

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA**

**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADO EN QUÍMICA - FARMACÉUTICA**



TÍTULO: Uso de Hidrocortisona crema 1 % en Niños(a) de 2 a 12 años con Dermatitis atópica atendidos en el área de consulta externa del Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo”. Marzo – Agosto 2014.

Autoras:

Br(a). Aslhy Yohima Alonso Lazo.

Br(a). Luz Marina Álvarez Barrios.

Tutor: Lic. Yanet Mora Vargas.

Managua, Diciembre 2014

ÍNDICE

Pág.

APARTADO I GENERALES

1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Justificación.....	3
1.4 Planteamiento del problema.....	4
1.5 Objetivos.....	5

APARTADO II MARCO DE REFERENCIA

2.1 Estudios de utilización de medicamentos.....	6
2.2 Piel Infantil.....	8
2.3 Dermatosis más frecuentes en niños.....	8
2.4 Dermatitis atópica.....	10
2.5 Corticoides tópicos.....	18
2.6 Hidrocortisona.....	22

APARTADO III PREGUNTAS DIRECTRICES

3.1 Preguntas directrices.....	26
--------------------------------	----

APARTADO IV DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Descripción del ámbito de estudio.....	27
4.3 Población y Muestra.....	28
4.3.1 Criterios de inclusión.....	28

4.3.2 Criterio de exclusión.....	28
4.4 Variables.....	29
4.4.1 Enumeración de Variables.....	29
4.4.2 Operacionalización de las variables.....	30
4.5 Materiales y Métodos.....	31
4.5.1 Materiales y Métodos para recolectar información.....	31
4.5.2 Materiales y Métodos para procesar la información.....	31

APARTADO V

RESULTADOS

5.1 Resultados.....	32
5.2 Análisis y Discusión de los resultados.....	34

APARTADO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	40
6.2 Recomendaciones.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos	
Glosario	

1.1 INTRODUCCIÓN

Los estudios de utilización de medicamentos se desarrollan con la finalidad de obtener información sobre la práctica terapéutica habitual; no sólo consisten en una descripción del uso real de los medicamentos y de sus consecuencias prácticas, sino que tienen como objetivo final conseguir una práctica terapéutica óptima. A partir de sus resultados se puede obtener una descripción de la utilización de los medicamentos y de sus consecuencias.

La Dermatitis atópica, llamada comúnmente eccema (atópico), es una enfermedad de la piel que afecta cara, torso y extremidades. Se trata de un trastorno funcional de las glándulas sebáceas que producen una hipersecreción de grasa prurito con aspecto de escamas. Esta enfermedad de la piel figura entre los 10 primeros lugares de la consulta dermatológica en niños, y tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

La Hidrocortisona crema tiene una acción antiinflamatoria, antiproliferativa e inmunosupresora relevante, propiedades que la convierten en el tratamiento de primera elección para la Dermatitis atópica. Su uso prolongado o inadecuado produce daños severos, especialmente en niños, dado a la mayor finura de la piel.

La finalidad de este estudio es analizar el uso de Hidrocortisona crema 1% en niños de 2 a 12 años con Dermatitis atópica atendidos en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo”.

1.2 ANTECEDENTES

A nivel Nacional no se encontraron antecedentes relacionados con el tema de investigación ni con los objetivos a investigar.

INTERNACIONALES

Eichenfield L, y Fivenson D, del Hospital Infantil de San Diego, EEUU, realizaron un estudio en el año 2007 el cual titularon: **Formulación de crema emoliente tópica de Hidrocortisona 1 % en el tratamiento de niños con Dermatitis atópica**. 20 niños y niñas de 5 a 12 años fueron tratados con Hidrocortisona 1 %. La frecuencia de aplicación fue de 2 veces al día durante un periodo máximo de 4 semanas. Los efectos adversos más significativos fueron Hipertrichosis y sobreinfección.

Gonzales M, Varela S y Arocha Rafael, especialistas en primer grado de Dermatología del Hospital Pediátrico Docente de San Miguel del Padrón, Cuba; realizaron un estudio en el periodo de Enero 2007 a Diciembre 2008, titulado: **Manejo terapéutico de la Dermatitis atópica**, con el objetivo de investigar el tratamiento más empleado en la Dermatitis atópica. El universo estuvo constituido por 392 pacientes, de los cuales 198 (50.5 %) fueron del sexo femenino y 194 (49.5 %) del sexo masculino. Se obtuvo como resultado que el 79 % de los pacientes recibieron Hidrocortisona crema 1 %.

Abra Movits W y Oquendo M del Departamento de Medicina de la Universidad Baylor en Dallas, informaron en abril del 2010 los resultados de un estudio titulado: **Hidrocortisona 1 % en pacientes pediátricos con Dermatitis atópica**, el cual fue diseñado para evaluar la efectividad y seguridad de este medicamento en niños con Dermatitis atópica. A un total de 264 niños y niñas de 3 a 18 años con Dermatitis atópica se les aplicó Hidrocortisona 1 % ,2 veces al día durante un periodo máximo de 1 mes. Los resultados fueron positivos y no se observaron efectos adversos significativos.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Según los doctores Guzmán J. y Mercado C. del Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo”, la Dermatitis atópica representó el 15.4 % del total de consultas en niños entre 2 y 4 años de edad para el año 2013 y se estima que tiene una prevalencia del 20% en niños entre las edades de 2 a 5 años de Managua, además su frecuencia parece estar en aumento.

Al observar que en el referido Centro Nacional de Dermatología la Hidrocortisona crema 1 % tiene un amplio y frecuente uso para el tratamiento de Dermatitis atópica, nos motivó a realizar el presente estudio para investigar si dicho fármaco está siendo prescrito en las dosis correctas y durante el tiempo adecuado.

El propósito de la investigación es proporcionar información acerca del uso de la Hidrocortisona crema al 1% en niños y niñas con Dermatitis atópica ya que no se han realizado estudios previos sobre la práctica habitual de esta.

Cabe mencionar, que este estudio beneficiará al Centro Nacional de Dermatología, ya que los profesionales sanitarios podrán contar con un documento que contribuye al bienestar del paciente; así mismo sirve de base o soporte para el progreso de nuevas investigaciones relacionadas con dicho tema.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Dermatitis atópica es una afección crónica reversible de la piel que prevalece y no tiene cura. Tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y su familia ya que afecta el desarrollo y funcionamiento emocional y psicosocial del niño.

La Hidrocortisona crema es el tratamiento de primera línea de la Dermatitis atópica, es un medicamento corticosteroide del tipo de la cortisona, pertenece a la familia general de medicamentos llamados esteroides. Estos fármacos son caracterizados por su uso indiscriminado a causa de la facilidad de su empleo, su rápida acción y la aparente mejoría que producen.

Su uso inadecuado en niños produce daños permanentes debido a la inmadurez de la barrera cutánea, por tal razón al indicarse se deben tomar en cuenta los eventos adversos locales. Actualmente el Centro Nacional de Dermatología no cuenta con un protocolo de intervención para Dermatitis atópica lo que afecta la toma de decisiones terapéuticas.

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo es el uso de Hidrocortisona crema 1% en el tratamiento de Dermatitis atópica en niños(a) de 2 a 12 años atendidos en el área de consulta externa del Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo”?

1.5 OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar el Uso de Hidrocortisona crema 1 % en niños(a) de 2 a 12 años con Dermatitis atópica atendidos en el área de consulta externa del Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo” Managua. Marzo- Agosto 2014.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar por edad y sexo a la población en estudio.
2. Clasificar la Dermatitis atópica de acuerdo a las lesiones cutáneas presentadas por los pacientes.
3. Identificar la frecuencia de aplicación del tratamiento de Hidrocortisona según la edad de los pacientes y su duración.
4. Mencionar los Eventos Adversos que presentaron los pacientes que recibieron Hidrocortisona crema 1%.

MARCO DE REFERENCIA

2.1 Estudios de utilización de medicamentos (EUM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los estudios de utilización de medicamentos (EUM) como aquellos que tienen por objetivo de análisis “la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, haciendo énfasis especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes”. Posteriormente se completó esta definición añadiendo, también, la etapa de registro.¹

2.1.1 Utilidad de los Estudios de Utilización de Medicamentos

Los estudios de utilización de medicamentos se desarrollan con la finalidad de obtener información sobre la práctica terapéutica habitual, no sólo consisten en una descripción del uso real de los medicamentos y de sus consecuencias prácticas sino que tienen como objetivo final conseguir una práctica terapéutica óptima. A partir de los resultados de los EUM se puede, obtener una descripción de la utilización de los medicamentos (UM) y de sus consecuencia.²

2.1.2 Clasificación de los Estudios de Utilización de Medicamentos

Pueden clasificarse de diversas maneras en función de si su objetivo es obtener información cuantitativa o cualitativa, también se pueden clasificar en función del elemento principal que pretende describir.

- **Estudios de la oferta y del consumo:** Describe los medicamentos que se utilizan y en qué cantidad.

- **Estudios prescripción – indicación:** Describe las indicaciones en las que se utiliza un determinado fármaco o grupos de fármacos.

¹ Figueras, A., Vallano, A., Narváez, E. (2003). Fundamentos Metodológicos de los EUM. Una aproximación práctica para estudios de ámbito hospitalario. Managua.

