

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.



Trabajo de grado presentado por:
Soraya María Concepción Betances y Dalila Elizabeth Tabar Rodríguez
para la optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2018

CONTENIDO

I. Introducción	11
I.1. Antecedentes	12
I.2. Justificación	17
II. Planteamiento del problema	19
III. Objetivos	20
III.1. General	20
III.2. Específicos	20
IV. Marco teórico	21
IV.1. Conocimientos, actitudes y prácticas	21
IV.2. Historia de la dermatología en República Dominicana	22
IV.3. Dermatitis Atópica	25
IV.3.1. Definiciones	25
IV.3.2. Epidemiología	25
IV.3.3. Etiología	26
IV.3.4. Patogenia	30
IV.3.5. Manifestaciones clínicas	30
IV.3.6. Complicaciones	35
IV.3.7. Diagnóstico	36
IV.3.8. Tratamiento	37
IV.3.9. Pronóstico, calidad de vida y gravedad	44
V. Operacionalización de las variables	47
VI. Material y métodos	49
VI.1. Tipo de estudio	49
VI.2. Área de estudio	49
VI.3. Universo y muestra	50
VI.4. Criterios	50
VI.4.1. De inclusión	50
VI.4.2. De exclusión	50

VI.5. Instrumento de recolección de datos	51
VI.6. Procedimientos	51
VI.7 Tabulación y Análisis	51
VI.8 Aspectos éticos	51
VII. Resultados	54
VIII. Discusión	66
IX. Conclusiones	68
X. Recomendaciones	70
XI. Referencias	71
XII. Anexos	78
XII.1. Guía	78
XII.2 Instrumento de recolección de datos	84
X.III Cronograma	87
XIV. Costos y recursos	88
XV. Hoja de evaluación	89

AGRADECIMIENTOS

Dr. William Duke

Por escucharnos y ayudarnos a cualquier hora del día. Por darnos ánimos y motivos de seguir adelante, por tratar de entendernos y brindarnos su apoyo.

Dra. Milagros Moreno

Gracias por tenernos paciencia, por compartir su conocimiento y así mismo guiarnos y aconsejarnos para que lleguemos a la meta.

DEDICATORIA

Especialmente a Dios, por siempre mantenerme firme, por haberme dado la paciencia necesaria para cumplir mis objetivos en todo el transcurso. La palabra Gracias no es suficiente para todo lo que tengo que agradecerle.

A mis padres, a mi madre Elizabeth por siempre ser mi mejor amiga, mi confidente, mi consejera. Por ayudarme en todos los momentos, por pensar en mi porvenir cuando ella tenía el mundo encima, por todo el apoyo, que a pesar de las dificultades, me enseñaste que siempre estarán ahí y lo que importa es lo haga. Por enseñarme a ser independiente, a ganarme las cosas y sobre todo a ser agradecida. Sin tu sencillez y amor de madre nunca lo hubiera logrado. A mi padre David, por siempre estar pendiente a mí, porque con todos tus esfuerzos hoy no fuera nadie. Por toda la ayuda recibida, por darme una buena formación, por pensar en mi futuro y más que nada, creer en mí y ser el que mejor me conoce. A mi hermana Davely, que, aunque tengamos nuestras diferencias, por creer en mí y ayudarme en los momentos que le pedí ayuda.

A mis familiares, especialmente a mi tía Dalila, Helaine, Ivette y Unices que siempre me han dado ánimo, apoyo de seguir estudiando y de que esto vale la pena. A mis hermanos y primos de parte de padre, Gracias.

A mis mejores amigos, especialmente Ángel, Katherine, Daniela y Diana, por estar siempre presente en todos los momentos, aquellos que saben lo que realmente he vivido. Por nunca abandonarme, por entender cada vez que les decía “no puedo, tengo que estudiar”. Gracias por aguantar mis cambios de humores, mis chistes malos y mis ocurrencias. Pero, sobre todo, por ayudarme a ver las cosas desde otro punto de vista.

Al Dr. Alohua Ariza, por brindarme ayuda y saber que cuento contigo como un buen amigo y colega.

A todas las personas que me hicieron más fuerte, gracias. Sin ustedes no hubiera llegado hasta aquí.

A todos mis profesores, que, de alguna manera u otra, con su amor y vocación a enseñar, hicieron que me gustara más esta carrera y que estudiar fuera más fácil para mí.

Dalila Elizabeth Tabar Rodríguez

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios, pues desde que decidí perseguir mi más anhelado sueño él guio cada uno de mis pasos para poder llegar a mi meta. Gracias señor por nunca desampararme, por darme cada día fuerzas para poder continuar con esta ardua Carrera y por mantenerme firme y persistente cada vez que dudaba de mí y de lo que estaba haciendo.

A mi madre Soraya Betances a quien admiro y quien fue mi motor para seguir adelante. Quien siempre creyó en mí y me brindo apoyo emocional y económico en todo momento. Gracias porque siempre que te necesite estabas ahí para mí. gracias por ser mi inspiración y enseñarme que cuando uno lucha por lo que quiere siempre lo puede lograr con sacrificio y esfuerzo. Gracias por criarnos a mí y a mis hermanas como mujeres independientes, pues de no haber sido así no estuviera donde estoy hoy. Simplemente gracias. ¡Te amo!

A mis hermanas Katherine y Indhira Concepción que siempre apoyaron mi sueño desde el primer día y me brindaron apoyo emocional cuando creía que no lo lograría y veía mi meta como un imposible, gracias por creer en mí y decirme “tú puedes, aguanta”. Gracias por entender mi carrera y aguantar tantos años sin vernos y sin tener nuestras típicas peleas bobas. Sin ustedes no hubiese llegado. Las amo!

A mi tía Rossana y mi primo Miguel E. por acogerme mis primeros años en su hogar y brindarme cariño, amor y apoyo en los años más difíciles de mi vida. ¡Los quiero mucho!

A mi familia por su apoyo incondicional y animarme siempre a continuar hasta el final.

A mis verdaderas amistades, las de PR porque la distancia nunca nos separó, sino que nos unió aún más y siempre se preocuparon por mí, Las de RD porque fueron mi familia durante estos 5 años, apoyaron todas mis locuras y me dieron fuerzas para continuar.

A mis compañeros, con los que comencé y con los que termine, gracias a cada uno de ustedes porque en el transcurso de este difícil pero emocionante

camino aprendí cosas buenas que me llevo conmigo y cosas no tan buenas que las tome como aprendizaje. Gracias por aceptarme tal como soy, con mis chistes malos, mis análisis profundos de la vida, mis secciones de moda y maquillaje y por hablar tanto.

A mis profesores por siempre requerirme excelencia, motivarme a ser mejor y creer en mí, por exigirme más de lo que yo creía posible, por compartir sus conocimientos durante este gran transcurso, por hablarnos de sus experiencias para que seamos mejores profesionales en esta nueva etapa que nos espera. Gracias por la labor tan Hermosa que hacen, porque cualquiera puede dar clases pero no todos tienen la capacidad de transmitir sus conocimientos de manera tal que abra las mentes y el entendimiento de las próximas generaciones de profesionales de la salud y así gestar médicos con pasión.

A mi facultad de medicina porque cada vez que se me presentaba un problema mis queridas Angela, Ivelisse, Dorcas y Leydys hacían hasta lo imposible para ayudarme.

Y a todas las personas que de una u otra manera aportaron un granito de arena para que mi sueño se realizara, y hoy les digo gracias porque logre alcanzar mi meta.

Soraya M. Concepción Betances

RESUMEN

La dermatitis atópica es una entidad que tiene una alta prevalencia en niños y una amplia distribución en el mundo actual. Se define como una enfermedad inflamatoria crónica de la piel asociada con hiperreactividad cutánea a desencadenantes ambientales. El propósito del estudio realizado fue identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con dermatitis atópica que asisten a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

En este trabajo pudimos integrar a 100 padres que asistieron a la consulta del centro de salud ya mencionado. Los resultados observados en este estudio mostraron que de 100 padres entrevistados el 20% tenían muy buen conocimiento de la dermatitis atópica, de estos el 11% eran del sexo femenino siendo el 6% entre 26-32 años de edad, mientras que el 37% carecían de conocimientos sobre la enfermedad, siendo el 19% del sexo masculino con un 7% entre los 33-36 años de edad. En cuanto a las actitudes, el 62% está totalmente de acuerdo en que se debería implementar talleres actualizados sobre la dermatitis atópica en el centro de salud para un mejor manejo de la entidad. El 15% de los padres tenían una “buena” práctica respecto al manejo de la enfermedad, de los cuales el 10% eran del sexo femenino; un 48% tenían una “mala” práctica siendo un 19% del sexo femenino.

ABSTRACT

Atopic dermatitis is an entity that has a high prevalence in children and a wide distribution in the current world. It is defined as a chronic inflammatory disease of the skin associated with cutaneous hyperreactivity to environmental triggers. The purpose of the study was to identify the knowledge, attitudes and practices of parents on the care and treatment of children under 18 years of age with atopic dermatitis attending the consultation at the Dominican Dermatological Institute and Skin Surgery "Dr. Huberto Bogaert Díaz "in the period September 2017 -February 2018.

In this work, we were able to integrate 100 parents who attended the aforementioned health center consultation. The results observed in this study showed that out of 100 parents interviewed 20% had a good knowledge of atopic dermatitis, of which 11% were female so 6% were between 27-32 years of age, while that 30% lacked knowledge about the disease, 19% being male with 7% between 33-36 years of age. Regarding attitudes, 62% strongly agree that an updated workshop on atopic dermatitis should be carried out at the health center for better management of the entity. 15% of parents had a "good" practice regarding the management of the disease, of which 10% were female; 48% had a "bad" practice being 19% female.

I. INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel asociada con hiperreactividad cutánea a desencadenantes ambientales y prurito constante, con una alta prevalencia en niños y constituye el paso inicial en el desarrollo de otros trastornos potencialmente graves, como asma bronquial y rinitis alérgica. Tiene una alta prevalencia y una amplia distribución en el mundo actual, sobre todo en los países desarrollados. Su inicio suele producirse durante la infancia, atenuándose gradualmente con la edad, aunque puede persistir en la adultez. Su etiología es compleja, existiendo numerosos factores implicados tales como factores inmunológicos, genéticos y ambientales, por lo cual se trata de una entidad clínica multifactorial.^{1,2,3,4}

El tratamiento médico de la dermatitis atópica consiste en una buena educación sanitaria, que incluya una hidratación adecuada de la piel y el uso de emolientes o tratamientos para restaurar la barrera cutánea, uso de antihistamínicos orales, evitar sustancias irritantes, identificación de los alérgenos desencadenantes, así como la identificación y el tratamiento de las complicaciones bacterianas, virales y micóticas. Aunado a esto el tratamiento tópico de primera línea o elección son los corticoesteroides tópicos, los cuales al ser empleados permiten la resolución de las lesiones clínicas de la dermatitis atópica, sin embargo, su uso a largo plazo produce efectos colaterales tales como hipopigmentación, atrofia, telangectasias y estrías entre otros.^{1,2,3}

Por otra parte, los cuidados generales de la piel del paciente con dermatitis atópica son fundamentales para evitar los factores desencadenantes que contribuyen a la reactivación del cuadro clínico y por tanto, al deterioro de la calidad de vida de los pacientes.⁵

La educación, el nivel socioeconómico y las creencias culturales juegan un papel importante en el seguimiento de la dermatitis atópica, ya que, junto a la

comunicación médico-paciente son piezas claves para determinar el éxito o el fracaso de un régimen terapéutico.^{5,6}

A nivel mundial, se ha reportado un incremento de casos, nuestro país no escapa a esta realidad, lo que constituye gran motivo de preocupación, tanto para los pacientes y familiares, como para el personal médico que se ocupa de esta enfermedad. Este aumento en el número de casos ha sido atribuido a diversos factores y el fallo terapéutico, a una mala adherencia al tratamiento por falta de información necesaria sobre el cuidado y manejo de esta enfermedad.¹⁻⁶

I.1. Antecedentes

En 2017 Reljic V, et al, realizaron un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los padres hacia los niños con dermatitis atópica, fue un estudio transversal en la Clínica de Dermatovenerología, Centro Clínico de Serbia, Belgrado. Para evaluar los factores asociados con un mayor nivel de conocimiento sobre dermatitis atópica, una actitud positiva más fuerte y un mayor comportamiento de apoyo, se realizaron dos modelos de regresión lineal múltiple. El comportamiento más favorable de los padres de los niños con dermatitis atópica se asoció con ser mayor y menos educado. La puntuación promedio del conocimiento de los padres fue nueve punto cinco, más o menos uno punto nueve de 12. El nivel de conocimientos no se correlacionó con la convicción de los padres de que ellos estaban bien informados sobre la dermatitis atópica. Los padres mayores, casados y aquellos que han tenido dermatitis atópica obtuvieron mayor probabilidad de conocimientos de la enfermedad. Los padres mayores y empleados tenían actitudes positivas más fuertes hacia sus hijos con dermatitis atópica. CONCLUSIÓN: La importancia de entender la dermatitis atópica y de contabilizar las actitudes de los miembros de la familia es obvia para el control exitoso de la enfermedad.⁷

En 2017 Kouotou EA, et al, realizaron un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico respecto a la dermatitis atópica en Yaoundé, Cameroon. Se trata de un estudio transversal realizado en 20 centros de salud en el cual participó todo el personal médico que proporcionó su consentimiento. Se inscribieron 100 médicos, de los cuales el 62 por ciento eran mujeres. En general, el nivel de conocimiento sobre dermatitis atópica fue moderado (65 por ciento). La alergia fue la principal causa de la dermatitis atópica, manifestada por el 64 por ciento de los participantes. Sólo el 43 por ciento del personal citó la causa genética. El asma fue mencionada en 78 por ciento como una patología asociada. En cuanto a las actitudes, la mayoría (84 por ciento) pensaba que la dermatitis atópica es igualmente común entre las poblaciones negras y caucásicas; 42 por ciento de los participantes cree que la evolución es favorable cuando se prescribe un tratamiento médico adecuado. Estas actitudes fueron consideradas erróneas (64 por ciento). Del mismo modo, el nivel general de práctica era inadecuado: 50 por ciento. **CONCLUSIÓN:** Este estudio permitió señalar el nivel moderado de conocimiento, las actitudes equivocadas y las prácticas inadecuadas de la consulta del personal médico en Yaoundé en lo que respecta a la dermatitis atópica, lo que sugiere una calidad deficiente de la atención brindada a los pacientes con esta enfermedad. Las pautas de manejo sobre esta condición deben ser creadas y puestas a disposición de los proveedores de atención. Se necesitan estudios a mayor escala en todo Cameroon, para tener un mapeo más preciso del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la dermatitis atópica a fin de mejorar su manejo a nivel local. ⁸

