

11212



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

"CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS MEXICANOS CON DERMATITIS ATOPICA: CORRELACION ENTRE EL CDLQI Y EL SCORAD".

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA  
P R E S E N T A  
DRA. DOMITILA / ABRIL BERROTERAN

DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO:  
DRA. GLADYS LEON DORANTES

MEXICO, D. F.,

FEBRERO DEL 2002.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. R. L.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



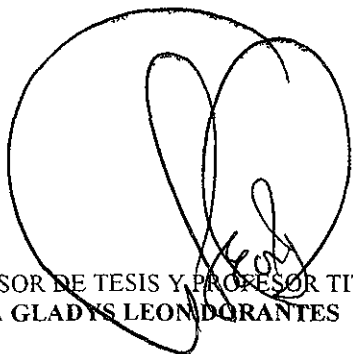
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

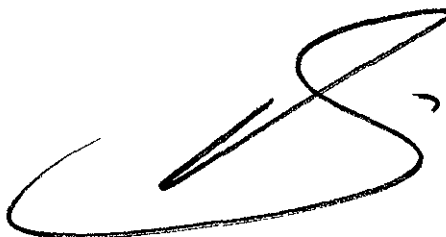
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTOR  
**DRA DOMITILA ABRIL BERROTERAN**

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a final flourish, positioned over the text below.

ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
**DRA GLADYS LEON DORANTES .**

DIRECTOR DE ENSEÑANZA  
**DR EDUARDO DE ANDA BECERRIL**

A handwritten signature in black ink, featuring a large, sweeping loop and a final flourish, positioned below the text above.

## INDICE

I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	4
III. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE .....	5
IV. INSTRUMENTOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA.....	8
a. Definición	
b. Estructura	
c. Tipos de instrumentos	
d. Instrumentos genéricos	
e. Instrumentos Específicos	
f. Formas de administración	
g. Calidad de los instrumentos	
V. DERMATITIS ATOPICA .....	23
Generalidades	
a. Definición	
b. Historia	
c. Epidemiología	
d. Etiopatogenia	
e. Fisiopatología	
f. Cuadro Clínico	
g. Diagnóstico Diferencial	
h. Histología	
i. Complicaciones	
j. Tratamiento	
j. Pronóstico	
VI. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA..	40
VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO.....	43
a. Justificación	
b. Objetivo	
c. Diseño	
d. Material y Método	
e. Análisis	
f. Resultados	
VIII. DISCUSION .....	59
IX. CONCLUSIONES.....	61
X. BIBLIOGRAFÍA.....	62

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS porque me ha permitido llegar hasta este momento tan importante de mi vida y poder tener esta gran satisfacción ser lo que algún día me propuse

A mi Madre por su gran capacidad para esperarme, perdón por tantos años que me he mantenido lejos y no compartir todo este tiempo juntas, pero creo que valió la pena

A toda mi familia, especialmente mis Hermanos y sobre todo Muchas Gracias a mis Primas por creer siempre en mí y apoyarme en todo momento

A todos los pacientes, compañeros y personal del servicio de Dermatología que de alguna y otra manera contribuyeron a mi formación como Dermatóloga y que sin su colaboración no hubiera sido posible llegar hasta este punto

A todos mis maestros que me transmitieron sus conocimientos y experiencia, espero poder transmitir todo lo recibido a otras generaciones

A GIO, GRACIAS porque sin tu ayuda no hubiera sido posible terminar todo esto a tiempo, te estaré eternamente agradecida y sobre todo gracias por tenerme tanta paciencia

A Víctor por tu capacidad para escucharme y tu disposición para hablar de otras cosas que contigo son siempre agradables

AL Dr Peyro por recordarme que la formación del médico tiene otros matices muchas veces olvidados, y que afortunadamente al lado suyo he tratado de rescatar

A VANE y a su familia por acogerme en su casa, hacerme sentir como en la mía y lograr que mi estancia en este país haya sido mas llevadera VANE GRACIAS por todas las cosas que has hecho por mí, por aguantarme, pienso que hemos compartido muchas cosas que han hecho crecer nuestra amistad, espero mis regaños hayan valido la pena

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I.- RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Dermatitis Atópica (DA) es una dermatosis reaccional caracterizada por prurito intenso, típica topografía y morfología de las lesiones e historia familiar o personal de otras enfermedades de fondo atópico. Diversos estudios han demostrado la interferencia que tiene la enfermedad con el sueño, actividades escolares, entretenimiento, en la producción de baja autoestima que conduce a deterioro de la imagen corporal, aislamiento social y limitaciones en el estilo de vida. La necesidad de medir en forma más objetiva el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, así como la mejoría de ésta al instituir tratamientos efectivos, ha llevado al desarrollo de diferentes instrumentos. En dermatología, Finlay y cols desarrollaron un Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index CDLQI*) que ha sido empleado en diversas dermatosis, entre ellas la DA. Este índice requiere de adaptación al castellano para ser empleado en niños mexicanos con DA.

