



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN EDAD PEDIÁTRICA

Autores: Dr. Jorge Luis Ramírez García ¹, Dra. Flor Estrella Molina Bové ², Dra. Yanet Tamayo Alvero ³, Dr. Jaciel Estévez González ⁴.

¹ Especialista de I grado en Medicina General Integral y Alergología. Profesor Asistente. Policlínico Docente Dr. Faustino Pérez Hernández .Buey Arriba. Granma.

Correo: jorgeluisramirezgarcia999@gmail.com

Teléfono: +53 56196547.

Dirección particular: Puente de Yao. Bueycito. Granma. Código postal: 89270

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7161-1181>

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Alergología. Policlínico Darío Calzadilla Angulo.Banes.Holguín.Correo:florestrella1990@gmail.com

Teléfono:+5355681056.Dirección particular: Calle Bayamo #34-A.Entre Thelmo Esperance y Presidente Zayas. Banes. Holguín.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8583-9483>

³ Especialista de I grado en Medicina General Integral y Alergología. Profesor Instructor. Centro Médico Ambulatorio Bayamo, Granma.

Correo: ytamyoa@infomed.sld.cu

Teléfono: + 53 55072871

Dirección particular: Calle Miguel Cabaña. Edificio 1, apto 3.Reparto Granma. Bayamo. Granma.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-1146-5191>

⁴ Especialista de I grado en Medicina General Integral y Alergología. Profesor Instructor. Policlínico Docente XX Aniversario. Villa Clara.

Correo: jacielestevezgonzalez094@gmail.com

Teléfono: +53 54241926

Dirección particular: Calle Maceo # 64.Guaracabulla. Placetas. Villa Clara.

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-3377-408X>

Autor para correspondencia: jorgeluisramirezgarcia999@gmail.com



RESUMEN

Introducción: La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel que se inicia en la infancia.

Objetivo: Caracterizar los pacientes con Dermatitis Atópica que acudieron a la Consulta de Alergología del Hospital Pediátrico Universitario de Holguín en el período comprendido de julio 2021 a febrero de 2022.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, de serie de casos, en el servicio de Alergología, del Hospital Pediátrico Universitario de Holguín en el período de estudio. El universo constituido por 120 pacientes. La muestra establecida a través de un muestreo no probabilístico intencionado por 82 pacientes. Se estudiaron variables como: edad, sexo, síntomas y signos.

Resultados: El asma bronquial fue la enfermedad asociada que predominó. La mayoría de los pacientes incluidos presentaron al menos dos brotes en el último año; los signos o síntomas iniciales de la DA más frecuentes fueron: el prurito, seguido del eritema/enrojecimiento y la piel seca.

Conclusiones: Predominó el sexo masculino; y de procedencia urbana. En relación a los factores desencadenantes de los brotes el primer lugar lo ocupó los productos de higiene personal, seguidos de los cambios alimenticios. Se constató en un número importante de ellos la presencia de eosinofilia ligera.

Palabras clave: Atopia; dermatitis atópica; infancia.

ABSTRACT

Introduction: Atopic Dermatitis is an inflammatory skin disease that begins in childhood.

Objective: To characterize the patients with Atopic Dermatitis who were attended in the Allergy consultation in the Octavio de la Concepción de la Pedraja Pediatric Hospital in Holguin, from July 2021 to February 2022.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional of case-series study was carried out in the Allergy consultation in the Pediatric Hospital in Holguin, from July 2021 to February 2022. The study universe was formed by 120 patients. The sample was established by means of an intentional non -probability sampling. Eighty-two patients formed the final sample. Variables such as: age, sex, symptoms and signs were studied.



RESULTS: Bronchial asthma was the associated disease that prevailed. The most of the patients had at least two sprouts in the last year; the most frequent signs and symptoms before the disease appeared were: pruritus, followed by erythema/redness and dry skin.