Otro estudio realizado en 2016 por Kotrulja L, et al, evaluaron la importancia de la intervención educativa y del conocimiento de los padres sobre la dermatitis atópica en niños. Se realizó un breve estudio basado en cuestionarios entre 238 padres de niños con dermatitis atópica sobre sus conocimientos acerca de la etiología y su tratamiento. Los resultados mostraron una pronunciada corticofobia por el uso de corticoesteroides tópicos; 21 por ciento de los padres estaban

preocupados por el riesgo de atrofia de la piel luego de una corta aplicación y un 10 por ciento consideró que los corticoesteroides eran extremadamente peligrosos por la absorción sistémica que afecta el crecimiento y el desarrollo de los niños. Sólo un por ciento de los encuestados pensó que los corticoesteroides podrían usarse sin restricciones en cantidad y duración de la aplicación, mientras que el 78 por ciento de los padres informaron que los corticoesteroides tópicos podrían administrarse sin efectos secundarios si la cantidad y la duración del tratamiento estuviera controlada por dermatólogos. Por otro lado 32 por ciento de los padres percibió que la base de la etiología de la dermatitis atópica era por una hipersensibilidad constitucional a varios alérgenos, siete por ciento creía que la alergia era a alimentos específicos, cinco por ciento pensaron que la causa era la inmunidad deteriorada del niño. En niños con dermatitis atópica que tenían hipersensibilidad alimentaria, el 14 por ciento de los padres pensó que una pequeña cantidad de alérgenos alimentario podría ser beneficioso para lograr tolerabilidad, mientras que un por ciento pensó que no era necesario que una madre lactante estuviera en una dieta de eliminación. CONCLUSIÓN: La falta de información, la sobrecarga, el desamparo y la poca confianza en el tratamiento médico conducen a una gestión subóptima de la enfermedad e incrementan el uso de los recursos sanitarios, incluidas las terapias alternativas. Se ha considerado que la educación del paciente tiene un papel clave en el tratamiento de la dermatitis atópica. El objetivo del programa educativo es mejorar el conocimiento de los padres sobre la dermatitis atópica, obteniendo así como resultado una mejor comprensión de la enfermedad, motivando el enfoque de tratamiento activo de los individuos afectados y sus familiares.⁹

En el siguiente estudio que fue efectuado en 2015 por Sokolova A, et al, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva con el propósito de identificar los factores que contribuyen a la mala adherencia al tratamiento en la dermatitis atópica de la infancia y para identificar posibles estrategias para remediarlo. Los factores identificados que conducen a una mala adherencia en el tratamiento incluyen: complejidad del régimen de tratamiento, falta de conocimiento, deterioro

de la calidad de vida, insatisfacción con las estrategias de tratamiento, seguimiento infrecuente, fobia a los corticoesteroides y el uso de la medicina complementaria y alternativa. **CONCLUSIÓN:** Las estrategias eficaces para aumentar el tratamiento incluyen: educación de los cuidadores y utilización de los complementos educativos, optimización de la relación paciente-cuidador-clínico, seguimiento temprano y frecuente, y mejora de la calidad de vida del paciente y del cuidador.¹⁰

Estudios recientes han sugerido que la disfunción de la barrera epidérmica contribuye al desarrollo de la dermatitis atópica y otras enfermedades alérgicas, como lo plantea el estudio por Horimukai K, et al, realizado en 2014, el cual fue un ensayo prospectivo, aleatorizado controlado para investigar si la protección de la barrera cutánea con una crema hidratante durante el período neonatal impide el desarrollo de la dermatitis atópica y la sensibilización alérgica. Un hidratante de tipo emulsión se aplicó diariamente durante las primeras 32 semanas de vida a 59 de 118 neonatos con alto riesgo de dermatitis atópica (basado en tener un padre o hermano con dermatitis atópica) que fueron incluidos en este estudio. El inicio de la dermatitis atópica (síntomas ecematosos que duran más de cuatro semanas) y eczema (duración mayor de dos semanas) fue evaluado por un especialista en dermatología sobre la base de los criterios Hanifin y Rajka modificados. El resultado primario fue la incidencia acumulada de dermatitis atópica más eccema (dermatitis atópica / eccema) a la semana 32 de vida. Un resultado secundario, la sensibilización alérgica, se evaluó sobre la base de los niveles séricos de IgE específica de alérgeno determinado mediante el uso de un microarrays de alérgenos de alta sensibilidad de virutas de carbón recubiertas de diamante. Aproximadamente un 32 por ciento menos de recién nacidos que recibieron la crema hidratante tuvo dermatitis atópica / eczema a la semana 32 que los sujetos control. Sin embargo, la tasa de sensibilización fue significativamente mayor en los recién nacidos con dermatitis atópica / eccema que en los que no lo hicieron. **CONCLUSIÓN:** La aplicación diaria de crema hidratante durante las primeras 32 semanas de vida reduce el riesgo de dermatitis

atópica / eccema en lactantes. La sensibilización alérgica durante este período de tiempo se asocia con la presencia de piel eczematosa, pero no con el uso de crema hidratante.¹¹

En el estudio realizado por Roa Rodríguez CA, et al, en 2016 en República Dominicana evaluaron la efectividad del Tacrolimus de uso tópico en el tratamiento de la dermatitis atópica. El estudio fue observacional, prospectivo y de fuente directa con el objetivo de determinar la eficacia del tacrolimus de uso tópico en el tratamiento de la dermatitis atópica en pacientes atendidos en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”. La recolección de datos se llevó a cabo por medio de una encuesta realizada a todos los padres de pacientes que participaron en el estudio, estuvo constituido por pacientes con diagnóstico previo de dermatitis atópica. **CONCLUSIÓN:** Se evidenció mejoría en lo que respecta a las manifestaciones clínicas y en el SCORAD a las dos semanas de haber iniciado el tratamiento con Tacrolimus, y se comprobó que el tratamiento con Tacrolimus al 0.03% constituye una alternativa efectiva y favorable en el tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica.³

En 2015 se efectuó un estudio en República Dominicana por Mateo Sánchez C, sobre Tratamiento de esteroides tópicos combinado con fototerapia en pacientes con dermatitis atópica. Un estudio transversal realizado en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”. Debido al uso combinado de la fototerapia y los corticoesteroides tópicos y la gran cantidad de pacientes que acuden a este centro con esta dermatosis de moderada a severa, se decidió realizar el estudio, ya que esta modalidad terapéutica permite disminuir los costos y establecer la eficacia de este preparado en la institución. Los datos fueron recolectados en una encuesta realizada a los padres de pacientes mayores de ocho años con diagnóstico confirmado por estudio histopatológico, con historia confirmada por madre, padre o tutor de insatisfacción del paciente con tratamientos convencionales, que presentaron un cuadro activo

y que calificaron para el tratamiento de fototerapia UVB-NB, para lo cual presentaron una evaluación oftalmológica normal, anti-ro (SS-A), anti-dsDNA, ANA, dentro de los rangos de referencia normal. CONCLUSIÓN: Desde el segundo control que se le realizo a los pacientes se evidencio una gran mejoría en las manifestaciones clínicas, la superficie corporal afectada y el SCORAD luego del uso de esteroides tópicos junto a la fototerapia, lo cual ayudo a comprobar que el tratamiento con esteroides tópicos combinados con fototerapia, son una alternativa muy efectiva en los pacientes con dermatitis atópica.⁴

I.2. Justificación

La Dermatitis Atópica es una enfermedad frecuente en nuestro medio, que afecta principalmente a los niños. El éxito terapéutico depende en gran medida, del grado de conocimientos que tenga el paciente y la aplicación de los mismos. Un bajo nivel de información ha sido relacionado íntimamente a un deficiente control y manejo de los signos, síntomas, y factores predisponentes de la enfermedad a corto y largo plazo.^{1-7,9-11}

Recientes publicaciones como el estudio de Reljic V, et al, en 2017 y de Sokolova A, et al, en 2015, han demostrado que en la población general no existe suficiente conocimiento para un manejo adecuado de los pacientes con dermatitis atópica, sea por poca información, por falsas creencias, por inadecuadas prácticas o por otras causas.⁷

Teniendo en cuenta que estas variables pueden ser modificadas una vez sean identificadas y analizadas, hemos decidido realizar esta investigación con el propósito de mejorar el manejo de esta entidad. Realizar una investigación sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los padres cuyos hijos padecen dermatitis atópica entendemos es de suma importancia, no tan solo porque nuestro medio es idóneo para exacerbar esta enfermedad, sino también porque

esta afección puede ser controlada fácil y eficientemente si se tiene el conocimiento, actitudes y las prácticas adecuadas. Por medio de esta investigación buscamos identificar las fallas y los aciertos, si es que existen algunos, de los padres para manejar y tratar la condición de sus hijos, y así poder aportarles a estos la información necesaria para controlar este trastorno.

En nuestro país se han realizado varias investigaciones referentes a la dermatitis atópica, sin embargo, no encontramos trabajos de investigación que muestren el nivel de conocimientos sobre este tema, ni las actitudes y prácticas de nuestra población en lo referente a dermatitis atópica, por esta razón y por lo expuesto anteriormente, consideramos pertinente la realización de este estudio, ya que serviría como base para la creación de nuevas estrategias informativas que mejoren el manejo de los pacientes.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida de las personas, y especialmente de los niños con dermatitis atópica y la de sus familias se ve alterada por la enfermedad. Muchos niños se pueden sentir rechazados por miedo al contagio, aun siendo ésta no contagioso y comprometiendo así las relaciones con sus amistades.⁵

Existe una evidente necesidad de información y de educación sobre esta enfermedad entre la población, ya que sigue siendo bastante desconocida, aunque se haya triplicado su prevalencia durante los últimos 30 años.¹²

La dermatitis atópica es una condición que necesita tener la atención y el cuidado adecuado para su control. Sin embargo, aun existiendo la medicación y tratamiento para ésta en nuestro país, las consultas dermatológicas son constantes.

Considerando esta situación nos hemos planteado la siguiente pregunta ¿Cuáles son los Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Evaluar los Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

III.2. Específicos

Basados en:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes.
2. Determinar el tiempo del diagnóstico de dermatitis atópica.
3. Identificar comorbilidades atópicas u otro tipo de alergia.
4. Determinar el tratamiento médico utilizado.
5. Determinar si el paciente ha utilizado métodos caseros para tratar la dermatitis atópica.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 Conocimientos, actitudes y prácticas

Los estudios tipo Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud.^{13,14}

IV.1.1. Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia, el aprendizaje, o a través de la observación. Incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación.^{13,14}

IV.1.2. Actitud

La actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de "disposiciones a". Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra. ^{13,14}

IV.1.3. Práctica

Las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción. ^{13,14}

IV.2. Historia de la Dermatología en la República Dominicana

La historia de la dermatología en República Dominicana data desde los tiempos de la colonia. El primer médico que llegó a la Isla de la Hispaniola, y por ende, al Nuevo Mundo, fue el doctor Diego Álvarez Chanca, quien llega en el segundo viaje de Cristóbal Colón en 1493. Con la llegada de los esclavos africanos a partir de 1502, se describen algunas enfermedades en las "Crónicas del Padre Bartolomé de las Casas", como erupciones en miembros, úlceras, bubas o pián, así como lepra, filarias, mal de piernas, llagas, viruelas, entre otras. Para 1502-1504 se construye el primer hospital del Nuevo Mundo, San Nicolás de Bari, que contaba con una enfermería aprestada de bubas. A éste le siguió el Hospital San Lázaro, origen del primer hospital de leprosos. ^{15,16,17}

Ya para el siglo XVIII se describen enfermedades cutáneas como filarias, pián, blenorragia, viruelas negras, sarampión, gusarola, verola (pinta), niguas, úlceras, varios tipos de chancros, entre otros. Las bubas son una de las primeras

patologías descritas en la isla, y Demier Chevalier en 1730 refiere que éstas (lepra) son consecuencia de la viruela (sífilis).^{15,16}

En 1804 Enmanuel Chopitre, médico francés radicado en la Hispaniola, hace una de las primeras descripciones de lepra de este lado del mundo, y también la considera como una forma de sífilis y la describió como *fascie leonina*. Para 1845 existía una orden de encierro en el Hospital San Nicolás de Bari para los pacientes con lepra; en 1881 se fundó la primera Asociación Médica. En el año 1911 concluyen la construcción de un lazareto en Nigua, y esto fue dirigido por el doctor Fernando Arturo Defilló, quien fungió como su director en el período 1912-1922, 1922-1926 y fue el primer leprólogo en nuestro país. El doctor Guillermo Herrera, brillante leprólogo, fue el primero en usar las sulfonas en los leprosos y publicó varios artículos médicos sobre Lesiones Liquenoides en Lepra y Tratamiento de la Lepra con Sulfonas, entre otras. A partir de 1912, la primera doctora dominicana, Evangelina Rodríguez, se graduó en Francia, trabajó en ginecología-obstetricia y urología, y tratando enfermedades de transmisión sexual, a las prostitutas nativas de San Pedro de Macorís, produciendo las primeras descripciones sistemáticas de estas patologías.¹⁷

Para la década de los 40 tenemos los primeros dermatólogos en el país como el doctor Víctor Manuel Soñé Uribe y Manuel Felipe Pimentel Imbert. El 8 de junio de 1949 se fundó la Sociedad Dominicana de Dermatología y Sifilografía (SDDI). En el año 1963 se fundó el Patronato de Lucha contra la Lepra, con el objetivo de cooperar en la lucha contra esta enfermedad en todo el país.^{17,18}

El 3 de febrero en 1966 se abren las puertas del Instituto Dermatológico Dominicano (IDD), una entidad privada. El creador de este proyecto, hoy eje central de la dermatología en República Dominicana es el Doctor Huberto Bogaert. En 1967 el IDD lanza la primera publicación dermatológica, Revista Dominicana de Dermatología (RDD). En 1969, se inició el primer programa de adiestramiento para auxiliares médicos dermato-leprólogos. En agosto 30, 31 y primero de

septiembre de 1970 se realizó el Primer Congreso de Dermatología, el que tuvo como temas centrales la Lepra y Sífilis. En el año 1972 el IDD recibe una modesta suma del gobierno como subvención económica, a través de la secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, con la que se firma un acuerdo mediante el cual, ésta delegó sobre el IDD la facultad a programar, dirigir y ejecutar el Programa de Control de Lepra.^{17,19}

El Instituto Dermatológico ha estudiado las grandes dermatosis que afectan al pueblo dominicano, diferentes tipos de dermatitis, infecciones bacterianas y virales, tuberculosis cutánea, enfermedades ampollosas crónicas, diferentes parasitosis, incluyendo leishmaniasis.¹⁷

La residencia de dermatología se amplía a dos años en 1974 y más adelante a tres. Para 1987 se le exigen un año previo de medicina interna, que debe tener en un hospital universitario, lo que extendió la misma a cuatro años de duración. A partir de 1975 se crean los servicios especializados en Cosmeatría, Criocirugía, Dermatología Pediátrica, Dermatitis Ocupacional y Medicina Interna. En 1984 el IDD crea el centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS).

