



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA
DERMATITIS ATÓPICA EN LACTANTES. REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

AUTOR: ANDREA ESTEFANÍA CHAMBA SUPLIGUICHA

DIRECTOR: DRA. LUZMILA CAROLINA PELÁEZ VÉLEZ

AZOGUES – ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA
DERMATITIS ATÓPICA EN LACTANTES. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

AUTOR: ANDREA ESTEFANÍA CHAMBA SUPLIGUICHA

DIRECTOR: DRA. LUZMILA CAROLINA PELÁEZ VÉLEZ.

AZOGUES - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Andrea Estefanía Chamba Supliguicha portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0105569735. Declaro ser el autor de la obra: "Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la Dermatitis atópica en lactantes. Revisión Sistemática.", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, 02 de Octubre de 2025



firmado digitalmente por:
ANDREA ESTEFANIA
CHAMBA
SUPLIGUICHA

F:

Andrea Estefanía Chamba Supliguicha

C.I. 0105569735

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Md. Esp. Luzmila Carolina Peláez Vélez.

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo denominado “Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la Dermatitis atópica en lactantes. Revisión Sistemática.” realizado por Andrea Estefanía Chamba Supliguicha, con documento de identidad No. 0105569735, previo a la obtención del título profesional de Médica, ha sido asesorado, orientado, supervisado y revisado durante su ejecución bajo mi tutoría en todo su proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, **24 de septiembre de 2025**



LUZMILA CAROLINA
PELAEZ VELEZ

F:

Dra. Luzmila Carolina Peláez Vélez

DIRECTOR / TUTOR

C.I. 0103798583

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, por haberme acogido en sus aulas y permitirme cumplir el sueño de formarme como médico. Gracias a esta institución recibí no solo el conocimiento científico, sino también la oportunidad de fortalecer mi sensibilidad y empatía, virtudes que deseo llevar conmigo para dedicar mi vida a aliviar el dolor de quienes lo necesiten y luchar siempre por la vida. A

A mi tutora de tesis, la Doctora Luzmila Peláez le debo un especial reconocimiento. Su constante apoyo, guía y palabras de aliento, tanto en las aulas como durante este proceso investigativo, fueron inspiración para no rendirme ante las dificultades y dar siempre lo mejor de mí, sin interés alguno supo orientarme, especialmente en la recta final de mi carrera, siendo un pilar fundamental para alcanzar la meta que hoy culmina.

Agradezco de corazón a todos los docentes de la Universidad Católica de Cuenca, por su dedicación y guía, que me permitieron crecer no solo como profesional, sino también como persona comprometida y consciente.

Extiendo mi gratitud a mis compañeros de aula, con quienes compartí momentos de esfuerzo, aprendizaje y amistad, convirtiendo cada día en una experiencia enriquecedora e inolvidable.

Andrea Chamba S.

DEDICATORIA

Dedico estas páginas al amor más puro y confiable que me sostiene cada día. A ti, madre, Anita Lucia, mi compañera de vida, mi fuerza serena. Gracias por tu ejemplo a seguir, por la nobleza que siembras en mí cada día, por estar presente con tu apoyo silencioso y tu amor constante, aunque sea a la distancia, siempre tus palabras de aliento estuvieron cuando más las necesite. Te admiro profundamente y con el corazón entero por todo lo que has hecho en este camino que no fue fácil.

También a mi padre un hombre trabajador que cuya presencia, de una u otra manera, ha formado parte de mi camino. Agradezco la vida que me dio y el impulso que me permitió llegar hasta aquí.

A mi abuelita adorada, Bertha, que partió de este mundo, pero sigue viva en mi corazón. Gracias por tu amor, tu ternura y tus enseñanzas, que me acompañan cada día y me inspiran a seguir adelante. Este logro es también tuyo y cada paso que doy llevará por siempre su nombre bordado en gratitud.

A mi querida hermana, María Belén, mi alegría diaria y mi confidente. Que ha sido mi apoyo silencioso y mi alegría constante. Gracias por estar siempre, por tus abrazos en los días difíciles y por tu risa que ilumina mis pasos.

A mis sobrinos, Nicolas y Victoria que han sido seres de luz que me iluminaban cada día difícil con sus ocurrencias, por su ternura, su curiosidad y la felicidad que traen a mi vida. Cada logro mío también los incluye a ustedes en mi corazón.

Y a cada ser querido que, con su palabra, su compañía o su silencio lleno de amor, me sostuvo en este sueño hecho realidad. Los llevo conmigo en lo más profundo de mi alma.

Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la Dermatitis atópica en lactantes. Revisión Sistemática.

Andrea Estefanía Chamba Supliguicha, Luzmila Carolina Peláez Vélez
Universidad Católica de Cuenca, andrea.chamba@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

Antecedentes: La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica multifactorial, que se asocia a factores genéticos, inmunitarios y ambientales. Las principales manifestaciones clínicas en el lactante son pápulas o placas eritematosas y edematosas, muchas veces con erosiones, exudación y costras. El objetivo de la revisión es analizar los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica en lactantes.

Métodos: Se utilizaron criterios de inclusión como la temporalidad entre 2019-2024, grupo etario (lactantes), artículos de acceso libre en idioma español e inglés que engloben las temáticas establecidas en los objetivos y se excluyen todos los que se encuentren fuera de lo establecido. Las bases de datos que se utilizaran son Ovid, Scopus, PubMed y Sciencedirect. Para la síntesis de resultados se utilizó un diagrama de flujo y una tabla con los parámetros utilizados.

Resultados: Posterior al cribado y análisis de los estudios encontrados, se decide incluir treinta estudios en base a los criterios de inclusión y exclusión, mediante un análisis exhaustivo y una matriz de revisión de artículos para la presentación de datos sobre los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas que se asocian a la dermatitis atópica en lactantes.

Discusión: Los estudios destacan que, en lactantes, la dermatitis atópica inicia en cara, se extiende a extensoras y progresa a pliegues, con prurito y xerosis persistentes. Su riesgo/curso reflejan la interacción entre vulnerabilidad de barrera/genética y exposiciones tempranas prenatales y posnatales (contaminación, microbiota, vida en granja protectora, antibióticos, LRTI, cesárea con efecto heterogéneo).

Palabras clave: dermatitis atópica, lactante, factores de riesgo, manifestaciones clínicas

Risk Factors and Clinical Manifestations of Atopic Dermatitis in Infants: A Systematic Review

ABSTRACT

Background: Atopic dermatitis is a chronic, multifactorial, inflammatory skin disease associated with genetic, immune, and environmental factors. The primary clinical manifestations in infants are erythematous and edematous papules or plaques, often accompanied by erosion, exudation, and crusts. This review aims to analyze the risk factors and clinical manifestations of atopic dermatitis in infants.

Methods: Inclusion criteria were applied, including the time frame from 2019 to 2024, the age group (infants), and open-access articles in Spanish and English that covered the topics established in the objectives. All articles that fell outside these criteria were excluded. The databases used were Ovid, Scopus, PubMed, and ScienceDirect. A flowchart and a table with the parameters involved were used to synthesize the results.

Results: After screening and analyzing the studies found, thirty studies were included based on the inclusion and exclusion criteria, using a comprehensive analysis and a review matrix of articles to present data on risk factors and clinical manifestations associated with atopic dermatitis in infants.

Discussion: Studies highlight that, in infants, atopic dermatitis begins on the face, spreads to extensor areas, and progresses to skin folds with persistent pruritus and xerosis. Its risk/progression reflects the interaction between barrier/genetic vulnerability and early prenatal and postnatal exposures (pollution, microbiota, protective farm exposure, antibiotics, Lower Respiratory Tract Infection (LRTI), and cesarean delivery with heterogeneous effect).

Keywords: atopic dermatitis, infant, risk factors, clinical manifestations

ÍNDICE

1. INTRODUCCION	1
1.1 <i>Planteamiento del problema</i>	2
1.2 <i>Justificación</i>	2
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 <i>FISIOPATOLOGÍA</i>	4
2.2 <i>FACTORES DE RIESGO</i>	5
2.3 <i>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</i>	5
2.4 <i>COMPLICACIONES</i>	6
2.5 <i>DIAGNÓSTICO</i>	7
2.6 <i>TRATAMIENTO</i>	10
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 <i>Objetivo General</i>	14
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	14
4. MÉTODOS	15
4.1 <i>Criterios de elegibilidad</i>	15
4.1.1. Criterios de inclusión	15
4.1.2. Criterios de exclusión	15
4.2 <i>Fuentes de información</i>	15
4.3 <i>Estrategia de búsqueda</i>	15
4.4 <i>Proceso de selección de datos</i>	16
5. RESULTADOS.....	16
5.1 <i>Selección de estudios</i>	16
5.2 <i>Tablas de selección de estudios</i>	19

5.3	<i>Evaluación de la certeza de la evidencia</i>	25
5.4	<i>Evaluación del sesgo en la publicación</i>	29
6.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	31
	BIBLIOGRAFÍA	34

1. INTRODUCCION

La dermatitis atópica (DA) es una de las enfermedades inflamatorias crónicas de piel más frecuentes en pediatría. A nivel mundial, en 2021 se estimaron 129 millones de personas con DA; de ellos, 103 millones son niños (prevalencia global pediátrica 4 %). Además, 60% de los casos inician antes del año de vida, lo que subraya la pertinencia de estudiar a los lactantes. Según la OMS se concibe como lactante menor al niño de 0–5 meses 29 días, y lactante mayor a aquellos entre 6–11 meses 29 días. La prevalencia de la DA en lactantes menores y mayores, ha evidenciado un aumento del 50% en los últimos 20 años, lo que ha generado una carga sustancial tanto en el ámbito de la salud pública como en el bienestar emocional y económico de las familias afectadas (1).

En Japón la prevalencia de eczema reportado por cuidadores fue 61% a 1 mes, 33% a 6 meses y 18,7% al año; la dermatitis atópica diagnosticada por médico hasta 1 año fue 4,3%. Otra cohorte japonesa estimó incidencia acumulada de AD de 6,6% al año. En América Latina, las encuestas multicéntricas del ISAAC, Fase 3, mostraron prevalencias altas en población infantil: 22.5% en Quito (Ecuador) y 20.9% en Barranquilla (Colombia), evidenciando una carga regional relevante y heterogénea. Revisiones recientes confirman esta variabilidad en la región y la necesidad de datos específicos por edad temprana (2).

A nivel local, un estudio en Quito reportó 17.9% de síntomas de eczema en los últimos 12 meses en escolares, consistente con los valores altos observados en ISAAC; aunque faltan series poblacionales en lactantes específicamente, estos datos ilustran la magnitud del problema en el país y justifican una revisión centrada en el primer año de vida (3).