Conclusions: Masculine sex prevailed; and patients from urban origin. The triggers factors were in the first place products of personal hygiene, followed by changes in food. A high number of patients had mild eosinophilia.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de las enfermedades alérgicas y otras enfermedades crónicas no infecciosas han aumentado durante los últimos años en la mayoría de los países y varias de ellas se han convertido en un importante problema de salud pública.¹ Estos procesos tienen un componente inmunológico importante y para explicar su incremento se proponen varias hipótesis, algunas relacionadas con los cambios ambientales derivados del desarrollo económico y los avances de la medicina y salud pública y sus repercusiones sobre la maduración y la homeostasis del sistema inmunológico.^{1,2}

El aumento en la prevalencia a nivel mundial de la rinitis alérgica, el asma y la dermatitis atópica, es apropiadamente definido como "epidemia alérgica". Las alergias respiratorias y la dermatitis atópica aumentan hoy en países en desarrollo, especialmente en las áreas urbanas.¹

La Dermatitis Atópica (DA) puede ser definida como una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se inicia en la infancia, caracterizada por lesiones de morfología y distribución específicas y un curso crónico y recidivante, que afecta fundamentalmente a niños con antecedentes personales o familiares de atopia ("tríada" asma, rinoconjuntivitis y DA).³

La distribución de las lesiones varía según la edad del paciente:

- ✓ Fase de lactante: (desde los 2 meses hasta 2 años) lesiones eccematosas pruriginosas que en los casos característicos se inician entre el mes y los tres meses de vida, en forma de exantema eritematoso con elementos pápulo-vesiculosos con gran componente exudativo que forma costras, localizado en las mejillas, desde donde puede extenderse a la frente, pliegues auriculares, cuero cabelludo, pero respetando el triángulo nasolabial. Puede con el tiempo extenderse al cuello, región anterior del tronco, superficie extensora



de miembros y, en los casos más graves, generalizarse con intenso picor, afectación del estado general y con frecuencia signos de impetiginización.^{4,5}

- ✓ Fase infantil: (desde los 2 a los 12 años). Las lesiones se hacen más papulosas y menos exudativas con tendencia a la liquenificación, activada por el rascado y tienden a localizarse en los pliegues, sobre todo antecubital y poplíteo. Puede afectar a la región facial, palpebral, peribucal (queilitis, siendo la afectación del labio superior específica de esta enfermedad), los pliegues auriculares, las muñecas, las manos, los tobillos y los pies.^{4,5}

Según el actual aumento de la prevalencia de las enfermedades alérgicas en el área, en especial la dermatitis atópica y a la necesidad de conocer el comportamiento clínico en estos pacientes, se considera oportuno realizar la presente investigación.

El estudio de las características sociodemográficas y clínicas de la dermatitis atópica es importante, pues permitirá tener nuevos datos que demuestren la realidad sobre esta afección en el hospital pediátrico universitario "Octavio de la Concepción de la Pedraja" de Holguín, los resultados y conclusiones servirán para incrementar los conocimientos sobre los pacientes que padecen la enfermedad; las variables clínicas, y de la evolución ayudarán a mejorar su abordaje y, por lo tanto, a mejorar los resultados, pudiendo ser útiles para valorar nuevas opciones terapéuticas y su influencia sobre las diferentes variables estudiadas.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, de serie de casos, en pacientes con dermatitis atópica, atendidos en el servicio de Alergología, del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, "Octavio de la Concepción y la Pedraja" de Holguín, en el período comprendido desde julio de 2021 hasta febrero de 2022.

El universo de estudio estuvo constituido por 120 pacientes. La muestra se estableció a través de un muestreo no probabilístico intencionado por 82 pacientes. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, entorno geográfico, enfermedades alérgicas asociadas, antecedentes patológicos familiares, brotes en el último año, signos y síntomas, factores desencadenantes, conteo absoluto de eosinófilos.

Se realizó estadística descriptiva, calculando medidas de tendencia central y de dispersión para cada variable.

Los datos recogidos se almacenaron y analizaron en una computadora Pentium V, soportada en Windows XP.