² Vallano, A. Estudios de Utilización de Medicamentos. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

- **Estudios indicación – prescripción:** Describe los fármacos utilizados en una determinada indicación o grupo de indicadores.
- **Estudios sobre la pauta terapéutica:** Describe las características de utilización práctica de los medicamentos (dosis, duración del tratamiento, cumplimiento de la pauta, monitorización del tratamiento etc.)
- **Estudios de factores que condicionan los hábitos de utilización:** Describe características de los prescriptores, de los dispensadores, de los pacientes o de otros elementos vinculados con los medicamentos y su relación con los hábitos de utilización de los mismos.
- **Estudios de consecuencia práctica de la utilización:** Analizan los resultados clínicos observados en la práctica relacionados con el uso de los medicamentos; también pueden describir su relación con las características de la utilización de los medicamentos.
- **Estudios de intervención:** Describen las características de la utilización de medicamentos de relación con un programa de intervención concreto sobre el uso de los mismos. Generalmente las medidas de intervención pueden ser reguladoras (por ejemplo, listas restringidas de medicamentos) o educativas (por ejemplo, protocolos terapéuticos, sesiones informativas, boletines terapéuticos, etc.)

2.2 Piel infantil

La piel del latín *pellis*³ es el órgano más extenso del cuerpo humano pues cubre toda su superficie. La piel como órgano barrera entre el exterior y el

³ Schiffman, H. (2001). La Percepción Sensorial P. 153.

medio interior, está expuesta a numerosos agentes que la invaden y lesionan; su principal función es la de protección.

La piel infantil no se encuentra dentro de un cuadro patológico de piel sensible⁴. Su principal característica es que el estrato córneo no está plenamente desarrollado. Se trata de una piel delgada, lo que implica que la pérdida de calor y de agua es mucho mayor que en una piel adulta y es químicamente menos ácida; la menor concentración de ácido láctico y ácidos grasos a nivel superficial provoca que su resistencia a agentes infecciosos y parasitarios se vea considerablemente mermada.

En torno a los 6 años, la estructura de la piel y sus anejos han madurado completamente, pero la actividad de las glándulas sebáceas no aumenta hasta los cambios hormonales de la pubertad, que aparecen aproximadamente a los 12 años de edad, de manera que la película hidrolipídica y el manto ácido protector son todavía relativamente débiles.

2.3 Dermatitis más frecuentes en niños

En la infancia se pueden observar prácticamente todas las dermatosis de la edad adulta, sin embargo se presentan con diferentes frecuencias y bajo diferentes formas clínicas.⁵

2.3.1 Sudamina

Conocida como salpullido, es una alteración común de las glándulas sudoríparas ecrinas ocasionada por la obstrucción del conducto sudoríparo que resulta en retención del sudor. Se presenta en condiciones de incremento del calor y la humedad. Puede afectar casi cualquier parte del cuerpo, con

⁴ Bau, C., Del pozo, A. (2003). Formación Permanente en Dermofarmacia/ Características Generales de la piel Infantil. P. 155

⁵ Caballero G., Knopfmacher O., Bolla de Lezcano L. (2004). Most frequent dermatoses in pediatric Dermatology consultation. 31(1):21

predominio en la frente, piel cabelluda, cuello y tórax. Se evita controlando la humedad y calor ambiental cuando sea posible, en caso de prurito intenso los antihistamínicos sistémicos son útiles.

2.3.2 Dermatitis por contacto

Término que describe las reacciones inflamatorias agudas o crónicas a sustancias que entran en contacto con la piel.⁶ Es una reacción inmunológica que compromete el área de contacto y piel circundante (se disemina). La reacción usualmente aumenta con cada exposición. En las formas agudas pueden verse eritema, pápulas, vesículas, erosiones, costras y descamaciones. Su tratamiento consiste en evitar contacto con el agente etiológico y esteroides de mediana potencia como Betametasona Valerato.

2.3.3 Prurigo por insectos

Dermatosis reaccional a la picadura de insectos. La picadura origina una respuesta de hipersensibilidad manifestado por una roncha de carácter transitorio. Los principales insectos causantes son chinche, pulga, moscos, garrapatas, etc. El tratamiento es explicación amplia y medidas preventivas como fumigación, utilización de mosquiteros, etc. también son útiles los repelentes tópicos no tóxicos.

2.3.4 Dermatitis Seborreica

Son pápulas o placas eritematosas situadas en áreas sebáceas como el cuero cabelludo, la región centrofacial, las axilas, la ingle y la línea media del tronco. La lesión elemental es una placa eritematosa con descamación gruesa y nacarada. El tratamiento consiste en antifúngicos y corticoides tópicos suaves.

⁶ Pueyo de CS. (199). Patología reaccional en. Dermatología infantil en la clínica pediátrica. Artes Gráficas Buschi. P. 183.

2.3.5 Dermatitis de la zona del pañal

Afecta con mayor frecuencia a recién nacidos y lactantes pero también se presenta en niños mayores. Afecta áreas convexas, respetando los pliegues. Las formas más leves se caracterizan por eritema y descamación; Se evita con medidas preventivas como son el cambio frecuente de pañal, realizar el aseo del área con agua, dejando el área sin pañal el mayor tiempo posible. En las lesiones con más de 72 horas de evolución o datos de infección por *Candida* debe aplicarse algún agente antimicótico.⁷

2.4 Dermatitis atópica

Dermatitis es la inflamación de la dermis superficial y de la epidermis, que provoca la pérdida de la integridad de la superficie cutánea. Los términos Dermatitis y Eccema se usan de forma indistinta, aunque *eccema* (termino derivado del griego que significa hervir⁸) se utilizó inicialmente para referirse a la dermatitis con ampollas.

El término atopía fue introducido en 1923 por Coca y Cooke⁹ para describir la predisposición genética de un grupo de enfermedades alérgicas como asma, rinitis alérgica y fiebre del heno. Posteriormente la Dermatitis atópica fue incorporada como manifestación cutánea de esta condición.

En la literatura médica se han utilizado diversos términos para designar este trastorno. *Eccema atópico*, *Eccema alérgico*, *Prurigo de Besnier*, *Eccema y Neurodermatitis circunscrita* son términos menos aceptables y menos ampliamente utilizados que el de *Dermatitis atópica*.

La Dermatitis atópica es una enfermedad crónica que no es contagiosa. Se caracteriza por lesiones en la piel muy pruriginosas, ocurre típicamente en el

⁷ Kazaks EL, Lane AT. (2000) Diaper dermatitis. *Pediatr Clin North Am*; 47 (4): 909.

⁸ Weston W., Lone A., Morell J (2006). *Dermatología Pediátrica*. P.39

⁹ Ballona R., Ballona C. (2004). *Folia Dermatológica Peruana*. Dermatitis Atópica. 15(4): 40-48

individuo con historia personal y familiar de atopía. Se sabe que si uno de los padres es atópico hay una probabilidad de 60% de ser atópico y de 80% si ambos progenitores son atópicos.¹⁰

Clínicamente se caracteriza por prurito, el cual se inicia generalmente en la infancia temprana. Es episódica, con períodos de exacerbación y remisión, excepto en casos severos, en los cuales puede llegar a ser continua y puede acompañarse, además, de alteraciones en el sueño y en las actividades diarias por lo que afecta la calidad de vida de los pacientes y de sus padres, perjudicando el funcionamiento emocional y psicosocial del niño.

2.4.1 Enfermedades asociadas a la Dermatitis atópica.

Entre las muchas enfermedades que se asocian a la dermatitis atópica, además de las propias de la constitución atópica, se encuentran las dermatitis por contacto, la alopecia areata, la ictiosis vulgar, el vitíligo y el síndrome nefrótico. Los niños con dermatitis atópica son, además, propensos a determinadas infecciones, sobre todo por virus herpes simple, molusco contagioso y verrugas.

2.4.2 Fisiopatología de la Dermatitis atópica

La carga genética juega un papel importante en la fisiopatología de la Dermatitis atópica. Varios polimorfismos, incluyendo defectos en el mecanismo de la barrera de la piel, así como funciones inmune se han asociado a esta. La Dermatitis atópica resulta de:

- Interacción compleja de factores genéticos, ambientales e infecciosos.
- Defecto en la función de la barrera de la piel.
- Defecto en la regulación de la respuesta inmune.

¹⁰ Weston W., Lone A., Morell J (2006). Óp. Cit. P. 40

2.4.3 Factores agravantes de la Dermatitis atópica.

Los alimentos: La remoción del alimento alergénico de la dieta del paciente conduce a la mejoría clínica ¹¹. En los lactantes la sensibilización a las proteínas de la leche de vaca es una causa frecuente de la manifestación de las erupciones pruriginosas. También las proteínas del huevo (ovoalbúmina, ovomucoide) sensibilizan desde la lactancia y otros alimentos como los cereales, frutos secos o pescados, lo hacen a edades posteriores.

La exposición a diferentes alérgenos ambientales: Ácaros del polvo casero, pólenes, hierbas, epitelios de animales, caspa de pelo y mohos desencadena la degranulación de las células, dando inicio al proceso inflamatorio alérgico. En niños en etapa pre-infantil (2-5 años) predomina la sensibilización a estos aeroalergenos¹².

Factores psicológicos: Los pacientes con Dermatitis atópica son inteligentes, aprensivos hiperactivos, posesivos o introvertidos, lábiles a diversos estímulos emocionales y con tendencia a deprimirse. El comportamiento del atópico es normal cuando está libre de lesiones. El estrés ocupacional y familiar pueden desencadenar los brotes en el 50 % de los pacientes aproximadamente.¹³

Infecciones bacterianas y víricas: Existe un aumento de la colonización por *Staphylococcus aureus* en más del 90% de los niños con Dermatitis atópica, tanto en piel afectada como en piel sana. Es posible que el *Staphylococcus aureus* desempeñe algún papel como desencadenante de los brotes. Las infecciones causadas por virus herpes, papiloma virus humano (responsables de las verrugas vulgares) son también más prevalentes en los pacientes atópicos siendo con frecuencia desencadenantes de brotes de eccema.