El curso de la dermatitis atópica (DA) suele iniciar en la lactancia: aproximadamente el 60 % de los casos se diagnostican en el primer año y hasta el 85 % antes de los cinco años. Su presentación se clasifica por estadios (lactante, infantil y adolescente/adulto) y por fases de actividad (aguda, subaguda y crónica), todas acompañadas de prurito intenso y excoriaciones frecuentes. En la DA del lactante predominan las formas agudas, con placas eritematosas y edematosas que pueden vesicular, exudar y formar costras serosas, dejando en ocasiones hiperpigmentación o hipopigmentación postinflamatoria (4).

La distribución de las lesiones en lactantes compromete con mayor frecuencia el rostro, el cuero cabelludo y las superficies extensoras de brazos y piernas. Suele aparecer tras el segundo mes como pápulas y pápulo-vesículas edematosas, que pueden confluir y evolucionar a placas exudativas con costras serosas. Con el crecimiento, la topografía se vuelve predominantemente flexural, afectando pliegues antecubitales y poplíteos, cuello, muñecas y tobillos (5).

La enfermedad es crónica y recurrente; el prurito intenso y las alteraciones del sueño repercuten de forma importante en la calidad de vida del lactante y su familia. Su etiología es compleja y multifactorial, resultado de la interacción entre predisposición genética (70 % cuando hay antecedentes familiares), disfunción de la barrera cutánea, respuestas inmunológicas atípicas y factores ambientales como alérgenos, contaminantes y la composición del microbioma cutáneo (6).

1.1 Planteamiento del problema

A pesar de los avances científicos, persisten vacíos de conocimiento sobre los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas específicas de la dermatitis atópica en la lactancia. Esta limitada comprensión dificulta a los profesionales de la salud implementar estrategias preventivas efectivas y desarrollar tratamientos dirigidos. Por ello, resulta imprescindible profundizar la investigación que esclarezca con precisión los mecanismos patogénicos y los factores contribuyentes en esta población especialmente vulnerable (1,2).

La urgencia de abordar estas incógnitas se evidencia en el aumento del 30% de las consultas pediátricas por dermatitis atópica en los últimos cinco años. Esto refuerza la necesidad de una revisión sistemática como la presente, que sintetice la evidencia disponible y oriente futuras líneas de investigación y estrategias clínicas. Al proporcionar información verídica, actualizada y científicamente sólida, se busca apoyar la toma de decisiones y, eventualmente, contribuir a disminuir la prevalencia y la severidad de la dermatitis atópica en lactantes. Frente a este escenario, emerge la pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica en lactantes?

1.2 Justificación

La dermatitis atópica, una de las dermatosis más frecuentes en la lactancia, constituye una preocupación creciente para las familias y los sistemas de salud por su curso crónico-recidivante y su impacto temprano. Además, este análisis sistemático apoya el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Se alinea con la 'Sublínea 10: Determinantes de la salud' de la 'Línea 12: Salud y bienestar por ciclos de vida', subrayando la importancia de abordar los factores determinantes de la salud desde los primeros meses de vida. Al identificar los determinantes de la salud que influyen en la dermatitis atópica, esta investigación no solo cumple una función de actualización, sino que también promueve un bienestar general, indispensable durante los primeros meses de vida. Entender los factores que predisponen a la dermatitis atópica permite integrar medidas preventivas en atención primaria y pediatría, fomentando prácticas de salud y prevención de complicaciones a largo plazo (7).

El estudio busca fortalecer la base científica sobre la dermatitis atópica en la lactancia, aportando información actualizada y pertinente. Sus hallazgos tendrán aplicaciones prácticas tanto para futuras investigaciones como para la toma de decisiones clínicas y de salud pública. Los principales beneficiarios serán los lactantes, sus familias y los profesionales de la salud, con un impacto directo en la optimización de estrategias pediátricas y en la mejora del bienestar en la primera infancia (7,8).

En coherencia con el ODS 3 (Salud y bienestar), los resultados pueden contribuir a reducir la morbilidad asociada a afecciones dermatológicas y a promover el bienestar integral en etapas tempranas, elementos esenciales para el desarrollo sostenible de la sociedad (8).

2. MARCO TEÓRICO

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria multifactorial con evolución crónica que se presenta con mayor frecuencia en niños, pero que también afecta en adultos. A menudo se asocia con un nivel sérico elevado de inmunoglobulina E (IgE) y antecedentes personales o familiares de atopia (1).

2.1 FISIOPATOLOGÍA

Una multiplicidad de mecanismos está involucrada en la patogenia de la dermatitis atópica, incluida la disfunción de la barrera epidérmica, los factores genéticos, la desregulación inmune sesgada por las células Th2, el microbioma cutáneo alterado y factores ambientales que desencadena un estado inflamatorio en la piel (3).

Disfunción de la barrera epidérmica: la función de la barrera epidérmica reside principalmente en el estrato córneo; que consiste en pilas verticales de corneocitos llenos de filamentos de queratina incrustados en una matriz de productos de degradación de la filagrina, ceramidas, colesterol y ácidos grasos libres. El estrato córneo proporciona la primera línea de defensa contra el medio ambiente, incluidos los patógenos, los alérgenos y controla la homeostasis del agua. Un estrato córneo alterado, por lo tanto, da como resultado una mayor pérdida de agua transepidérmica, una mayor permeabilidad a , irritantes y alérgenos; una menor retención de agua y una composición lipídica alterada (4).

También se ha demostrado que las citocinas inflamatorias como la interleucina (IL) 4, IL-13, IL-17A, IL-22, IL-25 e IL-31, suprimen la expresión de filagrina en la piel, lo que resulta en un deterioro adicional de la barrera (3).

2.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la dermatitis atópica incluyen múltiples factores genéticos y ambientales:

- **Factores de riesgo genéticos:** los antecedentes familiares de atopia (eccema, asma o rinitis alérgica) son el factor de riesgo más importante para la dermatitis atópica. Aproximadamente el 70% de los pacientes tienen antecedentes familiares positivos de enfermedades atópicas. Los niños con uno de los padres atópicos tienen un riesgo dos o tres veces mayor de desarrollar dermatitis atópica, y el riesgo aumenta de tres a cinco veces si ambos padres son atópicos (3,4).
- **Exposición ambiental:** los factores ambientales, incluido el clima, el entorno urbano, la contaminación del aire, la exposición temprana a microorganismos no patógenos y la dureza del agua, pueden influir en el riesgo de dermatitis atópica (5).
- **Exposiciones a alimentos:** La aparición de eczema en los primeros 2 o 3 meses de vida se asocia con alergias alimentarias a los 1 y 3 años de edad (6).

2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Características comunes: la piel seca y el prurito intenso son los signos cardinales de la dermatitis atópica, la presentación clínica es muy variable, dependiendo de la edad, el origen étnico y la actividad de la enfermedad del paciente (6,7).

- En lactantes de (de 0 a 2 años) las lesiones se pueden presentar como eccema agudo (pápulas y papulovesículas), se presentan en sitios como cuero cabelludo donde suelen ser la primera presentación clínica de la dermatitis atópica se visualiza como una capa amarillenta de escamas seborreicas acompañada de costras, sin embargo, se puede presentar en cara y oídos respetando la zona alrededor de nariz, ojos y boca; frecuentemente en dorso de manos y en zonas de extensión de las extremidades (8).

- En la etapa infantil (entre los 2 y 10 años de edad) los niños que han estado afectados por largos períodos de tiempo presentan un eccema subagudo y crónico (lesiones acompañadas de vesículas, prurito, exudado, a menudo liquenificación), principalmente se afectan a flexuras de codos y rodillas, sin embargo, pueden presentarse en otras zonas (8).
- En la etapa del adolescente y adulto joven (entre los 10 y 20 años) la dermatitis atópica en el adolescente la distribución de las lesiones se asemeja al de la etapa infantil, sin embargo, se presenta como eccema subagudo y crónico (edema, eritema, mayor liquenificación o descamación y prurito) en ambas etapas, pero en el adulto los sitios de presentación son en pliegues de flexión, manos y párpados (9).

2.4 COMPLICACIONES

Los pacientes con dermatitis atópica son mayormente susceptibles a ciertas infecciones cutáneas secundarias como puede ser bacterianas, fúngicas o víricas. El staphylococcus aureus es el agente bacteriano más frecuente, dentro de las infecciones bacterianas tenemos al impétigo que se presenta como una apariencia de costra de miel rodeada por una base eritematosa; suelen acompañarse de ampollas con contenido líquido (10,11).

Las infecciones víricas son causadas por el virus del herpes simple 1 es una de las complicaciones que tienen una alta tasa de mortalidad en los pacientes que padecen dermatitis atópica, se presenta con prurito, presencia de vesículas, erosiones en sacabocados o como también costras hemorrágicas que pueden llegar a volverse más amplias. La infección de la piel puede evolucionar a vesículas con diseminación acompañada de rotura de piel (10,11).

2.5 DIAGNÓSTICO

Antecedentes y examen clínico: en la gran mayoría de los casos, el diagnóstico de la dermatitis atópica es clínico y se basa en los antecedentes, la morfología y la distribución de las lesiones cutáneas y los signos clínicos asociados. Debido a la gran variabilidad de la presentación clínica relacionada con la edad, el origen étnico y la gravedad, el diagnóstico puede ser difícil, especialmente en lactantes y adultos mayores (12,13).

Criterios de diagnóstico: se han propuesto varios conjuntos de criterios para el diagnóstico de la dermatitis atópica. Dentro de estos criterios más utilizados están los de Hanifin y Rajka que deben cumplirse al menos 3 criterios mayores y 3 menores (12).

Tabla N°1. Criterios de Hanifin y Rajka.

Criterios mayores	Criterios menores
<ul style="list-style-type: none">• Prurito• Lesiones con morfología y distribución típicas• Dermatitis crónica o recidivante• Historia personal o familiar de atopia (asma, rinitis, dermatitis)	<ul style="list-style-type: none">• Xerosis• Ictiosis/palmas hiperlineales /queratosis pilar• Reactividad inmediata de la prueba cutánea• IgE sérica elevada• Edad temprana de aparición• Tendencia a infecciones cutáneas• Eccema del pezón• Queilitis• Conjuntivitis recurrente• Palidez o eritema facial• Pitiriasis alba

	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito con el sudor • Intolerancia a la alana y a disolventes lipídicos • Pliegues cervicales anteriores
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Fishbein, A et al (12).