17

En 1978 es editado el primer texto de medicina cutánea dominicana, a cargo del doctor Bogaert como su editor, y que es el libro oficial de la enseñanza de la dermatología en las principales universidades del país. La segunda publicación dermatológica del IDD, la Carta Dermatológica Clínico-Quirúrgica se creó en 1993, un documento de publicación cuatrimestral dirigido básicamente al médico general.¹⁷

En 1992 se inicia la Cirugía Dermatológica en el IDD de manera formal; los primeros cirujanos dermatólogos de nuestro país realizaron su entrenamiento en el departamento de cirugía plástica que existió en el instituto en el período 1972-

1992. Para el 1995 el IDD cambió su nombre a Instituto Dermatológico y Cirugía de piel (IDCP).¹⁷

IV.3. Dermatitis Atópica

IV.3.1. Definición

La dermatitis atópica es la manifestación cutánea crónica que se puede definir como una tendencia a reaccionar de manera exagerada con producción de IgE, inflamación, prurito intenso, broncoconstricción, etc., frente a determinadas sustancias como alérgenos, irritantes o fármacos. Suele asociarse a una historia familiar o personal de asma o alergia. El asma, la rinoconjuntivitis y la dermatitis atópica conforman la triada atópica. Se conoce también con los nombres de eczema diatésico, prurigo de Besnier, liquen crónico diseminado de Vidal y eczema flexural. Comprende aproximadamente de uno a dos por ciento de los enfermos nuevos vistos en consulta dermatológica.^{1-12,20-24}

IV.3.2. Epidemiología

Es fundamentalmente una enfermedad propia de la infancia y disminuye su prevalencia e intensidad con la edad. En 70% a 80% de los niños, se encuentran antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas.^{12,20-22}

La dermatitis atópica puede afectar a todas las razas, ya que los estudios realizados no demuestran diferencias significativas entre los distintos grupos raciales. Es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 1,5/1,3. Posiblemente, la dermatitis atópica es la manifestación más precoz de la atopía, ya que 50% de los atópicos la presentan a los dos años y 80%, a los cinco años. En este mismo grupo de edad, solo 40% tienen síntomas de asma y 25%, rinitis

vasomotora. Aproximadamente 80% de niños con da desarrollan asma o rinitis alérgica; algunos pierden la atopía cutánea con el inicio de alergia respiratoria hacia los siete años de edad.²⁰⁻²⁴

Se produce en personas de todas las edades, aunque es más común en niños. En la adolescencia se resuelve 50% de casos y en los adultos puede persistir hasta en 20% de los casos.^{1-12,20-24}

La prevalencia de dermatitis atópica parece más elevada en las grandes ciudades, sobre todo industrializadas, que, en las áreas rurales, lo que puede explicarse por una mayor exposición a los antígenos responsables de la dermatitis atópica.^{1-12,20-22,25-27}

IV.3.3. Etiología

Existen diversas teorías para explicar la etiología de la dermatitis atópica, pero ninguna concluyente. La causa de la afección es desconocida. Padres normales clínicamente pueden tener niños con dermatitis atópica. En otras ocasiones padres enfermos tienen niños normales. En general los padres tienden a transmitir a sus hijos la misma manifestación de atopía. La dermatitis atópica es considerada un trastorno hereditario multifactorial y se han implicado genes en su desarrollo. El gen de la filagrina ha demostrado una asociación muy significativa con la dermatitis atópica. La filagrina tiene un papel clave en la diferenciación epidérmica y en la función de la barrera. Las mutaciones en el gen de la filagrina están entre los defectos de un único gen más frecuente y común como causante y modificante de la enfermedad. La filagrina es una proteína epidérmica importante expresada de forma abundante en las capas más externas de la epidermis. Los portadores de mutaciones de filagrina tiene un riesgo aumentado de rasgos complejos que incluyen la dermatitis atópica, dermatitis de contacto alérgica, asma, rinitis alérgica y alergia al maní. Otra causa se debe a la existencia

de un bloqueo constitucional de los receptores β -2-adrenérgicos, y en consecuencia un trastorno del balance de los nucleótidos clínicos, esto explicaría el prurito y el broncoespasmo. ^{3,4,20-23,28}

En el eczema atópico los linfocitos del infiltrado son de tipo T adyuvante CD4+, con un índice medio CD4:CD8 de 7.1. Los linfocitos T CD4+ son de tipo memoria lo que indica que ha existido un contacto previo con el antígeno. ^{3,4,20,23,28,29}

En las lesiones agudas de dermatitis atópica, caracterizadas por lesiones de eczema, edema y vesiculación, existe un predominio de células Th2, pero en las lesiones crónicas con engrosamiento cutáneo y liquenificación existe un cambio en el tipo de infiltrado con predominio de células Th1. ^{3,4,20-23,25,28-30}

Los Th1 median la producción de interleucina-2 (IL-2), interferón gamma (IFN- γ) y factor de necrosis tumoral (TNF), que activan los macrófagos y favorecen la reacción de hipersensibilidad retardada. Los Th2 liberan IL-4, IL-5, IL-6 e IL-10, que activan las células B. En situación normal, existe un equilibrio entre ambas subpoblaciones celulares, ya que cada una de ellas ejerce una acción inhibitoria sobre la otra. En la dermatitis atópica existe un predominio de las células Th2, por lo que en estos pacientes hay una mayor producción de IL-4 y disminución de IFN- γ , lo que desencadena una mayor producción de IgE. ^{3,4,20-23,25,28-30}

El 80 por ciento de los pacientes con dermatitis atópica hay niveles séricos de IgE elevados. Estos niveles son probablemente debidos a la mayor producción por los linfocitos B, regulados por citocinas de linfocitos Th2. Los anticuerpos de clase IgE se unen a mastocitos y basófilos e inducen una marcada activación celular y la liberación de varios mediadores responsables de la respuesta inflamatoria. Es también frecuente encontrar en los pacientes con dermatitis atópica positividad a diversos alérgenos utilizados en las intradermorreacciones. ^{3,4,20-23,25,28-30}

Otra posible causa de la dermatitis atópica es la acción de las reagentes. Estas son anticuerpos séricos que pertenecen a las inmunoglobulinas IgE que aparecen espontáneamente en individuos genéticamente predispuestos. Las reagentes van a fijarse sobre los mastocitos y basófilos de la sangre y se van a adherir a los plexos capilares del corión donde al encontrarse con el antígeno se desencadena una manifestación alérgica produciendo las lesiones cutáneas. Los argumentos en contra de esta teoría son los siguientes: personas normales pueden tener reagentes; personas con dermatitis atópica pueden no tener reagentes detectables; pacientes agammaglobulinemia pueden tener manifestaciones atópicas; las reacciones antígeno anticuerpo tipo reagente producen ronchas evanescentes y no dermatitis. ^{3,4,20-23,25,28-30}

El papel de la dieta es muy controvertido, el paso del tiempo mejora la influencia de la dieta sobre la dermatitis atópica, es decir, existe una tolerancia progresiva a los distintos alimentos que, en un momento determinado, fueron capaces de relacionarse con la enfermedad. Pero, no pueden olvidarse las características individuales válidas para un caso determinado, que en modo alguno pueden extrapolarse a la totalidad. ^{3,4,25,32-34}

Desde el punto de vista cutáneo los alimentos pueden intervenir de tres formas distintas sobre la dermatitis atópica: ^{3,4,20-25,32-34}

- Son capaces de inducir fenómenos irritativos locales. Muchos niños atópicos no pueden tomar alimento fundamentalmente frutas, ácidos, porque les producen escozor sobre los labios o sobre las zonas del cuerpo en que gotean. Es un fenómeno ligado a la propia sensibilidad cutánea del atópico frente a sustancias irritantes. ^{3,4,20-25,32-34}
- La toma de determinados alimentos es capaz de inducir cuadros de urticaria e incluso de shock anafiláctico, mediados por hipersensibilidad tipo I. ^{3,4,20-25,32-34}
- Los alimentos pueden inducir el agravamiento del cuadro cutáneo y, por supuesto, su suspensión una influencia clara sobre el desarrollo de la

enfermedad. La valoración de este hecho es altamente dificultosa. Comienza por la dudosa valoración de las pruebas usadas en la detección de estos alimentos. De hecho, los test cutáneos frente a distintos tipos de alérgenos alcanzan una positividad entre 51% y 85%, pero estos test no siempre tienen una clara correlación con la evolución clínica, posiblemente debido a que los alérgenos empleados casi nunca coinciden con los productos derivados de su metabolismo; por tanto, la validez de estos resultados debe ser críticamente valorada en cada caso y debe comprobarse su verdadera significación clínica.^{3,4,20-25,32-34}

Aunque han sido muchos los trabajos que tratan de demostrar el beneficio de una dieta restrictiva en la dermatitis atópica, los resultados son muy variables y difíciles de interpretar, dadas las diferencias de población, en cuanto a edad, grado de intensidad e historia natural de la enfermedad, con tendencia a remitir espontáneamente en un alto porcentaje.^{3,4,20-25,32-34}

El papel profiláctico de la lactancia materna en la prevención de la dermatitis atópica ha despertado un gran interés en diversos grupos de trabajo, lo cual ha llevado a la realización de variados estudios sobre el efecto de la lactancia materna, el uso de leche de vaca o incluso, la utilización de dietas exentas de alérgenos en la alimentación materna durante la gestación, pero, una vez más, los resultados han sido muy variados y controvertidos, por lo que resulta muy difícil extraer conclusiones prácticas. Para algunos autores la dieta tiene una pobre, si no nula, influencia en la dermatitis atópica; no obstante, sugiere tenerla en cuenta, en casos de alimentos puntuales, cuando existe una sospecha clínica o hay pruebas que abogan hacia una intolerancia determinada, pero no hacer restricciones de forma irracional si no se demuestra su efectividad sobre el cuadro cutáneo. Recientemente se ha abogado por la utilización de alimentos ricos en ácidos grasos esenciales, omega-ácidos, generalmente aceite de pescado, sin que se haya demostrado sus efectos beneficiosos.^{3,4,20-25,32-35}

La idea más aceptada hoy en día sobre el papel de la alergia en dermatitis atópica es que la reacción antígeno anticuerpo no inicia la dermatitis, pero es un factor de exacerbación a considerar en los brotes agudos. La piel de estos enfermos es <<hiperpruriginosa>> especialmente en lo que respecta a la duración del picor y tiene gran tendencia a liquenificarse por la irritación crónica.^{3,4,20-23, 25,29-30}

Ellos reaccionan ante un estímulo pruriginoso de manera diferente a la persona normal.^{3,4,20-23, 25,29-30}

IV.2.4. Patogenia

El defecto fundamental que causa la enfermedad es desconocido. La producción del cuadro clínico depende de la interacción de factores de orden constitucional y precipitante. Lo fundamental es la existencia constitucional de una piel anormal <<hiperpruriginosa>>, con gran tendencia a liquenificarse por la irritación crónica. Los enfermos reaccionan ante un estímulo pruriginoso de una manera diferente a la persona normal, el picor dura más tiempo. Los factores precipitantes principales son: irritantes externos (jabones, detergentes), contacto con lana, sudoración excesiva, estímulos psicogenéticos, choque antígeno anticuerpo con producción de reaginas, dermatitis de contacto alérgica especialmente al níquel, cromo, neomicina y quizás otros factores como son focos de infección, trastornos metabólicos y alteraciones endócrinas.^{3,4,23-26,29,30}

IV.3.5. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica constituyen la base de su diagnóstico, ya que no existen cambios microscópicos ni de laboratorio específicos.^{3,4,20-26}

No obstante, la dermatitis atópica ofrece un amplio espectro clínico con una variada morfología, pero con distribución típica de las lesiones. Cuando estas lesiones son las características y se combinan con una historia personal o familiar de atopía el diagnóstico de dermatitis atópica está claro.²⁰

IV.3.5.1. Características de las lesiones cutáneas

La morfología inicial de las lesiones está dada por la pápula folicular, luego la formación de placas eccematosas que van cambiando de apariencia en el tiempo.^{3,4,20-23, 25,29-30,36}

Esta placa eccematosa se caracteriza por zonas de eritema, edema, vesiculación, exudación y costra, las que constituyen las lesiones agudas de la dermatitis atópica, en los casos subagudo las placas están pobremente definidas con escamas delgadas y en los eczemas crónicos la liquenificación es lo característico, con placas engrosadas, recorridas por surcos que delimitan áreas romboidales brillantes, resultado del rascado y fricción.^{20-23, 25,29-30,36}

La forma aguda se presenta, con exudación serosa muy pruriginosa, la subaguda con descamación y excoriaciones, y la forma crónica, con engrosamiento de la piel y acentuación de los pliegues.^{20-23, 25,29-30,36}

Las distintas fases pueden coexistir o sucederse en el tiempo. Todo ello sobre una piel seca. El prurito es el síntoma guía de la atopía, su ausencia debe hacernos replantear el diagnóstico. El prurito puede ocurrir durante el día, pero empeora durante las mañanas o las noches, es sensible a los cambios de estación y temperatura, así como al sudor y al calor excesivo.^{20-23, 25,29-30,36}

Tiene una relación directa con el estado emocional del niño y se convierte en un síntoma intratable que conduce a trastornos de la conducta, del sueño y se hace un trastorno difícil de controlar.^{20-23, 25,29-30,36}

Lesiones pruriginosas, Dermatitis atópica en miembros inferiores.



