

Impacto familiar de la severidad de la dermatitis atópica en menores de 12 años

Consuelo Mosquera H¹, Santiago Palacios Álvarez¹

¹ Dermatólogos, Centro de la Piel “CEPI”, Veracruz N34-38 y Av. América, CP: 170508

Rev. Fac Cien Med (Quito), 2017; 42(2):114-121

Recibido: 06/02/16; Aceptado: 21/06/16

Autor correspondiente:

Consuelo Mosquera

E-mail: dramosquera@hotmail.com,

Teléfono: 0984954938

Resumen

Contexto: la dermatitis atópica es una enfermedad de etiología desconocida, con predisposición genética y participación de factores ambientales. Más del 80% de niños afectados debutan antes de los 5 años de edad. No se disponen en el país reportes que demuestren la relación entre la severidad de la enfermedad y el impacto familiar que genera la misma.

Objetivo: determinar el grado de afectación familiar en niños diagnosticados de dermatitis atópica que acudieron a la consulta externa del “Centro de la Piel” y su relación con la severidad de la enfermedad.

Diseño: estudio epidemiológico analítico transversal de período.

Métodos y sujetos: el estudio se realizó en niños menores de 12 años que acudieron a la consulta médica del “Centro de la Piel”, con diagnóstico de dermatitis atópica entre julio a noviembre del 2015. Se empleó un muestreo aleatorio simple para universo infinito con objetivo cualitativo. La severidad de la dermatitis atópica se clasificó según la escala validada SCORAD. El impacto familiar se determinó con el cuestionario del impacto familiar de la dermatitis DFI y la funcionalidad familiar con la escala de APGAR familiar. Las asociaciones entre las variables estudiadas se resumieron con Odds Ratio de prevalencia (OR) y los correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%) obtenidos mediante distribución binomial. Para el contraste de hipótesis, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: el estudio reveló que de los 145 participantes, 34 (23,45%) presentaron dermatitis atópica leve, 94 (64,83%) moderada y 17 (11,72%) severa. Se encontró que en más de la mitad de familias investigadas (57,24%) el impacto familiar de la enfermedad fue moderado, 33,1% leve y 9,66% severo. Al relacionar las variables, se demostró que el grado de afectación familiar es proporcional a la severidad de la dermatitis, estadísticamente significativa (valor $p = <0,01$). La esfera familiar de mayor afectación fue la económica evidenciándose la relación existente entre agravamiento del cuadro con el incremento de los gastos derivados del tratamiento (OR: 5,5; IC 95%: 2,4-12,6).

Conclusión: la severidad de la dermatitis atópica se relacionó significativamente con el nivel de impacto familiar percibido por el cuidador.

Descriptor Decs: dermatitis atópica, impacto familiar, funcionalidad familiar, eczema, SCORAD, DFI Finley, APGAR familiar.

Abstract:

Context: Atopic dermatitis is a disease of unknown etiology, with genetic predisposition and participation of environmental factors. More than 80% of affected children debut before 5 years of age. There are no reports in the country that demonstrate the relationship between the severity of the disease and the family impact generated by it.

Objective: to determine the degree of family involvement in children diagnosed with atopic dermatitis who attended the outpatient clinic of the “Skin Center” and its relationship with the severity of the disease.

Design: cross-sectional analytical epidemiological study of period.



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento – No comercial – Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Methods and subjects: the study was conducted in children under 12 years of age who attended the “Skin Center” medical consultation, with a diagnosis of atopic dermatitis from July to November 2015. Simple random sampling was used. for infinite universe with qualitative objective.

MAIN MEASUREMENTS: the severity of atopic dermatitis was classified according to the SCORAD scale. The family impact was determined with the family impact questionnaire of DFI dermatitis and family functionality with the family APGAR scale. The associations between the variables studied were summarized with Odds Prevalence Ratio (OR) and the corresponding 95% confidence intervals (95% CI) obtained by binomial distribution. For the hypothesis test, the Pearson correlation coefficient was calculated.

