos de temperatura aumentan el prurito, el rascado y la aparición de lesiones. Si se llevan acabo estas normas ambientales, la dermatitis atópica mejora extraordinariamente, todas estas acciones se deben indicar en primer nivel de atención.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Se han realizado varios estudios donde se mencionan los criterios clínicos de Hanifin y Rajka, establecidos desde 1980 como el estándar de oro para el diagnóstico 100% clínico de la dermatitis atópica, es importante mencionar que de igual forma en la guía de práctica clínica del instituto se hace mención sobre estos criterios para dicho diagnóstico.

Velázquez et al (2003) en Madrid encontraron que en la DA no existen cambios microscópicos o de laboratorio específicos de esta patología y los médicos de primer nivel de atención basan el diagnóstico de DA en la clínica empleando los criterios de Hanifin y Rajka (en una muestra de 500 el 50% solo se basan en criterios mayores para el diagnóstico de DA. ⁽¹⁵⁾

“Sabemos que los niños con dermatitis atópica presentarán sintomatología respiratoria, fundamentalmente asma y/o rinitis atópica, en un porcentaje que varía entre el 20-80%, pero además es evidente que aun sin presentar sintomatología clínica muchos niños con dermatitis atópica presentan hiperreactividad bronquial inespecífica (58 a 82%), lo que es un factor de riesgo para el desarrollo posterior de asma”⁽⁹⁾. No podemos decir que un 100% de los niños con esta patología desarrollara Asma sin embargo es relevante considerar este diagnóstico para un seguimiento y Tratamiento oportuno.

En el estudio retrospectivo realizado en el departamento de Alergia Infantil del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona en donde se incluyen 100 niños de 4 meses o 12 años en primera vez o citas sucesivas por DA, con pruebas cutáneas y mediciones de IgE reportaron “La presencia de antecedentes familiares de atopia fue del 72 %, que desglosado en relación a la gravedad de los brotes correspondía a un 73 % de las

leves, un 75% de las moderadas y un 58 % de las graves.” También dentro de sus resultados reportaron que “35 % de los niños desarrolló algún tipo de patología respiratoria (asma y/o rinitis), en un tiempo medio de 2,55 años desde el inicio de la DA.” ^{(16) (12)}

En la Unidad de dermatología de occidente. Universidad de Chile, Uribina et .al, (2001) describe los criterios del grupo Ingles para DA con el propósito de aumentar la sensibilidad y especificad, de los criterios mayores y menores propuestos por Hanifin et al hace mas de 20 años, la especificidad obtenida usando los criterios del grupo ingles fue de 91/98 casos (92.8%), con 7 falsos positivos que incluían eccema discoide con afectación flexural y psoriasis flexural acompañada de prurito, con una sensibilidad de 93.1 a 87.9. ⁽³⁾

Los nuevos criterios propuestos para el diagnostico de la DA incluyen la presencia de prurito más tres o mas de los siguientes ⁽³⁾:

Historia personal de afectación de pliegues cutáneos, incluyendo mejillas en los niños menores de 10 años

Historia personal de asma o fiebre del heno (o antecedente de atopia en un familiar de primer grado en niños menores de 4 años)

Historia de piel seca en el ultimo año

Eccema flexural visible, (o eccema que afecta mejillas/ frente en niños menores de 4 años)

Inicio de la enfermedad antes de los 4 años de edad.

Los sujetos seleccionados para la aplicación de estos criterios deben presentar la enfermedad activa, siendo necesario que tengan la enfermedad visible en el momento del diagnóstico. ⁽³⁾

La dermatitis la define como un eritema mal delimitado con alteraciones en su superficie (vesículas, escamas, costras o liquenificación).