Imagen tomada de: <http://www.mviv.es/la-dermatitis-atopica-eczema-atopico/>

IV.3.5.2. Distribución de las lesiones cutáneas

IV.3.5.2.1. Fase del lactante

La fase del lactante empieza en la cara, entre las primeras semanas y los dos meses de edad; predomina en las mejillas y respeta el triángulo central de la cara; hay eritema, pápulas y dermatitis aguda (eccema del lactante) con costras hemáticas. Puede extenderse a piel cabelluda (descamación seborreica), pliegues retroauriculares y de flexión, tronco y nalgas, o ser generalizada. Aparece por brotes; en general, las lesiones desaparecen a los dos años de edad sin dejar huella.^{20-23,36}

IV.3.5.2.2. Fase del escolar o infantil

La fase del escolar o infantil sobreviene de los 4 a 14 años, edad en que cede de manera espontánea; las lesiones afectan los pliegues de flexión de los

codos, los huecos poplíteos, el cuello, muñecas, párpados o región perioral; hay placas eccematosas o liquenificadas; se puede presentar dermatitis plantar juvenil que se manifiesta por eritema y descamación que afectan las plantas, los pulpejos y el dorso de los dedos.^{20-23,36}

El prurito es intenso y la dermatosis evoluciona por brotes, y desaparece o progresa hacia la última fase. Puede haber adenopatías múltiples, eritrodermia con dificultad para regular la temperatura corporal, insomnio e irritabilidad.^{20-23,36}

IV.3.5.2.3. Fase del adolescente y del adulto.

Es menos frecuente; ocurre de los 15 a los 23 años de edad; se observa incluso durante la senectud; se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, el cuello, la nuca, dorso de las manos o genitales; hay placas de liquenificación o eccema. Hay formas que simulan eccema numular, prurigo, dermatitis seborreica o eritrodermia.^{20-23,36}

Localización de las lesiones según la edad en la Dermatitis Atópica.



Imagen tomada de: <http://www.cosmeticsgiura.com/es/tenes-piel-atopica/>

IV.3.5.3. Otras manifestaciones

Representan los signos de sospecha de la dermatitis atópica, tales como: piel seca, pequeñas fisuraciones en el pliegue del lóbulo de la oreja, de los dedos de manos y pies, enrojecimiento y descamación del dorso de los dedos de los pies o las queilitis angulares. ^{3,4,20-23, 25,29-30,36}

Con frecuencia, se observa hiperlinealidad palmar, alopecia en la cola de las cejas, pitiriasis alba, lengua geográfica, queratosis pilar. Los rasgos que definen la cara atópica son el pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, las ojeras oscuras y la palidez facial. ^{3,4,20-23, 25,29-30,36}

En el curso de la dermatitis atópica, pueden presentarse alteraciones oculares, como la catarata subcapsular anterior que, aunque poco frecuente, debe considerarse en la segunda década de la vida y es específica de esta enfermedad. Mucho más raro es el queratocono, que se relaciona con el frotamiento excesivo del ojo. ^{3,4,20-23, 25,29-30,36}

IV.3.6. Complicaciones

De 30 a 50 por ciento de los pacientes con dermatitis atópica infantil desarrollan fiebre del heno y/o asma bronquial generalmente entre el segundo y quinto año de vida. Reacciones alérgicas severas a drogas, picaduras de insecto, alimentos, etc, son más frecuentes en atópicos. Los prurigos, el eczema numular, la pitiriasis alba, la alopecia areata y el vitíligo pueden asociarse a la diátesis atópica especialmente en niños. Irritación de las conjuntivas es frecuente en atópicos. Puede representar una reacción alérgica verdadera o una irritación no alérgica. Queratocono (córnea cónica) puede ocurrir asociado a la dermatitis atópica o aislado de ésta, debido a cambios degenerativos de la córnea. Se inicia en la niñez y después de algunos años no progresa. Catarata ocurre en un 10 por ciento de pacientes con formas severas de la enfermedad, casi siempre bilateral, es más frecuente entre 15 y 25 años. Ocasionalmente las lesiones de la dermatitis atópica infantil se generalizan dando lugar a un cuadro de eritrodermia.^{3,4,20-25,36}

Las lesiones de la dermatitis atópica se pueden infectar secundariamente por el estafilococo o el estreptococo. En el 93 por ciento de los pacientes atópicos se aísla principalmente el *Estafilococo aureus* y en ocasiones el *Streptococo piogenes*, localizados en orificios nasales y piel. Los enfermos presentan una susceptibilidad especial al virus del herpes simple o vacuna, dando lugar a un cuadro clínico que conocemos como eczema herpeticum (forma diseminada) o vacunatum (por vacunación de varicela) dependiendo del virus causal. El cuadro clínico se acompaña de temperatura muy alta y de malestar general. Puede causar la muerte. Estos pacientes también son susceptibles a otras infecciones virales como el papiloma virus o molusco contagioso.^{3,4,20-25,36}

IV.3.7. Diagnóstico

La dermatitis atópica se presenta con un cuadro clínico muy característico que permite hacer el diagnóstico sin mayor dificultad.^{1,3,4,21,36,37}

En 1980 Hanifin estableció criterios de evaluación para su correcto diagnóstico, dividiéndolos en criterios mayores y menores. Se necesitan tres de cada uno.²¹

Criterios mayores: antecedentes familiares de dermatitis atópica, asma, rinitis alérgica. Morfología y distribución típica en zona de extensión en los lactantes y en zonas de flexión lineal; en los niños mayores, prurito intenso e incontrolable, evolución crónica y recidivante.^{1,3,4,20-25,36,37}

Criterios menores: xerosis cutis, ictiosis con hiperlinealidad palmar, inmunoglobulina E sérica elevada, queratitis, conjuntivitis, blefaritis escamosa, palidez y eritema facial, pigmentación periorbitaria, eczema de pezón, dermatografismo blanco, catarata subcapsular anterior, susceptibilidad incrementada a las infecciones cutáneas, pliegues infraorbitarios de Dennis-Morgan.^{1,3,4,20-25,36,37}

Laboratorios: se deben realizar hemograma, glicemia, VDRL, ASO, recuento de eosinófilos, determinación de inmunoglobulina E, cultivo bacteriológico de piel y fosas nasales y biopsia de piel. Las pruebas de punción o pruebas séricas de inmunoglobulina E específicas de alérgenos (prueba RAST) negativa, son predictivas para descartar alérgenos potenciales, sin embargo la prueba de alergia cutánea o in vitro positivas, especialmente a alimentos, no se corresponden muchas veces con las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica.^{1,3,4,20-25,36,37}

IV.3.7.1. Diagnóstico diferencial

Debe realizarse con dermatitis seborreica, dermatitis de contacto alérgica, candidiasis, escabiasis, pitiriasis alba, ictiosis, psoriasis, queratosis pilar, dermatitis numular, acropustulosis infantil, déficit de inmunoglobulina A, acrodermatitis enteropática, dermatitis herpetiforme. Se debe tener presente que, en la fenilquetonuria, síndrome de Wiskott-Aldrich, síndrome de Hurlers, síndrome de Netherton y agammaglobulinemia pueden aparecer erupciones que simulan la dermatitis atópica. En los adolescentes y adultos hay que descartar dermatitis por contacto al níquel y cromo. También hay que considerar la neurodermatitis localizada y formas atípicas de liquen plano. ^{1,3,4,20-25,36-38}

IV.3.8. Tratamientos

El tratamiento se basa en cuidados de la piel, el tratamiento tópico y educación al paciente, familiares y a sus cuidadores. La piel es la que necesita la mayor atención. ²⁰⁻²⁵

Evitar temperatura elevada, el aire acondicionado es importante durante los meses de calor para reducir el prurito, utilizar ropa adecuada, fresca y de algodón. ^{21,22,37,38,39}

Evitar el contacto con lana, fibras sintéticas, gomas y plásticos. Mantener la piel limpia utilizando geles de baños con pH ácido. ^{21,37,38,39}

El baño debe ser breve no más de 10 minutos para prevenir la pérdida de lípidos cutáneos endógenos. Debe usarse solamente jabones suaves o leche limpiadora sin jabón. ^{21,37,38,39}

La clave para mantener la hidratación después del baño en pacientes con dermatitis atópica es la aplicación de un emoliente denso durante tres minutos después de terminar el baño, antes de que se produzca la pérdida por evaporación, las compresas húmedas de acetato de calcio y sulfato de aluminio abiertas, pueden ser útiles en niños con lesiones exudativas o costrosas, después de las compresas se puede aplicar antiinflamatorio tópico.^{1-4,11,21,22,25,37-39}

En vista de que en la epidermis de los pacientes con dermatitis atópica hay un déficit de ceramidas se debe aplicar varias veces al día, crema hidratante con ceramidas.^{11,37,38}

La natación es un deporte excelente para los niños con este trastorno, si toleran la exposición a agua clorada, se debe aplicar un protector solar y luego emoliente denso como protector para la elevada concentración de cloro, lavarse inmediatamente después de nadar y aplicar un emoliente para reducir el riesgo de irritación. En fase aguda o brote utilizar corticoides tópicos de baja o mediana potencia por una a dos semanas, son la primera línea de tratamiento para las exacerbaciones de la enfermedad.^{11,20-24,37,38}

Otra opción es cambiar el tratamiento reduciendo la concentración de los corticoides y empezar a utilizar inhibidores tópicos de la calcineurina como Pimecrolimus crema 0.03 por ciento tópico en la dermatitis atópica moderada o grave en niños en los que se fracasó en la obtención de una respuesta adecuada con las terapias convencionales, mientras que la concentración al cero 0.1 por ciento no está indicada para su uso en niños. Así, la indicación del tacrolimus queda restringida a los casos en los que los corticoesteroides no fueron eficaces. Se ha demostrado que el tacrolimus, a diferencia de los corticoesteroides, no producen atrofia de la piel, alteración en la síntesis del colágeno, diferenciación de queratinocitos o despigmentación y no induce la supresión de la glándula suprarrenal. El tacrolimus 0.03 por ciento tópico se debe usar dos veces al día en niños menores de 16 años durante un máximo de tres semanas, posteriormente

se debe reducir la frecuencia de la aplicación a una vez al día hasta que desaparezca la lesión ^{1-4,21,40}

Si existe prurito intenso puede administrarse dos antihistamínicos distintos uno de primera generación y otro de segunda generación. ^{3,4,21}

Primera generación: Difenhidramina cinco miligramos por kilogramo por día (máximo 400 mg por día) cada ocho horas vía oral o Hidroxicina dos miligramos por kilogramo por día (máximo 600 mg al día) cada seis u ocho horas vía oral. ^{1-4,21,36}

Segunda generación: Cetirizina menores de seis años 2.5 miligramos al día (máximo cinco miligramos al día), mayores de seis años 0.2 miligramos por kilogramos al día (máximo 10 miligramos al día) vía oral. Loratadina 0.2 miligramos por kilogramos al día (máximo 10 miligramos al día) vía oral. ^{1-4,21,36}

En casos graves administrar corticosteroides orales como Prednisona o Prednisolona en dosis de 0.5 a un miligramo por kilogramo disminuyendo paulatinamente según la mejoría. ^{1-4,21,36,41}

En casos de infección agregada utilizar antibiótico como Mupirocina, Ácido Fusídico o Gentamicina si la infección es localizada. En caso de infección extensa se utiliza Eritromicina, Cefalexina o Dicloxacilina oral, ya que el germen más frecuente es el *Stafilococco aureus*. ^{3,4,21,37}

El tratamiento antivírico de las infecciones cutáneas por herpes simple es importante para prevenir la extensión generalizada, la administración de Aciclovir oral a dosis de 80 miligramos por kilogramos por día cada ocho horas (máximo 3.2 gramos por día). ^{3,4,21}

En dermatitis atópica rebelde a los tratamientos anteriores se puede utilizar:

Radiación UVA-1 o UVB de banda estrecha, es efectivo en la dermatitis atópica moderada, severa y eritrodérmica. Se ha observado que es beneficiosa en niños mayores de 13 años. UVA-1 se recomienda en la fase aguda de la enfermedad, está contraindicada en pacientes menores de 18 años con dermatitis atópica. UVB sería la fototerapia más adecuada para la fase crónica de la enfermedad. Según investigaciones se ha demostrado que existe una actividad sinérgica estadísticamente significativa, cuando se emplea UVBBE, asociado al tacrolimus por vía tópica. ^{1,4,21,37}

Metotrexato 10 a 20 miligramos por metros cuadrados semanal vía oral. Requiere monitorización de parámetros hematológicos y hepáticos. Se recomienda el uso de Ácido Fólico para reducir la toxicidad hepática del Metotrexato. ^{1, 3,4,21,37}

En casos graves de dermatitis atópica se ha usado Azatioprina de uno a 2.5 miligramos por kilogramos por día vía oral cada 12 horas. Requiere monitorización de parámetros hematológicos. Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar determinación de las concentraciones de Tiopurina metiltransferasa para predecir el riesgo de que se produzca mielosupresión. ^{3,4,21,25,37}

En niños y adultos con dermatitis atópica grave y refractaria a otros medicamentos se utiliza Ciclosporina A con dosis inicial de 1.5 a 2.5 miligramos por kilogramo cada 12 horas vía oral. Precisa de monitorización de tensión arterial, parámetros hematológicos y de función renal. No mantener más de tres a seis meses. ^{1, 3,4,21,37}

Tabla: Tratamiento según la gravedad de la DA.