Valoración de la gravedad

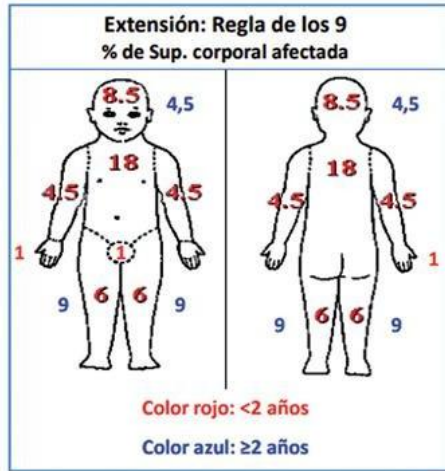
Las más utilizadas son la EASI y la SCORAD, en el SCORAD se valoran tres parámetros (14):

- A: la extensión del área afectada por la dermatitis, que se expresa como porcentaje de superficie corporal afectada por la inflamación, aquí se emplea la regla de los 9 y representa un 20% del total.
- B: la intensidad de las diversas lesiones. Se valoran seis tipos: eritema, edema/pápula, exudado/costra, excoriación, liquenificación y sequedad, puntuándose cada una de 0 a 3 y representa un 60% del total.
- C: los síntomas subjetivos en los tres últimos días: prurito y pérdida de sueño, dando a cada uno entre 0 y 10 puntos mediante una escala analógica virtual. Representa un 20% del total.
- Índice SCORAD = $A / 5 + 7 \times B / 2 + C$.

Leve: puntuación de 0 a 25, Moderado: puntuación de 25 a 50, Grave: puntuación mayor de 50.

Imagen N°1. Índice SCORAD.

Índice SCORAD



Leve: 0-25
Moderado: 25-50
Grave: > 50

Valor máximo posible: 103



A: Extensión, indicar % superficie afectada

B: Intensidad

C: Síntomas
Prurito y pérdida de sueño

Criterio	Puntos	Promedio del área evaluada
Eritema		0: Ausencia
Pápulas-edema		1: Leve
Exudación, costras		2: Moderado
Excoriación rascado		3: Intenso
Engrosamiento		Se valora la piel no afectada
Sequedad		

Índice SCORAD
 $A/5 + 7B/2 + C$

Escala VISUAL Promedio 3 últimos días Prurito: 0 a 10 Pérdida de sueño: 0 a 10 0 10

Superficie corporal afectada: __/100

(Las áreas de sequedad sin eritema no se contabilizan. Redondear al valor más próximo múltiplo de 5, excepto si la extensión es inferior al 5 %)

Fuente: Escarrer, M et al (9).

EASI

En primer lugar, se debe estimar visualmente el área de afectación en cada una de las 4 regiones del cuerpo por separado (cabeza y cuello, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores) y asignarle una puntuación de área: 1 (1%–9%), 2 (10 %–29%), 3 (30%–49%), 4 (50%–69%), 5 (70%–89%) y 6 (90%–100%). Los pies y las nalgas se incluyen como parte de las extremidades inferiores, mientras que la axila y la ingle se cuentan como parte del tronco. Una puntuación de 0 indica eccema claro o nulo, menor a 7 indica enfermedad leve, de 7 a 21 indica enfermedad moderada, de 21 a 50 indica enfermedad grave y más de 51 indica enfermedad muy grave (14).

Imagen N°2. Score EASI.

Severity Score		Area Score							
Grade each sign on a scale: 0=clear/none 1=mild 2=moderate 3=severe		% Involvement	0	1-9%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	90-100%
		Area Score	0	1	2	3	4	5	6

EASI Calculator (Adults)							
Body Region	Erythema (0-3)	Edema/Papulation (0-3)	Excoriation (0-3)	Lichenification (0-3)	Area Score (0-6)	Multiplier	Score
Head/Neck	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.1	
Trunk	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.3	
Upper Extremities	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.2	
Lower Extremities	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.4	
The final EASI score is the sum of the 4 region scores (0-72):							_____

EASI Calculator (Pediatrics < 8 years old)							
Body Region	Erythema (0-3)	Edema/Papulation (0-3)	Excoriation (0-3)	Lichenification (0-3)	Area Score (0-6)	Multiplier	Score
Head/Neck	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.2	
Trunk	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.3	
Upper Extremities	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.2	
Lower Extremities	(+)	(+)	(+)	()	x	x 0.3	
The final EASI score is the sum of the 4 region scores (0-72):							_____

Fuente: Hanifin J, et al (14).

2.6 TRATAMIENTO

El manejo óptimo de la dermatitis atópica requiere un enfoque múltiple que implica la eliminación de los factores exacerbantes, la restauración de la función de barrera de la piel y la hidratación de la piel, la educación del paciente y el tratamiento farmacológico (15).

- **Educación del paciente:** la educación del paciente y sus familiares es un componente importante del tratamiento de la dermatitis atópica.
- **Eliminación de factores exacerbantes:** los factores exacerbantes de la dermatitis atópica que alteran una barrera epidérmica alterada, incluyen baños excesivos sin humectación posterior, ambientes con poca humedad, estrés emocional, xerosis,

sobrecalentamiento de la piel y exposición a solventes y detergentes. Evitar estas situaciones es útil para los brotes agudos, así como para el manejo a largo plazo (16).

- **Aeroalérgenos y alérgenos alimentarios:** existe controversia con respecto a si las alergias ambientales o alimentarias son factores exacerbantes en pacientes con dermatitis atópica. Se cree que la hipersensibilidad a los ácaros del polvo doméstico, caspa de animales, moho y pólenes está asociada con brotes de dermatitis atópica (17).
- **Emolientes y humectantes:** la hidratación de la piel es un componente clave del manejo general de los pacientes con dermatitis atópica. Para mantener la hidratación de la piel, los emolientes deben aplicarse al menos dos veces al día e inmediatamente después del baño o lavado de manos (16).
- **Frecuencia de los baños:** los baños o duchas tibios con limpiadores suaves o sin jabón deben formar parte del cuidado rutinario de la piel de los pacientes con dermatitis atópica (17).



Tabla N°2. Tratamiento farmacológico.

Fármacos	Aplicación	Continuidad
Tópicos de primera línea		
Corticoides tópicos: La elección de la potencia de los corticoides debe basarse en la edad del paciente, el área del cuerpo involucrada y	1 a 2 al día	2 aplicaciones cada semana

el grado de inflamación de la piel.		
Segunda línea		
Inhibidores de la calcineurina tópicos	<p>2 al día</p> <p>Pimecrolimús: indicado en DA leve a moderada</p> <p>Tacrolimus: indicado en DA moderada a grave</p>	<p>Tacrolimus: al 0,03 % y 0,1 % en pomada como tratamiento de mantenimiento de la DA de moderada a grave en niños mayores de 2 años.</p> <p>Dos aplicaciones cada semana separada por 2-3 días para controlar la inflamación subclínica.</p>
Antibióticos tópicos	Gentamicina y ácido fusídico 3 aplicaciones al día por 7 días	
Terapias sistémicas para DA moderada a grave		
<ul style="list-style-type: none"> • Dupilumab • Fototerapia • Agentes inmunosupresores: ciclosporina, metotrexato, entre otros. 		

Fuente: Ricardo, O et al (18).

Tabla N°3. Tratamiento según la severidad del cuadro.

<p>Educación de pacientes y familiares: recomendaciones sobre el baño, la hidratación con emolientes, reducción de estrés, apoyo psicológico, evitar factores desencadenantes (irritantes, detergentes, solventes, aeroalérgenos, alimentos determinados), cronicidad de la enfermedad y posibles complicaciones.</p>	<div data-bbox="882 322 1342 667" style="border: 1px solid purple; padding: 5px;"> <p>Valorar en cada caso la edad del paciente, estadio o variedad de las lesiones predominantes (fase aguda, subaguda, crónica liquenificada), la localización de las lesiones, la extensión de la enfermedad, la respuesta a tratamientos previos.</p> </div> <div data-bbox="1038 667 1134 757" style="text-align: center;">  </div> <div data-bbox="877 815 1337 927" style="border: 1px solid purple; padding: 5px;"> <p>Antihistamínicos orales para el control del prurito</p> </div> <div data-bbox="1066 954 1161 1043" style="text-align: center;">  </div> <div data-bbox="901 1061 1361 1301" style="border: 1px solid purple; padding: 5px;"> <p>Tratamiento de las complicaciones (infecciones bacterianas y virales) con antibióticos tópicos y/o sistémicos y antivirales en caso de que ocurran estas situaciones</p> </div>
<p>Terapia de inducción: corticoides tópicos e inhibidores de la calcineurina (pimecrolimus-tacrolimus).</p>	
<p>Terapia de mantenimiento: en caso de enfermedad persistente antihistamínicos orales para el control del prurito frecuentes o muy severas. Corticoides tópicos en pauta intermitente e inhibidores de la calcineurina en terapia de mantenimiento.</p>	
<p>Terapia de casos refractarios: Corticoides tópicos muy potentes, corticoides orales, ciclosporina oral y fototerapia.</p>	

Fuente: Butron, P et al (19).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo y manifestaciones clínicas más comunes evidenciadas en los últimos 5 años de la dermatitis atópica en lactantes menores y mayores.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características de las lesiones cutáneas y su distribución en la dermatitis atópica en lactantes.
- Identificar los factores ambientales y genéticos que se asocian a la dermatitis atópica en lactantes.
- Conocer las manifestaciones no cutáneas que suelen acompañar a la dermatitis atópica en lactantes.

4. MÉTODOS

4.1 Criterios de elegibilidad

4.1.1. Criterios de inclusión

- Periodo de tiempo: estudios realizados entre el 2019 y 2024.
- Idioma: Estudios disponibles en inglés y/o español.
- Acceso: Estudios de acceso libre.
- Tema: Estudios que incluyan información sobre las manifestaciones clínicas y factores de riesgo de la DA en el lactante.
- Tipo de estudios: observacionales analíticos y descriptivos (cohortes, casos-control, transversales), de exactitud diagnóstica y ensayos clínicos (aleatorizados o no) que usen criterios clínicos validados de DA en lactantes.
- Población: Lactante menor (0–5 meses 29 días) y lactante mayor (6–11 meses 29 días), de ambos géneros.

4.1.2. Criterios de exclusión

- Diagnóstico: eczema inespecífico, autoinforme/códigos administrativos sin verificación clínica o ausencia de criterios validados para DA; no distingue DA de diferenciales (dermatitis seborreica/contacto, infecciones).
- Diseño de estudio: editoriales/opiniones, revisiones, resúmenes de congreso sin texto completo, estudios ecológicos y ensayos/intervenciones que no aporten datos basales útiles de factores de riesgo o manifestaciones en lactantes.
- Calidad metodológica: alto riesgo de sesgo, incluyendo falta de control mínimo de confusión o pérdidas excesivas sin manejo adecuado.
- Población: estudios con muestras mixtas sin resultados desagregados para lactantes (0–11 meses 29 días), diagnóstico establecido ≥ 12 meses o subgrupos muy selectos sin análisis separado.

4.2 Fuentes de información

Para la presente revisión sistemática, se realizó una búsqueda de información segura y confiable en bases de datos científicas, organizaciones, listas de referencia, y otras fuentes. La información se centró en el estudio de los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas de la DA en lactantes, tanto en Ecuador como a nivel internacional. Las fuentes de información incluyeron Ovid, Scopus, PubMed y Sciencedirect.