Se confeccionó una base de datos en MS Excel y se emplearon el programa de libre distribución para el análisis epidemiológico y estadístico de datos (EPIDAT) 4.0 y el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Versión 20 para el procesamiento y presentación de los resultados. Se aplicaron las técnicas de estadística descriptiva, para resumir los datos se usaron el número y el porcentaje.

Aspectos éticos.

Este estudio se realizó en condiciones de respeto a los derechos fundamentales de las personas y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos, siguiéndose a estos efectos los contenidos en la Declaración de Helsinki y sus posteriores actualizaciones.

Los valores éticos que se tuvieron en cuenta son los que corresponden a los principios básicos más importantes en la ética de la investigación con seres humanos, los cuales se relacionan a continuación:

- ✓ Respeto a la persona.
- ✓ Beneficencia.
- ✓ Justicia.
- ✓ No maleficencia.

Los pacientes recibieron el cuidado médico, así como se previó que en caso de aparecer eventos adversos tomar las medidas terapéuticas necesarias de acuerdo con la forma de presentación del mismo.

RESULTADOS

En la tabla 1, se constata la distribución de pacientes con dermatitis atópica según edad y sexo; fueron frecuentes los pacientes del sexo masculino (51 paciente; 62,20 %), en las edades comprendidas entre los 7 años-12 años, 11 meses y 29 días (39 pacientes; 47,56 %).



Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
2 meses-1 año ,11 meses y 29 días	2	2,44	1	1,22	3	3,66
2 años-6 años, 11 meses y 29 días.	20	24,39	16	19,51	36	43,90
7 años-12 años, 11 meses y 29 días.	25	30,49	14	17,07	39	47,56
13 años-17 años, 11 meses y 29 días.	4	4,88	0	0,00	4	4,88
Total	51	62,20	31	37,80	82	100,00

Fueron frecuentes los pacientes (n=52) del área urbana (63,41 %), resultados que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de pacientes según entorno geográfico.

Entorno geográfico	No.	%
Urbano	52	63,41
Rural	30	36,59
Total	82	100,00

El análisis de las características clínicas de los pacientes con diagnósticos de dermatitis atópica, arrojó que fue el asma bronquial (71 pacientes; 86,59 %) la enfermedad alérgica asociada; afección esta que fue de igual frecuente como antecedentes patológicos personales de los pacientes incluidos en la investigación (79 pacientes; 96,34 %), resultados que se muestran en la tabla 3.



Tabla 3. Distribución de pacientes con dermatitis atópica según variables clínicas.

Variable clínica	No.	%
Enfermedades alérgicas asociadas*		
Asma Bronquial (AB)	71	86,59
Conjuntivitis Alérgica (CA)	15	18,29
Rinitis Alérgica (RA)	25	30,49
Otras enfermedades alérgicas	41	50,00
No refieren antecedentes	10	12,20
Antecedentes patológicos familiares*		
Rinitis alérgica (RA)	57	69,51
Conjuntivitis alérgica (CA).	44	53,66
Asma bronquial (AB)	79	96,34
Otras enfermedades alérgicas	21	25,61
No refieren	15	18,29
Brotos en el último año		
1 brote	26	31,71
2 brotes	41	50,00
3 brotes	5	6,10
≥ 4 brotes	10	12,20
Signos o síntomas iniciales de la DA*		
Piel seca/xerosis	79	96,34
Prurito	81	98,78
Cambio de temperatura de la piel	24	29,27
Eritema/enrojecimiento	80	97,56
Otros	21	25,61
Factores desencadenantes de brotes *		



Productos de limpieza de la casa	74	90,24
Productos de higiene personal	81	98,78
Cambios climáticos	67	81,71
Cambios alimenticios	77	93,90
Otros	24	29,27

* Variable con opción de respuesta múltiple

En la tabla 3, también se constata que el mayor número de pacientes incluidos tuvo al menos dos brotes en el último año (41 pacientes; 50,00 %); los signos o síntomas iniciales de la DA más frecuentes fueron: el prurito (98,78 %) seguido del eritema/enrojecimiento (97, 57 %) y la piel seca (96,34 %). En relación a los factores desencadenantes de los brotes el primer lugar lo ocupó los productos de higiene personal (98,78 %), seguidos de los cambios alimenticios (93,90 %).