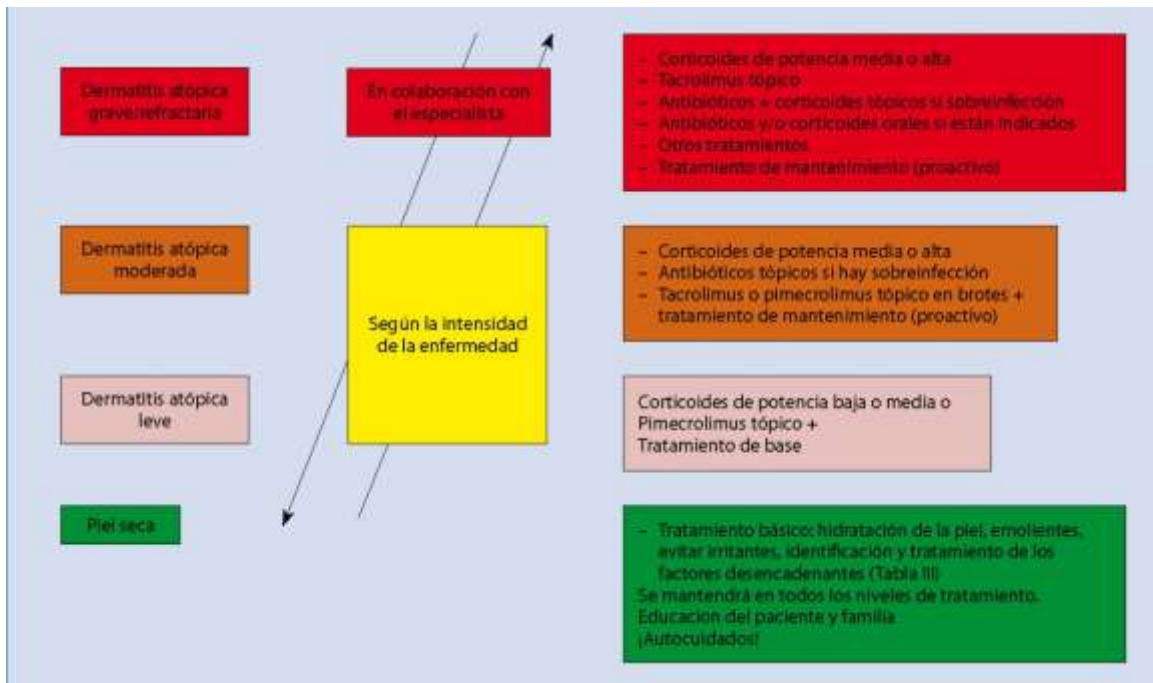


Imagen tomada de: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-04/dermatitis-atopica/>

IV.3.8.1. Nuevos tratamientos

Estudios recientes han destacado el posible papel de la vitamina D en la dermatitis atópica, y que la administración de suplementos de vitamina D podría ayudar a tratar dicha enfermedad.^{42,43}

Un estudio realizado por Kim MJ, Kim SN, Lee YW, Choe YB y Ahn KJ en el 2016 determinó la relación entre el nivel de vitamina D y la dermatitis atópica, además, evaluó la eficacia de la administración de suplementos de vitamina D. Se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y Cochrane hasta mayo de 2015. Se incluyeron estudios observacionales y ensayos controlados aleatorios basados en los datos disponibles sobre el nivel sérico de 25-hidroxivitamina D (25 (OH) D) y se evaluaron los datos cuantificados para la gravedad utilizando el índice de puntuación de dermatitis atópica (SCORAD) o el índice de área de eczema y gravedad (EASI). En comparación con los controles

sanos, el nivel sérico de 25-hidroxivitamina D fue más bajo en los pacientes con dermatitis atópica de todas las edades, y predominantemente en los pacientes pediátricos con dermatitis atópica. Además, el índice SCORAD y el puntaje EASI disminuyeron después de la administración de suplementos de vitamina D. Este metanálisis mostró que el nivel de vitamina D en suero era más bajo en los pacientes con dermatitis atópica y la suplementación con vitamina D podría ser una nueva opción terapéutica para esta enfermedad.⁴²

Según estudio realizado por Benetti C, Comberiat P, Capristo C, Boner AL y Peroni DG en 2015 sobre los efectos terapéuticos de la vitamina D en asma y alergia, en los últimos años, el bajo nivel de vitamina D ha sido propuesto como un factor de riesgo putativo para las enfermedades alérgicas. Un creciente cuerpo de literatura informa bajos niveles de vitamina D en pacientes atópicos y apoya una asociación entre la deficiencia de vitamina D y el riesgo de resultados adversos de asma y alergias. Por lo tanto, se ha especulado que la administración de suplementos de vitamina D puede prevenir o reducir el riesgo de enfermedades alérgicas. Los estudios de cohortes de nacimiento que abordan el papel del consumo de vitamina D durante el embarazo han mostrado resultados contradictorios con respecto a los resultados de alergia en la descendencia. En la actualidad, solo unos pocos estudios han intentado complementar la vitamina D en pacientes asmáticos, a menudo como una terapia complementaria a los medicamentos estándar para el control del asma, y los resultados no son consistentes. Existen datos emergentes que demuestran que la vitamina D puede potenciar los efectos antiinflamatorios de los glucocorticoides y potencialmente usarse como terapia adyuvante en el asma resistente a los esteroides. Los datos recientes in vivo sugieren que los suplementos de vitamina D también pueden reducir la gravedad de la dermatitis atópica. Esta revisión examina la literatura relevante existente centrada en la administración de suplementos de vitamina D en el tratamiento de enfermedades alérgicas.⁴³

Otro estudio realizado por Debinska A, Sikorska H, Urbanik M, Boznanski A, en 2015 sobre el rol de la vitamina D en la dermatitis donde se informa que la vitamina D influye en la regulación del sistema inmune tanto innato como adaptativo, lo que hace que la asociación entre la vitamina D y las enfermedades alérgicas sea un campo de interés. Aunque muchos estudios han tratado de determinar si la vitamina D tiene una influencia en la progresión de la enfermedad alérgica, el impacto de la vitamina D en el desarrollo y la gravedad de la dermatitis atópica sigue sin estar claro. En esta revisión, resumimos estudios recientes que relacionan la vitamina D con la dermatitis atópica y discutimos su posible papel en la patogenia de las enfermedades alérgicas de la piel, enfatizando la necesidad de ensayos prospectivos bien diseñados sobre suplementos de vitamina D en el contexto de la prevención y el tratamiento de condiciones alérgicas. ⁴⁴

Varios informes recientes han demostrado que la vitamina D desempeña un papel en la patogénesis de la dermatitis atópica a través de sus propiedades inmunomoduladoras. Schaubert, et al, en 2015 demostraron que la forma activa de la vitamina D [1,25 (OH) 2 D3] mejora la expresión de péptidos antibacterianos y, por lo tanto, evita las infecciones de la piel. Liu et al demostraron un vínculo entre la activación mediada por vitamina D de los receptores tipo toll, la producción de catelicidina y la disminución de la sensibilidad a las infecciones bacterianas. Dependiendo de la concentración, la vitamina D puede estimular o inhibir la diferenciación de queratinocitos y estimular la síntesis de proteínas como la filagrina, que son necesarias para la formación de la barrera del estrato córneo. Además, se ha demostrado que los análogos de vitamina D suprimen la producción de inmunoglobulina E (IgE) in vitro y las reacciones cutáneas mediadas por IgE. Ong et al. demostraron una inmunotinción significativamente disminuida para las catelicidinas (LL-37) en las lesiones de dermatitis atópica aguda y crónica en comparación con las lesiones cutáneas psoriáticas. Este hallazgo puede explicar las diferencias en las infecciones de la piel entre los pacientes con estas dos enfermedades. Entre los pacientes con dermatitis atópica, aquellos con antecedentes de sobreinfección por el virus del herpes

simple (HSV) tienen niveles de catelicidina significativamente menores. Los ensayos antivirales han demostrado que la catelicidina tiene actividad contra el virus del herpes simple. ⁴⁶

IV.3.9. Pronóstico, calidad de vida y gravedad

La variedad en la expresividad, intensidad y extensión de la dermatitis atópica ha hecho necesario establecer parámetros que valoren la gravedad de la enfermedad. En la actualidad, el criterio universalmente aceptado es el llamado SCORAD (*Scoring index of atopic dermatitis*), que valora distintos parámetros: extensión de las lesiones y síntomas objetivos y subjetivos; resulta especialmente útil a la hora de realizar ensayos clínicos. ^{1,3,4, 21,23,47}

El índice SCORAD fue diseñado y aprobado por la European Task Force on Atopic Dermatitis en 1993 como una herramienta sencilla para la valoración de la gravedad de la enfermedad. Incluye:

- Valoración de 6 signos clínicos (eritema/pigmentación, edema/pápulas, exudación/costra, excoriación, liquenificación/prurigo, xerosis) con una escala de valores de 1-3 según la intensidad, medidos cada síntoma en una parte representativa del cuerpo.
- Medición de la extensión de la enfermedad usando la “regla de los 9”.
- Escala visual de los síntomas subjetivos (prurito y trastornos del sueño, valorados de 1 a 10). ^{1,3,4, 21,23,47}

A mayor puntuación, mayor gravedad, estableciéndose tres grados principales: leve (<15), moderada (15-40), o grave (>40). La máxima puntuación es 103. ^{1,3,4, 21,23,47}

Tabla: Índice SCORAD.

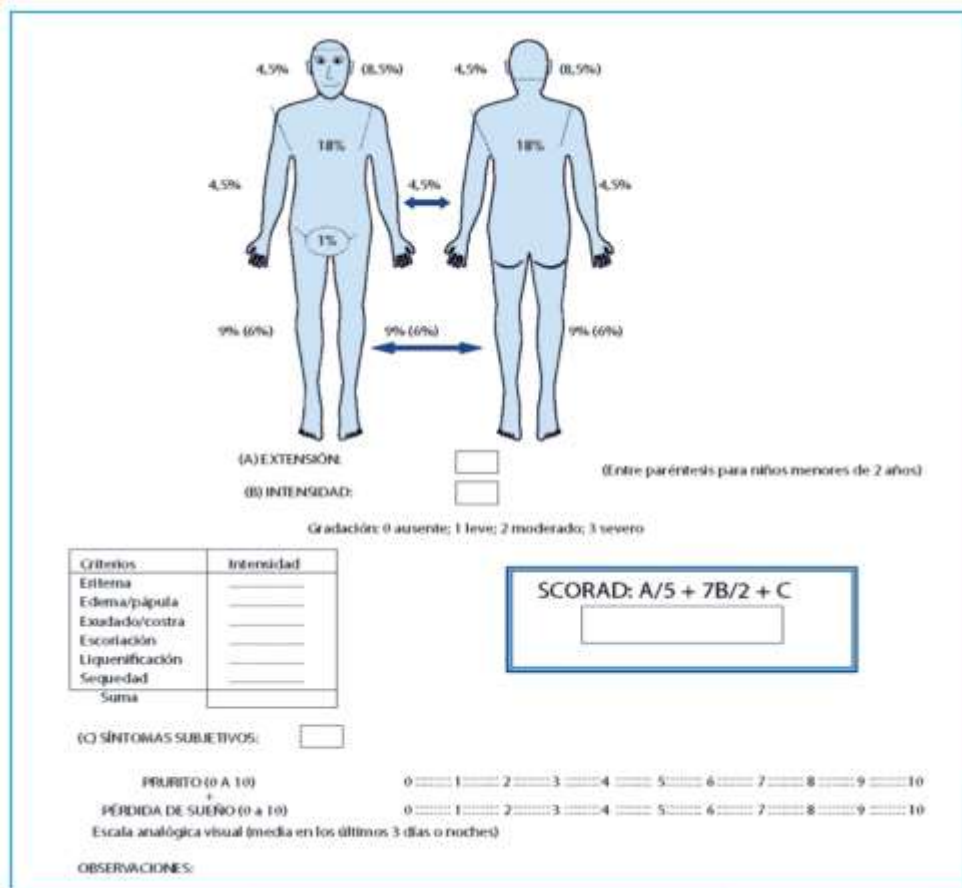


Imagen tomada de: Mateo M. Guía de tratamiento de la Dermatitis Atópica. Segunda edición: 2011: página 16.

La evolución de la enfermedad es impredecible, pero en la mayoría de las ocasiones tiende a desaparecer o a mejorar con el paso del tiempo. Hay criterios que ayudan a determinar la evolución de la enfermedad:

- Factores adversos: comienzo tardío (después de los 15 meses), patrón invertido, eccema con aspecto discoide y problemas sociales y discordia entre los padres;
- Factores favorables: comienzo precoz, patrón seborreico y uso de medicación apropiada.

Estos datos son simplemente orientadores, ya que no existe ninguno que establezca de forma fidedigna qué evolución va a tener el paciente con dermatitis atópica.²¹⁻²⁵

Por otro lado, se han desarrollado varias pruebas no invasivas para la medición objetiva de la gravedad, como son la medida de la pérdida de agua transepidérmica, la evaluación del eritema y la pigmentación mediante espectroscopía, la ecografía de alta frecuencia para identificar el edema o la evaluación del perfil epidérmico para estudiar la descamación y las rugosidades cutáneas. Todos esos estudios pueden ser útiles tanto en la evaluación de la gravedad como en la investigación de la fisiopatología de la enfermedad.^{3,4,24,46}

La calidad de vida también es un parámetro importante a la hora de abordar un paciente con dermatitis atópica. Un reciente estudio muestra que en esta patología se ven afectadas significativamente la salud mental, el equilibrio emocional y las relaciones sociales. Además, se recomienda el empleo de escalas de calidad de vida que tengan en cuenta estos aspectos principalmente y den menos importancia a la afectación física. Pero no sólo se encuentra afectada la calidad de vida del paciente que sufre la enfermedad, sino también la del entorno familiar. El cuidado de un niño con dermatitis atópica se ha relacionado con alteraciones del sueño en los padres, que son comparativamente mayores que en los padres de hijos asmáticos. Esta afectación del ritmo del sueño se correlaciona también con un mayor grado de ansiedad y depresión.^{3,5,}

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos 	Numérica
Sexo	Fenotipo que tiene el paciente por su aspecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
Lugar de Procedencia	Localización del sector de donde habita.	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana 	Nominal
Nivel de escolaridad	Grado de estudio obtenido en un período de tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Básica • Bachiller • Universitario 	Nominal
Conocimientos	Conjunto de información adquirida a través de la experiencia, el aprendizaje, o la observación.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bien (10 respuestas acertadas) • Bien (8-9 respuestas acertadas) • Regular (5-7 respuestas acertadas) • Malo (4 respuestas acertadas) 	Ordinal
Tiempo de diagnostico	Tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico hasta el presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Días • Meses • Años 	Numérico

Comorbilidad	Todas aquellas enfermedades relacionadas a la dermatitis atópica.	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia a medicamentos • Alergia a alimentos • Alergia por contacto • Asma y/o Rinitis • Otros 	Nominal
Tratamiento	Todo medicamento indicado para tratar o manejar la dermatitis atópica.	<ul style="list-style-type: none"> • Antialérgicos • Cremas tópicas • Inyecciones • Otros 	Nominal
Actitudes ante el manejo de la dermatitis atópica	Predisposición que presentan los padres en estudio frente a los métodos de manejo y tratamiento, ya sea de aceptación o rechazo	<p>Escala de Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Neutral • En desacuerdo • Totalmente en desacuerdo 	Nominal
Prácticas del manejo y tratamiento	Utilización o no del manejo y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bien (8-7) • Bien (6-5) • Regular (4-3) • Malo (<2) 	Ordinal

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal de recolección prospectiva de datos, con el propósito de determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con Dermatitis Atópica que asistieron a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo como escenario geográfico el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” (IDDCP-DHBD) es el organismo ejecutor del Patronato de Lucha Contra la Lepra, Inc, es una institución privada sin ánimo de lucro. Ubicado en la Avenida Albert Thomas 66 con Federico Velázquez, 2105 Santo Domingo, D. N., República Dominicana.