¹¹ Ballona R., Ballona C. (2004). Óp. Cit. 15(4): 40-48

¹² Muñoz F. (2006). *Allergología et immunopathología*. 20(1): 37

¹³ Martín Mateos M. (2002). *Guía de tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño*. P. 12

2.4.4 Patogenia de la Dermatitis atópica

La patogenia exacta de la Dermatitis atópica se desconoce. La filagrina es una proteína que facilita la diferenciación terminal de la epidermis y la formación de la barrera cutánea.¹⁴ Los datos recientes sugieren que la pérdida de función de las variantes genéticas en el gen de la filagrina está relacionada con la Dermatitis atópica.

La Inmunoglobulina E (IgE) es una molécula del sistema inmune, cuya función es activar células llamadas basófilos y mastocitos cuando el sistema inmune del paciente detecta alguna de las sustancias que le producen alergia. Los basófilos y mastocitos, tras ser activados, liberan una sustancia: la histamina.

En la Dermatitis atópica se producen una serie de manifestaciones en la piel mediadas por la IgE, lo que hace que se libere la histamina y se produzca el picor, el enrojecimiento y las erupciones que acompañan a la Dermatitis atópica.

El rascado juega un papel fundamental en aumentar las lesiones ecematosas de la piel. El ciclo prurito-rascado condiciona el trauma mecánico de los queratinocitos y provoca la liberación de citoquinas pro-inflamatorias.

2.4.5 Epidemiología

Es la dermatosis más frecuente en población pediátrica. La prevalencia ha mostrado incremento en las últimas décadas, siendo del 18-20%. No existe clara predilección racial ni diferencia en cuanto al sexo. Puede presentarse a cualquier edad, con claro predominio en la población pediátrica, 60-85% de los casos inicia en el primer año de vida y en 85 -95 % antes de los 5 años; 10-25 % de los casos persisten con recaídas en la edad adulta.¹⁵

¹⁴ Weston W., Lone A., Morell J (2006). Óp. Cit. P. 45.

¹⁵ Olmos C, Ramón K. (2008). Dermatitis Atópica: “¿Qué hay de nuevo?”. 9(1):2

2.4.6 Manifestaciones Clínicas

La Dermatitis atópica ofrece un espectro clínico amplio con una variada morfología y 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 la Dermatitis atópica está claro.

La morfología inicial de las lesiones está dada por la pápula folicular, luego la formación de placas eccematosas que van cambiando de apariencia con el tiempo.

Hay tres fases cronológicas: la del lactante, la infantil y la del adulto.

- La fase del lactante se inicia en la cara, entre las primeras semanas y los dos meses de edad predomina en mejías y respeta el triángulo central de la cara. Aparece por brotes; en general las lesiones desaparecen sin dejar huella.¹⁶
- La fase infantil o escolar sobreviene de los 2 a los 12 años de edad, las lesiones afectan los pliegues de flexión de los codos, huecos poplíteos, cuello, muñecas, párpados o región peribucal. Después de los 7 años, alrededor del 80% de los niños ven cómo la dermatitis atópica desaparece, aunque siempre tendrán una piel con tendencia a la sequedad e irritabilidad. En la adolescencia, durante los periodos de estrés, puede reaparecer.
- La fase del adulto es menos frecuente; la corticoterapia es la principal causa después de la adolescencia, esta fase era excepcional antes del advenimiento de los corticoides.¹⁷

¹⁶ Arenas R, (2003). Atlas de Dermatología, Diagnóstico y Tratamiento. P. 76.

¹⁷ Zubeldia J., Baeza M., Jáuregui I., Senent J. (2006). Libro de las Enfermedades Alérgicas de la Fundación BBVA. P. 112.

2.4.7 Clasificación de la Dermatitis atópica según las lesiones cutáneas

El tiempo de evolución no es determinante para su definición. De acuerdo a la morfología de las lesiones, la Dermatitis atópica se clasifica en:

- Aguda: Las lesiones se presentan como pápulo - vesículas en una base eritematosa muy pruriginosa, también puede acompañarse de exudado seroso.
- Subaguda: Las pápulas se unen dentro de placas pobremente definidas con escamas delgadas.
- Crónica: La liquenificación es lo característico (se observa acentuación de líneas de piel) y xerosis.

2.4.8 Criterios diagnósticos

En 1994 se establecieron los llamados criterios del Reino Unido, con una especificidad de 92.8%. El diagnóstico se realiza por la presencia del criterio mayor y tres de los criterios menores.¹⁸

Criterio Mayor:

- Prurito.

Criterios Menores:

- Historia de compromiso de pliegue cutáneo: antecubital, fosas poplíteas, tobillos o alrededor del cuello. Mejías en niños menores de diez años.
- Historia personal o familiar de atopía.
- Historia de piel seca en el último año.
- Eccema que afecta frente, extremidades distales en menores de 4 años.
- Inicio de la enfermedad antes de los 2 años.

¹⁸ Ballona R., Ballona C. (2004). Óp. cit. 15(4):49

2.4.9 Diagnóstico diferencial

Debe realizarse con las siguientes entidades:

Dermatitis seborreica, Dermatitis por contacto, Histiocitosis X, Acrodermatitis enteropática, Ictiosis. ¹⁹

2.4.10 Tratamiento de la Dermatitis atópica

El manejo exitoso de la Dermatitis atópica requiere de un enfoque integrado con cuidados de la piel, identificación y eliminación de factores disparadores o agravantes y el control antiinflamatorio básicamente. ²⁰

2.4.11 Tratamiento no Farmacológico

Se explica a los padres que la enfermedad puede controlarse pero no curarse. El clima templado y húmedo favorece la humidificación del estrato córneo, por lo que es mejor tolerado que el clima frío y seco. Uso de ropa holgada de algodón, no usar ropa de lana o fibras sintética. La ropa en contacto con la piel debe lavarse con jabón y no usar detergentes, blanqueadores ni suavizantes.

Debe evitarse la exposición excesiva a la luz solar, pero sobre todo a jabones, pomadas y cosméticos. Los syndets o sustitutos de jabón cumplen con las exigencias de no alterar el pH y el manto lipídico y son los más indicados en estos pacientes.

El cuidado de la piel está referido básicamente a la hidratación para evitar el rascado y así la formación de microfisuras que actúan como puerta de entrada de patógenos, alérgenos o irritantes. Las sustancias humectantes previenen la

¹⁹ Wagemann E, (2012). Manejo de la Dermatitis Atópica. P. 37.

²⁰ Martín Mateos M, (2013). Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño. P. 11.

evaporación, deben ser aplicadas inmediatamente después del baño para garantizar su mejor absorción. La uñas deben mantenerse cortas y limpias.

Los alimentos más alergizantes como el huevo, la leche de vaca, soya, maní, y el pescado deberán ser evitados, sobre todo cuando hay lesiones activas.

El estrés emocional en pacientes con Dermatitis atópica incrementa el prurito, el rascado y conduce a cambios inmunológicos inducidos por la liberación de neuropéptidos, haciéndose indispensable el apoyo psicológico.

2.4.12 Tratamiento Farmacológico

Emolientes: En piel seca liquenificada se utilizan pastas oleosas o linimentos oleo calcáreo, cremas con urea o bien pomadas con alquitrán de hulla al 1% o 2 % durante periodos breves de cuatro a seis semanas. Se puede probar los productos comerciales y seleccionar el más adecuado para cada paciente.

Antihistamínicos: Para prurito se administran por vía sistémica, como Difenhidramina, 50 a 100 mg tres veces al día, Clorfeniramina de 4 a 8 mg de tres a seis veces al día, Loratadina, Cetiricina 10 mg una vez al día.

Antibióticos: en caso de sobreinfección de la Dermatitis atópica, acompañada de fiebre o síntomas generales, de realizarse tratamiento antibiótico por vía oral, como Eritromicina durante una semana.

2.5.1 Corticoides Tópicos

Son los fármacos más usados por la mejoría rápida y notoria que producen. Cuando se prescriben debe tenerse en cuenta la edad del paciente así como la potencia del corticoide, el uso inadecuado o prolongado son factores de alto riesgo para la presentación de efectos indeseados.

2.5.2 Clasificación de los Corticoides Tópicos según su potencia

Los corticoides tópicos se clasifican según su potencia en cuatro grupos. La potencia puede aumentar cuando los corticoides tópicos se aplican con vendajes oclusivos.

Potencia baja

Valerato de Betametasona	Loción al 0,05 %
Acetato de Hidrocortisona	Crema al 1%
Acetato de Metilprednisolona	Crema al 0,25 %

Potencia moderada

Dipropionato de Betametasona	Loción al 0,02 %
Acetónido de triamcinolona	Loción al 0,1 %
Desoximetasona	Crema al 0,05%
Dipropionato de Betametasona	Crema al 0,05%

Potencia alta

Mometasona Fluorato	Crema al 0,1%
Acetónido de flucinolona	Crema al 0,2%

Potencia muy alta

Propionato de Clobetasol	Crema al 0,05%
--------------------------	----------------

2.5.3 Frecuencia de aplicación y duración del tratamiento con Corticoides tópicos.

En la actualidad se han superado los conceptos que la frecuencia de aplicación varía con la forma farmacéutica utilizada así como con la condición de la dermatosis tratada. Con los conocimientos de estructura molecular y

farmacocinética de los corticoides (efecto de reservorio) se ha demostrado que es suficiente la aplicación una vez al día.²¹

La menor frecuencia de aplicación reduce el desarrollo de efectos adversos y taquifilaxia, ofreciendo seguridad y disminuyendo los costos. La duración del tratamiento en niños está en relación con la mejoría clínica, en promedio los corticoides de baja a mediana potencia pueden utilizarse hasta 10 días, pudiéndose prolongar su uso hasta 4 semanas.