Results: the study revealed that of the 145 participants, 34 (23.45%) presented mild atopic dermatitis, 94 (64.83%) moderate and 17 (11.72%) severe. It was found that in more than half of the families investigated (57.24%) the family impact of the disease was moderate, 33.1% mild and 9.66% severe. By relating the variables, it was shown that the degree of family involvement is proportional to the severity of the dermatitis, statistically significant (p value = <0.01). The most affected family sphere was the economic one, showing the relationship between worsening of the table and the increase in the expenses derived from the treatment (OR: 5.5, 95% CI: 2.4-12.6). Conclusion: the severity of atopic dermatitis was significantly related to the level of family impact perceived by the caregiver.

Key words: atopic dermatitis, family impact, family functionality, eczema, SCO-RAD, DFI Finley, family APGAR.

Introducción

Se define a la dermatitis atópica como una dermatosis pruriginosa crónica, caracterizada por múltiples exacerbaciones y remisiones. Debuta en los primeros años de vida y afecta localizaciones típicas¹. Debuta en el 50% a 60% de pacientes en el primer año de vida, fundamentalmente durante los primeros seis meses, en el 30% de casos en edades comprendidas entre 1 a 5 años y en el 10% el inicio se registra después de los 7 años^{2,3}. La patogénesis es compleja y multifactorial con una fuerte base genética⁴; Bieber considera que esta entidad estaría en una frontera entre la sensibilización alérgica y la autoinmunidad⁵. Se manifiesta clínicamente con un eritema difuso que puede acompañarse de edema, vesículas, xerosis, liquenificación, escoriaciones y prurito intenso; en otros casos se asocia a entidades de origen inmunológico como el asma bronquial y la rinitis alérgica. El diagnóstico es clínico y para catalogar su severidad se usan algunas escalas, entre las que destaca el Índice de Severidad de la Dermatitis Atópica (SCORAD en inglés), de adecuada validez adecuada, capacidad de respuesta, fiabilidad entre observadores, y una clara interpretación^{6,7}.

Varios estudios demuestran que la severidad del cuadro está relacionada con la calidad de vida de la familia, confirmando que el manejo de la dermatitis atópica implica una adecuada evaluación de los padres, al afectar a la familia del paciente⁸. Para medir el impacto, Lewis-Jones y Finley de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cardiff, Reino Unido, crearon un cuestionario de aplicación clínica que estima el impacto familiar de la dermatitis (DFI, Dermatitis Family Impact)⁹. La literatura médica señala la aso-

ciación positiva entre severidad de la dermatitis atópica y el impacto familiar¹⁰⁻¹², por lo que es factible definir si los tratamientos o intervenciones particulares podrían reducir el impacto negativo de la enfermedad sobre la familia¹³. En Ecuador, la información sobre el tema es escueta.

Sujetos y métodos

Diseño: estudio epidemiológico analítico transversal de período, ejecutado en la consulta externa del “Centro de la Piel” durante septiembre a noviembre del 2015, debidamente autorizado por el Departamento de Docencia institucional. **Criterios de Inclusión:** niños/as menores de 12 años de edad que acuden a consulta externa, diagnosticados de dermatitis atópica. **Criterios de exclusión:** a) coexistencia de otras enfermedades dermatológicas crónicas (psoriasis, vitíligo) o enfermedades crónicas diferentes a la atopia, b) progenitores que no firmen el consentimiento informado c) limitaciones de progenitores o cuidadores para responder los cuestionarios. **Población y universo:** por tratarse de un universo infinito y variables cualitativas, se empleó un muestreo aleatorio simple para universo infinito, calculándose la muestra en 145 pacientes.

Métodos específicos: a cada paciente se le realizó una historia clínica completa y un examen físico pormenorizado; la categorización de la severidad del cuadro dermatológico se sujetó a la escala SCORAD, El test de APGAR familiar de Smilkstein y el cuestionario de impacto familiar de la dermatitis DFI de Finley fue aplicada al tutor o cuidador principal del paciente, por personal cualificado o la investigadora principal.