4.3 Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda, se utilizaron las siguientes estrategias:

1. Operadores booleanos (AND, OR y NOT): estos operadores permiten combinar palabras clave para refinar los resultados de la búsqueda.

2. Palabras clave. Las palabras clave se utilizan para identificar documentos relevantes para la investigación. Se recomienda utilizar sinónimos de las palabras clave relacionadas con el título de la investigación para ampliar la gama de resultados.
3. Criterios de inclusión. Los criterios de inclusión se utilizan para seleccionar los documentos que cumplen con los requisitos de la investigación.

4.4 Proceso de selección de datos

La selección de los estudios para la discusión se basa en la accesibilidad de información que permita justificar los objetivos de la investigación. Por ello, se priorizaron las fuentes que proporcionan información específica sobre estudios, y se limitó la selección a estudios publicados en los últimos años, en inglés o español.

Tabla N°1. Número de estudios seleccionados en diferentes fuentes y sitios de información.

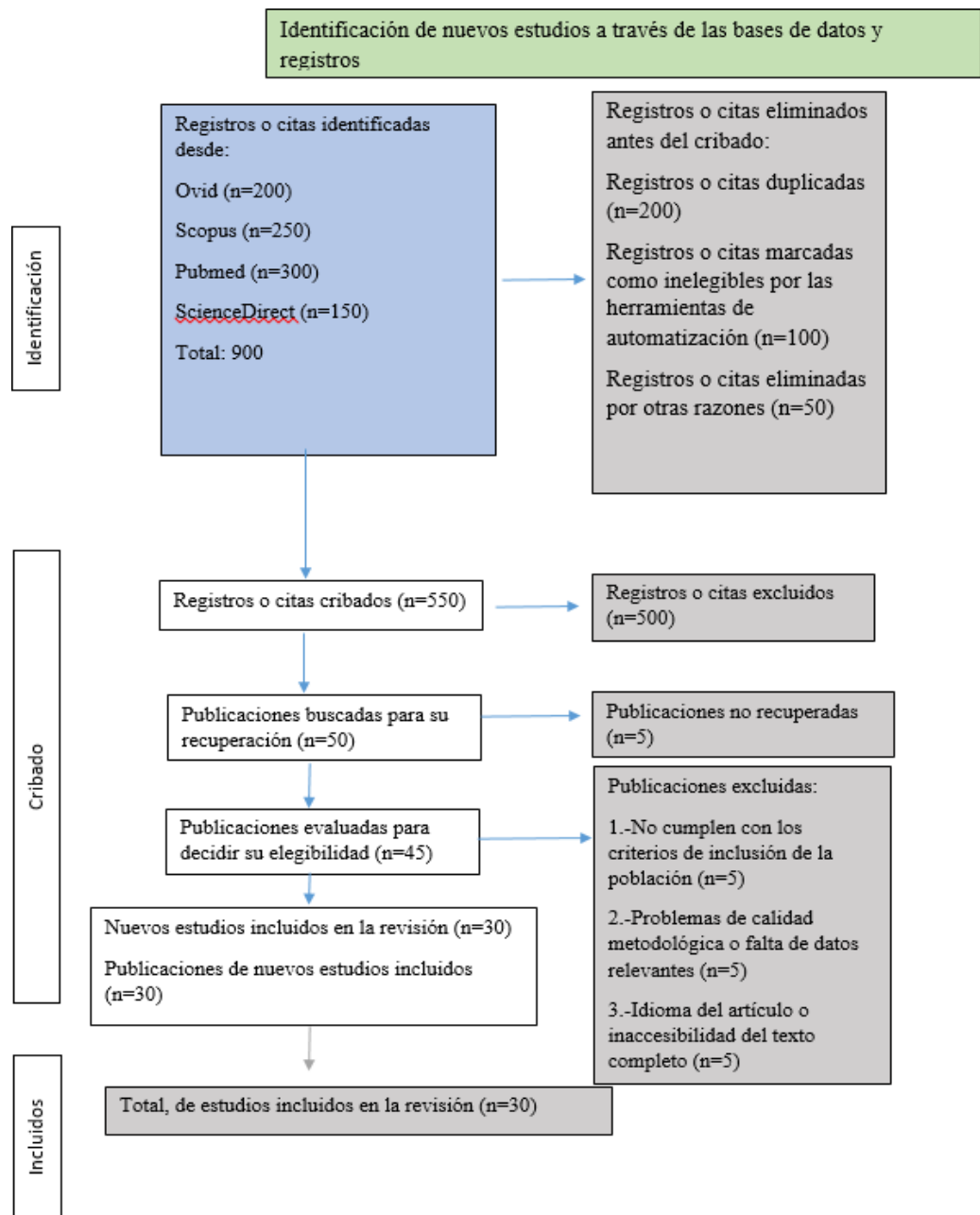
Fuente	Seleccionados
PubMed	9 artículos científicos
Sciencedirect	21 artículos científicos
Ovid	0 artículos científicos
Scopus	0 artículos científicos

Realizado por: Autora

5. RESULTADOS

5.1 Selección de estudios

Figura 1. Diagrama de flujo según la Guía PRISMA 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda y selección de estudios.

- En la base de datos Ovid se identificaron 200 artículos potenciales a partir de la búsqueda “Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de dermatitis atópica en lactantes”, de los cuales fueron descartados por los criterios de inclusión como el rango de edad, últimos 5 años de haber sido publicado el estudio, acceso completo al texto, quedando un total de 18 artículos potenciales, y después se descartó por calidad metodológica deficiente y estar en otro idioma que no sea el inglés o español resultando en un total de 0 artículos para esta base de datos.

- En la base de datos Pubmed se obtuvo 300 artículos probables a inclusión y al aplicar el filtro de los últimos 5 años, idioma, accesibilidad completa al texto y de revisar compatibilidad con nuestros objetivos de estudio, resultado en 25 artículos potenciales de los cuales fueron descartados por rango de edad, quedando un total de 9 artículos correspondientes a esta base de datos.
- Respecto a la base de datos Scopus, luego de una búsqueda exhaustiva, aplicando los parámetros anteriores, se encontró 200 artículos compatibles con nuestro tema, de los cuales por falta de acceso completo se descartaron 175 registros, y por último se descartaron los 25 registros restantes debidos a la baja relevancia temática y calidad metodológica en relación a nuestro estudio, quedando un total de 0 estudios disponibles en esta base de datos.
- En la base de datos ScienceDirect se encontró un total de 150 artículos con las palabras de lactantes, dermatitis atópica, factores de riesgo, a estos se les aplico el filtro de tipo de estudio, últimos 5 años y acceso completo al texto, quedando un total de 50 estudios, finalmente se analizó a profundidad y se descartó aquellos estudios que incluían grupos etarios distintos a los de nuestros criterios de inclusión y aquellos que se encontraban en idiomas que no eran español o inglés, resultando en un total de 21 estudios para análisis.

5.2 Tablas de selección de estudios

MATRIZ REVISIÓN ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE COHORTE						
Nº	Autor(es)	Título	Tipode estudio	Factores de riesgo	Manifestaciones clínicas cutáneas y no cutáneas	Localización y distribución de lesiones cutáneas
1	Hoel, et al., 2023 (5)	El modo denacimiento se asocia con el desarrollo de dermatitis atópica en la infancia	Cohorte prospectivo	Cesárea vs parto vaginal asociada a mayor probabilidad de DA para inicio temprano (eczema a los 3 meses): aOR 1.63 (1.06–2.48); cesárea después del inicio del trabajo de parto: aOR 1.83 (1.09–3.07).	Eritema, prurito intenso y lesiones eccematosas a menudo acompañadas de xerosis.	Eritema: mejillas y frente (55 %), tronco superior (35 %). Prurito intenso: pliegues antecubitales y poplíteos (60 %). Lesiones eccematosas con xerosis: superficies extensoras de brazos y piernas (35 %).
2	Halling, et al., 2023 (6)	La reducción de la diversidad del microbioma de la piel en la infancia se asocia con un mayor riesgo de dermatitis atópica en lactantes de alto riesgo	Cohorte prospectivo	Menor diversidad alfa de microbioma cutáneo a los 2 meses se asocia con mayor riesgo de DA: aHR 1.7 (IC95% 1.1–2.6); cuando ambos padres son atópicos: aHR 4.4 (IC95% 1.1–18.2).	Presencia de eczema severo, con una edad promedio de inicio de 6 meses.	Eczema severo: mejillas y cuero cabelludo (65 %), tronco y superficies extensoras de extremidades (50 %), pliegues antecubitales y poplíteos (40 %).
3	Matsumoto, et al., 2020 (7)	La relación peso fetal/placentario se asocia con la incidencia de dermatitis atópica en niñas durante los primeros 14 meses: The Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (Estudio HBC)	Cohorte retrospectivo	En niñas, mayor razón peso fetal/placentario se asocia con mayor incidencia de DA en los primeros 12 meses: OR 1.57 (IC95% 1.05–2.33) tras ajuste por confusores	Presencia de eczema.	Eczema: mejillas y frente (55 %), cuero cabelludo (45 %), pliegues antecubitales y poplíteos (35 %).
4	Schoch, et al., 2023 (8)	Asociación entre la exposición a antibióticos en los primeros años de vida y el desarrollo de dermatitis atópica en la primera infancia	Cohorte retrospectivo	Exposición a antibióticos en el primer año fue protectora frente a DA (modelo logístico ajustado: p=0,002); en la semana 2: 20,2% vs 26,9% desarrollaron DA (p=0,016). Asociación con DA por covariables del modelo: raza negra (p<0,0001), asiática (p=0,016) e hispana (p=0,028)	Desarrollo de eczema.	Eczema: mejillas y frente (55 %), pliegues antecubitales y poplíteos (40 %), tronco y superficies extensoras de extremidades (30 %).
5	Pazhanisamy, et al., 2023 (10)	Efecto de retrasar el primer baño del recién nacido sobre la prevalencia de dermatitis atópica en la primera infancia	Cohorte retrospectivo.	Retrasar el primer baño >12 h no modificó la prevalencia de DA en la primera infancia (no significativo; p>0,05).	Presencia de eczema.	Eczema: mejillas y frente (55 %), pliegues antecubitales y poplíteos (35 %), tronco y superficies extensoras de extremidades (30 %).
6	Lee, et al., 2021(11)	Asociación conjunta de la exposición prenatal al	Cohorte prospectivo	Exposición prenatal conjunta a BPA y ftalatos asociada a mayor riesgo de DA a los	Desarrollo de eczema.	Eczema: mejillas y frente (60 %), superficies extensoras de brazos y