Mapa cartográfico del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”

VI.3. Universo y Muestra

Universo:

Estuvo constituido por todos los padres de pacientes que asistieron a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” durante el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

Muestra:

Estuvo compuesto por un muestreo no probabilístico de 105 padres de pacientes menores de 18 años de edad con el diagnóstico de dermatitis atópica que asistieron a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” durante el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

VI.4. Criterios

VI.4.1. De inclusión

1. Padres o tutores de pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes con seis meses o más con el diagnóstico de dermatitis atópica.
3. Pacientes con tratamiento indicado.
4. Pacientes ciudadanos dominicanos.
5. Paciente que estén de acuerdo en participar en la encuesta

VI.4.2. De exclusión

1. Pacientes que no sean menores de 18 años.
2. Pacientes recién diagnosticados.
3. Pacientes sin tratamiento indicado.
4. Pacientes extranjeros.
5. Pacientes que no estén de acuerdo en participar en la encuesta.

6. Pacientes acompañados de personas que no sean padres o tutores del mismo al momento de la entrevista.

VI.5. Instrumento de recolección de la información.

Para estos fines se elaboró un cuestionario estructurado, autodesarrollado, con preguntas cerradas, que recogió datos sociodemográficos del paciente, tales como: edad, sexo, lugar de procedencia y nivel socioeconómico, y datos de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de la dermatitis atópica.

Puntuación:

Para evaluar el conocimiento se tomaron en cuenta de la pregunta número uno hasta la pregunta número 11, de las cuales se le dio una puntuación de un punto a cada pregunta a partir de la pregunta seis, donde los padres que obtengan un resultado 5 a 6 correctas se clasificaron con un conocimiento alto, de 3 a 4 preguntas correctas con conocimiento medio y menos de 2 preguntas correctas con conocimiento bajo.

La actitud fue evaluada mediante la escala de Likert desde la pregunta 12 a 18 se le dio un valor de 1 puntos a cada pregunta.

VI.6. Procedimiento

Para la obtención de datos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con dermatitis atópica se solicitó al jefe de enseñanza Dr. Juan Pablo Guzmán y al director del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” Dr. Víctor Pou Soares una autorización para el sometimiento de una encuesta a los padres de los pacientes de la institución, en

la cual utilizamos los criterios de inclusión y exclusión para abordar la población en la consulta de dermatología.

El documento de recolección de datos fue llenado por las sustentantes luego de la consulta médica, donde se estableció un ambiente de confidencialidad y respeto, resaltando que la encuesta fue totalmente anónima, con el fin de que los datos sean reales y confiables. Se utilizó la misma encuesta para todos los participantes, se respondió y aclaró, de forma individual cualquier duda respecto al cuestionario. Además, debieron de leer y firmar el consentimiento informado que se le entregó. Se abordó en el consultorio a cada padre luego de la consulta. Estas encuestas se realizaron de Lunes a Viernes en horario matutino y vespertino.

VI.7. Tabulación y Análisis

La información obtenida fue sometida a revisión y fue procesada mediante el programa Microsoft Word para el diseño y Microsoft Excel para el manejo de datos.

Los datos obtenidos de la muestra luego de ser analizados fueron tabulados y presentados en una serie de cuadros en porcentajes, para una mejor comprensión y visualización de las tendencias de las variables.

VI.8. Aspectos éticos

El presente estudio fue realizado de acuerdo a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).^{48,49} El estudio implicó el manejo confidencial de los datos ofrecidos por los pacientes y/o tutores de los mismos. El protocolo de

estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a revisión por la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), cuya aprobación fue el requisito para iniciar el proceso de recolección y verificación de datos.

VII. RESULTADOS

De un total de 100 padres o tutores de pacientes a los que se le realizaron la encuesta, 100 (100%) fueron entrevistados correctamente con el instrumento y todos los padres que fueron excluidos no se tomaron en cuenta.

Cuadro 1. Distribución de padres o tutores entrevistados, según edad, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

Edades de los padres o tutores	Frecuencia	Porcentaje
17-20	3	3.00%
21-24	7	7.00%
25-28	13	13.00%
29-32	13	13.00%
33-36	15	15.00%
37-40	15	15.00%
41-44	10	10.00%
45-48	13	13.00%
49-52	4	4.00%
53-56	3	3.00%
57-60	4	4.00%
TOTAL	100	100.00%

Un total de 100 (100%) padres o tutores entrevistados, 30 (30%) se encontraban entre 33 a 40 años de edad. Donde la edad mínima representa 17 años y la máxima 60 años.

Cuadro 2. Distribución de los padres o tutores entrevistados según procedencia, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	25	25.00%
Urbano	75	75.00%
TOTAL	100	100.00%

Un total de 100 (100%) padres o tutores respondieron la encuesta adecuadamente, de los cuales 75 (75%) procedentes de la zona urbana y 25 (25%) procedentes de la zona rural.

Cuadro 3. Distribución de padres o tutores entrevistados, según sus conocimientos, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Muy bien	20	20.00%
Bien	24	24.00%
Regular	19	19.00%
Malo	37	37.00%
TOTAL	100	100.00%

Del total de 100 (100%) padres o tutores entrevistados sobre los conocimientos de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017 - Febrero 2018, 20 (20%) respondieron 10 preguntas acertadas

correctamente teniendo un resultado «Muy bueno», en cuanto a los conocimientos.

Un total de 24 (24%) padres o tutores encuestados respondieron un total de 8 a 9 preguntas acertadas clasificando en la categoría «bien». Así, 19 padres (19%) clasificaron en la categoría «regular» y a la vez 37 (37%) padres clasificaron en la categoría «malo» acertando menos de 4 respuestas.

Cuadro 4. Distribución de padres o tutores entrevistados, según sus conocimientos y según la edad, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

CONOCIMIENTOS					
Edades de los padres o tutores	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL
17-20	0	1	0	2	3 (3.00%)
21-24	1	1	1	4	7 (7.00%)
25-28	0	2	3	8	13 (13.00%)
29-32	6	4	2	1	13 (13.00%)
33-36	2	4	2	7	15 (15.00%)
37-40	3	4	4	4	15 (15.00%)
41-44	3	1	1	5	10 (10.00%)
45-48	3	4	3	3	13 (13.00%)
49-52	1	1	1	1	4 (4.00%)
53-56	1	1	0	1	3 (3.00%)
57-60	1	1	2	0	4 (4.00%)
TOTAL	20 (27%)	24 (24%)	19 (19%)	37 (30%)	100.00%

De los 20 (20%) padres o tutores que calificaron en la categoría «muy bien», la mayoría de estos (6%) representa entre 29 a 32 años de edad.

Dentro de los 37 (37%) padres que tuvieron un resultado «Malo», 7 (7%) tenían entre 33-36 años.

Cuadro 5. Distribución de padres o tutores entrevistados, según sus conocimientos y sexo, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

CONOCIMIENTOS					
Sexo de los padres o tutores	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL
Femenino	11	12	12	18	53 (53.00%)
Masculino	9	12	7	19	47 (47.00%)
TOTAL	20 (20.00%)	24 (24.00%)	19 (19.00%)	37 (37.00%)	100 (100.00%)

Entre 20 (20%) de los padres o tutores entrevistados que calificaron en «Muy bien» 11 (11%) fueron del sexo femenino. De 37 (37%) de los entrevistados con un resultado «Malo», constituido por 19 (19%) del sexo masculino.

Cuadro 6. Distribución de los padres o tutores entrevistados, según sus conocimientos y según su procedencia, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

CONOCIMIENTOS					
Procedencia de los padres o tutores	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL

Rural	7	4	4	10	25
Urbano	13	20	15	27	75
TOTAL	20 (20.00%)	24 (24.00%)	19 (19.00%)	37 (37.00%)	100 (100.00%)

Entre los padres o tutores encuestados, 13 (13%) obtuvieron la mejor calificación siendo procedentes de la zona urbana. 27 (27%) de los padres tuvieron la peor calificación, estos procedían de la zona urbana.

Cuadro 7. Distribución de los padres o tutores entrevistados, según sus conocimientos y según su escolaridad, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017 -Febrero 2018.

CONOCIMIENTOS					
Escolaridad de los padres o tutores	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL
Básica	0	3	3	11	17 (17.00%)
Bachiller	5	10	9	21	45 (45.00%)
Universitario	15	11	7	5	38 (38.00%)
TOTAL	20 (20.00%)	24 (24.00%)	19 (19.00%)	37 (37.00%)	100 (100.00%)

La mayoría, 15 (15%) de los padres o tutores entrevistados que tuvieron un resultado «Muy bien» eran universitarios. De 37 (37%) padres que calificaron como «Malo», 21 (21%) eran bachilleres.

Cuadro 8. Distribución de los padres o tutores entrevistados, según actitud, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017 -Febrero 2018.

Pregunta 1. ¿Estaría usted de acuerdo en que se realicen talleres actualizados en la institución sobre la Dermatitis atópica?

ACTITUDES	Frecuencia	Porciento
Totalmente de acuerdo	62	62.00%
De acuerdo	28	28.00%
Neutral	9	9.00%
En desacuerdo	0	0.00%
Totalmente en desacuerdo	1	1.00%
TOTAL	100	100.00%

Dentro de los 100 (100%) padres o tutores entrevistados, 62 (62%) está de totalmente acuerdo en que se realicen talleres en la institución sobre dermatitis atópica.

Pregunta 2. ¿Un médico que no sea especialista en dermatología debe tratar la dermatitis atópica?

ACTITUDES	Frecuencia	Porciento
Totalmente de acuerdo	18	18.00%
De acuerdo	20	20.00%
Neutral	28	28.00%
En desacuerdo	15	15.00%
Totalmente en desacuerdo	19	19.00%
TOTAL	100	100.00%

Un total de 19 (19%) padres o tutores entrevistados están totalmente en desacuerdo en que un médico que no sea especialista en dermatología deba tratar la dermatitis atópica.

Pregunta 3. ¿Está de acuerdo usted que el paciente con dermatitis atópica debe tener una evaluación general?

ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	43	43.00%
De acuerdo	23	23.00%
Neutral	26	26.00%
En desacuerdo	6	6.00%
Totalmente en desacuerdo	2	2.00%
TOTAL	100	100.00%

Un total de 43 (43%) de padres o tutores entrevistados creen que el paciente con dermatitis atópica debe tener una evaluación general. Así, 2 (2%) estuvo totalmente en desacuerdo.

Pregunta 4. ¿Está de acuerdo con el tratamiento que ha recibido anteriormente?

ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	49	49.00%
De acuerdo	25	25.00%
Neutral	22	22.00%
En desacuerdo	4	4.00%
Totalmente en desacuerdo	0	0.00%
TOTAL	100	100.00%

Un total de 49 (49%) de padres o tutores entrevistados están de totalmente de acuerdo con el tratamiento que sus hijos han recibido. No obstante, 4 (4%) padres de los entrevistados están en desacuerdo con el tratamiento que sus hijos recibieron.

Pregunta 5. ¿Dejaría de utilizar el tratamiento médico indicado por su dermatólogo si no ve una mejoría inmediata?

ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	7	7.00%
De acuerdo	13	13.00%
Neutral	28	28.00%
En desacuerdo	37	37.00%
Totalmente en desacuerdo	15	15.00%
TOTAL	100	100.00%

De los padres entrevistados, 7 (7%) afirmó que dejaría el tratamiento médico indicado por su dermatólogo si no ve mejoría inmediata. Sin embargo, 37 (37%) de padres entrevistados están totalmente en desacuerdo.

Pregunta 6. ¿Estaría dispuesto a probar medicamentos nuevos en el mercado?

ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	28	28.00%
De acuerdo	28	28.00%
Neutral	34	34.00%
En desacuerdo	8	8.00%
Totalmente en desacuerdo	2	2.00%
TOTAL	100	100.00%

Un total de 28 (28%) de padres o tutores entrevistados están totalmente de acuerdo en utilizar nuevos medicamentos en el mercado. Solo 2 (2%) estuvieron totalmente en desacuerdo con utilizar nuevos medicamentos en el mercado.

Pregunta 7. ¿Considera que la Dermatitis atópica es un problema para usted y su familia?

ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	69	69.00%
Neutral	10	10.00%
Totalmente en desacuerdo	21	21.00%
TOTAL	100	100.00%

Un total de 69 (69%) de padres o tutores entrevistados afirman que la dermatitis atópica es un problema para su familia. En cambio, 21 (21%) aseguran la condición que no es un problema.

Cuadro 8. Distribución de los padres o tutores entrevistados, según prácticas, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz.

Practicas	Frecuencia	Porcentaje
Muy bien	15	15.00%
Bien	26	26.00%
Regular	11	11.00%
Malo	48	48.00%
TOTAL	100	100.00%

Del total de 100 (100%) padres o tutores entrevistados sobre las practicas respondieron de 8-7 preguntas acertadas correctamente donde 15 (15%) padres obtuvieron «Muy bien». Así, 26 (26%) obtuvieron una calificación «buena», 11 (11%) fue «regular» y 48 (48%) calificaron como «mala».

Cuadro 9. Distribución de padres o tutores entrevistados, según prácticas y según el sexo, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

Practicas					
Sexo	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL
Femenino	10	17	7	19	53 (53.00%)
Masculino	5	9	4	29	47 (47.00%)
TOTAL	15 (15.00%)	26 (26.00%)	11 (11.00%)	48 (48.00%)	100 (100.00%)

De 15 (15%) los padres o tutores entrevistados que tuvieron resultado «Muy bien», 10 (10%) fueron del sexo femenino. De 48 (48%) los entrevistados con un resultado «Malo», siendo 19 (19%) la mayoría del sexo femenino.