2.5.4 Unidad Digital como medida de referencia para la prescripción de Corticoides tópicos

La prescripción tópica a diferencia de otras vías de administración es un procedimiento impreciso en la mayoría de las ocasiones. La aplicación insuficiente o excesiva de un medicamento puede conducir tanto a una pérdida de su eficacia como a la aparición de efectos adversos.

La unidad digital (UD) es un parámetro propuesto para la dosificación de un medicamento tópico. Es la cantidad obtenida de un tubo con una abertura de 5 mm de diámetro colocado desde el pliegue distal del dedo índice hasta su punta. 1 UD es suficiente para tratar un área de la piel dos veces el tamaño de la palma de la mano de un adulto con los dedos juntos. 2 UD es aproximado a 1g de esteroide tópico.²²

Por ejemplo, si se desea tratar un área de piel del tamaño de ocho manos de adultos, tendrá cuatro UD para cada dosis. (Se trata de 2 g por dosis. Si la dosis es de una vez al día, un tubo de 30 g debe durar alrededor de 15 días de tratamiento.)

²¹ Ballona R, Ballona C. (2003). *Dermatología Peruana*. 13(3):168

²² Castañeda J, Torrez B, Martínez A, Díaz A, Moncada B, (2006). *Gaceta Médica de México*. 142(1): 3

Se puede medir la cantidad de esteroide tópico a usar con la mano (de un adulto) para medir la cantidad de piel afectada en el niño. De esta manera se puede calcular la cantidad de esteroide tópico para su uso.²³

Para un niño de 1-2 años de edad:

- Toda la cara y el cuello - 1.5 UD (0.75 g)
- Un brazo entero y mano – 1.5 UD (0.75 g)
- Toda una pierna y el pie - 2 UD (1 g)
- Todo el frente del pecho y el abdomen - 2 UD (1 g)
- Toda la vuelta incluyendo las nalgas - 3 UD (1.5 g)

Niño de 3-5 años de edad:

- Toda la cara y el cuello - 1.5 UD (0.75)
- Un brazo entero y mano - 2 UD (1 g)
- Toda una pierna y el pie – 3 UD (1.5 g)
- Todo el frente del pecho y el abdomen - 3 UD (1.5 g)
- Toda la vuelta incluyendo las nalgas - 3.5 UD (1. 75 g)

Niño 6-12 años de edad:

- Toda la cara y el cuello - 2 UD (1g)
- Un brazo entero y mano – 2.5 UD (1.25 g)
- Toda una pierna y el pie – 4.5 UD (2.25 g)
- Todo el frente del pecho y el abdomen - 3.5 UD (1.75 g)
- Toda la vuelta incluyendo las nalgas - 5 UD (2.5 g)

2.6 Hidrocortisona

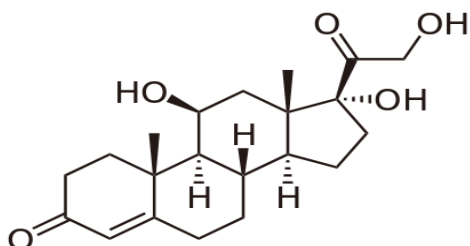
Es un corticoide de escasa potencia. Actúa reduciendo la inflamación de la piel, con lo que disminuye también el prurito, el rascado y la irritación cutánea mecánica. ²⁴ No es curativo y, cuando se suspende, puede producirse una

²³ Long CC, Finlay AY. (1998). Guía para determinar la cantidad de corticoide a utilizar. 138:293-296

²⁴ Herrero C. (2011). Manual Básico de Farmacología. P. 236.

exacerbación. Por lo general, está indicada para aliviar los síntomas y suprimir los signos del trastorno cuando otras medidas como los emolientes no producen efecto.

Estructura química



Forma de Presentación

Crema 1% en tubo con 30 g de producto.

Indicaciones

Tratamiento de las manifestaciones inflamatorias y pruríticas de las dermatosis y afecciones cutáneas que responden a la corticoterapia tópica: dermatitis de contacto, atópica, seborreica e infantil; picaduras de insectos, dermatosis inflamatorias; eccema; granuloma anular; liquen plano; lupus eritematoso discoide; neurodermatitis localizada; xerosis; psoriasis; otitis externa alérgica; erupción solar polimorfa; quemaduras menores.

Dosis

1 ó 2 veces al día²⁵, la duración del tratamiento puede ser de hasta 4 semanas en niños y 6 semanas en adultos.²⁶

²⁵ MINSa (2013). Formulario Nacional de Medicamentos. P. 334.

²⁶ Fonseca Capdevila E. (2002). Dermatitis Atópica. Protocolo Terapéutico. P. 2.

Vía de aplicación

Tópica

Mecanismo de acción

Presenta tres mecanismos de acción, un efecto antiinflamatorio, antiproliferativo e inmunosupresor.

La actividad antiinflamatoria se realiza mediante la inhibición de la fagocitosis, la estabilización de las membranas lisosomales de las células fagocíticas e inhibición de la liberación de la prostaglandina.

El efecto antiproliferativo se realiza mediante la inhibición de la síntesis de ADN y de la mitosis.

El efecto inmunosupresor mediante la inhibición de la fagocitosis in vitro y la inhibición de las células de Langher in vivo. Presenta sus efectos en múltiples citosinas por ejemplo interlucina1 así como en otras líneas celulares (queratinocitos, macrófagos, glándulas sebáceas y células endoteliales).

Farmacocinética

Absorción

La absorción percutánea de Hidrocortisona crema está determinada por muchos factores incluyendo el vehículo, la integridad de la barrera epidérmica y el uso de curas oclusivas. Puede ser absorbida por la piel intacta. La inflamación de la piel y otros factores aumentan la absorción percutánea. Los niños tienen una piel menos desarrollada y más delgada que los adultos por lo que dicha absorción es mayor.

Metabolización y excreción

Se une a proteínas plasmáticas, es metabolizada primeramente por el hígado y luego excretada por el riñón. Este proceso puede darse con mayor rapidez en niños debido al constante desarrollo de sus órganos.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a la Hidrocortisona y/o algunos de los excipientes. Infecciones complicadas, infecciones víricas agudas (herpes simple, herpes zoster, varicela).²⁷

Precauciones

Precaución en pacientes pediátricos, especialmente cuando se traten zonas extensas o se utilicen vendajes oclusivos (un pañal ajustado puede considerarse como tal). Evitar contacto con ojos y mucosas.

Debe evitar su aplicación en la cara o áreas intertriginosas (axila, ingle), porque dichas áreas son más susceptibles a presentar cambios atróficos. En caso de una infección, se debe de iniciar el uso de un antibacteriano o antimicótico indicado y suspender Hidrocortisona.

La aplicación de Hidrocortisona debe limitarse a la menor cantidad y tiempo compatible con un régimen terapéutico eficaz y bajo estricta supervisión médica.

Eventos adversos

Se puede presentar sobreinfección, irritación, hipertrichosis, despigmentación cutánea, sensibilización o dermatitis por contacto, maceración de la piel, efecto rebote, signos de atrofia cutánea. Los eventos adversos son reversibles después de discontinuar la terapia. En caso de sobreinfección o irritación, suspender el tratamiento.

²⁷ Pellegrini A, Aleen N (1999). Medicamentos utilizados en las enfermedades cutáneas. P. 113.

Interacciones medicamentosas

No hay interacciones conocidas de Hidrocortisona tópica y otros fármacos. No aplicar Hidrocortisona en el mismo sitio que otras preparaciones dérmicas sin la prescripción médica.

Manejo de la sobredosificación

Las condiciones en las cuales hay aumento de la absorción sistémica incluyen uso sobre grandes extensiones de piel, uso prolongado y administración de apósitos sobre los sitios de aplicación. En estas condiciones, los pacientes deben ser valorados periódicamente y retirar gradualmente la preparación.

3.1 PREGUNTAS DIRECTRICES

- 1) ¿Cuáles son las características de la población en estudio conforme a la edad y el sexo?

- 2) ¿Cuál es la clasificación de la Dermatitis atópica de acuerdo a las lesiones cutáneas que presentaron los pacientes?

- 3) ¿Cuál es la frecuencia de aplicación del tratamiento según la edad de los pacientes y su duración?

- 4) ¿Cuáles son los Eventos Adversos que presentaron los pacientes que recibieron Hidrocortisona crema 1 %?

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

El estudio de utilización de medicamentos es de tipo **Indicación - Prescripción**, porque describe los fármacos utilizados en una determinada indicación o grupo de indicaciones.

Siendo la investigación de tipo:

- ✓ Descriptiva: Porque describe los datos y las características de la población o fenómeno en estudio.
- ✓ De Corte Transversal: Porque mide la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal.
- ✓ Retrospectiva: Porque es un estudio en el tiempo, se analiza en el presente, pero con datos del pasado.