En los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica estudiados fue frecuente la presencia de eosinofilia ligera (50 pacientes; 60,98 %), resultados que se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de pacientes con dermatitis atópica según conteo absoluto de eosinófilos.

Conteo absoluto de eosinófilos	No.	%
Eosinofilia ligera	50	60,98
Eosinofilia moderada	12	14,63
Eosinofilia severa	10	12,20
Normal	10	12,20

DISCUSIÓN

Debido al advenimiento de la industrialización en países en vías de desarrollo, así como cambios en la dieta del infante y componentes genéticos, las dermatosis inflamatorias no infecciosas son cada vez más frecuentes. La dermatitis atópica ha tomado realce afectando al 2 % y 5 % de la población general y entre el 10-20 % en



la población infantil. Las cifras son más altas en las zonas urbanas y en las poblaciones con mayor nivel socioeconómico.^{6, 7,8}

La dermatitis atópica es una dermatosis pruriginosa, inflamatoria, crónica e intermitente que generalmente inicia en la niñez pero que puede debutar y persistir en la adolescencia y adultez, aunque se notifican mayor cantidad de casos en países desarrollados (debido a la urbanización), la prevalencia se encuentra entre el 4-20 % en la población mundial.^{9, 10,11} Su inicio se da en tres principales grupos: lactantes (entre 2-6 meses), infantes-niños (2-12 años) y adolescentes-adultos (más de 12 años) siendo el segundo de estos el más frecuente, remite por lo general en la adolescencia en un 40 % y además existe una relación mujer: hombre de a 1.3 a 1.¹¹ En la presente investigación en concordancia con lo reportado por Ricardo y colaboradores,¹⁰ se constató predominio de pacientes del área urbana, e infantes niños (2-12 años); siendo diferentes el sexo.

Investigadores han comentado que la dermatitis atópica es una de las afecciones dermatológicas más comunes en la edad pediátrica, con una prevalencia entre el 5 y 20 % en la primera década de vida. Se establece en la mayoría de casos en los primeros dos años de edad y solo un 10 % se diagnostican después de los 5 años. Su incidencia va en aumento y es más frecuente en el sexo femenino a razón de 1,3:1, presentándose principalmente en áreas urbanas y países desarrollados de Occidente.⁹ Odhiambo y colaboradores,¹² encontraron que la edad más frecuente de presentación fue a los 6-7 años, lo cual coincide con otros estudios con metodología ISAAC; y similar a lo encontrado en la presente investigación.

Los resultados de Odhiambo y colaboradores,¹² tuvieron relación al momento de referir la localización típica de dermatitis atópica según edad. Buscando que coincidiera con áreas de flexión, empeine del pie, línea glútea, alrededor del rostro. Al ser mayor la prevalencia en el grupo de edad de 6-7 años, se presentó la localización típica en un 47,9 % de los pacientes diagnosticados con dermatitis atópica. De la misma manera, en Cuba la distribución típica de las lesiones fue mayor en los escolares que en los adolescentes.¹³

El comportamiento por sexo de la prevalencia actual encontrada en la investigación, difiere además de lo referido en el último reporte ISAAC, en el que fue menor en varones que en hembras, sin mostrar diferencias en el grupo de 6-7 años.¹⁴