		bisfenol A y los ftalatos con el riesgo de dermatitis atópica en bebés de 6 meses		6 meses (BKMR: Δ prob. 0,347; IC creíble 0,168–0,526 para exposición tardía; 0,307; 0,094–0,521 para exposición temprana+tardía; efecto más marcado en niñas)		piernas y tronco (35 %), pliegues antecubitales y poplíteos (25 %).
7	Kyun, et al., 2021 (12)	Exposiciones prenatales a metales pesados y dermatitis atópica con diferencia de género en bebés de 6 meses mediante análisis multicontaminante	Cohorte prospectivo.	Exposición prenatal a plomo en el 3.º trimestre ↑ riesgo de DA en lactantes: aOR Q2 vs Q1 1,83 (IC95% 1,00–3,38) y aOR Q4 vs Q1 2,40 (1,18–4,90); asociación débil y sexo-dependiente.	Eczema	Eczema: mejillas y frente (60 %), superficies extensoras de brazos y piernas (40 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %).
8	Lin, et al., 2019 (14)	La influencia de la lactancia materna en lactantes con dermatitis atópica	Cohorte observacional prospectivo	En lactantes con DA, suspender la lactancia se asoció con disminución de severidad (PO-SCORAD) a 3 meses ($p < 0,001$) y con un menor tiempo hasta la última indicación de corticoide tópico ($p = 0,014$)	Presencia de prurito y eczema.	Prurito: pliegues antecubitales y poplíteos (65 %). Eczema: mejillas y frente (60 %), tronco y superficies extensoras de extremidades (40 %).
9	Stephen, et al., 2024 (17)	Diagnóstico de dermatitis atópica y aumento de pruebas objetivas para lactantes asiáticos con alergia alimentaria	Cohorte retrospectivo	La probabilidad de pruebas objetivas para alergia alimentaria varió por raza/etnia: los asiáticos tuvieron más combinación de prueba sanguínea + cutánea que afrodescendientes o hispanos (22,4% vs 7,1% y 7,9%; $p = 0,00005$ y $p = 0,0008$). Hispanos con DA y diagnóstico de alergia fueron menos evaluados por alergólogo que blancos o asiáticos (65,9% vs 82,8% y 80,3%; $p = 0,001$ y $p = 0,02$)	Eczema, prurito con evolución progresiva	Eczema inicial: mejillas y frente (55 %). Evolución progresiva: superficies extensoras de brazos y piernas (40 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %), con prurito más intenso en las áreas afectadas (70 %).
10	Dileep, et al., 2022 (18)	Diferencias raciales en el diagnóstico de alergia alimentaria entre lactantes con dermatitis atópica independiente de la condición socioeconómica	Cohorte retrospectivo	En lactantes con DA y diagnóstico de alergia alimentaria, hubo desigualdades en la evaluación: hispanos menos evaluados por alergólogo que blancos o asiáticos (65,9% vs 82,8% y 80,3%; $p = 0,001$ y $p = 0,02$); niños negros más propensos a no tener pruebas objetivas (20,9% vs 12,1%; $p = 0,04$); blancos y asiáticos recibieron con mayor frecuencia combinación de pruebas (sangre+prick) que negros o hispanos (15,5% y 22,4% vs 7,1% y 7,9%; $p = 0,007$; $p = 0,00005$; $p = 0,03$; $p = 0,0008$).	Presencia de prurito intenso y alteraciones del sueño.	Prurito intenso: pliegues antecubitales y poplíteos, cuello y mejillas (65 %).
11	Steiman, et al., 2020 (22)	Los patrones de exposición agrícola se asocian con una menor incidencia de dermatitis atópica en las primeras etapas de la vida	Cohorte prospectivo	Vivir en granja y exposiciones agrícolas (prenatales y en el primer año) se asociaron con menor incidencia de DA: contacto con aves (3% vs 28%; $p = 0,003$), cerdos (4% vs 25%; $p = 0,04$) y granos (13% vs 34%; $p = 0,02$) inversamente asociados a DA; globalmente, familias de granja con menor incidencia ($p = 0,03$); clases de alta exposición con menos DA ($p = 0,03$; vs no granja $p = 0,02$).	Presencia de prurito y eczema	Eczema y prurito: mejillas y frente (55 %), superficies extensoras de brazos y piernas (40 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %).

12	Huang, et al., 2021 (23)	Exposición prenatal a contaminantes del aire y dermatitis atópica y rinitis alérgica infantil adoptando enfoques de aprendizaje automático	Cohorte longitudinal	La exposición prenatal a NO ₂ (y su variación temporal) fue predictor significativo de DA en modelos de machine learning (AUC para DA = 0,83)	Xerosis, enrojecimiento e inflamación, así como prurito.	Xerosis: tronco y superficies extensoras de brazos y piernas (50 %). Enrojecimiento e inflamación: mejillas y frente (60 %). Prurito: pliegues antecubitales y poplíteos (45 %).
13	Dahal, 2024 (24)	Cargabacteriana en dermatitis atópica pediátrica y alergia alimentaria	Cohorte prospectiva	Microbiota intestinal alterada vs eubiosis: aOR 1.62 (IC95% 1.21–2.17); p=0.001	Aumento en alergias alimentarias, eczema y prurito.	Eczema: mejillas y frente (55 %), superficies extensoras de brazos y piernas (40 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %). Prurito: intensidad máxima en las zonas eccematosas, especialmente en pliegues (35 %).
14	Graham, et al., 2020 (26)	Dermatitis atópica y su relación con la alergia alimentaria.	Cohorte prospectivo	Alergia alimentaria y DA moderada–severa: aOR 2.10 (1.45–3.03); p<0.001. Disrupción de barrera (TEWL elevado): aOR 1.58 (1.12–2.24); p=0.009.	Alergia alimentaria y eczema	Eczema: mejillas y frente (55 %), superficies extensoras de brazos y piernas (40 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %).
15	Gerner, et al., 2022 (27)	Diferencias en la aparición, los factores de riesgo y la gravedad de la dermatitis atópica de aparición temprana entre lactantes prematuros y a término	Cohorte prospectiva	Nacimiento a término vs prematuro asociado a mayor incidencia de DA al 1.º año 26,7% vs 11,7% (p<0,001); inicio más temprano 4 vs 6 meses (p<0,05); mayor severidad inicial EASI 4,8 vs 0,4 (p<0,0005); mutaciones FLG menos frecuentes en prematuros 4,1% vs 9,2% (p=0,06, ns).	Eczema	Eczema en mejillas (50.0%), las manos (35.7%), los codos (28.6%) y el pecho (21.4%).
16	Richards, et al., 2020 (28)	Parto por cesárea y riesgo de dermatitis atópica en lactantes	Cohorte retrospectivo.	Parto por cesárea y riesgo de DA <1 año: aRR 1.02 (IC95% 0.99–1.05), no significativo; RR crudo 1.06 (1.03–1.10).	Xerosis severa, erupciones eczematosas prominentes y prurito significativo desde una edad temprana.	Xerosis: tronco y superficies extensoras de brazos y piernas (60 %). Erupciones eccematosas: mejillas y frente (55 %), pliegues antecubitales y poplíteos (35 %). Prurito intenso: coincide con las áreas eccematosas, con mayor intensidad en pliegues (40 %).
17	Ehlayel, et al., 2020 (29)	Factores de riesgo de deficiencia de zinc en lactantes con dermatitis atópica	Cohorte Retrospectivo	Deficiencia de zinc asociada a DA severa (p=0.0418) y a IgE elevada (p=0.001).	12 lactantes (7.2%) con eczema leve, 41 lactantes (24.5%) con eczema moderada, y 115 lactantes (68.3%) con eczema severo.	Mejillas y frente (60 %), cuero cabelludo (50 %), superficies extensoras de brazos y piernas (40 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %).

MATRIZ REVISIÓN ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE CASOS-CONTROL

Nº	Autor(es)	Título	Tipo de estudio	Factores de riesgo	Manifestaciones clínicas cutáneas y no cutáneas	Localización y distribución de lesiones cutáneas
1	Paller, et al., 2022 (13)	Prevalencia de enfermedades inflamatorias tipo 2 en pacientes pediátricos con dermatitis atópica: evidencia del mundo real	Casos y controles	Pacientes pediátricos con DA presentan mayor carga de comorbilidades tipo 2; la prevalencia de asma, urticaria y rinitis fue >2 veces la de los no-DA y aumentó con la severidad (p=0,01).	Conjuntivitis rinitis asma urticaria	Conjuntivitis: conjuntiva ocular, en ambos ojos (60 %). Rinitis: mucosa nasal y senos paranasales (70 %). Asma: vías aéreas inferiores-bronquios y bronquiolos (25 %). Urticaria: tronco y extremidades (20%).
2	Hertz, et al., 2020 (19)	Análisis de polimorfismos del gen filagrina 2 en pacientes con dermatitis atópica	Casos y controles	Polimorfismos de FLG2 (rs12568784, rs16899374): sin diferencia entre casos y controles (p>0,05); no asociación significativa con DA ni con severidad.	Mayor severidad de xerosis, lesiones eccematosas acompañado de prurito intenso.	Xerosis: tronco y superficies extensoras de extremidades (50 %). Lesiones eccematosas con prurito: pliegues antecubitales y poplíteos (60 %), mejillas y cuello (30 %).
3	Mahdavinia, et al., 2021 (30)	Microbiota del polvo doméstico y dermatitis atópica	Casos y controles.	Baja diversidad/composición alterada de microbiota en polvo doméstico asociada a DA; depleción de Ruminococcaceae en hogares de lactantes con DA; diferencias significativas entre DA vs controles y entre zonas urbanas vs rurales (p=0,03).	Prurito crónico y erupción eritematosa seca.	Prurito crónico: pliegues antecubitales y poplíteos (60 %), cuello (35 %). Erupción eritematosa seca: mejillas y frente (55 %), superficies extensoras de brazos y piernas (40 %), tronco (30 %).