4.2 Descripción del ámbito de estudio

El Centro Nacional de Dermatología “Francisco Gómez Urcuyo” es un centro de referencia nacional. Se encuentra ubicado en la ciudad de Managua, en el barrio Monseñor Lezcano de la estatua 1 c al sur 1 c al oeste. Se atienden 400 pacientes diarios y 8,000 pacientes mensualmente.

Cuenta con 4 salas y 16 camillas. Posee especialidades en: Dermatología, Psicología, Alergología, Cirugía Plástica, Odontología y ofrece los siguientes servicios: Farmacia, Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Cirugías Plásticas, Procedimientos Dermatológicos, Clínica de Heridas, Fototerapia, Clínica Dental, Laboratorio, Psicología, Patologías Dermatológicas.

4.3 Población y muestra

Los datos de la población y muestra, se obtendrán de forma no probabilística, seleccionados a conveniencia.

Población: 155 pacientes de 2 a 12 años diagnosticados con Dermatitis atópica atendidos en consulta externa del Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo”.

Muestra: 82 pacientes de 2 a 12 años diagnosticados con Dermatitis atópica y tratados con Hidrocortisona crema 1% en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo” en el periodo Marzo – Agosto 2014.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de 2 a 12 años de edad.
- Pacientes diagnosticados con Dermatitis atópica.
- Pacientes que recibieron como tratamiento Hidrocortisona Crema 1%.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 2 años y mayores de 12 años de edad.
- Pacientes diagnosticados con otro tipo de Dermatitis.
- Pacientes que no recibieron Hidrocortisona Crema 1% como tratamiento.

4.4 Variable

4.4.1 Enumeración de las variables

Variables independientes

1. Edad
2. Sexo

Variables Dependientes

1. Clasificación de la Dermatitis atópica.
2. Frecuencia de aplicación.
3. Duración del tratamiento.
Eventos adversos.

4.4.2 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicación	Escala de valor
----------	------------	------------	-----------------

Variables Independientes

Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años	2-4 5-8 9-12
Sexo	Variable genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: hombre y mujer.	Género	Femenino Masculino

Variables Dependientes

Clasificación de la Dermatitis atópica	Enfermedad que se presenta como brotes en la piel. Se clasifica en aguda, subaguda y crónica.	Lesiones cutáneas	Aguda(exudado seroso) Subaguda (escamas) Crónica (liquenificación, xerosis)
Frecuencia de aplicación del tratamiento	Número de veces que se repite la aplicación del tratamiento en un intervalo de tiempo.	Aplicaciones por día	1 aplicación /día 2 aplicaciones/día 3 aplicaciones/día
Duración del tratamiento	Tiempo que dura el tratamiento entre su principio y su fin.	Tiempo	7 días 10 días 15 días 4 semanas
Eventos Adversos	Incidente desfavorable, percance terapéutico u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociaciones con la atención médica.	Manifestación del evento	Sobreinfección Sensibilización Cutánea Despigmentación de la piel

4.5 Materiales y Métodos

4.5.1 Materiales y métodos para recolectar información

Se realizaron visitas al Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco Gómez Urcuyo” los días lunes , miércoles y viernes en horario de 1 pm a 3 pm, durante los meses de septiembre a octubre 2014 en el área de estadística donde se encontraban los expedientes clínicos de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio , con el objetivo de obtener datos de interés a través del llenado de fichas de recolección de datos previamente elaboradas por el equipo de investigación, las cuales contenían información sobre las características de la población en estudio, clasificación de la Dermatitis atópica según las lesiones cutáneas encontradas y el tratamiento.

4.5.2 Materiales y métodos para procesar información

Se elaboró un documento utilizando Microsoft office Word 2013, para la redacción del estudio. Así mismo se diseñó una base de datos con la información adquirida y necesaria, haciendo uso de Microsoft Excel 2013 para obtener los resultados estadísticos, presentando los datos en forma porcentual y presentando cada uno de los resultados en tablas y gráficas; con la recopilación de fichas y expedientes clínicos el grupo de investigación analizó la información de manera que permitiera asociarlo a cada uno de los objetivos planteados.

5.1 RESULTADOS

Los resultados obtenidos del estudio, están basados en una muestra de 82 pacientes que fueron diagnosticados con Dermatitis atópica, a los que se le prescribió como tratamiento Hidrocortisona crema 1 %, entre los meses de Marzo a Agosto del año 2014.

En relación al objetivo específico N° 1, caracterizar la población en estudio según edad y sexo, se encontró lo siguiente:

En la caracterización de los pacientes los grupos etarios están representados de la siguiente manera de 2 a 4 años 33 pacientes (40%); seguidos de 5 a 8 años, 23 (28%); en el rango de 9 a 12 años, 26 (32%). **Anexo 2**

Con respecto al sexo se encontró 43 pacientes del sexo femenino (52%) y 39 pacientes del sexo masculino (48%). **Anexo 3**

En relación al objetivo específico N° 2, clasificar la Dermatitis atópica según las lesiones cutáneas, se encontró lo siguiente:

Dermatitis atópica aguda con 35 pacientes (43%), seguido de la Dermatitis atópica subaguda con 30 (36%) y Dermatitis atópica crónica con 17 (21%). **Anexo 4**

En relación al objetivo específico N°3, identificar la frecuencia de aplicación de Hidrocortisona crema 1 % según la edad de los pacientes y su duración, se encontró lo siguiente:

En cuanto a la Frecuencia de aplicación prescrita por los médicos al grupo etario de 2 a 4 años se les aplicó Hidrocortisona crema 1 vez por día a 4 pacientes (12%), 2 veces al día a 26 (79%), y 3 veces al día a 3 (9%) ; en el grupo etario de 5 a 8 años a 3 pacientes (13%) se les aplicó el medicamento 1 vez al día, a 16 (70%) 2 veces al día y a 4 (17 %) 3 veces al día; en el grupo

de pacientes de 9 a 12 años a ningún paciente se le prescribió aplicación única por día, a 22 pacientes (85%) 2 veces al día y a 4 pacientes (15%) 3 veces al día. **Anexo 5**

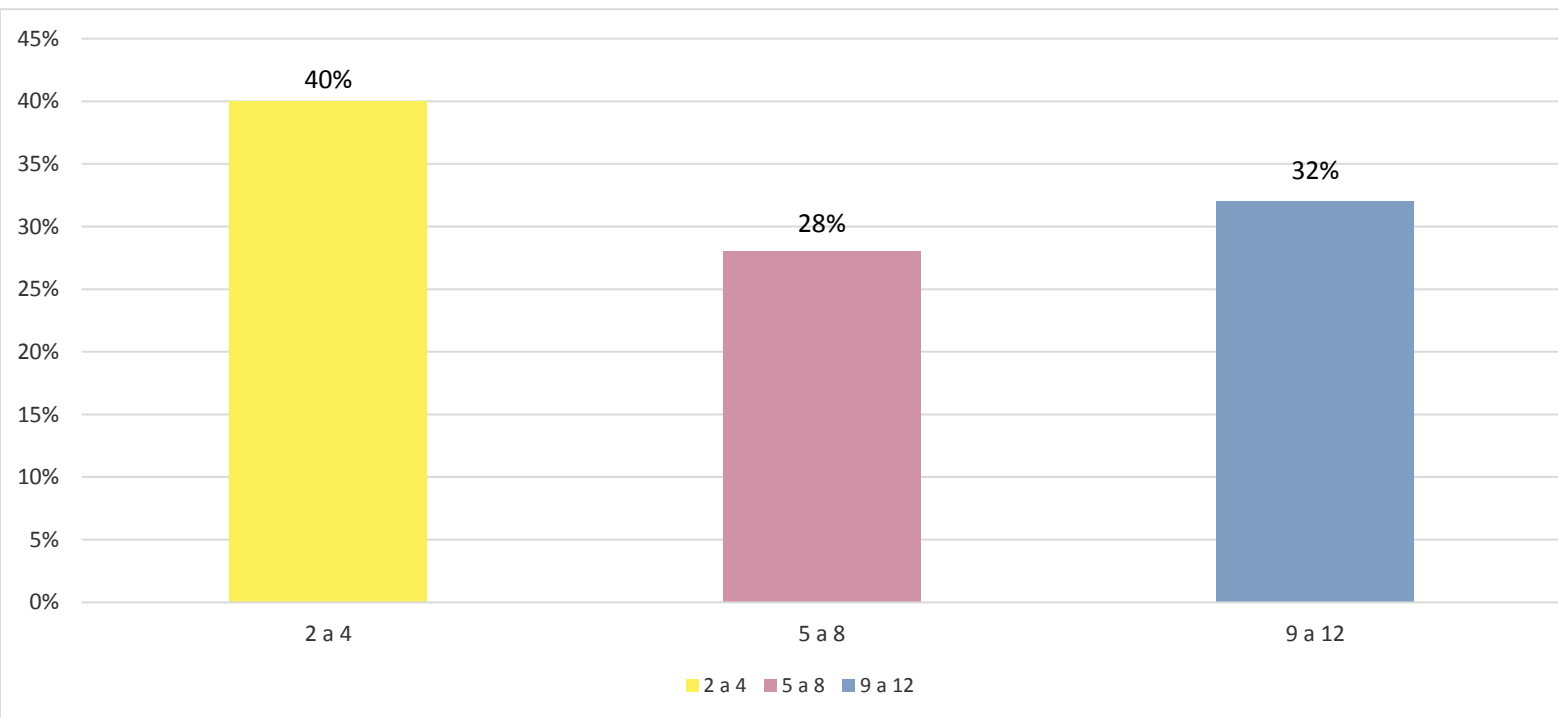
Refiriéndose a la duración, 55 pacientes (67%) recibieron el tratamiento por un período de 7 días; 15 (18%) durante 15 días; y 12 pacientes (15%) por 10 días. **Anexo 6**

En relación al objetivo específico N°4, mencionar los eventos adversos que presentaron los pacientes que recibieron el tratamiento, se encontró lo siguiente:

El 42 % de los pacientes manifestaron Eventos adversos medicamentosos durante el tratamiento con Hidrocortisona Crema 1 % , según datos obtenidos de los expedientes clínicos éstos fueron: Sobreinfección en 22 pacientes (27 %), seguido de Despigmentación de la piel en 7 (9 %), y Sensibilización cutánea en 5 (6%). **Anexo 7**

5.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Gráfico N° 1: Rango de edad de los pacientes diagnosticados con Dermatitis atópica.