Para Caytano A,¹⁵ el mayor porcentaje de casos de diagnóstico de DA según sexo fue el masculino, con 57,8 %. Los casos de DA según historia personal de atopía fue de 60,24 % (OR: 67.42 y p: 0.00); según la edad de inicio, el niño menor de 2 años fue más frecuente, con 50,7 % (OR: 1.98 y p: 0.02) seguido de niños entre 2-14 años con 22,89 %. El 54,04 % de casos provienen de zona urbana frente a 45,96 % que son de zona rural. Similares resultados fueron obtenidos en la presente investigación. Tincopa O y col,¹⁶ realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y comparativo, teniendo como objetivo determinar la prevalencia de Dermatitis atópica en Trujillo (Perú); utilizando para dicho estudio, un cuestionario internacional de Dermatitis atópica (CIDA), teniendo como resultados una prevalencia de 16,7 % (con un IC de 95 % entre 11,3 % y 22,1 %). En cuanto a los antecedentes personales, la rinitis alérgica es la que muestra más frecuencia con 90,3 %, seguido del asma bronquial con el 61,3 %. En cuanto a los antecedentes personales de atopía en relación al sexo, no hubo mucha diferencia, siendo ligeramente mayor en niñas (94,1 % frente a 92,9 %). Respecto a antecedentes familiares de atopía, la rinitis alérgica ocupa un primer lugar con una frecuencia de 58,1 %, seguido por asma bronquial y DA con 51.6 para ambos. En relación a ello, se confirma que hay una mayor prevalencia de DA en los niños con antecedentes de atopía.

La DA se presenta en la superficie corporal de forma variable, aunque predomina en la cara, el espacio antecubital, el hueco poplíteo, las manos y las muñecas. El mecanismo fisiopatológico es inmunológico y con elevada frecuencia se asocia a asma, rinitis alérgica, alergias alimentarias e infecciones cutáneas recurrentes.¹⁷

Prieto y Torrelo,¹⁸ plantean que las afecciones más frecuentemente asociadas a la dermatitis atópica son: rinoconjuntivitis alérgica, asma alérgica y alergia alimentaria (en conjunto se denominan: "Marcha atópica"), puede estar asociado inversamente a linfomas cutáneos, gliomas, tumores pancreáticos, infecciones bacterianas por *Staphylococcus aureus* y otras infecciones víricas, leucemias y también a problemas en la conciliación del sueño y cuadros depresivos. En la presente investigación se constató predominio de afecciones alérgicas tales como: asma bronquial, conjuntivitis alérgica y rinitis alérgica.

Las comorbilidades oculares que se producen en pacientes con dermatitis atópica incluyen queratoconjuntivitis atópica y queratoconjuntivitis vernal. La queratoconjuntivitis es una enfermedad ocular alérgica crónica que se presenta con



mayor frecuencia en adultos con antecedentes de dermatitis atópica. La queratoconjuntivitis vernal se produce con mayor frecuencia en los niños que viven en climas cálidos y secos subtropicales. El prurito ocular, ardor, lagrimeo y secreción de moco como síntomas comunes.¹⁹

El sexo, edad, y factores ambientales, entre otros son factores relacionados con la afectación de dermatitis atópica sin embargo estudios sugieren que dermatitis atópica es una condición hereditaria.^{15, 20}

Estudios realizados recientemente han demostrado la asociación entre mutaciones de genes que codifican para diversos componentes del estrato córneo y el eczema atópico siendo la base para el desarrollo de la dermatitis atópica, por lo que se considera que la dermatitis atópica tiene un importante fundamento genético, donde interacciones entre los genes alterados y el medioambiente intervienen en su patogénesis.²⁰

El antecedente familiar de atopía determina que, si un niño tiene uno de los padres afectados, su riesgo de desarrollar alguna forma de atopía es del 50 % al 60 %, este porcentaje se eleva al 80 % si ambos padres son atópicos. Esto sugiere la relación estrecha entre padres afectados por dermatitis atópica y sus hijos, apoyando los resultados obtenidos en esta investigación sobre el riesgo en desarrollar dermatitis atópica por herencia de 84,7 % siendo este un nivel significativo alto y 81% de padres de los 91 niños y niñas que tuvieron dermatitis atópica hasta la adolescencia y juventud adulta de los cuales el 100 % mantiene otras atopias como rinitis alérgica, asma y alergias, siendo rinitis la atopia de mayor frecuencia.²¹

En la presente investigación se obtuvo gran predominio de pacientes cuyos padres tenían antecedentes de enfermedades alérgicas, lo que confirman la teoría de que los antecedentes familiares de atopia determinan la aparición de DA en los niños.