Sierna et. al en el hospital infantil de México, 2007 se realizo un estudios de tesis sobre las variedades morfológicas atípicas de la DA en el cual se aplican los criterios clínicos de Hanifin y Rajka para la integración diagnostica de DA con la presencia de tres criterios mayores y tres menores además consideran las formas clínicas de manifestaciones atípicas o poco frecuentes de DA que pueden ocurrir de forma asilada

o alternar y coexistir con formas clásicas, cuando existen de forma aislada el diagnóstico adecuado involucra los antecedentes personales o familiares de atopia, la presencia de estigmas de constitución atópica, la histopatología y el seguimiento evolutivo y se encontró que este diagnóstico ocupó 12.97% (78 pacientes) del total de 601 pacientes evaluados para DA por primera vez en la consulta externa de dermatología ⁽¹⁷⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nueve de cada diez escolares con dermatitis atópica ven afectada su calidad de vida debido a la enfermedad, ya que muestran una afectación significativa tanto en el campo de los síntomas como en el área de las emociones. Este dato se recoge en la Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el Niño que, los especialistas destacan que el niño se rasca constantemente y ese picor hace que esté inquieto e irritable, y le cueste, por tanto, conciliar el sueño, dormir bien y concentrarse. También los padres se ven afectados por la enfermedad de sus hijos, ya que aumenta significativamente el trabajo doméstico, crece la preocupación del niño y supone un gasto económico importante y una frecuentación más alta de las consultas médicas. ⁽¹³⁾ Es importante realizar el diagnóstico oportuno de la DA para evitar las posibles complicaciones, en nuestro medio la patología es muy frecuente, sin embargo nos enfrentamos con un posible subdiagnóstico, el objetivo es unificar criterios en nuestra unidad para obtener un diagnóstico certero y prevenir complicaciones. Como complicación más frecuente de la dermatitis atópica están descritas las infecciones de la piel.

Las lesiones provocadas por la dermatitis atópica pueden ser colonizadas por el estafilococo dorado o el virus del herpes. Incluso un retraso del crecimiento puede ser observado en las dermatitis atópicas severas. El crecimiento se restablece cuando el tratamiento de la dermatitis permite una mejoría de las lesiones. Existen también complicaciones oftalmológicas de la dermatitis atópica, como la queratoconjuntivitis y la catarata, aunque con poca frecuencia. En nuestra unidad de medicina familiar UMF 94 durante el periodo 28 diciembre 2010 a 31 enero 2013 de acuerdo a los datos estadísticos se registró un total de consultas 1,324 con diagnóstico de DA no específica, lo que probablemente presente un sesgo debido a la falta de integración clínica y seguimiento de los criterios establecidos por la GPC para dicho diagnóstico

dentro del IMSS en el primer nivel. Por lo cual es importante que el médico familiar este familiarizado con esta patología para realizar un diagnóstico oportuno y evitar complicaciones. Lo que nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación

¿Existe Congruencia clínico diagnóstica terapéutica en dermatitis atópica en una UMF del IMSS?

JUSTIFICACION

Magnitud: La DA es motivo importante de consulta en el primer nivel de atención, es responsabilidad de nosotros como médicos familiares en conjunto con el pediatra y dermatólogo brindar tratamiento oportuno. Las estimaciones más recientes, indica que la DA es un importante problema de salud en todo el mundo con una prevalencia de 10 a 20% en los niños de los Estados Unidos, Norte y oeste de Europa, ciudades de Japón y Australia y otros países industrializados. La prevalencia de la DA en los adultos es de 1-3 %.⁽¹⁾

En nuestro país los datos epidemiológicos arrojan cifras muy similares, afecta de 3 a 20% de la población, se encuentra entre los 10 primeros lugares de la consulta dermatológica, en el 60% de los enfermos inicia en el transcurso del primer año de edad, y en 85% en los primeros 5 años. En México ocupa el 13% de consulta pediátrica de piel.⁽⁴⁾