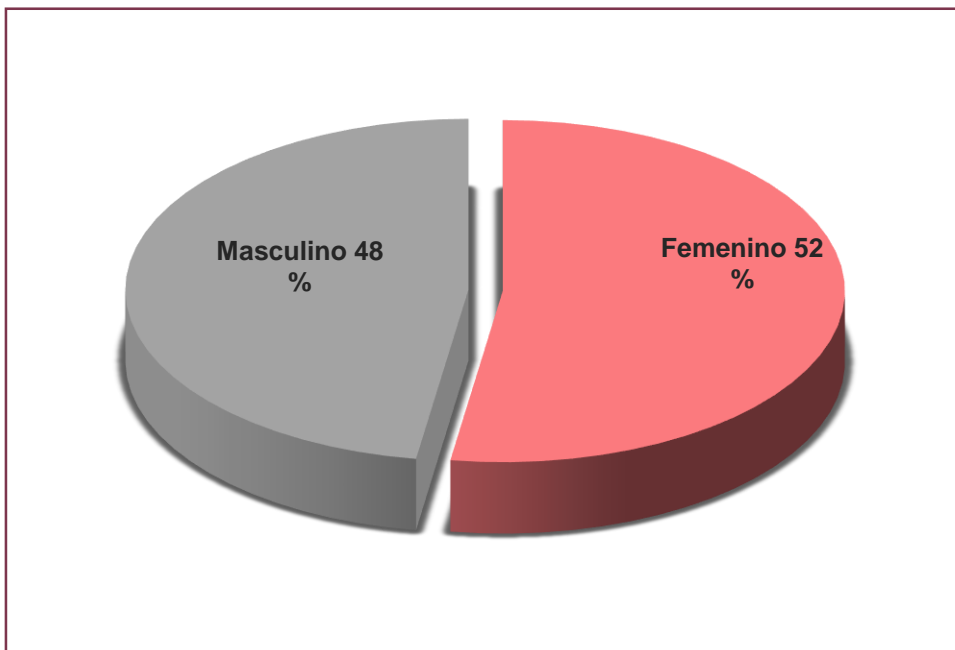


Edades

Fuente de información: expedientes clínicos

El gráfico muestra que el rango de edad más frecuente que presenta Dermatitis atópica es de 2 a 4 años (40%). Este resultado se fundamenta con el documento de Muñoz F. "Allergología et immunopathología", donde indica que a estas edades los niños son más susceptibles a los alérgenos presentes en el ambiente (polen, ácaros, caspa de pelo, moho etc.) debido a que la estructura de la piel y sus anejos no han madurado completamente, este proceso de maduración se da entorno a los 6 años. Los alérgenos empeoran los síntomas de la Dermatitis atópica por lo que es más difícil de controlar y evitar los brotes.

Gráfico N° 2: Distribución de pacientes según sexo

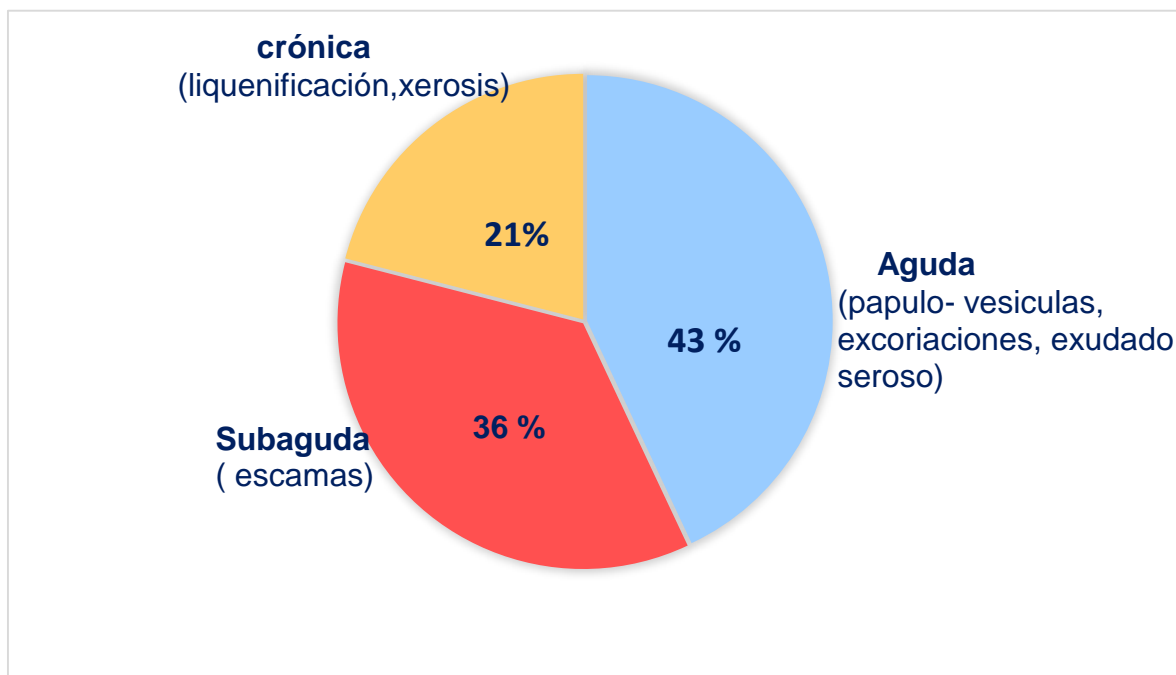


Fuente de información: Expedientes clínicos

Este gráfico representa la distribución del porcentaje entre el sexo femenino y masculino de casos de Dermatitis atópica atendidos en el Centro Nacional de Dermatología. Se puede observar que predomina levemente el sexo femenino con un 52 % sobre el sexo masculino con un 48 %, esto se debe a que en este padecimiento no existe clara predilección en cuanto al sexo, a como lo cita Olmos C, y Ramón K en su documento "Dermatitis Atópica: ¿Qué hay de nuevo? "

El resultado de este estudio coincide con los obtenidos por Gonzales M, Varela S y Arocha R. en los años 2007 – 2008, en el cual la enfermedad se presentó de manera similar tanto en el sexo femenino (50.5 %) como en el masculino (49.5 %), por lo que se confirma que esta enfermedad se presenta por igual en ambos sexo.

Gráfico N° 3: Clasificación de la Dermatitis atópica de acuerdo a las lesiones cutáneas

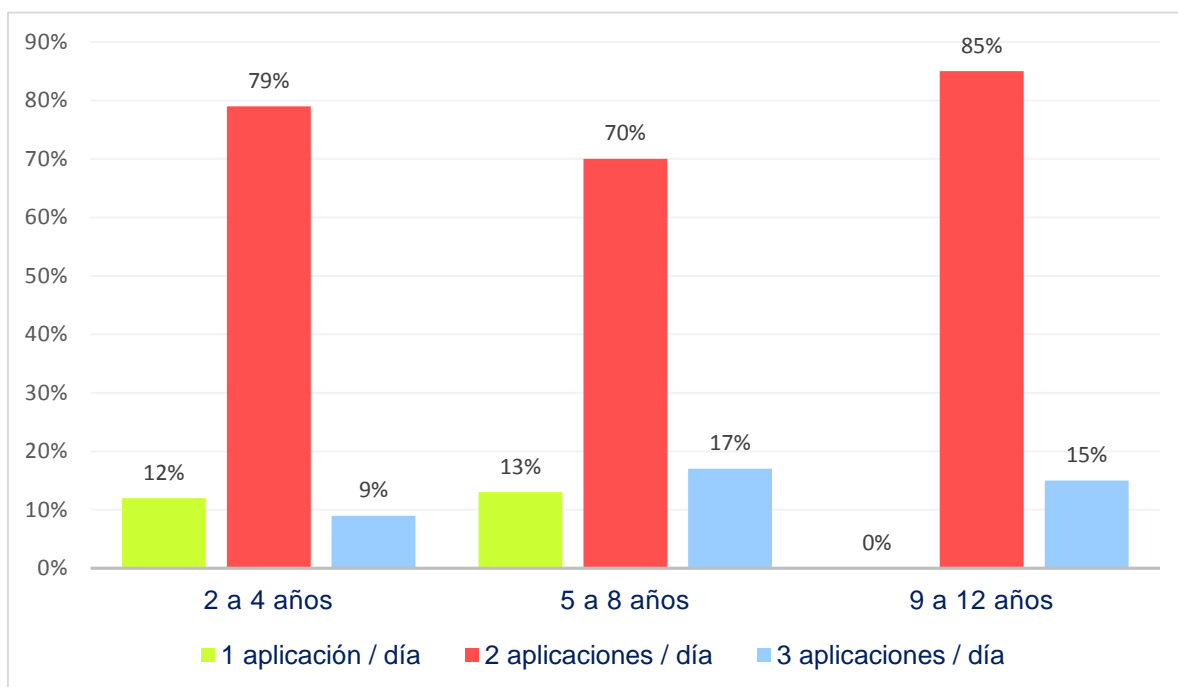


Fuente de información: expedientes clínicos

El gráfico refleja la clasificación de la Dermatitis atópica según las lesiones cutáneas que presentaron los pacientes, siendo la más frecuente la Dermatitis atópica aguda con un 43%.