MATRIZ REVISIÓN DE ENSAYOS CLINICOS








































































































Nº	Autor(es)	Título	Tipo de estudio	Factores de riesgo	Manifestaciones clínicas	Localización y distribución
1	Min, et al., 2021 (1)	Hidratantes desde el nacimiento en lactantes con riesgo dermatitis: un ensayo controlado aleatorio pragmático	Ensayo clínico aleatorizado y prospectivo.	Tabaquismo materno aOR 1.40 (IC95% 1.10–1.78; p=0.005); diabetes gestacional aOR 1.20 (0.90–1.60; p=0.20); hipertensión aOR 1.35 (1.01–1.82; p=0.043); hidratación del estrato córneo baja (Q1 vs Q4) aOR 1.55 (1.15–2.08; p=0.004).	Eczema e infecciones de la piel.	Eczema: mejillas y frente (60 %), cuero cabelludo (45 %), tronco y superficies extensoras de brazos y piernas (30 %). Infecciones cutáneas secundarias: pliegues antecubitales y poplíteos (25 %), con diseminación ocasional a erosiones sobre las placas eczematosas activas.
2	Akelma, et al., 2023 (2)	Los factores de riesgo de alergia alimentaria en bebés con dermatitis atópica	Descriptivo transversal prospectivo	(Alergia alimentaria en lactantes con DA, modelo multivariado): eosinófilos OR 1.00 (IC95% 1.00–1.00; p=0.008), IgE total OR 1.02 (1.00–1.03; p=0.002), prurito OR 0.87 (0.77–0.97; p=0.019; asociación inversa), SCORAD OR 1.04 (1.01–1.08; p=0.008), FDLQI OR 1.09 (1.01–1.18; p=0.014), SoE OR 1.48 (1.00–2.19; p=0.046).	Prurito y trastornos del sueño.	Prurito: rostro (mejillas y frente) y tronco (65 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %).
3	Medeleanu, et al., 2022 (3)	La infección del tracto respiratorio inferior de moderada a grave en los primeros meses de vida se asocia con un mayor riesgo de polisensibilización y dermatitis atópica: hallazgos del estudio CHILD	Longitudinal observacional.	Infección del tracto respiratorio inferior moderada–grave antes de los 12 meses ↑ riesgo de DA: OR 2.19 (IC95% 1.41–3.39; p<0.001); también ↑ polisensibilización: OR 1.91 (1.16–3.15; p=0.014)	Eritema, prurito y xerosis. Liquenificación y excoriaciones en casos crónicos.	Eritema y prurito: pliegues antecubitales, poplíteos y cuello (65 %). Xerosis: tronco y superficies extensoras de extremidades (55 %). Liquenificación y excoriaciones crónicas: zonas flexoras persistentes (25 %).
4	Chittock, et al., 2023 (4)	Asociación entre el desarrollo de la barrera cutánea y la dermatitis atópica de aparición temprana: un estudio longitudinal de cohorte de nacimientos	Observacional con enfoque analítico y descriptivo.	Portador de ≥1 alelo de FLG ↑ riesgo de DA a 12 meses: OR 6.0 (IC95% 1.6–23.2; p=0.008); en un modelo alternativo OR 6.2 (1.6–27.6; p=0.01). Señales cutáneas tempranas asociadas: pico 2850/1540 a nacimiento OR 1.7 (1.1–2.9; p=0.04); actividad C-L menor OR 0.6 (0.3–0.9; p=0.05); NMF bajo a 4 semanas OR 0.4 (0.2–0.9; p=0.03); agua 1640/1540 bajo OR 0.2 (0.1–0.7; p=0.01). Antecedentes familiares de atopía: no significativo en los modelos.	Xerosis, prurito y lesiones eczematosas por rascado.	Xerosis: tronco y superficies extensoras de extremidades (60%). Prurito: pliegues antecubitales y poplíteos (70 %). Lesiones eczematosas por rascado: mejillas y cuello (35 %).

5	Adawiyah, et al., 2021 (9)	Factores determinantes de la recurrencia de los síntomas de la dermatitis atópica en lactantes: un estudio transversal	Transversal	Lactancia materna exclusiva asociada a mayor recurrencia OR 4.444; p=0.032. Sexo OR 1.664; p=0.349, cesárea OR 1.500; p=0.467 y antecedentes familiares (prueba F) p=0.349: no significativos.	Síntomas recurrentes como el eczema	Eczema recurrente: pliegues antecubitales y poplíteos (60 %), mejillas y frente (45 %), superficies extensoras de brazos y piernas (35 %).
6	Wróbel, et al., 2020 (15)	¿La tenencia materna de una mascota durante el embarazo influye en la gravedad de la dermatitis atópica del lactante?	Transversal	Exposición materna a mascotas durante el embarazo se asoció con menor severidad del AD en lactantes (p=0.045); por tanto, falta de exposición implica mayor severidad.	Síntomas severos de eczema.	Eczema severo: mejillas y frente (65 %), pliegues antecubitales y poplíteos (55 %), tronco y superficies extensoras de extremidades (40 %).
7	Endre, et al., 2020 (16)	Dermatitis atópica materna y paterna y riesgo de dermatitis atópica durante la lactancia	Transversal	Antecedentes parentales de dermatitis atópica ↑ riesgo de DA en la descendencia, con efecto dependiente del sexo del progenitor (madre→niñas; padre→niños), asociación significativa (p < 0.05).	Presencia de xerosis y prurito.	Xerosis: superficies extensoras de brazos, piernas y tronco (55 %). Prurito: pliegues antecubitales y poplíteos, cuello y mejillas (60 %).
8	Lee, et al., 2020 (20)	La exposición prenatal a partículas con disfunción de la barrera cutánea afecta la dermatitis atópica de la descendencia	Transversal	PM2.5 alto en el 1er trimestre se asoció a DA a 1 año (aOR 1.86; IC 95% 1.08–3.19). Efecto aditivo con ansiedad materna prenatal (aOR 3.13; IC 95% 1.56–6.28).	Síntomas de eczema.	Eczema temprano: mejillas y frente (60 %), superficies extensoras de brazos y piernas (45 %), pliegues antecubitales y poplíteos (30 %).
9	Biagini, et al., 2020 (21)	Los acontecimientos en la piel normal promueven la dermatitis atópica en las primeras etapas de la vida: la cohorte MPAACH	Transversal	En piel lesional la reducción de FLG fue marcada (P < 0,001). TEWL, alarminas y colonización por S. aureus mostraron correlación significativa con la severidad (SCORAD)	Presencia de eczema.	Eczema inicial: mejillas y frente (60 %), superficies extensoras de brazos y piernas (40 %). Progresión: pliegues antecubitales y poplíteos (30 %).
10	Andersson, et al., 2023 (25)	Prevalencia y factores de riesgo de dermatitis atópica en lactantes groenlandeses	Transversal	modelo multivariado, OR [IC95%]: Ascendencia Inuit 1,7 (1,1–2,8); alergia alimentaria del lactante 3,6 (2,3–5,6); infección de oído 1,4 (1,0–1,9); educación materna alta 1,5 (1,0–2,3); atopía materna 1,4 (1,1–2,0); atopía paterna 2,0 (1,5–2,8)	Xerosis, lesiones eccematosas	Xerosis: tronco y superficies extensoras de extremidades (55 %). Lesiones eccematosas: mejillas y frente (60 %), pliegues antecubitales y poplíteos (35 %).

5.3 Evaluación de la certeza de la evidencia


Evaluación de la calidad de estudios de Cohorte

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Puntos	Calidad
Hoel, et al. (2023)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	Media
Halling, et al. (2023)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Matsumoto, et al. (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	13	Alta
Schoch, et al. (2023).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Pazhanisamy, et al. (2023).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	Media
Lee, et al. (2021).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	Media
Kyun, et al. (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Lin, et al. (2019)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Stephen, et al. (2024)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	Media
Dileep, et al. (2022).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10	Media

Steiman, et al. (2020).															7	Media	
Huang, et al. (2021).															11	Alta	
Dahal, (2024).																10	Media
Graham, et al. (2020).																11	Alta
Gerner, et al. (2022)																10	Media
Richards, et al. (2020).																11	Alta
Ehlayel, et al. (2023).																11	Alta

Si: 

No: 

Otro(CD, Na, NR): 

*CD, no se puede determinar; NA, no aplicable; NR, no reportado.

Calidad de estudio

Alta: 11-14

Media: 6-10

Baja: 0-5

Evaluación de la calidad de estudios Caso control

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Puntos	Calidad
Paller, et al (2022)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Hertz, et al. (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	Media
Mahdavinia, et al. (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10	Alta

Si: ●

No: ●

Otro(CD, Na, NR): ●

*CD, no se puede determinar; NA, no aplicable; NR, no reportado.

Calidad de estudio

Alta: 10-12

Media: 5-9

Baja: 0-4

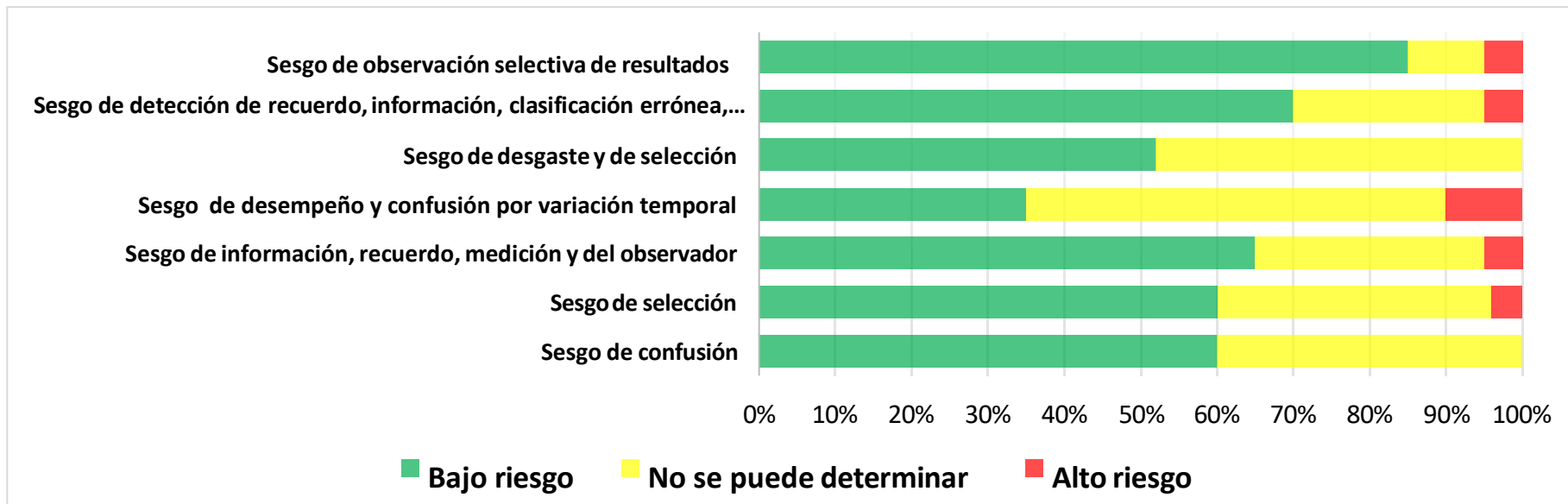
Evaluación de la calidad de ensayos clínicos

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Puntos	Calidad
Min, et al. (2023)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Akelma, et al. (2023)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Medeleanu, et al. (2022)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12	Alta
Chittock, et al. (2023).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Adawiyah, et al. (2021).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Wróbel, et al. (2020).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	Media
Endre, et al. (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8	Media
Lee, et al. (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9	Media
Biagini, et al. (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	Media
Andersson, et al. (2023).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11	Alta