Entre un 10 y un 15% de los niños con dermatitis atópica tienen dermatitis atópica grave, generalmente hay alguna enfermedad de base añadida y es importante diagnosticarla pronto, por lo que es necesario remitirlos a un especialista. Alrededor de un 40-50% de los niños con dermatitis atópica moderada o grave padece algún tipo de alergia alimentaria, por lo que en estos casos es obligado hacer un estudio de alergia alimentaria.⁽¹⁵⁾ además se esconde tras ella una cadena de problemas asociados que acompañan al picor, el 30% desarrolla asma y un 35%, rinoconjuntivitis.⁽¹⁴⁾

Trascendencia: El avance de los conocimientos en lo que respecta a la DA y sus complicaciones obliga a que iniciemos a conocer nuestra realidad. A nivel mundial y regional existen múltiples publicaciones referentes al tema, en ellos se analizan diversos factores que intervienen o participan en su fisiopatología

Vulnerabilidad: El presente estudio tiene la intención de conocer si existe congruencia clínica - diagnóstica – terapéutica en la consulta externa de UMF 94 de acuerdo a la GPC, determinando que la DA afecta entre el 5 %y el 10% de la población, pero la mayor tasa de prevalencia la encontramos en los niños (20%), desde su nacimiento hasta los 10 o 12 años, aunque después desaparece en un 80% de los casos, es motivo importante de consulta en el primer nivel de atención, y responsabilidad de nosotros como médicos familiares en conjunto con el pediatra y dermatólogo elaborar un diagnóstico oportuno y brindar tratamiento para evitar complicaciones. Está justificado el realizar un estudio para conocer las evidencias sobre el diagnóstico certero de la DA en el primer nivel de atención por las posibles complicaciones que presentan y en consecuencia el consumo de recursos del instituto se ve incrementado.

En nuestro país los datos epidemiológicos arrojan cifras similares arriba citadas, afecta de 3 a 20% de la población, se encuentra entre los 10 primeros lugares de la consulta dermatológica, en el 60% de los enfermos inicia en el transcurso del primer año de edad, y en 85% en los primeros 5 años. En México ocupa el 13% de consulta pediátrica de piel. ⁽⁴⁾.

Factibilidad: El presente estudio es factible ya que disponemos de recursos físicos, materiales y humanos para poderlo llevar a cabo. Por lo que este proyecto permitirá identificar la detección de la dermatitis atópica, atendido en un primer nivel adscrito a una UMF del IMSS.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la Congruencia clínico diagnóstica terapéutica en dermatitis atópica en una UMF del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer y comparar los criterios clínicos utilizados por el Médico Familiar para el diagnóstico de dermatitis atópica en Base a GPC.

Identificar los datos clínicos registrados en la consulta de primer nivel y correlacionar con los criterios mayores y menores para el diagnóstico de dermatitis atópica, en base a la GPC.

HIPOTESIS

Los médicos familiares de la UMF 94 del IMSS utilizan los criterios mayores y menores en base a GPC para diagnosticar dermatitis atópica.

ÁMBITO GEOGRÁFICO DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO:

La presente investigación se realizará en la UMF No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período comprendido del 1º. De Enero del 2011 al 31 de Mayo del 2013.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Descriptivo, Observacional, Transversal, Retrospectivo

UNIVERSO DE TRABAJO

La totalidad de los pacientes con diagnostico de dermatitis atópica.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La totalidad de los pacientes de la con diagnostico de dermatitis atópica en derecho habientes del IMSS.

MUESTRA DE ESTUDIO

La totalidad de los pacientes de la UMF 94 del IMSS con diagnostico de dermatitis atópica en ambos turnos en el periodo comprendido Enero 2011 a Mayo 2013

UNIDAD DE MUESTREO: Expediente clínico electrónico o impreso de los derechohabientes de la UMF No 94 del IMSS con diagnóstico de dermatitis atópica que cumplan los criterios mayores y menores descritos en la exploración física de la nota médica.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.

Se realizará un censo y cuantificara el número de consultas desde el mes de Enero del 2011 hasta el mes de Mayo del 2013, con diagnostico de DA.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Mediante la utilización de muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando muestreo dirigido incluyéndose en el estudio a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, analizando dichos datos mediante la revisión del expediente electrónico durante el periodo de febrero a mayo 2013, encontrando un total de 135 pacientes para la integración final de la muestra.