Cuadro 10. Distribución de padres o tutores entrevistados, según prácticas y según la edad, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

Practicas					
Edad del padre	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL

17-20	1	0	1	1	3 (3.00%)
21-24	0	1	1	5	7 (7.00%)
25-28	1	2	0	10	13 (13.00%)
29-32	1	4	1	7	13 (13.00%)
33-36	2	3	2	8	15 (15.00%)
37-40	4	3	1	7	15 (15.00%)
41-44	1	5	1	3	10 (10.00%)
45-48	1	5	4	3	13 (13.00%)
49-52	2	0	2	0	4 (4.00%)
53-56	1	1	0	1	3 (3.00%)
57-60	1	2	0	1	4 (4.00%)
TOTAL	15 (15.00%)	26 (26.00%)	11 (11.00%)	48 (48.00%)	100.00 (100.00%)

Dentro de los padres o tutores entrevistados, 48 (48%) obtuvieron una calificación «malo» sobre las practicas, de los cuales 10 (10%) eran de 25 a 28 años de edad siendo la más frecuente.

Cuadro 12. Distribución de padres o tutores entrevistados, según prácticas y según la procedencia, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

Practicas					
Procedencia	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL
Rural	4	7	4	10	25 (25.00%)
Urbano	11	19	7	38	75 (75.00%)
TOTAL	15 (15.00%)	26 (26.00%)	11 (11.00%)	48 (48.00%)	100 (100.00%)

Entre los padres o tutores entrevistados, 48 (48%) obtuvieron una calificación «malo» sobre las practicas, de los cuales 38 (38%) es procedente de la zona urbana, así, 10 (10%) proceden de la zona rural.

Cuadro 13. Distribución de padres o tutores entrevistados, según prácticas y según la escolaridad, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017- Febrero 2018.

Practicas					
Escolaridad	Muy bien	Bien	Regular	Malo	TOTAL
Básica	2	5	5	5	17 (17.00%)
Bachiller	6	7	6	26	45 (45.00%)
Universitario	7	14	0	17	38 (38.00%)
TOTAL	15 (15.00%)	26 (26.00%)	11 (11.00%)	48 (48.00%)	100 (100.00%)

Entre los padres o tutores entrevistados, 48 (48%) obtuvieron una calificación «mala» sobre las practicas, 26 (26%) es bachiller, 17 (17%) universitarios y 5 (5%) solo recibieron educación básica.

VIII. DISCUSION

La dermatitis atópica es una enfermedad muy común que afecta a un 10 por ciento estimado de la población a nivel mundial y afecta tanto al sexo femenino como al masculino.⁴⁹ Por esta razón es de suma importancia que los padres tengan un alto nivel de conocimiento de esta patología, para tener un mejor manejo de los signos y síntomas, y evitar así las exacerbaciones.

Nuestro estudio tiene como muestra 100 padres o tutores que asistieron a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Diaz” en el periodo Septiembre 2017-Febrero 2018, 53 del sexo femenino y 47 del sexo masculino, evidenciando las discrepancias de conocimientos según distintas características socio-demográficas. Un total de 44 por ciento poseen un conocimiento alto, correspondiendo al sexo femenino 23 por ciento y al sexo masculino un 21 por ciento, un 19 por ciento posee un conocimiento medio del cual un 12 por ciento corresponde al sexo femenino y un 7 por ciento al sexo masculino, y el otro 37 por ciento de los padres o tutores tienen un conocimiento bajo, con un porcentaje de 18 por ciento representado por el sexo femenino y un 19 por ciento por el sexo masculino.

Por otra parte, en cuanto a las actitudes de los padres o tutores, el 90 por ciento está de acuerdo con que se realicen talleres en el centro de salud, 9 por ciento tienen una opinión neutra y 1 por ciento no está de acuerdo. El 38 por ciento está de acuerdo que un médico especialista debe ser quien trate esta condición, un 28 por ciento tiene una opinión neutra y un 34 por ciento no está de acuerdo. Un 66 por ciento está de acuerdo con que se debe realizar un examen general al paciente, el 26 por ciento tiene una opinión neutra y el 8 por ciento no está de acuerdo. El 74 por ciento está de acuerdo con el tratamiento recibido, un 22 por ciento tienen una opinión neutra y el 4 por ciento no está de acuerdo. Un 20 por ciento está de acuerdo en dejar el tratamiento si no ve mejoría inmediata, un 28 por ciento tiene una opinión neutra y 52 por ciento no está de acuerdo. Un 56 por

ciento está de acuerdo en probar tratamientos nuevos en el mercado, 34 por ciento tienen opinión neutral y 10 por ciento no están de acuerdo. Por último, un 79 por ciento de los padres o tutores está de acuerdo que la dermatitis atópica es un problema para su familia, mientras que un 10 por ciento tienen una opinión neutral y el 21 por ciento no está de acuerdo.

La información con respecto a las prácticas de los padres o tutores en la dermatitis atópica mostraron que el 41 por ciento tienen una buena práctica frente a esta condición representando un 27 por ciento el sexo femenino y un 14 por ciento el sexo masculino; un 11 por ciento tienen una práctica regular, siendo el 7 por ciento del sexo femenino y 4 por ciento del sexo masculino. Sin embargo, el mayor porcentaje fueron los padres o tutores con una práctica <<Mala>> obteniendo un 48 por ciento, siendo un 19 por ciento del sexo femenino y 29 por ciento del sexo masculino, y de este gran total el 10 por ciento se encontraban entre los 25-28 años de edad.

IX. CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

-De los padres encuestados predominó el sexo femenino con un 53 por ciento y del total de todos los encuestados 30% tenían edades comprendidas entre 33-40 años.

-En relación con el conocimiento del cuidado y tratamiento de la dermatitis atópica el 51 por ciento de los padres o tutores tenían un conocimiento bueno de la etiología, siendo esto una cifra aceptable, aunque es alarmante que casi la mitad de los encuestados no tienen un buen conocimiento de la condición de sus hijos.

-El 10 por ciento de los padres o tutores con un conocimiento bueno tenían edades entre 29-32 años y a su vez, el 23 por ciento de esos padres correspondían al sexo femenino.

-Del total de los padres o tutores encuestados los que poseían un buen conocimiento tienen un nivel educativo universitario representado por un 26 por ciento, lo que indica que el nivel educativo se relaciona con un mayor conocimiento de la condición.

-Refiriéndonos a la actitud, el 90 por ciento de los padres o tutores encuestados tenían una actitud positiva para aprender más sobre la dermatitis atópica y de esta manera mejorar la condición de sus hijos, sin embargo, el 69 por ciento piensan que esta enfermedad representa un problema para su familia.

-En cuanto a las prácticas, pudimos percatarnos que el 48 por ciento de los encuestados tienen una práctica <<mala>> en cuanto al uso del tratamiento médico indicado y de lo que deben hacer cuando la condición se exacerba, de

estos padres o tutores el 10 por ciento comprenden las edades entre 25-28 años y el 26 por ciento tienen un nivel educativo de bachiller. Esto indica que los padres o tutores con un nivel académico universitario tienen un mayor conocimiento y saben cómo manejar mejor la condición de sus hijos, en comparación con los padres o tutores que tienen un nivel educativo menor.

X. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares en el país sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de padres sobre el manejo y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con dermatitis atópica.
- Brindar información y educar a los padres con talleres actualizados sobre la dermatitis atópica y su manejo.
- Se recomienda ofrecerles a los padres una pequeña guía que preparamos sobre la dermatitis atópica que los pueda ayudar a llevar un mejor manejo adecuado de la enfermedad.

XI. REFERENCIA

1. Bagazgoitia L, Gutiérrez M, García Blesa C, et al. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica. ¿Es posible la prevención? Rev. Padiatr Aten Primaria. 2009. 11(15): 31-47
2. Sendahorta Cudós E, Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. Revista Padiatr Aten Primaria 2009; 11 (15): 49-57
3. Roa Rodríguez CA. Efectividad del tacrolimus de uso tópico en el tratamiento de la dermatitis atópica. Pacientes atendidos en el Instituto dermatológico dominicano y cirugía de piel “Doctor Huberto Bogaert Díaz”. Tesis Post-Grado. 2016.
4. Mateo Sánchez C. Tratamiento de esteroides tópicos combinado con fototerapia en pacientes con dermatitis atópica atendidos en el Instituto dermatológico dominicano y cirugía de piel “Doctor Huberto Bogaert Díaz”. Tesis Post-Grado. 2015.
5. Cheng Y, Zhang Z, Liu X; He H; Chen J. Evaluation of quality of life of children with atopic dermatitis before and after treatment. 2017. MEDLINE ID: mdl-28606237. 19(6): 682-687, Jun.
6. Leung DY, Eichenfield LF, Boguniewicz M, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, et al. Dermatitis atópica (eccema atópico). Dermatología en Medicina General. Tomo 1. 8va ed. México: Editorial Médica panamericana; 2014.p.115=181
7. Reljic V, Gazibara T, Nikolic Milos, Zaric M; Maksimovic N. Parental knowledge, attitude, and behavior toward children with atopic dermatitis. Int J Dermatol; 56(3): 314-323, 2017 Mar. MEDLINE ID: mdl-28083974

8. Kouotou, Emmanuel EA; Nansseu J, Ngangue-Engome AD, Tatah SA, Zoung-Kanyi A. Knowledge, attitudes and practices of medical personnel regarding atopic dermatitis in Yaounde, Cameroon: Biblioteca virtual de salud, Portal de revistas científicas 2017; Medline ID: mdl-28209147.
9. Kotrulja L, Milavic T, Bulic SO, Situm N, Konsuo AB, Mursic I, et al. Importance of educational intervention and parental knowledge on atopic dermatitis in children. *Acta Clin Croat*; 55(1): 29-34, 2016 Mar. MEDLINE ID: mdl-27333715
10. Sokolova A, Smith SD. Factors contributing to poor treatment outcomes in childhood atopic dermatitis. *Australas J Dermatol*; 56(4): 252-7, 2015 Nov. MEDLINE ID: mdl-25817780
11. Horimukai K, Morita K, Narita M, Kondo M, Kitazawa H, Nozaki M, et al. Application of moisturizer to neonates prevents development of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*; 134(4): 824-830.e6, 2014 Oct. MEDLINE ID: mdl-25282564.
12. Diniz Almeida J. La dermatitis atópica y sus consecuencias. Disponible en: <https://www.medicinatv.com/reportajes/la-dermatitis-atopica-y-sus-consecuencias-1882> Dic. 2017.
13. Gumucio S. Recogida de datos. Métodos cuantitativos. Ejemplo de encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas). *Médecins du Monde*, 2011. 1-40.
14. Holman A, Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la protección de la Infancia. Iniciativa de Protección de la Infancia, Save the Children. 2012. 10.
15. McCaw I. Sinopsis de la historia de la dermatología. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2479232/pdf/ulstermedj00179-0046.pdf> Dic. 2017.

16. Oldstone MBA. Virus, Plagas e historia: Past, pasado, presente y futuro. Oxford University Press. 2010

17. Miniño M, Isa Isa R. Historia de la dermatología en República Dominicana, isla de Santo Domingo: Donde todo comienza. Disponible en: http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhd/pdf2008/derm_lat_en.pdf Dic. 2017.

18. Seminario de lepra. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/167966/1/42106.pdf> Enero 2018.

19. Sobre el IDCP. Disponible en: <http://dermatologico.org.do/sobre-el-idcp/> Dic. 2017

20. Cabanillas-Becerra J, Sánchez-Saldaña L. Educación médica continua: Dermatitis Atópica. DERMATOL PERU 2012; VOL 22 (3) 176-183.

21. Marte-Abreu S. Dermatología pediátrica Diagnóstico y tratamiento. Primera Edición. Spot Color SRL. Santo Domingo (Rep. Dom): 2016: 76-80.

22. Bogaert Díaz H. Dermatología. 2010. 8va ed. 39-41.

23. Arenas-Guzmán R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Quinta Edición. México. 2013: 91-98.

24. Mateo M. Guía de tratamiento de la Dermatitis Atópica. Segunda edición. Madrid. 2011.

25. Santos-Muñoz A, Larralde M, Abad ME, Luna PC. Dermatología pediátrica- Segunda Edición. Buenos Aires. 2013. Págs.370-82.
26. Ballona R. Una puesta al día en dermatología pediátrica. Revista Peruana Disponible en: <http://www.pediatriaperu.org/files/a05v61n2.pdf> Dic. 2017.
27. Sampon HA. The evaluation and management of food allergy in atopic dermatitis. Clin in Dermatol. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12781436> Dic. 2017
28. Spergel JM. Immunology and treatment of atopic dermatitis. Am J Clin Dermatol. 2008; 9: 233-44.
29. Peter M, Elias W, Joan W. Therapeutic Implications of a Barrier-Based Pathogenesis of Atopic Dermatitis. Clinical Reviews in Allergy & Immunol 2011; 41:282-95.
30. Cork MJ, Danby SG, Vasilopoulos Y, Hadgraft J, Lane M, et al. Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis. J Investigat Dermatol 2009; 129:1892-1908.
31. Bath-Hextall FJ, Delamere FM, Williams HC. Dietary exclusions for established atopic eczema. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No. CD005203. DOI: 10.1002/14651858. CD0055203.pub2.
32. Werfel T, Ballmer-Weber B, Eigenmann PA, Niggemann B, Rancé F, Turjanmaa K et al. Eczematous reactions to food in atopic eczema: position paper of the EAACI and GA2LEN. Allergy. 2007; 62: 723-8.
33. McCusker M, Sidbury R. Nutrition and skin: Kids are not just little people. Clin Dermatol; 34(6): 698-709, 2016 Nov - Dec. MEDLINE ID: mdl-27968929

34. Shokeen D. Influence of diet in acne vulgaris and atopic dermatitis. 98(3): E28-E29. 2016. MEDLINE ID: mdl-27814423
35. Fotopoulou M, Lordanidou M, Vasileiou E, Trypsianis G, Chatzimichael A. A short period of breast feeding in infancy, excessive house cleaning, absence of older sibling, and passive smoking are related to more severe atopic dermatitis in children. Paraskakis E. Eur J Dermatol; 2017 Nov 24. MEDLINE ID: mdl-29171402
36. Giachetti A, Greco MF, Scacchi M, Flores R, Castro C. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-nacional-de-dermatitis-at-oacutepica-2013.pdf> Dic. 2017.
37. Sica RS, Spencer JM. Prevalence of methicilin-resistant Staphylococcus aureus in the setting of dermatology surgery. Dermatol Surg 2009; 35(3):420-4.
38. Monteagudo B, Cabanillas M, Acevedo A, de Las Heras C, et al. Molluscum contagiosum: descriptive study. An Pediatr (Barc) 2010; 72:139-42.
39. AEPap-Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Decálogo de Dermatitis Atópica. 2016. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/recursos/decalogos-aepap/decalogo-de-la-dermatitis-atopica> Dic. 2017.
40. Paller AS, Michaels MA, Bieber T, et al. Assessing the long-term safety of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis: An update on a prospective pediatric longitudinal evaluation study (APPLES). JAAD. 2010; 62 (3, Suppl 1): AB10, Abstr P502.

