

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Anexo 1. Criterios diagnósticos del grupo de trabajo del Reino Unido para el diagnóstico de dermatitis atópica

Criterios
Criterio Mayor
Condición de piel pruriginosa o reporte de padres de antecedentes de rascado en niños
Criterios Menores
Historia de dermatitis flexural (o de mejillas en niños < 10 años)
Historia personal de asma o rinitis alérgica (o historia de enfermedad atópica en padres o hermanos en niños < de 4 años)
Historia de piel seca en el último año
Dermatitis flexural visible (o eccema comprometiendo mejillas y superficie extensora de extremidades en < de 4 años)
Inicio antes de los 2 años (no usada en niños < de 4 años)

Para el diagnóstico de dermatitis atópica el paciente debe presentar el criterio mayor y tres de los criterios menores.

Anexo 2. Cuestionario utilizado para la recolección de la información

1. Sexo: M () F () 2. Edad (meses):
3. Distrito de procedencia: Urbano () Rural ()
4. Lactancia materna, alimentación complementaria: ¿Tuvo lactancia materna? (Sólo leche de pecho, sin recibir algún otro suplemento o alimento como: "Agüitas", manzanillas, hierbaluisa, leche artificial, fórmula, papillas, agua, jugos, extractos o alimentos sólidos) Sí..... No.....¿Cuánto tiempo le dio?.....(meses)
5. ¿Tuvo lactancia materna mixta? (Leche de pecho combinada ya sea con cualquiera de éstos: leche artificial, fórmula) Sí..... No..... ¿Desde qué edad?.....(meses)
6. ¿Desde qué edad inició alimentos aparte de la leche materna? (Por ejemplo: "Agüitas", manzanillas, hierbaluisa, papillas, agua, jugos, extractos o alimentos sólidos(meses)
7. ¿Cuál es el grado de estudio de los padres? Marque con una X para ambos padres, P= padre, M= madre.
Básica () Superior ()
8. Si la persona al cuidado del niño la mayor parte del tiempo no es ni el papá ni la mamá especificar:.....
¿Cuál es su grado de estudio? Marcar con una "X": Básica () Superior ()
9. ¿Alguno de los padres y/o hermanos del niño han sido diagnosticados alguna vez y/o han recibido tratamiento por cualquiera de las siguientes enfermedades: Rinitis alérgica, asma bronquial o dermatitis atópica (alergias)?
Padre: Sí () No () Madre: Sí () No () Hermano(s): Sí () No ()
10. ¿La madre del niño tuvo el hábito de fumar durante el embarazo; o cualquier persona en la casa fuma o ha fumado con frecuencia delante del niño? Sí () No ()
11. ¿Fumó la madre en presencia del niño(a) durante su primer año de vida? Sí () No ()
12. ¿Otro miembro de la familia fuma en presencia del niño? Sí () No ()