El resultado se debe a que el prurito es un síntoma característico de esta patología, la severa intensidad de este hace que los pacientes se autoinduzcan el rascado incluso involuntariamente durante el sueño y den lugar a las típicas lesiones exudativas y excoriadas de la Dermatitis atópica aguda.

Gráfico N° 4: Frecuencia de aplicación de Hidrocortisona crema 1% según la edad de los pacientes.

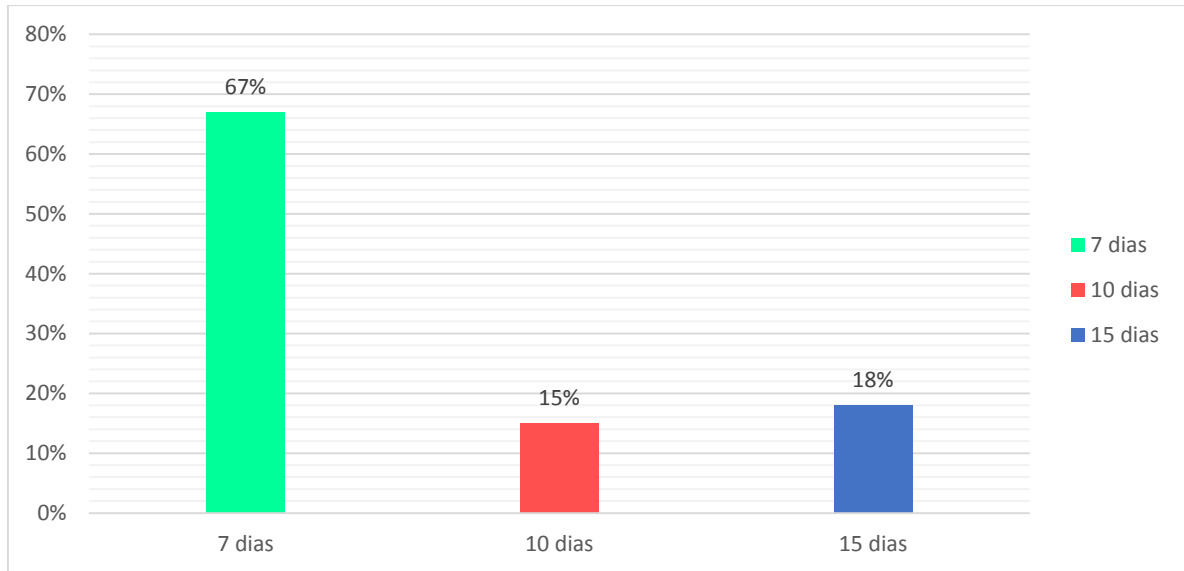


Fuente de información: expedientes clínicos

En el gráfico se puede observar que la frecuencia de aplicación con mayor prevalencia en los 3 grupos etarios es la de 2 veces por día, sin embargo cabe mencionar que a más del 9 % de los pacientes de los diferentes grupos etarios se le prescribió el tratamiento con frecuencia de aplicación de 3 veces al día.

En el Centro Nacional de Dermatología la frecuencia de aplicación del tratamiento con Hidrocortisona crema 1% depende del criterio de cada médico en particular, debido a que no existe ninguna guía o protocolo terapéutico de la Dermatitis atópica. Según el Formulario Nacional de Medicamentos la frecuencia de aplicación corresponde a 1 ó 2 veces por día.

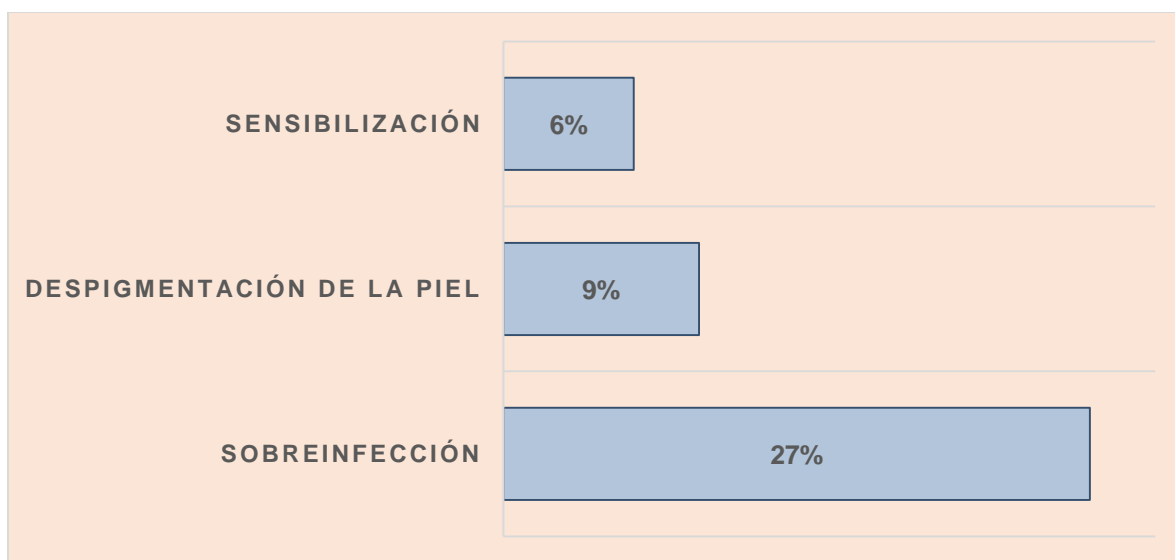
Gráfico N° 5: Tiempo de duración del tratamiento según número de días.



Fuente de información: expedientes clínicos

Se puede observar que al 67 % de los niños se le prescribió el tratamiento por un período de 7 días. Según el Protocolo Terapéutico Español de Fonseca Capdevila y colaboradores, en la Dermatitis atópica el tiempo de duración del tratamiento con Hidrocortisona crema está relacionado con la mejoría clínica del paciente, pudiéndose extender su uso en niños hasta por 4 semanas.

Gráfico N°6: Eventos adversos medicamentosos presentados en los pacientes.



Fuente de información: Expediente clínico.

El Evento Adverso medicamentoso más frecuente con el tratamiento de Hidrocortisona crema 1% es sobreinfección, afectando al 27 % de los pacientes.

Esto se debe a que el rascado produce microfisuras en la piel que actúan como puerta de entrada a patógenos, y el efecto inmunosupresor de Hidrocortisona hace que los agentes infecciosos se desarrollen más rápido en el paciente debido a la inhibición del sistema inmunitario, favoreciendo así la sobreinfección del área afectada.

Este resultado coincide con el estudio de Eichenfield L, y Fivenson D, del Hospital Infantil de San Diego en EEUU, en el cual uno de los eventos adversos más significativos tras el uso de Hidrocortisona crema 1 % en niños de 5 a 12 años con Dermatitis atópica fue sobreinfección.

6.1 CONCLUSIONES

En base al análisis de datos se plantean las siguientes conclusiones:

- ✓ Los pacientes de 2 a 4 años son los más propensos a padecer Dermatitis Atópica, debido a que en ellos tanto la piel como sus anejos están menos desarrollados.
- ✓ El sexo femenino predominó levemente sobre el sexo masculino. No hubo una diferencia significativa en cuanto al sexo.
- ✓ Conforme a la información recopilada en los expedientes clínicos, los pacientes presentaron los tres tipos de lesiones cutáneas: Aguda, Subaguda y Crónica.
- ✓ En los pacientes predominó la frecuencia de aplicación de 2 veces al día, no obstante a más del 9 % se les prescribió una frecuencia de aplicación de 3 veces al día, sobrepasando la dosis sugerida por el Formulario Nacional de Medicamentos.
- ✓ La duración del tratamiento comprendió un rango terapéutico correcto en el 100 % de los pacientes ya que en ningún caso se prescribió Hidrocortisona crema 1% por más de 15 días.
- ✓ Los Eventos Adversos que presentaron los pacientes fueron sensibilización cutánea, despigmentación de la piel y sobreinfección, éste último fue el más frecuente en un 27 %.

6.2 RECOMENDACIONES

Indicar que los pacientes eviten el polvo u objetos acumuladores del mismo, ya que éste agrava la enfermedad especialmente en los niños en etapa preinfantil.

El personal del Centro Nacional de Dermatología por medio de campañas, folletos, carteles, podrá educar a los padres de los pacientes sobre los cuidados de la piel y la alimentación que deben adquirir los niños para favorecer el control la Dermatitis atópica y las lesiones cutáneas que esta enfermedad presenta.

A los dermatólogos, pediatras y farmacéuticos, la creación de un protocolo de intervención terapéutico de la Dermatitis atópica en niños para estandarizar y unificar los procedimientos de prescripción farmacológica y que incluya el parámetro de Unidad Digital para la dosificación de Hidrocortisona u otros corticoides tópicos, el cual pueda ser explicado a los padres de los pacientes para evitar una aplicación insuficiente o excesiva del tratamiento.