Las variables estudiadas comprenden aspectos sociodemográficas, antecedentes patológicos personales y de familiares con el primer grado de consanguinidad, antecedentes de automedicación, tratamientos previos, uso de corticoides tópicos en los dos últimos meses y potencia de los mismos, tipo de familia e información de gastos derivados del tratamiento. Las familias con disfunción familiar recibieron información sobre la importancia de generar un ambiente familiar saludable enfocado al tratamiento del paciente y posteriormente fueron derivadas para valoración por Psicología.

Las variables continuas se presentan como medias con su respectiva desviación estándar (DE); se utilizó la prueba T para comparar medias. Las variables categóricas fueron tratadas como proporciones y se analizaron utilizando el Chi cuadrado para comparar proporciones. Para el contraste de hipótesis se usaron pruebas como el ANOVA o Chi cuadrado dependiendo del tipo de variables. Las asociaciones entre variables de estudio se resumieron con Odds Ratios (OR) de prevalencia y con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) obtenidos mediante modelos de regresión logística y ajustados por edad, sexo y otras variables potencialmente confusoras. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico Epi Info 7.1.5.

Resultados

Se observó un ligero predominio de casos en pacientes de sexo femenino (53,8% vs 46,2%) con un promedio de edad superior. El rango de edad para ambos sexos fue amplio (0,08 a 12 años). El paciente acudió acompañado de su madre (82,8%), ambos progenitores (13,8%) o familiares (3,4%); el promedio de edad del tutor fue $34,0 \pm 7,5$ años. El nivel de instrucción del tutor es alto, predominando estudios de tercer nivel en el 49,7%, secundario 40%, primaria 9,8% y sin educación 0,7%. Respecto a los antecedentes patológicos personales, el 42,8% presentaba antecedentes de atopia no dermatológica, 42,76% alergia ambiental, 18,62% de alergia alimentaria y 8,28% de alergia medicamentosa. El 11,2% no recibió lactancia materna exclusiva.

Al medir la severidad de la dermatitis atópica medida por la escala SCORAD. El rango del puntaje va desde 9 a 75; calificada la severidad, fue leve en 34 sujetos (23,45%), moderada en 94 casos (64,83%) y severa en 17 individuos (11,72%). Predominaron lesiones dermatológicas en miembros inferiores (34,48%), miembros superiores (25,52%), tórax (24,83%) y cara (15,17%). El 62,76% de participantes recibieron tratamientos en el último año; el 64,83% fue tratado en los dos meses previos con corticoides tópicos de baja potencia (50,98%), mediana potencia (41,18%) y alta potencia en el 7,84% de sujetos. El 35,17% de los tutores refirieron haber medicado al niño al menos una vez en el último año.

Tabla 1. Distribución de las variables en la población estudiada.

		n	%	
Distribución por sexo	Masculino	67	46,2	
	Femenino	78	53,8	
	Total	145	100	
Distribución por edad y sexo	Promedio (años)	Desvío estándar (años)	Rango (años)	
	Masculino	4,8	3,7	0,08-12
	Femenino	5,18	3,7	0,33-12
	TOTAL	5,03	3,7	0,08-12
Distribución según el parentesco del tutor		Frecuencia N	Porcentaje %	
	Madre	120	82,8	
	Padre	20	13,8	
	Otro	5	3,4	
	Total	145	100	
Nivel de Instrucción del tutor	Primaria	14	9,8	
	Secundaria	58	40	
	Superior	72	49,7	
	Ninguna	1	0,7	
	Total	145	100	