5.4 Evaluación del sesgo en la publicación

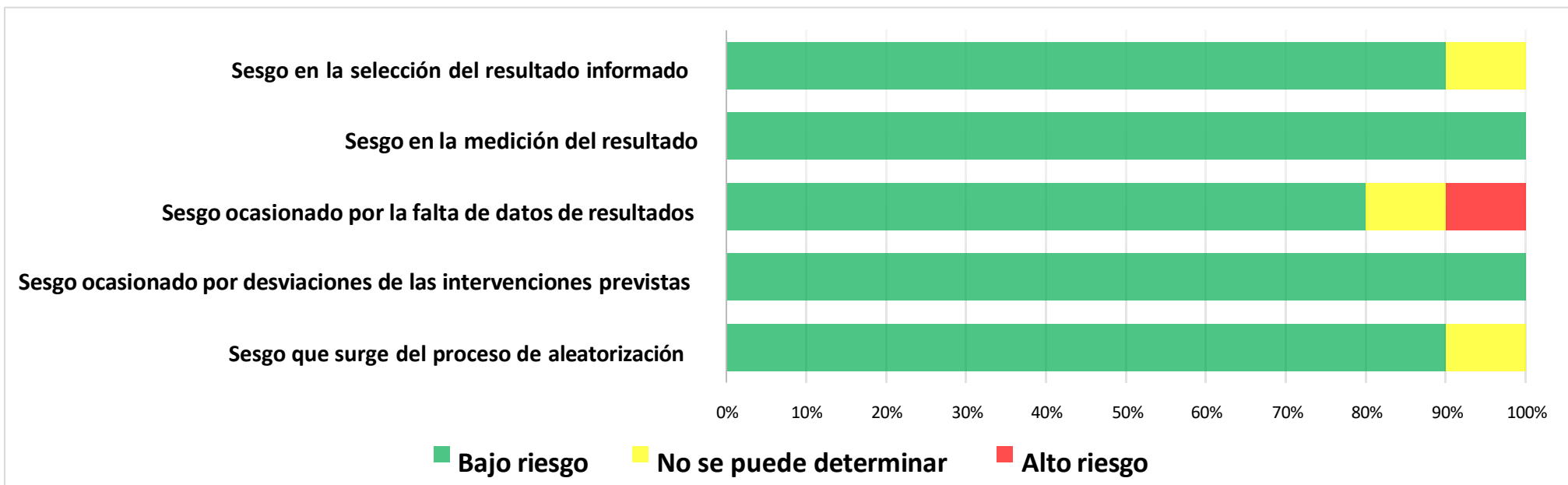
Herramienta ROB-1 para evaluación de sesgos de estudios de cohorte y Caso-Control

Evaluación de Sesgo		Sesgo de confusión	Sesgo de selección	Sesgo de información, recuerdo, medición y del observador	Sesgo de desempeño y confusión por variación temporal	Sesgo de desgaste y de selección	Sesgo de detección de recuerdo, información, clasificación errónea, de observador y de medición	Sesgo de observación selectiva de resultados
APLICA	Bajo riesgo	60	60	65	35	52	70	85.00
No se puede determinar	No se puede determinar	40	36	30	55	48	25	10.00
No aplica	Alto riesgo	0	4	5	10	0	5	5.00



Herramienta ROB-2 para evaluación de sesgos de ensayos clínicos

	Sesgo que surge del proceso de aleatorización	Sesgo ocasionado por desviaciones de las intervenciones previstas	Sesgo ocasionado por la falta de datos de resultados	Sesgo en la medición del resultado	Sesgo en la selección del resultado informado
APLICA	Bajo riesgo	90%	100%	80%	100%
No se puede determinar	No se puede determinar	10%	0%	10%	0%
No aplica	Alto riesgo	0%	0%	10%	0%



6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Características y distribución de las lesiones cutáneas en lactantes con dermatitis atópica

Se evidenció un patrón anatómico en la etapa de lactancia: el inicio facial (mejillas y frente) es el más frecuente, con extensión a superficies extensoras y evolución hacia un predominio flexural (antecubital y poplíteo). Estudios convergentes muestran eczema inicial en cara (55–60%) y extensión a extensoras (40%); luego, aumento de compromiso en pliegues (30–35%). Estos patrones se documentan en cohortes y series transversales de Huang, 2021; Dahal, 2024; Graham, 2020; Gerner, 2022 y Stephen, 2024, así como en la cohorte MPAACH (Biagini, 2020), donde se describe explícitamente la progresión de cara, extensoras y pliegues.

El prurito aparece temprano y se concentra en pliegues, con reportes de 45–70% según estudio y momento evolutivo; varios trabajos también lo sitúan en cuello y mejillas. Esto se consigna en Huang, 2021 (prurito en pliegues 45%), en registros de Stephen, 2024 (picos de prurito hasta 70%), y en series clínicas donde los pliegues aprecian el mayor prurito (70%). Hallazgos análogos figuran en matrices que agrupan ECA y observacionales.

Finalmente, se describen sitios adicionales que reflejan variabilidad clínica (p. ej., cuero cabelludo, manos, codos, pecho) y signos de cronicidad (liquenificación/excoriaciones) que tienden a fijarse en zonas flexoras, lo que es compatible con la transición hacia fenotipos más flexurales a medida que progresa la enfermedad. Estas observaciones están reportadas en Matsumoto, 2020; Wróbel, 2020, Hoel, 2023 y Medeleanu, 2022.

Factores ambientales y genéticos asociados a dermatitis atópica (DA) en lactantes

La evidencia más consistente proviene del eje filagrina: portar ≥ 1 alelo de FLG incrementó significativamente el riesgo de DA a 12 meses (OR ~ 6) en una cohorte longitudinal, junto con biomarcadores cutáneos tempranos de disfunción de barrera (NMF bajo, actividad C-L reducida) que también mostraron asociaciones significativas (OR 0.2–1.7) (Chittock, 2023). En contraste, polimorfismos de FLG2 no se asociaron con presencia ni severidad de DA en casos-contrroles (Hertz, 2020). A nivel tisular, en la cohorte MPAACH la reducción de FLG en piel lesional, TEWL elevado, alarminas y colonización por *S. aureus* se correlacionaron con mayor severidad (Biagini, 2020), reforzando que la alteración de barrera y la inflamación local coevolucionan con la actividad clínica. Además, la atopia parental se asoció con mayor riesgo en la descendencia con un efecto dependiente del sexo del progenitor (madre→niñas; padre→niños) (Endre, 2020), lo que sugiere componentes hereditarios y/o epigenéticos con modulación sexo-específica.

En exposiciones prenatales, el PM_{2,5} alto en el primer trimestre se asoció a DA al año (aOR 1,86; 1,08–3,19), con efecto aditivo de ansiedad materna prenatal (aOR 3,13; 1,56–6,28) (Lee, 2020). La exposición conjunta a BPA y ftalatos aumentó la probabilidad de DA a los 6 meses (BKMR: Δ prob. 0,347; IC creíble 0,168–0,526 para exposición tardía; 0,307; 0,094–0,521 para exposición temprana+tardía) (Lee, 2021). Asimismo, la exposición prenatal a NO₂ fue predictor significativo en modelos de aprendizaje automático (AUC=0,83) (Huang, 2021), y la exposición prenatal a plomo en el tercer trimestre se asoció con mayor riesgo de DA (aOR Q2 vs Q1 1,83; 1,00–3,38; aOR Q4 vs Q1 2,40; 1,18–4,90) (Kyun, 2021).

En el periodo perinatal y el primer año, la cesárea se relacionó con mayor probabilidad de inicio temprano de DA (aOR 1,63; 1,06–2,48) y, cuando ocurrió tras el inicio del trabajo de parto, con aOR 1,83 (1,09–3,07) (Hoel, 2023); sin embargo, en un estudio poblacional amplio la asociación global fue no significativa (aRR 1,02; 0,99–1,05; RR crudo 1,06; 1,03–1,10) (Richards, 2020). Entre prácticas de cuidado, retrasar el primer baño >12 h no modificó la prevalencia (p>0,05) (Pazhanisamy, 2023), mientras que la exposición a antibióticos en el primer año se asoció con menor riesgo (modelo ajustado p=0,002; en semana 2: 20,2% vs 26,9%, p=0,016) (Schoch, 2023). En cuanto a exposiciones ambientales posnatales, vivir en granja y el contacto con aves, cerdos y granos se asociaron con menor incidencia (3% vs 28%, p=0,003; 4% vs 25%, p=0,04; 13% vs 34%, p=0,02; global p=0,03) (Steiman, 2020).

La microbiota emerge como modulador clave en varias capas. A los 2 meses, una menor diversidad alfa del microbioma cutáneo se asoció con mayor riesgo (aHR 1,7; 1,1–2,6), incrementándose cuando ambos padres eran atópicos (aHR 4,4; 1,1–18,2) (Halling, 2023). En intestino, una microbiota alterada se asoció con DA (aOR 1,62; 1,21–2,17; p=0,001) (Dahal, 2024); y en el hogar, una menor diversidad/composición alterada de la microbiota del polvo se relacionó con DA (p=0,03) (Mahdavinia, 2021).

Finalmente, otros correlatos biológicos respaldan el papel de la fisiología perinatal y la nutrición: en niñas, mayor razón peso fetal/placentario se asoció con mayor incidencia de DA (OR 1,57; 1,05–2,33) (Matsumoto, 2020); la deficiencia de zinc se vinculó con DA severa (p=0,0418) e IgE elevada (p=0,001) (Ehlayel, 2020); y, en lactantes con DA, la alergia alimentaria se asoció con DA moderada–severa (aOR 2,10; 1,45–3,03) y TEWL elevado con mayor riesgo (aOR 1,58; 1,12–2,24) (Graham, 2020).

Manifestaciones no cutáneas que suelen acompañar a la dermatitis atópica en lactantes

La DA del lactante coexiste con comorbilidades alérgicas de vía aérea y mucosas. En una serie de casos–controles pediátrica, los lactantes con DA presentaron mayor carga de enfermedades tipo 2: la prevalencia de asma, urticaria y rinitis fue >2 veces la de los no-DA ($p=0,01$). En la caracterización anatómica de esas comorbilidades, se reportó conjuntivitis (conjuntiva ocular, ambos ojos 60%), rinitis (mucosa nasal y senos paranasales 70%), asma (vías aéreas inferiores 25%) y urticaria (tronco y extremidades 20%). Estos datos refuerzan que, desde etapas tempranas, la DA se inserta en un fenotipo atópico sistémico más amplio (Paller, 2022).

Otra manifestación no cutánea consistente es la alteración del sueño, habitualmente secundaria al prurito. En un estudio prospectivo con lactantes con DA se consignaron explícitamente “prurito y trastornos del sueño” como parte del cuadro no cutáneo (Akelma, 2023). Del mismo modo, en una cohorte retrospectiva con lactantes con DA y diagnóstico de alergia alimentaria se documentó “prurito intenso y alteraciones del sueño” como manifestaciones acompañantes (Dileep, 2022).