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia ya que se tomara el 100% de los casos reportados.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No 94 turno matutino y vespertino

Que cuenten con expediente clínico (electrónico o físico)

Diagnóstico en el registro de Arimac de Dermatitis atópica, en el año 2011 al 2013 (Mayo)

No Inclusión

Los pacientes que tengan expedientes incompletos o con duda de diagnóstico y que no fueron confirmados.

IDENTIFICACION DE VARIABLES:

VARIABLES del estudio: Dermatitis atópica y Congruencia clínico diagnóstica terapéutica.

VARIABLES universales: Edad, género y ocupación.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Ver anexo 1.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará estudio Observacional, Descriptivo, Retrospectivo, Transversal. Con el objeto de Identificar la Congruencia clínico diagnóstica terapéutica en dermatitis atópica en una UMF del IMSS. En pacientes derechohabientes de la UMF 94 del IMSS de edades comprendidas desde el nacimiento hasta los 65 años de edad; Se realizará un censo y cuantificara el número de consultas desde el mes de Enero del 2011 hasta el mes de Mayo del 2013, con diagnóstico de DA; muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se tomara el 100% de los casos reportados.

Con criterios de inclusión Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No 94 turno matutino y vespertino. Que cuenten con expediente clínico (electrónico o físico) con Diagnóstico en el registro de Arimac de Dermatitis atópica, en el año 2011 al 2013 (Mayo). Análisis estadístico: Se aplicará estadística descriptiva, medidas de tendencia

central; promedios y porcentajes. Tiempo del estudio: 2011-2013. Instrumento de medición: Lista de Cotejo. Los resultados serán presentados en cuadros y graficas.

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Con base al diseño del estudio se aplicará estadística descriptiva, medidas de tendencia central; promedios y porcentajes. Tiempo del estudio: 2011-2013. Instrumento de medición: Lista de Cotejo. Los resultados serán presentados en cuadros y graficas. La información obtenida será almacenada en una base de datos y procesados mediante el programa Microsoft Excel.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES.

Primer año de la residencia

1. Adquirir los conocimientos en Investigación a través de los seminarios de Investigación y Estadística.
2. Selección del tema de investigación.
3. Investigación bibliográfica sobre el tema de investigación.

Segundo año de la residencia

1. Construcción del proyecto de investigación.
2. Solicitud de registro ante comité local de investigación del protocolo.
3. Integración de la muestra
4. Recolección de la información
5. Elaboración de base de datos
6. Análisis estadístico de la información
7. Elaboración de resultados
8. Análisis de resultados y elaboración de conclusiones

Tercer año de la residencia

1. Elaboración del informe final de tesis.
2. Elaboración y envío a revista científica de escrito médico.
3. Difusión de resultados en jornada científica en clausura de formación académica

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Ver Anexo 4.

RECURSOS DEL ESTUDIO.

RECURSOS HUMANOS

Médico; Alumno del curso de medicina familiar presencial de la UMF 94 del IMSS.

Asesor Metodológico.

Médico Familiar de base y Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 94

RECURSO MATERIALES

Computadora personal con procesador intel celerón XP.

Paquete estadístico programa SPSS versión 14. (en Español)

Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar en estudio.

Material de papelería; hojas, lápices, bolígrafo, etc.

RECURSOS FINANCIEROS

El IMSS cuenta con los recursos físicos y humano para la realización del presente proyecto. Los recursos de papelería serán costeados por el investigador principal. No requiere donación adicional para su realización.

Se cuenta con suficientes pacientes para completar el estudio programado.

La investigación será costeadada con el financiamiento del autor.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio se realizará respetando la Ley General de Salud, en sus artículos 16 a 21 y apegándose a las normas en investigación para el Instituto Mexicano del Seguro Social, respetando la individualidad de cada participante.