41. Smith D, Harris V, Lee A, Blaszczyński A, Fischer G. General practitioners knowledge about use of topical corticosteroids in pediatric atopic dermatitis in Australia. *Aust Fam Physician*; 46(5): 335-340, 2017. MEDLINE ID: mdl-28472581
42. Kim J, Kim SN, Lee YW, Choe YB, Ahn KJ. Vitamin D Status and Efficacy of Vitamin D Supplementation in Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *8(12)2016 Dec 03*. MEDLINE ID: mdl-27918470
43. Benetti C, Comberiati P, Capristo Ca Boner, Attilio L; Peroni, Diego G. Therapeutic Effects of Vitamin D in Asthma and Allergy. *Mini Rev Med Chem*; 15(11): 935-43, 2015. MEDLINE ID: mdl-25985947
44. Debinska A, Sikorska H, Urbanik M, Boznanski A. The role of vitamin D in atopic dermatitis. *Dermatitis*. 2015 Jul-Aug;26(4):155-61.
45. Vitamin D and skin diseases: A review. 2015. Disponible en: <http://www.ijdv.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2015;volume=81;issue=4;spage=344;epage=355;aulast=Wadhwa> Dic. 2017.
46. European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity Scoring of Atopic Dermatitis. The SCORAD index. *Dermatology*. 1993; 186: 23-31.
47. Simpson E, Nathan S, Trookman NS, Rizer, Preston N, et al. Safety and tolerability of a body Wash and moisturizer when applied to infants and toddlers with a history of atopic dermatitis: Results from an Open Label Study *Pediatric Dermatology* 2012; 29:590-7.
48. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *ActaBioethica* 2000; VI (2): 321.

49. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Geneva, 2002.

XII. ANEXOS

XII.1. Guía para el cuidado en el paciente con Dermatitis Atópica.

1. La dermatitis atópica es una enfermedad crónica y recurrente de la piel. Aparece en los primeros años de la vida y tiene una evolución variable. A menudo mejora a lo largo de la infancia.^{1-4,20-25,39}

2. No se sabe su causa. Son importantes la herencia y factores desencadenantes. Es mucho más frecuente si los padres la tienen.^{1-4,20-25,39}

3. Cursa con brotes repetidos de eczemas. Son zonas de la piel que se ponen ásperas y enrojecidas y que dan comezón. Según la edad, varía el sitio donde se localizan. También el aspecto de las lesiones es distinto en cada niño. Recuerda que no es lo mismo tener piel seca que tener dermatitis atópica.^{1-4,20-25,39}

4. A veces es difícil saber qué es lo que desencadena el brote y por tanto, evitarlo. Es indispensable conocer que algunos de los desencadenantes potenciales que están en contacto con la piel son: las lociones que contienen alcohol, los astringentes, los jabones con fragancia, los detergentes, la ropa con abrasivos como las fibras sintéticas; los factores emocionales, el estrés, las infecciones por bacterias y virus, el calor excesivo y la sudoración. Es recomendable que la ropa en contacto con la piel sea de algodón e intentar que el niño no sude demasiado.^{1-4,20-25}

5. Algunos niños con dermatitis atópica tienen asma o alergia. Las pruebas de alergia solo se harán si hay síntomas. En lo que se refiere a la alimentación, se recomienda evitar los alimentos desencadenantes: leche de vaca, huevo, maní, nueces, soja, trigo, pescado, mariscos o cualquier platillo que contenga alguno de estos. No se aconseja quitar de la dieta ningún otro alimento, salvo alergia

demostrada. Se recomienda evitar dietas ricas en ácidos grasos poliinsaturados e implementar una dieta rica en antioxidantes (como Omega 3).³³⁻³⁵

6. La Academia Americana de Pediatría recomienda: alimentar al recién nacido con leche materna, por lo menos durante cuatro meses, para reducir la incidencia de dermatitis atópica.^{20-25,39}

7. Una buena higiene evita que la piel se contamine con bacterias. El baño ha de ser corto (15-20 minutos), con agua tibia y usando un jabón suave especial para pieles atópicas (Syndets). Secar la piel sin frotar. Hay que tener en cuenta que el bañarse muchas veces al día empeora los síntomas de la dermatitis atópica.^{3,4,20-24,39,47}

8. Es importante tener la piel bien hidratada. Se recomienda que el humectante se utilice justo después del baño. Pero cuando aparece el brote hay que poner cremas de tratamiento. “La piel sana se hidrata, la piel enferma se trata”.^{3,4,20-24,39,47}

9. Para tratarla se usan cremas antiinflamatorias con corticoides de potencia variable u otras sustancias que se llaman inmunomoduladores. A veces, es necesario usar tratamientos a largo plazo para evitar el brote. Es importante poner la crema aconsejada de forma correcta y durante el tiempo que diga su pediatra. También la comezón se alivia con medicinas (antihistamínicos).²⁰⁻²⁵

10. Debemos evitar la comezón que nos lleva al rascado, el cual altera la función de la barrera de la piel pudiendo producir una co-infección bacteriana, así como también evita el sueño reparador del niño impidiendo un buen desempeño en sus actividades diarias.^{20-25,37-39}

CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO ENRÍQUEZ UREÑA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

Estimado padre/madre o guardián:

Somos estudiantes de término de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y estamos llevando a cabo un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre-Febrero 2018 como requisito para la obtención del grado de doctor en medicina.

Se le pedirá llenar un cuestionario en el que se requerirá que proporcione datos personales y que contiene 26 preguntas. El proceso será estrictamente confidencial, el nombre y los datos no serán divulgados, ni utilizados con otros fines fuera de la investigación. La participación será totalmente voluntaria. El estudio no conllevará ningún riesgo ni recibirá ningún beneficio. En caso de preguntas o dudas puede hacerlas a las sustentantes: Soraya Concepción y Dalila Tabar o a la asesora clínica la Dra. Milagros Moreno.

Este estudio estará avalado tanto por la Universidad Nacional Pedro Enríquez Ureña, como por el departamento de enseñanza del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. La sustentante me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para utilizar los datos recolectados por la sustentante _____ en el estudio.

Nombre padre\madre\tutor

Fecha

XII.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre el cuidado y tratamiento de niños menores de 18 años de edad con Dermatitis Atópica que asisten a la consulta en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” en el período Septiembre 2017-Febrero 2018.

Fecha: _____

I. Datos sociodemográficos:

1. Edad del padre: _____, Edad del paciente: _____
2. Sexo del padre: M__ F__
3. Lugar de procedencia: Rural__ Urbano__
4. Escolaridad: Básica__ Bachiller__ Universitario__

II. Conocimientos:

Generales

1. ¿Qué tiempo lleva diagnosticado con dermatitis atópica?
 - a) Menos de seis meses ____
 - b) Más de seis meses ____

2. ¿Sufre de algún otro tipo alergia o enfermedad? (Especificar)
 - Alergia a medicamentos ____
 - Alergia a alimentos ____
 - Alergia por contacto ____
 - Asma y/o Rinitis__
 - Otros__

3. ¿Algún otro miembro de la familia sufre de dermatitis atópica y/o alergia?
 - Sí___. Especifique:_____
 - No__

4. ¿Tiene indicado algún tratamiento actualmente?
- a) Sí ____, Cuál: _____
- b) No ____
5. ¿Ha recibido usted recomendación de tratamiento para la dermatitis atópica por otra persona que no sea un dermatólogo?
- a) Sí ____.
- b) No ____

Nivel de conocimiento

6. ¿Qué es la Dermatitis atópica?
- a) Alergia ____
- b) Irritación ____
- c) Sarpullido ____
- d) Tipo de eccema ____
7. ¿La dermatitis atópica es hereditaria?
- a) Sí ____
- b) No ____
- c) No sé ____
8. ¿La dermatitis atópica se relaciona con otros tipos de alergia?
- a) Sí ____
- b) No ____
- c) No sé ____
9. ¿La dermatitis atópica se puede empeorar por factores como: comida, estrés, ropa como lana (irritante), cambios súbitos de temperatura, perfumes, jabones con fragancia y/o baños prolongados?

- a) Sí ____
 - b) No ____
 - c) No sé ____
10. ¿Se puede infectar la piel con bacterias cuando hay brotes y la piel está irritada?
- a) Sí ____
 - b) No ____
 - c) No sé ____
11. ¿Para el tratamiento de la dermatitis atópica se pueden utilizar humectantes, esteroides tópicos y/o antihistamínicos?
- a) Sí ____
 - b) No ____
 - c) No sé ____

Nivel de actitudes

12. ¿Estaría usted de acuerdo en que se realicen talleres actualizados en la institución sobre la Dermatitis atópica?
- a) Totalmente de acuerdo ____
 - b) De acuerdo ____
 - c) Neutral ____
 - d) En desacuerdo ____
 - e) Totalmente en desacuerdo ____
13. ¿Un médico que no sea especialista en dermatología deba tratar la dermatitis atópica?
- a) Totalmente de acuerdo ____
 - b) De acuerdo ____
 - c) Neutral ____
 - d) En desacuerdo ____

- e) Totalmente en desacuerdo ____
14. ¿Está de acuerdo usted que el paciente con dermatitis atópica debe tener una evaluación general?
- a) Totalmente de acuerdo ____
 - b) De acuerdo ____
 - c) Neutral ____
 - d) En desacuerdo ____
 - e) Totalmente en desacuerdo ____
15. ¿Está de acuerdo con el tratamiento que ha recibido anteriormente?
- a) Totalmente de acuerdo ____
 - b) De acuerdo ____
 - c) Neutral ____
 - d) En desacuerdo ____
 - e) Totalmente en desacuerdo ____
16. ¿Dejaría de utilizar el tratamiento médico indicado por su dermatólogo si no ve una mejoría inmediata?
- a) Totalmente de acuerdo ____
 - b) De acuerdo ____
 - c) Neutral ____
 - d) En desacuerdo ____
 - e) Totalmente en desacuerdo ____
17. ¿Estaría dispuesto a probar medicamentos nuevos en el mercado?
- a) Totalmente de acuerdo ____
 - b) De acuerdo ____
 - c) Neutral ____
 - d) En desacuerdo ____
 - e) Totalmente en desacuerdo ____

18. ¿Considera que la Dermatitis es un problema para usted y su familia?

- a) Totalmente de acuerdo ____
- b) Neutral ____
- c) Totalmente en desacuerdo ____

Nivel de practicas

19. ¿Visita con frecuencia al dermatólogo por su condición?

- a) Sí ____
- b) No ____

20. ¿Visita su dermatólogo cuando su condición empeora?

- a) Sí ____
- b) No ____

21. ¿Cuándo la piel está muy seca, irritada y hay picazón que usted hace?

(Puede marcar más de una respuesta)

- a) Sumergirse en agua cálida o fría ____
- b) Usar mucha crema ____
- c) Usar esteroides tópicos ____
- d) Usar antihistamínicos ____
- e) Usar el tratamiento indicado por el medico ____
- f) Usar remedios caseros ____

22. ¿Cuándo no entiende algo o tiene dudas, le pide a su médico que se las aclare?

- a) Sí ____
- b) No ____

23. ¿Utiliza el tratamiento indicado por su dermatólogo como le explican que debe hacerse?

- a) Si ____
- b) No ____

24. ¿Ha utilizado remedios caseros para tratar la dermatitis atópica?

- a) Sí____.
- b) No____

25. ¿Cuál cree usted que le funciona mejor?

- a) Tratamiento Médico____
- b) Remedios Caseros____
- c) Ambos____

26. ¿Alguna vez que usted no pudo costear el tratamiento médico para la dermatitis atópica dejó el tratamiento?

- a) Sí____.
- b) No____.

Nombre del entrevistador:_____

Firma: _____

XIII. CRONOGRAMA

Variables	Tiempo	2016-2017
Selección del tema	2016	Enero
Búsqueda de referencia	2017- 2018	Enero - Marzo
Elaboración del Anteproyecto		Abril – Septiembre
Revisión y aprobación del anteproyecto		
Ejecución de las encuestas		
Tabulación y análisis de la información		Diciembre- Enero
Redacción del informe		Enero
Revisión del informe		
Encuadernación		
Presentación		Febrero

XIV. COSTOS Y RECURSOS

XIV.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentantes • 2 asesores (metodológico y clínico) 			
XIV.2. Equipo y materiales	Cantidad	Precios	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	10 resmas	204.00	2040.00
Lápices	2 unidades	10.00	20.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	5.00	10.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Computador Hardware: Intel core ^m 2 Duo 2 Ghz; 2.00 GB RAM; 160 GB H.D.; DVD-ROM 52x Mac OS X 2 GHz Intel Core 2 Duo 4GB 557MHz DDR2 SDRAM Impresora Epson L210 Impresora HP LaserJet P1505			
Software: Microsoft Windows 10 Microsoft Office 2016 Whatsapp Messenger Google Chrome Outlook Onedrive			
Presentación; Sony SVGA VLP-SC2 Digital data proyector	2 unidades	600.00	1,200.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D	1 unidad	175.00	175.00
Calculadoras			
XIV.3. Información			
Adquisición de libros	4 unidades	0.00	0.00
Revistas	35 unidades	0.00	0.00
XI.4. Económicos			
Papelería (copias)	89 paginas (8)	5.00	3,560.00
Encuadernación	8 informes	350.00	2,800.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción de la tesis	2 inscripciones		24,000.00
Presentación de tesis	2 inscripciones		30,000.00
Imprevistos			20,000.00
Total			86,560.00

XII.4. Evaluación

Sustentantes:

Dalila E. Tabar Rodríguez

Soraya M. Concepción Betances

Asesores:

Dr. William Duke
(Metodológico)

Dra. Milagro Moreno
(Clínico)

Jurados:

Autoridades:

Dr. Eduardo García
Director escuela de medicina

Dr. William Duke
Decano de la facultad de Ciencias de la Salud

Calificación: _____

Fecha: _____