Antecedentes de asma o rinitis	SI	62	42,8
	NO	83	57,2
	Total	145	100
Antecedentes de alergias	Alimentaria	27	18,62
	Ambiental	35	42,76
	Medicamentos	12	8,28
	Ninguna	71	48,97
	Total	145	100
Lactancia materna exclusiva	SI	113	81,88
	NO	25	18,11
	Total	138	100
Severidad de la dermatitis atópica	Leve	34	23,45
	Moderada	94	64,83
	Severa	17	11,72
	Total	145	100
Área afectada predominante	Cara	22	15,17
	Tórax	36	24,83
	M. superiores	37	25,52
	Mi. inferiores	50	34,48
	Total	145	100
Antecedente de tratamiento previo	Si	54	37,24
	No	91	62,76
	Total	145	100
Uso corticoides tópicos 2 meses previos	Si	51	35,17
	No	94	64,83
	Total	145	100
Potencia del corticoide	Alta	4	7,84
	Media	21	41,18
	Baja	26	50,98
	Total	51	100
Automedicación último año	SI	51	35,17
	NO	94	64,83
	Total	145	100
Estado civil de los padres	Casado	85	58,6
	Unión Libre	44	30,3
	Divorciado	16	11,1
	Total	145	100
Tipo de familia	Nuclear	99	68,3
	Monoparental	11	7,6
	Reconstituida	12	8,3
	Extendida	23	15,9
	Total	145	100
APGAR familiar	Funcionales	138	95,17
	Disfuncionales	7	4,83
	Total	145	100

Impacto de la enfermedad en la familia según DFI	Alto	48	33,1
	Medio	83	57,24
	Bajo	14	9,66
	Total	145	100

Fuente: encuestas.

Elaboración: autores.

El estado civil de los progenitores del paciente, revela que el 58,6% son casados, 30,3% tienen unión libre y 11,1% son divorciados; el 68,3% de participantes pertenecían a familias nucleares, 7,6% monoparentales, 8,3% reconstituidas y 15,9% a familias ex-

tendidas. Solamente el 4,83% de sujetos son parte de hogares disfuncionales según el APGAR de Smilks-tein. En el estudio, el APGAR familiar no se relacionó a la severidad de la enfermedad.

Tabla 2. Relación de la severidad de la dermatitis atópica con la funcionalidad familiar según APGAR familiar.

Grado de dermatitis	Familia Funcional	Familiar Disfuncional	Total	OR	IC 95%	p
Leve	33	1	34	0,89	0,22 -16,4	0,55
Moderada-severa	105	6	111			NS
Total	138	7	145			

NS: no significativo.

Fuente: encuestas.

Elaboración: autores.

El impacto de la enfermedad sobre la familia medido con el cuestionario de impacto familiar de la dermatitis desarrollado por Finley y aplicado a los cuidadores de los participantes, mostró que ninguna de las familias encuestadas obtuvo el valor 0 (ausencia de impacto familiar); el impacto moderado se observó en el 57,24% de familias, leve en el 33,1% y alto en el 9,66%.

El aspecto socioeconómico de las familias de los participantes incide en el tratamiento por los costos derivados, así, el 11,72% de las familias cuentan con ingresos mensuales equivalentes a un salario básico unificado (SBU= \$354,00 a la fecha del estudio), el 50,34% percibían entre 1 a 3 SBU (\$355 a \$1062),

13,8% con ingresos entre 3 y 5 SBU (\$1063 a \$1770) y 24,14% con ingresos superiores a 5 SBU (> \$1770). Se encontró que a mayor severidad, el promedio de gasto mensual derivado del tratamiento de la dermatitis atópica se incrementa (Anova, $p=0,47$). Analizado el porcentaje del ingreso mensual que gasta el tutor y el tiempo de evolución de la enfermedad, se encontró correlación (Pearson, 0,78).

Al relacionar la severidad de la dermatitis atópica y el grado de impacto familiar, se encontró que la severidad de la dermatitis incrementa el grado de afectación familiar aumenta, estadísticamente significativa ($p= <0,01$).

Tabla 3. Prueba Chi² para las variables severidad de la dermatitis atópica y nivel de impacto familiar.

Dermatitis	Bajo impacto	Moderado y alto impacto	Total	OR	IC 95%	p (x ²)
Leve	24	10	34	80,70	3,66-20,67	0,00001
Moderada-severa	24	87	111			
Total	48	97	145			

Fuente: encuestas.