El proyecto de investigación se considera con riesgo menor al mínimo, por tratarse de la evaluación de expedientes clínicos y recolecta de datos necesarios sobre aspectos sociodemográficos y clínicos; por otra parte el formato mencionado, de la consulta externa de la UMF 94 del IMSS.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 135 participantes derechohabientes a la UMF No 94 del IMSS, con diagnóstico de dermatitis atópica (DA), en el registro de CIE 10 por

bitácora de ARIMAC, de los cuales el rango de edad fue de entre 0 a 83 años, con una mediana de 32 años, moda de 3 años, El género femenino se encontró en 76 participantes (54.8%), (cuadro1). En 42 (31.11%) de los participantes se demostró que si se cumplen con criterios clínicos diagnóstico terapéuticos (figura 1), de los cuales 74 (54.8%) participantes fueron de género femenino y 64 (45.2%) participantes fueron de género masculino.

En relación a los rangos de edad mostraron una frecuencia de: menores de 2 años 6 pacientes (4.4%), de 3 a 5 años 16 pacientes (11.8%), de 6 a 12 años 22 pacientes (16.22%), de 13 a 20 años 10 pacientes (7.4%), de 21 a 50 años 41 pacientes (30,3%), mayores de 51 años 40 pacientes (29.6%) (cuadro 2). Se encontró un total de 6 pacientes con trastornos de personalidad agregada a DA. (Figura 2)

ANALISIS DE RESULTADOS.

Existe ligero predominio de sexo femenino 54.8% sobre el masculino 45.2% , igual que la literatura citada.

En México se reporta la mayor parte de los casos (64%) de 2 años a 12 años, en el presente estudio representa 59.4 % .

CONCLUSIONES

El diagnóstico de dermatitis atópica es eminentemente clínico, en el presente estudio un porcentaje bajo realizó el diagnóstico clínico correcto, de acuerdo a lo reportado en nota médica, que no concuerda con lo reportado por Velázquez et al. (2003) Madrid, quienes reportaron que en la DA no existen cambios microscópicos o de laboratorio específicos de esta patología y los médicos de primer nivel de atención basan el diagnóstico de DA en la clínica empleando los criterios de Hanifin y Rajka, establecidos desde 1980. y de este solamente un 2.4% presentó un tratamiento adecuado.

El médico familiar no tipifica la DA de manera correcta a pesar de que el diagnóstico es eminentemente clínico.

A pesar de realizar un correcto diagnóstico de DA del médico familiar no registra las medidas terapéuticas en relación al dx de DA en la mayoría de los casos.

Como hallazgo se encontró asociación de trastornos psiquiátricos con DA en los pacientes analizados en este estudio.

SUGERENCIAS

Interrogar intencionadamente características clínicas de diagnóstico para dermatitis atópica por parte del médico familiar en la consulta de primer contacto.

Aplicar los criterios diagnósticos establecidos en la GPC*2009 para el diagnóstico de DA en el primer nivel de atención.

Formar un equipo multidisciplinario integrado por el médico familiar, la asistente médica, la trabajadora social, el médico pediatra y el dermatólogo para un manejo integral de los pacientes con diagnóstico de DA en la UMF 94.

Considerar los resultados de la presente investigación en modificación de los criterios y políticas institucionales del uso de recursos para la búsqueda anticipada acciones preventivas y detección temprana de DA en pacientes previamente sanos.

Seguimiento de la línea de investigación de la DA mediante una estrategia educativa para la congruencia clínico diagnóstica terapéutica en una UMF.

Analizar la asociación entre trastornos psiquiátricos y DA en una UMF.