Los resultados de la presente investigación, coinciden con lo reportado por Herrera y colaboradores,²² Villacorta & Iván,²⁰ y Vásquez y colaboradores,²³ quienes coinciden en apuntar el carácter multifactorial del desencadenamiento de los brotes de DA.

Se encontró eosinofilia ligera, resultados estos similares a lo reportado por Vásquez y colaboradores,²³ lo que puede estar relacionado con la fisiopatología de la DA.

Un estudio cuantitativo observacional, descriptivo transversal, evaluaron a 143 niños de 6 a 7 años en el centro del Distrito de Lambayeque, donde se aplicó un cuestionario para medir prevalencia de Dermatitis atópica (instrumento de fase 1 del



estudio ISAAC- Estudio Internacional de Asma y Alergia en la infancia) y una ficha de recolección de datos; arrojó que la prevalencia de síntomas actuales de dermatitis atópica en el presente estudio fue de 15,4 %, las características epidemiológicas más frecuentes fueron: procedencia urbana, lactancia materna durante 3 meses y uso de ropa sintética, la severidad tuvo una prevalencia de 6,3 %. Aquellas variables que tuvieron asociación estadística significativa fueron presencia de mascota (perro) para síntomas actuales de DA y uso de ropa de lana y sintética para síntomas actuales de DA severo. ²⁴

CONCLUSIONES

Fueron frecuentes los pacientes del sexo masculino, en las edades comprendidas entre los 7 años-12 años, 11 meses y 29 días; y de procedencia urbana.

El análisis de las características clínicas de los pacientes con diagnósticos de dermatitis atópica, arrojó que fue el asma bronquial la enfermedad alérgica asociada; afección esta que fue de igual frecuente como antecedentes patológicos personales.

El mayor número de pacientes incluidos tuvo al menos dos brotes en el último año; los signos o síntomas iniciales de la DA más frecuentes fueron: el prurito, seguido del eritema/enrojecimiento y la piel seca. En relación a los factores desencadenantes de los brotes el primer lugar lo ocupó los productos de higiene personal, seguidos de los cambios alimenticios. Se constató en un número importante de pacientes la presencia de eosinofilia ligera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ricardo Alonso OE, Rodríguez Sánchez MB, Hernández Fernández M, Alonso González M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. Rev Med Electrón. [Internet] 2019 [citado 9 de abril 2022]; 41(2). Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-496.pdf>
2. Pawankar R, Walter Canonica G, Holgate ST, Lockey RF. Libro Blanco sobre Alergia de la WAO, 2020 (1-2) Disponible en : www.worldallergy.org/.../WWBOA_Executive-Summary_Spanish.pdf
3. Leyva Montero MA, Rodríguez Moldón Y, Rodríguez Duque R, Mejía Alcivar SM, Luyo Joza LL. Dermatitis atópica: fisiopatología y sus implicaciones clínicas. Correo Científico Médico (CCM) 2020; 24(1):285-309