Elaboración: autores.

La severidad de la dermatitis atópica según la escala SCORAD, tiene relación con el incremento del riesgo de afectación familiar según el cuestionario de

impacto familiar de la dermatitis (OR: 8,70; IC95%: 3,66 a 20,67) (ver tabla 4).

Tabla 4. Prueba Chi² para las variables severidad de la dermatitis atópica y nivel de impacto familiar.

Dermatitis	Bajo impacto	Moderado y alto impacto	Total	OR	IC 95%	p (x ²)
Leve	24	10	34	8,70	3,66-20,67	0,00001
Moderada-severa	24	87	111			
Total	48	97	145			

Fuente: encuestas.

Elaboración: autores.

Discusión

Se observó asociación positiva entre dermatitis atópica moderada-severa con mayores grados de impacto familiar, comparado con los casos de la forma leve de la enfermedad. Esta entidad es ligeramente más prevalente en mujeres (53,8% vs 46,2%) sin que exista una franca predilección por el sexo¹⁴, sin embargo Sehgal en India y Getachew en Etiopía reportan una mayor prevalencia en el sexo masculino en menores de 12 años que contrasta con el reporte de Blanco quien señala una mayor casuística en España¹⁵⁻¹⁷.

La edad de los partícipes de ambos sexos es amplia (0,08 a 12 años) acorde a los criterios de inclusión que consideró las edades de mayor prevalencia; el estudio de eczema en América Latina (ISAAC fase 3), muestra a Quito- Ecuador y Barranquilla-Colombia como las ciudades de mayor riesgo de desarrollar síntomas de eczema para la edad 6 a 7 años¹⁸.

Los antecedentes patológicos personales muestran que el 42,8% de sujetos tienen antecedentes de atopia no dermatológica, 42,76% de alergia ambiental, 18,62% de alergia alimentaria, 8,28% de alergia medicamentosa y 11,2% de participantes no recibieron lactancia materna exclusiva. Al relacionar los antecedentes con la severidad de la dermatitis atópica, no se encontró relación estadística significativa, explicada por el diseño del estudio que no incluyó un grupo control.

Al considerar la variable automedicación, el 35,17% de tutores afirmaron medicar al participante al menos una vez en el último año; el análisis estadístico demostró una leve relación entre la severidad de la dermatitis atópica y el antecedente de automedicación con un valor estadísticamente significativo (p= 0,045). La literatura médica no reporta datos al respecto, por lo que debería ampliarse la dimensión y diseño del estudio para comprobar esta posible relación y extrapolar el resultado a la población.

Respecto a la severidad de la dermatitis atópica medida por SCORAD, la forma moderada tuvo una prevalencia del 64,83% seguida de la forma leve (23,45%) y severa (11,72%); contrasta con otros reportes donde la forma leve predomina y la severa es inferior al 2%²¹. Se atribuye al nivel de atención secundario esta donde se ejecutó la investigación la distribución porcentual por lo que en otros niveles de atención podría modificarse la distribución por severidad de la enfermedad, argumento respaldado por el estudio de Emerson quien informa un 3% de dermatitis atópica leve, seguido de un 15% de dermatitis moderada y 43% de formas severas de la enfermedad a nivel primario de atención. Este autor concluye que para establecer adecuadamente la severidad de la enfermedad debe considerarse el nivel de atención secundaria (de especialidad), situación que explica el predominio de casos moderados y severos (75%) en el presente estudio.

Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados por todos los autores quienes contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor correspondiente representa al colectivo de autores.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Consentimiento para publicación

La identidad de los individuos participantes en el estudio es anónima y confidencial, por lo que no se obtuvo un consentimiento específico para su publicación.

Aprobación ética y consentimiento

El protocolo y el consentimiento fueron aprobados oportunamente.

Financiamiento

Los recursos fueron provistos por los autores.