Congruencia clínico diagnóstica

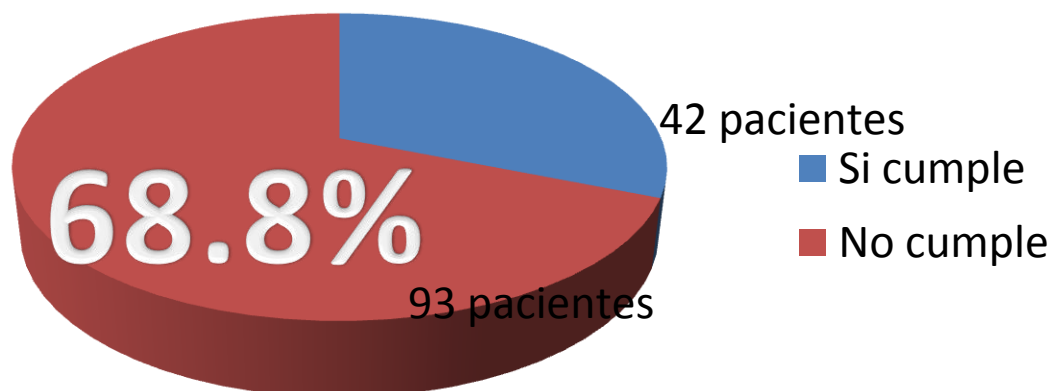


FIGURA 1. Registro expediente clínico electrónico 2013 UMF 94

Datos socio demográficos.

Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	74	54.8
Masculino	61	45.2
Total	135	100

CUADRO 1. Registro de Arimac Mayo 2013 UMF 94

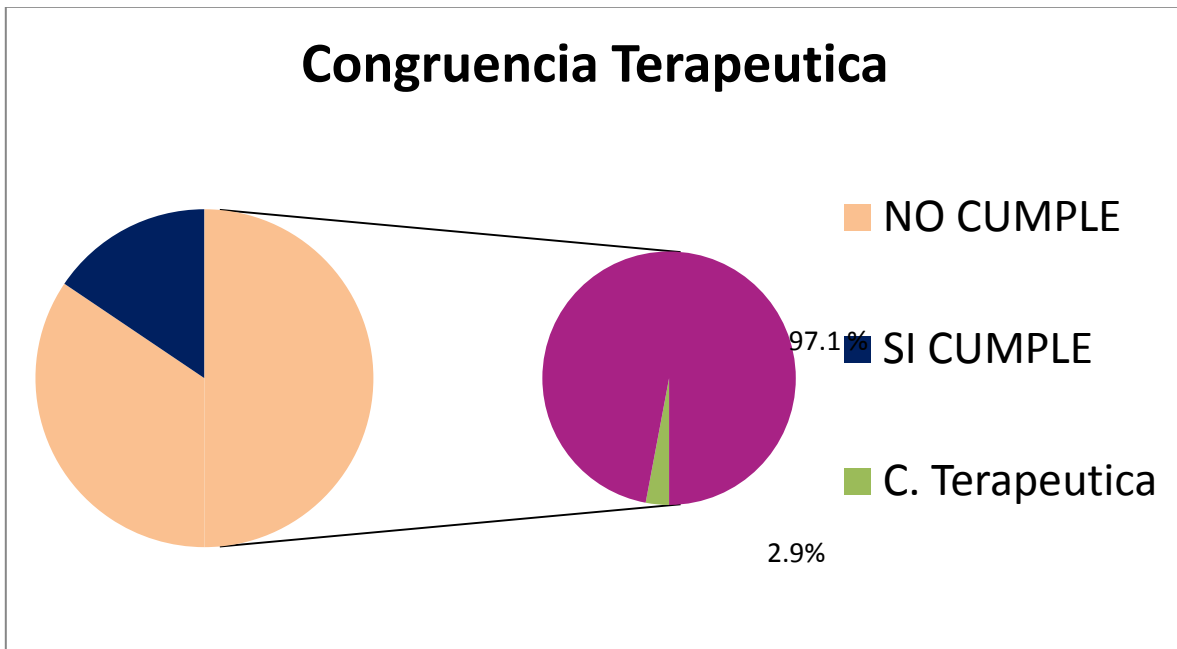


FIGURA 2. Registro expediente clínico electrónico 2013 UMF 94

Datos socio demográficos.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
< 2	6	4.4
3 a 5	16	11.8
6 a 12	22	16.2
13 a 20	10	7.4
21 a 50	41	30.3
> 50	40	29.6