A los médicos tratantes, aconsejar a los padres que los niños mantengan siempre las uñas limpias y cortas. Es adecuado tener la precaución de limárselas cada 2 o 3 días para evitar mayores daños en la piel a causa del rascado y así prevenir la infección del área afectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mazzini, M. (1985).Dermatología Clínica. (2ed).Buenos Aires, Argentina.
2. Cordero, A. (1997).Atlas de manifestaciones cutáneas. Buenos Aires, Argentina.
3. Long CC, Finlay AY. (1998). Guía para determinar la cantidad de corticoide a utilizar.P.138:293-296.
4. Pellegrini, A. Aleen, N. (1999).Medicamentos utilizados en las enfermedades cutáneas.P.113.
5. Pueyo de CS. (199). Patología reaccional en: Dermatología infantil en la clínica pediátrica. Artes Gráficas Buschi. P. 183.
6. Kazaks, EL. Lane, AT. (2000) Diaper dermatitis. Pediatr Clin North Am.47 (4):909.
7. Schiffman, H. (2001). La Percepción Sensorial.P.153
8. Fonseca Capdevila, E. (2002). Dermatitis Atópica. Protocolo Terapéutico. España.P.2.
9. Weedon, D. (2002).Patología de la piel. Madriz, España.
10. Cortez, M. Díaz Almeida, J. Manzur, J (2002).Dermatología: Dermatitis y eritema multiformes. La Habana
11. Acherman, A B. (2002).Atlas clínico de las 101 enfermedades comunes de la piel. España.
12. Martin Mateos, M. (2002). Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño. P.12.
13. Arenas, R. (2003). Atlas de Dermatología, Diagnóstico y Tratamiento. (3ª ed.).México. Mc Graw Hill.
14. Figueras, A. Vallano, A. Narváez, E. (2003). Fundamentos Metodológicos de los EUM. Una aproximación práctica para estudios de ámbito hospitalario. Managua.

15. Vallano, A. Estudios de Utilización de Medicamentos. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.
16. Bau, C. Del pozo, A. (2003). Formación Permanente en Dermofarmacia/ Características Generales de la piel Infantil.P.155.
17. Gatti, C. Cabrera, H. (2003.). Dermatología de Gatti- Cardama. (12 ed.).Buenos Aires, Argentina.
18. Arenas, R. (2004).Atlas de Dermatología (3 ed.).México .MC Graw Hill.P.76.
19. Caballero, G. Knopfmacher, O. Bolla de Lezcano, L. (2004). Most frequent dermatoses in pediatric Dermatology consultation.31 (1):21.
20. Ballona R., Ballona C. (2004). Folia Dermatológica Peruana. Dermatitis Atópica.15 (4):40-49,168.
21. Weston, W. Lone, A. Morell, J. (2006).Dermatología Pediátrica.P.39-40,45
22. Martín, M A. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en niños. Documento de consenso grupo de expertos.2006.
23. Muñoz, F. (2006). Allergología et immunopathología.P.37.
24. Zubeldia, J. Baeza, M. Jáuregui, I. Senent, J. (2006). Libro de las Enfermedades Alérgicas de la Fundación BBVA.P.112.
25. Castañeda, J. Torrez, B. Martínez, A. Díaz, A. Moncada, B. (2006). Gaceta Médica de México.142 (1):3.
26. Lizacoain, I. Leza, J. Lorenzo, P. Moreno, A. Moro, M.A. Portoles, A. (2008).Farmacología básica y clínica / Velázquez: Farmacología de la piel. (18 ed.).Buenos Aires, Madriz. Médica Panamericana.
27. Olmos, C. Ramón, K. (2008). Dermatitis Atópica: "¿Qué hay de nuevo?". 9(1):2.
28. Herrero, C. (2011). Manual Básico de Farmacología.P.236
29. Wagemann, E. (2012). Manejo de la Dermatitis Atópica. P.37.

30. Zubeldia, M. (2012). Libro de Enfermedades Alérgicas .P.48.
31. Ministerio de Salud. División General de Insumos Médicos. División de Uso Racional de Insumos Médicos. Formulario Nacional de Medicamentos. Séptima ed. Managua, Nicaragua. 2013. P.334.
32. Martin Mateos, M. (2013). Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño. P.11.
33. Brunton, L.Chubner, B.Khollmun, B. Las bases farmacológicas de la terapéutica (12 ed.).Mc Graw Hill.

Webgrafía

1. www.pubmed.com
2. www.medline.com
3. www.fondation-dermatitic-atopique.org

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA DEPARTAMENTO DE QUÍMICA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Uso de Hidrocortisona crema en pacientes con Dermatitis atópica.

I. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

Peso: _____

Nº de expediente: _____

II. CLASIFICACION DE LA DERMATITIS ATÓPICA SEGÚN LAS LESIONES

Aguda Subaguda Crónica

Pápulas _____ Vesículas pruriginosas _____ Eccema _____

Exudado _____ Descamación _____ Eritema _____

Escoriaciones _____ Liquenificación _____

III. TRATAMIENTO

Vía de administración _____

Frecuencia diaria _____

Evento adverso _____

ANEXO 2

Rango de edad de los pacientes diagnosticados con Dermatitis atópica.

Tabla 1

Edad	Frecuencia	Porcentaje
2-4	33	40%
5-8	23	28%
9-12	26	32%
Total	82	100%

Fuente de información: Expedientes clínicos del Centro Nacional de Dermatología

ANEXO 3

Distribución de los pacientes según el sexo.

Tabla 2

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	43	52%
Masculino	39	48%
Total	82	100%

Fuente de información: Expedientes clínicos del Centro Nacional de Dermatología

ANEXO 4

Clasificación de la Dermatitis atópica de acuerdo a las lesiones cutáneas encontradas.

Tabla 3

Clasificación de acuerdo a las lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Dermatitis Atópica Aguda (pápulas, vesículas eritema , prurito ,exudado seroso)	35	43%
Dermatitis Atópica Subaguda(pápulas ,escamas)	30	36%
Dermatitis Atópica Crónica (liquinificación,prurito,xerosis)	17	21%
Total	82	100%

Fuente de información: Expediente clínico del Centro Nacional de Dermatología

ANEXO 5

Tabla de Frecuencia de aplicación de la Hidrocortisona crema 1% según la edad.

Tabla 4

Edades	Frecuencia de aplicación		
	1 vez al día	2 veces por día	3 veces al día
2 a 4	4	26	3
5 a 8	3	16	4
9 a 12	0	22	4
Total	7	64	11
			82

Fuente de información: Expediente clínico del Centro Nacional de Dermatología

ANEXO 6

Tiempo de duración del tratamiento según número de días.

Tabla 5

Duración del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
7 días	55	67%
15 días	15	18%
10 días	12	15%
Total	82	100%

Fuente de información: Expedientes clínico del Centro Nacional de Dermatología

ANEXO 7

Eventos Adversos medicamentosos presentados en los pacientes.

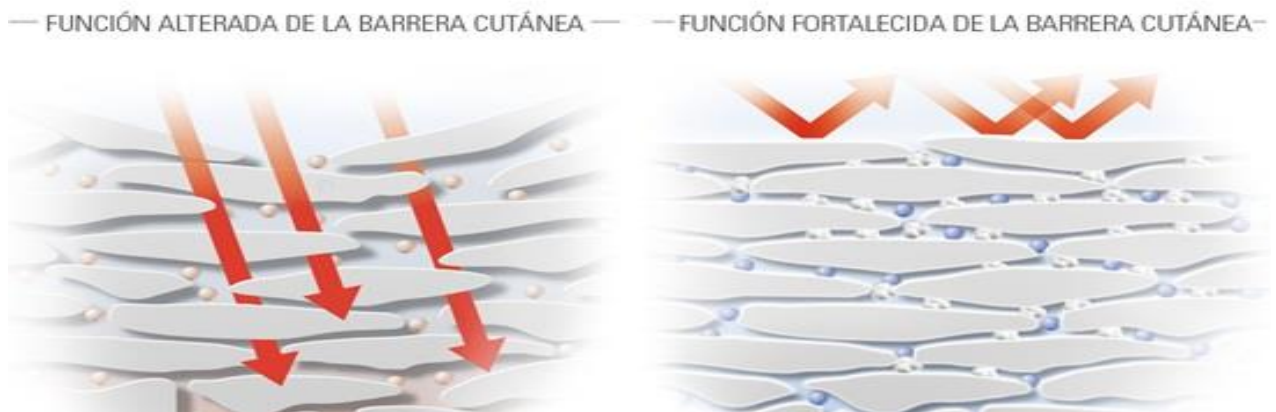
Tabla 6

Eventos Adversos	Frecuencias	Porcentaje
Sobreinfección	22	27%
Despigmentación	7	9%
Sensibilización de la piel	5	6%
Total	34	42%

Fuente de información: Expedientes clínico del Centro Nacional de Dermatología

ANEXO 8

Imagen de comparación de la barrera cutánea de un paciente con Dermatitis atópica y una persona sin Dermatitis atópica.



ANEXO 9

Imagen de Dermatitis atópica aguda (exudado seroso)



ANEXO 10

Imagen de Dermatitis atópica subaguda (pápulas)



ANEXO 11

Imagen de Dermatitis atópica crónica (liquenificación)



ANEXO 12

Imagen de Hidrocortisona crema 1%



ANEXO 13

Imagen de Unidad Digital para la dosificación de medicamentos tópicos.