4. Martínez I, Mendoza D, López G, Carmona M. Dermatitis Atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. *Alergia, Asma e Inmunología pediátricas*. Septiembre-diciembre 2018. [citado 30/08/2021]; Vol. 27, Núm. 3: p71-78.
5. Rincón-Pérez C et al. Consenso Mexicano sobre Dermatitis Atópica. *Rev Alerg Mex*. Oct.2018. [citado 24/10/2021]; 65 Supl 2:s8-s88. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328033190_Consenso_mexicano_para_agnostico_y_tratamiento_de_la_dermatitis_atopica_en_adolescentes_y_adultos
6. Katayama I, Aihara M, Ohya Y, Saeki H, Shimojo N, Shoji S, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017. *Allergol Int*. 2017[citado 01/11/2019]; 66(2):230-247. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.alit.2016.12.003>
7. Silverberg JI. Public health burden and epidemiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin*. 2017[citado 01/12/2019]; 35(3):283-289. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.02.002>
8. Mei-Yen Yong A, Tay YK. Atopic Dermatitis: Racial and Ethnic Differences. *Dermatol Clin*. 2017[citado 01/12/2019]; 35(3):395-402. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0733863517300360.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
9. Ramírez Soto M, Bedolla Barajas M, González Mendoza T. Prevalencia de asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica en niños escolares en el Bajío de México. *Rev Alerg Mex*. 2018[citado 01/12/ 2019]; 65(4):372-378. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29262/ram.v65i4.527>
10. Ricardo Alonso OE, Rodríguez Sánchez MB, Hernández Fernández M, Alonso González M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Electrón*. [Internet] 2019 [citado 9 de abril 2022]; 41(2). Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-496.pdf>
11. Xerfan E.M.S, Tomimori J, Andersen M.L, Tufik S, Facina A.S. Sleep disturbance and atopic dermatitis: A bidirectional relationship?. *ELSEVIER. Medical Hypotheses*, 140 (2020), 109637
12. Odhiambo J, Hywel W, Clayton T, Robertson C, Asher M, and the ISAAC Phase Three Study Group. Global variations in prevalence of eczema symptoms in



- children from ISAAC Phase Three. *J Allergy Clin Immunol.* 2009. [citado 01/12/2022]; (124):1251-8.
13. Varona PP, Fabré OD, Águila R, et al. Prevalencia de síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003). *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2012; 28(1):42-51.
 14. Solé D, Mallol J, Wandalsen G, Aguirre V, Latin American ISAAC Phase 3 Study Group. Prevalence of Symptoms of Eczema in Latin America: Results of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2010;20(4):311-23.
 15. Caytano M. Incidencia y factores que influyen en la dermatitis atópica en el Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, Puno, entre Junio 2003 y Diciembre 2006. [Tesis pre-grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
 16. Tincopa O, Herrera C, Exebio C. Prevalencia en escolares de Trujillo con y sin antecedentes personales y/o familiares de Atopia. *Dermatol. Perú* 2015; 7 (2):103-10
 17. Martínez I, Mendoza D, López G, Carmona M. Dermatitis Atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. *Alergia, Asma e Inmunología pediátricas.* Septiembre-diciembre 2018. [citado 2019 abril 5]; Vol. 27, Núm. 3: p71-78.
 18. Prieto-Torres L, Torrelo A. Dermatitis atópica y otras erupciones eccematosas. *Pediatr Integral.* 2016; 20 (4): 216–226
 19. Aguirre Martínez, I. L., Mendoza Hernández, D., López Pérez, G. T., & Carmona Barrón, M. Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas* 2019; 27(3), 71-78.
 20. Villacorta, C., & Iván, R. Factores de riesgo asociados a dermatitis atópica por diagnóstico clínico en niños y niñas menores de 14 años en la consulta externa de pediatría y dermatología en el hospital Hipólito Unanue de Tacna enero de 2014 diciembre de 2016. Tesis de pregrado. Tacna, Perú. Universidad Privada de Tacna. 2017
 21. Álvarez Schoendorff, J. Actualización del tratamiento de la dermatitis atópica. (Trabajo Fin de Grado Inédito). Universidad de Sevilla, Sevilla. 2017



- 22.Herrera Sánchez DA, Hernández Ojeda M, Vivas Rosales IJ. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. Rev Alerg Méx. 2019 [citado 01/12/2019];66(2):192-204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29262/ram.v66i2.59>
- 23.Vásquez Laura del Mar, Olaya Manuela, Cleves Daniela, Ramírez-Zuluaga Luis Fernando, Serrano Carlos. Caracterización de los niños menores de cinco años con sospecha de enfermedades alérgicas. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2021 Ene 08]; 65(1): 52-60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902018000100052&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i1.343>
- 24.Poma Sánchez DR, Flores Ticerán FAR. Frecuencia de Dermatitis atópica y sus características epidemiológicas en niños de 6 a 7 años en el centro del Distrito de Lambayeque. Tesis, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, 2020

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.