Cuadro 2. Registro de Arimac Mayo 2013 UMF 94

BIBLIOGRAFIA

- (1) Dermatología en Medicina General, 7ma Edición, Edt Panamericana Capitulo 14 Pag. 147
- (2) Dermatología correlación Clínico- Patológica. Capitulo 18 Dermatitis Atopica Dres. E. Herrera, M.V. de Gálvez y M.V. Barrera.
- (3) Dr Francisco Urbina González, Unidad de dermatología occidente. Universidad de Chile, Actualización de los criterios diagnósticos de la dermatitis atópica. Piel Vol 16 Num 10 Diciembre 2001
- (4) Atlas de Dermatología Diagnostico y tratamiento. Arenas Editoral Mc Graw-Hill 4ta ed.
- (5) Wüthrich B. Clinical aspects, epidemiology and prognosis of atopic dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol 1999; 83: 464-470.
- (6) Dermatología en la Consulta pediátrica. Diagnostico y Tratamiento 2a Edición. Ramón Ruiz Maldonado y col. ETM Editoriales de textos mexicanos. INP
- (7). Smith S. Managing Pediatric Atopic Dermatitis. Clin Pediatr 2000;39:1-14.
- (8) Alergia Asma e Inmunología pediátrica Vol 10 Num 1 Enero Febrero 2001 pp12-14, Artículo de Revisión, Dra. Blanca Maria Morfin Maciel.
- (9) De la dermatitis atópica al asma Published in Allergol Immunopathol (Madr). 1998; 26:81-119. - vol.26 núm 3
- (10) Importancia de los Aero alérgenos en la etiopatogenia de la dermatitis atópica. M. Escarrer Jaume y F. Muñoz-López Servicio de Inmunología y Alergia. Unidad Integrada Hospital Clinic-Sant Joan de Déu. Facultad de Medicina. Barcelona.
- (11) ALLERGOL. ET IMMUNOPATHOL., 1998;26 :81-119 MESA REDONDA: PREVENCIÓN DE LA ALERGIA Prevención de alergia en el niño J. Botey Sala. Servicio de Alergología e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Materno-Infantil "Vall D"Hebron". Barcelona.
- (12). Dermatitis atópica N. Polo Fernández *Medicina Familiar y Comunitaria. IMSALUD. Madrid. España* JANO 2-8 MAYO 2003. VOL. LXIV N.º 1.475
- (13) Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño. Documento de consenso. Grupo de expertos. Coordinador Prof M.A. Martin Mateos. Segunda Edición 08.02.2012
- (14) Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología. Decálogo de los pacientes con DA doctor José Carlos Moreno, presidente de la Academia Española de

Dermatología y Venerología y jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. 29.11. 2010

(15) J Mendez Cabeza Velazquez y col, Medifam, Manejo de la dermatitis atópica en atención primaria Vol 13 Num 2 febrero 2003 Pag 75-84.

(16) Dermatitis atópica: características alergológicas y asociación a patología respiratoria M. Viñas Domingoa, V. Cardona Dahlb, A.M. Marín Molinaa y J.L. Eserverri Asína a. Sección de Alergia Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España. B. Sección de Alergia. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España

(17) Jaime Salvador Calderón Rivera y col Artículo de revisión, rev alergia Mexico Vol 54 Num mayo – junio 2007. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica.

ANEXOS.

Anexo 1. Cuadro de Variables.