Conflicto de interés

Los autores No reportan conflicto de interés alguno

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las personas que colaboraron en el proceso de la investigación

Referencias

1. Hanifin JM. Diagnosis features of atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereológica* 1980; :44-47.
2. Leung D, et al. Atopic Dermatitis en Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw Hill, 1993.
3. Leung D, Eichenfield L, Boguniewicz M. Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw Hill, 2008.
4. Irvine AD, McLean WH. Breaking the (un)sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis. *Journal of Investigative Dermatology* 2006; :1200-1202.
5. Bieber T. Atopic dermatitis. *New England Journal of Medicine* 2008; :1483-1494.
6. Schmitt J, Langan S, Williams HC. What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2007; :1389-1398.
7. Schmitt J, Langan S, Deckert S, Svensson A, von Kobyletzki L, Thomas K, Spuls P. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: a systematic review and recommendation. Harmonising outcome measure for atopic dermatitis (HOME) initiative. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2013; :1337-1347.
8. Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RJ. Are quality of family life and disease severity related in childhood atopic dermatitis? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2002; :455-462.
9. Dodington SR, et al. The Dermatitis Family Impact questionnaire: a review of its measurement properties and clinical application. *British Journal of Dermatology* 2013; :31-46.
10. Poot F, et al. A case-control study on family dysfunction in patient with alopecia aerata, psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereológica* 2011; :415-421.
11. Im YJ, et al. Parenting and relationship characteristics in mothers with their children having atopic disease. *Journal for Child Health Care* 2014; :215-229.
12. Salamanca A. Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. *Psychologia. Avances de la disciplina* 2011; :47-58.
13. Balkrishnan R, et al. Disease severity and associated family impact in childhood atopic dermatitis. *Archives of Disease in Childhood* 2003; :423-427.
14. Möhrenschrager M, et al. The course of eczema in children aged 5–7 years and its relation to atopy: differences between boys and girls. *British Journal of Dermatology* 2006; :505-513.
15. Sehgal VN, et al. Atopic dermatitis: a cross-sectional (descriptive) study of 100 cases. *Indian Journal of Dermatology* 2015; :519.
16. Getachew Kelbore A, et al. Magnitude and associated factors of atopic dermatitis among children in Ayder referral hospital, Mekelle-Ethiopia. *BioMed Central* 2015; :15.
17. Blanco Quirós A, et al. Factores de riesgo y prevalencia familiar de la dermatitis atópica en España (estudio ELIHO). *Anales de Pediatría* 2005; :480-488.
18. Solé D, Mallol J, Wandalsen GF, Aguirre V. Prevalence of symptoms of eczema in Latin America: results of the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) Phase 3. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology* 2010; :311-323.
19. Taylor-Robinson DC, et al. Do early life exposures explain why more advantaged children get eczema? Findings from the UK Millennium Cohort Study. *British Journal of Medicine* 2015;
20. DaVeiga SP. Epidemiology of atopic dermatitis: a review. *Allergy and Asthma Proceedings: The Official Journal of Regional and State Allergy Societies* 2012; :221-234.
21. Emerson RM, Williams HC, Allen BR. Severity distribution of atopic dermatitis in the community and its relationship to secondary referral. *British Journal of Dermatology* 1998; :73-76.
22. Beattie PE, Lewis-Jones MS. An audit of the impact of a consultation with a pediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. *British Journal of Medicine* 2006; :1249-1255.

23. Handa S, Jain N, Narang T. Cost of care of atopic dermatitis in India. *Indian Journal of Dermatology Venerology and Leprology* 2015; :213.
24. Aziah MS, et al. Childhood atopic dermatitis: a measurement of quality of life and family impact. *The Medical Journal of Malaysia* 2002; :329-339.
25. Chernyshov PV, et al. An international multicenter study on quality of life and family quality of life in children with atopic dermatitis. *Indian Journal of Dermatology, Venerology and Leprology* 2013; :52-58.
26. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A pilot study on the use of wet wraps in infants with moderate atopic eczema. *Clinical and Experimental Dermatology* 2004; :348-353.