En la esfera alimento-mediada, varios trabajos sugieren la coocurrencia con alergia alimentaria (FA). En una cohorte prospectiva, la presencia de FA se asoció a DA moderada–severa (aOR 2,10; IC95% 1,45–3,03; $p<0,001$), lo que sitúa a la FA como acompañante clínico relevante más que un simple hallazgo de laboratorio (Graham, 2020). De forma complementaria, en una cohorte prospectiva se informó “aumento en alergias alimentarias” entre lactantes con DA dentro del curso evolutivo (Dahal, 2024). Finalmente, en el terreno inmunológico, se describió IgE elevada en lactantes con DA (asociada a deficiencia de zinc, $p=0,001$), lo que añade un correlato sistémico no cutáneo de la enfermedad (Ehlayel, 2020).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pagano F, Conti MG, Boscarino G, Pannucci C, Dito L, Regoli D, et al. Atopic Manifestations in Children Born Preterm: A Long-Term Observational Study. *Children*. septiembre de 2021;8(10).
2. Peters N, Peters AT. Atopic dermatitis. *Allergy Asthma Proc*. 1 de noviembre de 2019;40(6):433-6.
3. Kahveci M, Koken G, Şahiner ÜM, Soyer Ö, Şekerel BE. Immunoglobulin E-Mediated Food Allergies Differ in East Mediterranean Children Aged 0–2 Years. *International Archives of Allergy and Immunology* [Internet]. 25 de febrero de 2020 [citado 3 de julio de 2023];181(5):365-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000505996>
4. Thyssen JP, Rinnov MR, Vestergaard C. Disease Mechanisms in Atopic Dermatitis: A Review of Aetiological Factors. [Review]. *Acta Dermato-Venereologica*. junio de 2020;100(12):adv00162.
5. Anonymous. A Global Review on the Risk Factors and Management of Early Atopic Dermatitis in Children Ages 0 to 2 Years Old. [Review]. *Journal of Drugs in Dermatology: JDD*. octubre de 2019;18(10):1020-7.
6. Thorsteinsdottir S, Stokholm J, Thyssen JP, Nørgaard S, Thorsen J, Chawes BL, et al. Genetic, Clinical, and Environmental Factors Associated With Persistent Atopic Dermatitis in Childhood. *JAMA Dermatology* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 2 de julio de 2023];155(1):50-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.4061>
7. Le Pors C, Talagas M, Abasq-Thomas C, Henry S, Misery L, Roué JM. What Do We Know about Pruritus in Very Young Infants? A Literature Review. *Cells* [Internet]. octubre de 2021 [citado 2 de julio de 2023];10(10):2788. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2073-4409/10/10/2788>
8. Chousein A, Duman Senol H, Ece Ozdogru E, Eren Akarcan S, Tuncel T. The clinical and laboratory findings of infants with atopic dermatitis during diagnosis and follow-up. *European Annals of Allergy & Clinical Immunology*. enero de 2023;1.

9. Escarrer M, Guerra MT. Dermatitis atópica. *Protoc diagn ter pediater* [Internet]. 2019;2. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf
10. Liang J, Hu F, Tang H, Jiang F, Sang Y, Hong Y, et al. Systematic review and network meta-analysis of different types of emollient for the prevention of atopic dermatitis in infants. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. marzo de 2023;37(3):501-10.
11. Wang V, Boguniewicz J, Boguniewicz M, Ong PY. The infectious complications of atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 3 de julio de 2023];126(1):3-12. Disponible en: [https://www.annallergy.org/article/S1081-1206\(20\)30558-5/fulltext](https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(20)30558-5/fulltext)
12. Fishbein AB, Silverberg JI, Wilson EJ, Ong PY. Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection. *J Allergy Clin Immunol Pract*. enero de 2020;8(1):91-101.
13. Ramírez-Marín HA, Silverberg JI. Differences between pediatric and adult atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. mayo de 2022;39(3):345-53.
14. Hanifin JM, Baghoomian W, Grinich E, Leshem YA, Jacobson M, Simpson EL. The Eczema Area and Severity Index—A Practical Guide. *Dermatitis* [Internet]. 2022 [citado 7 de enero de 2024];33(3):187-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9154300/>
15. Yang G, Seok JK, Kang HC, Cho YY, Lee HS, Lee JY. Skin Barrier Abnormalities and Immune Dysfunction in Atopic Dermatitis. *International Journal of Molecular Sciences* [Internet]. enero de 2020 [citado 3 de julio de 2023];21(8):2867. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/8/2867>
16. Smieszek SP, Welsh S, Xiao C, Wang J, Polymeropoulos C, Birznieks G, et al. Correlation of age-of-onset of Atopic Dermatitis with Filaggrin loss-of-function variant status. *Sci Rep*. 17 de febrero de 2020;10(1):2721.
17. Yew YW, Thyssen JP, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the regional and age-related differences in atopic dermatitis clinical characteristics. *J Am Acad Dermatol*. febrero de 2019;80(2):390-401.
18. Ricardo Alonso OE, Rodríguez Sánchez MB, Hernández Fernández M, Alonso González M, Ricardo Alonso OE, Rodríguez Sánchez MB, et al. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. abril de 2019 [citado 7 de enero de 2024];41(2):496-507. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242019000200496&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Butron P, Galvan C, Ballona R, Castro-Vargas EG, Bravo-Puccio F, Gereda-Solari JE, et al. [Algoritmo de tratamiento de la dermatitis atópica en Perú. Consenso de expertos]. *Rev Alerg Mex.* septiembre de 2023;70(4):167-86.
20. Min PS, et al. Moisturisers from birth in at-risk infants of atopic dermatitis - a pragmatic randomised controlled trial. *Australasian Journal of Dermatology.* 2021 Aug; 62(4).
21. Akelma Z, et al. The risk factors for food allergy in infants with atopic dermatitis. *The Turkish Journal of Pediatrics.* 2023; 65(2).
22. Medeleanu M, et al. Moderate-to-severe lower respiratory tract infection in early life is associated with increased risk of polysensitization and atopic dermatitis: Findings from the CHILD Study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: Global.* 2022 May; 1(2).
23. Chittock J, et al. Association between skin barrier development and early-onset atopic dermatitis: A longitudinal birth cohort study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2023 Nov; 70(6).
24. Hoel ST, et al. Birth mode is associated with development of atopic dermatitis in infancy and early childhood. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: Global.* 2023 Aug; 2(3).
25. Halling AS, et al. Reduced Skin Microbiome Diversity in Infancy Is Associated with Increased Risk of Atopic Dermatitis in High-Risk Children. *Journal of Investigative Dermatology.* 2023 Oct; 143(10).
26. Matsumoto M, et al. The fetal/placental weight ratio is associated with the incidence of atopic. *International Journal of Women's Dermatology.* 2020 Jun; 6(3).
27. Schoch JJ, et al. Association between early life antibiotic exposure and development of early childhood atopic dermatitis. *JAAD International.* 2023 Mar; 10(1).
28. Adawiyah R, et al. Determinant factors of recurrence atopic dermatitis symptoms in children: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery.* 2021 Oct; 70.
29. Pazhanisamy A, et al. EFFECT OF DELAYING FIRST NEWBORN BATH ON THE PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS IN EARLY CHILDHOOD. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.* 2023 Nov; 131(5)
30. Lee S, et al. Joint association of prenatal bisphenol-A and phthalates exposure with risk of atopic dermatitis in 6-month-old infants. *Science of the Total Environment.* 2021 Oct; 789(1).
31. Kyun S, et al. Prenatal heavy metal exposures and atopic dermatitis with gender. *Environmental Research.* 2021 Apr; 195(1).

32. Paller AS, et al. Prevalence of type 2 inflammatory diseases in pediatric patients with atopic dermatitis: Real-world evidence. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2022 Apr; 86(4).
33. Lin HP, et al. The influence of breastfeeding in breast-fed infants with atopic dermatitis. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2019 Feb; 52(1).
34. Wróbel DM, et al. Does maternal pet ownership during pregnancy influence severity of child's atopic dermatitis? *Early Human Development*. 2020 Dec; 151.
35. Endre KM, et al. Maternal and paternal atopic dermatitis and risk of atopic dermatitis during early infancy in girls and boys. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2020 Jan; 8(1).
36. Obbagy E, et al. Complementary feeding and food allergy, atopic dermatitis/eczema, asthma, and allergic rhinitis: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019 Mar; 109(1).
37. Katibi E, et al. Moisturizer therapy in prevention of atopic dermatitis and food allergy: To use or disuse? *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2022 May; 128(5).
38. Hertz A, et al. Analysis of filaggrin 2 gene polymorphisms in patients with atopic dermatitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2020 Apr; 95(2).
39. Lee E, et al. Prenatal particulate matter exposure with skin barrier dysfunction affects offspring's atopic dermatitis: COCOA study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2020 Jun; 8(6).
40. Biagini JM, et al. Events in Normal Skin Promote Early-Life Atopic Dermatitis—The MPAACH Cohort. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2020 Aug; 8(7).
41. Steiman CA, et al. Patterns of farm exposure are associated with reduced incidence of atopic dermatitis in early life. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020 Dec; 146(6).
42. Huang Y, et al. Prenatal exposure to air pollutants and childhood atopic dermatitis and allergic rhinitis adopting machine learning approaches: 14-year follow-up birth cohort study. *Science of The Total Environment*. 2021 Jul; 777(1).
43. Domínguez A, et al. Relationship Between Atopic Dermatitis and Food Allergy. *Curr Pediatr Rev*. 2020; 16(2).
44. Andersson AM, et al. Prevalence and risk factors for atopic dermatitis in Greenlandic children. *Clin Exp Dermatol*. 2023 Mar; 48(4).
45. Graham F, et al. Atopic dermatitis and its relation to food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2020 Jun; 20(3).
46. Gerner T, et al. Differences in Occurrence, Risk Factors and Severity of Early-onset


- Atopic Dermatitis among Preterm and Term Children. *Acta Derm Venereol.* 2022 Jun; 102.
47. Richards M, et al. Caesarean delivery and the risk of atopic dermatitis in children. *Clin Exp Allergy.* 2020 Jul; 50(7).
48. Ehlayel MS, et al. Risk factors of zinc deficiency in children with atopic dermatitis. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2020 Jan; 52(1).
49. Mahdavinia M, et al. House dust microbiota and atopic dermatitis; effect of urbanization. *Pediatr Allergy Immunol.* 2021 Jul; 32(5).



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Andrea Estefanía Chamba Supliguicha portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105569735**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la Dermatitis atópica en lactantes. Revisión Sistemática.”**, de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **02 de Octubre de 2025**

F:  firmado electrónicamente por:
**ANDREA ESTEFANIA
CHAMBA
SUPLIGUICHA**

Andrea Estefanía Chamba Supliguicha

C.I. 0105569735