

## MATERIAL SUPLEMENTARIO

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

---

| <b>Criterios</b>  |
|---|
| <b>Criterio Mayor</b>   |
| Condición de piel pruriginosa o reporte de padres de antecedentes de rascado en niños                                     |
| <b>Criterios Menores</b>  |
| 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 ( )