Definición conceptual y operacional de variables

Variable Dependiente	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Unidad de medición.
Dermatitis atópica	Enfermedad de la piel caracterizada por manifestaciones de inflamación crónica, prurigo intenso, piel seca, eritema, exudado. Esta afecta predominantemente las superficies de flexión	Presencia de prurito o dermatitis en mejillas o en áreas extensoras. Con antecedentes personales de asma o rinitis alérgica (familiares de primer grado)	Cualitativa Ordinal Dicotómica	1-si 2-no
Variable Independiente				
Congruencia clínica diagnóstica terapéutica	Es el método utilizado por el médico para tomar decisiones que en el ejercicio medico comprende la definición de un diagnóstico, régimen terapéutico, hace, indica o dejar de hacer y aconseja o desaconseja un procedimiento	El saber hacer que configura la actividad profesional, la capacidad de observación y reflexión del médico, su juicio interactivo y el o los problemas que conducen al paciente	Cualitativa Nominal	Si cumple No cumple

Variabes Universales

Variable	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Unidad de medición.
Edad	Periodo de vida en años desde el nacimiento	Número de años cumplidos	Cuantitativa Discreta	Años
Género	Condición que determina diferencias con respecto a la reproducción de la especie.	Masculino femenino	Cualitativa Nominal	Masculino femenino
Ocupación	Acción o efecto de ocupar u ocuparse. El término, que proviene del latín se utiliza como sinónimo de oficio y actividad.	La que refiere el participante	Cualitativa	Nominal

Anexo 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA TERAPÉUTICA EN DERMATITIS ATÓPICA EN UNA UMF DEL IMSS
Registrado ante el Comité Local de Investigación 3515 de la UMF 94 del IMSS en la Delegación Norte del D.F.

El objetivo de este estudio es realizar una investigación clínica, indagar sobre la congruencia clínico diagnóstica terapéutica en dermatitis atópica en una UMF del IMSS Que brindan atención médica continua en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Si pertenezco al grupo de estudio, mi participación consistirá en apoyar al médico familiar que realizara el estudio respondiendo adecuadamente el cuestionario que me proporcionará en los momentos que el desee.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración del presente estudio puede comunicarse al Teléfono: 5767-2977 Ext. 21407 con el Dr. Guillermo Arroyo Fregoso.

México D. F., a _____ de _____ del 2013.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma de un testigo

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Investigador Responsable
Mat. IMSS 9765964
Tel. 5767-2977 Ext, 21407

Anexo 3

OBTENCION DE DATOS PARA EL ESTUDIO.

TEMA. **Congruencia Clínico Diagnostico Terapéutica de DA en la UMF 94**

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA _____ DIAGNOSTICO _____

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DERMATITIS ATOPICA.

La DA debe de diagnosticarse cuando el paciente presenta: Piel seca con PRURITO, y tres de los siguientes criterios.	X
• Dermatitis en área de flexión, que involucra área de flexión de codos y parte posterior de rodillas	
• Dermatitis visible en mejillas o en aéreas extensoras en niños de 18 meses o menores	
• Historial personal de dermatitis en aéreas de flexión, dermatitis en mejillas o en áreas de extensión en niños hasta 18 meses o menores	
• Historial personal de piel seca en los últimos 12 meses	
• Historia personal de ASMA, o rinitis alérgica o historia de enfermedades atópicas en primer grado en niños menores de 4 años	
• Inicio de signos y síntomas en niños menores de 2 años	

Basados en la GPC DA Octubre 2009

Anexo 4.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	MAR- JUN 2011	JUL- DIC 2011	ENE- FEB 2012	MAR- JUN 2012	JUL- DIC 2012	ENE- ABR 2013	MAYO 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGOST 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013
Seminario de investigación	P													
	R													
Selección del tema	P	P												
		R												
Búsqueda bibliográfica	P	P	P											
			R	R										
Realización de marco teórico	P	P	P	P										
				R	R									
Revisión de avances			P	P										
				R	R	R								
Solicitud de revisión por el CLIS							P 2013	P 2013						
							R							
Recolección de la muestra								P 2013						
								R						
Análisis de resultados								P 2013		P 2013				
								R		2013				
Difusión de la investigación													P 2013	P 2013

P: Programado

R: Realizado