**OBJETIVO:** Adaptar el Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI*) traducido al castellano y ver su correlación con la severidad de la Dermatitis Atópica medida por medio del Índice de Severidad de Dermatitis *Atópica (Severity Scoring of Atopic Dermatitis, SCORAD)* para su uso en niños mexicanos con DA.

**DISEÑO:** Este estudio fue observacional y descriptivo. Realizado en un periodo de 1 mes, en un hospital de tercer nivel.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se estudiaron pacientes pediátricos que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, con diagnóstico de Dermatitis Atópica activa según criterios de Hanifin y Rajka, en los cuales se evaluó la severidad mediante el SCORAD y se les aplicó la versión en castellano del CDLQI, antes de instaurar manejo con emolientes y un antihistamínico vía oral y se repitieron ambas mediciones a la semana.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANALISIS:** Las variables principales (calificación promedio del SCORAD y calificación promedio del CDLQI) se analizaron para estimar el coeficiente de correlación de Pearson. Las calificaciones basales y a la semana se analizaron mediante la prueba de T de student. Las variables demográficas se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 30 pacientes, 21 mujeres (70%) y 9 hombres (30%) con un edad promedio de 9.1 (DE 3.4) años. La calificación promedio en la primera visita del SCORAD fue de 39.5 (DE 22.62) y un CDLQI promedio de 10.7 (DE 6.07). La calificación a la semana fué menor en ambos, el SCORAD con una puntuación promedio de 31.22 (DE 17.4) y un CDLQI de 8.7 (DE 5.4). La correlación entre los valores del SCORAD y el CDLQI de la primera visita tuvo un coeficiente de correlación  $r = 0.98$  y en la segunda visita de  $r = 0.56$ .

**CONCLUSIONES:** El CDLQI y el SCORAD son índices clínicos con alta correlación, sensibles al cambio y pueden ser de gran utilidad para medir la eficacia de nuevos tratamientos en la dermatitis atópica en niños.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## II .-INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una afección crónica y recidivante que inicia en la infancia y puede persistir hasta la vida adulta hasta en un 20% de los casos. Puede desarrollarse sobre un terreno hereditario, bajo la acción de numerosos factores que son conocidos, más sin embargo en la mayoría de los casos imposibles de identificar. Es una condición crónica que produce lesiones cutáneas visibles y aunado al prurito intenso que la caracteriza resulta en un gran impacto sobre la calidad de vida no sólo del paciente sino también de su núcleo familiar <sup>(1)</sup>

Debido a la carrera vertiginosa de la Medicina moderna habitualmente nos hemos olvidado cuan devastadora puede ser una enfermedad como esta en la vida de estos pacientes, además la gran tecnología con la cual tratamos a estos enfermos no toma en cuenta las repercusiones de la enfermedad y de los tratamientos en la vida diaria del paciente.

La medición de la calidad de vida, y la utilización de dicho término, son recientes en la Medicina y particularmente en la Dermatología. La palabra y el concepto eran desconocidos hace 10 años, y, actualmente son muchas las investigaciones dedicadas a ello resultado probablemente de la necesidad de estudiar el impacto de los cuidados médicos y de la misma enfermedad en el funcionamiento físico, social y emocional de los pacientes.

La repercusión en la calidad de vida de las enfermedades dermatológicas como la dermatitis atópica cobra gran importancia debido a su evolución y a su presentación desde lactantes hasta en adultos, afección de todos los niveles sociales, su curso crónico, además del incremento en su frecuencia desde la segunda guerra mundial como lo demuestran diversos estudios realizados <sup>(1,2)</sup>. La dermatitis atópica en los niños tienen gran repercusión sobre todo en los padres debido a las lesiones que presentan frecuentemente sus hijos porque no pueden tomarlos en los brazos o besarlos como ellos quisieran, además con frecuencia tienen sentimientos de culpa por haber donado el factor hereditario que conocen.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



bien, y el temor de tener más miembros de la familia afectados o la angustia de la presentación de otras manifestaciones de atopía en particular crisis asmáticas <sup>(3)</sup> La evaluación de la calidad de vida en dermatitis atópica puede tener un sinnúmero de utilidades, en un inicio, medir el impacto de la enfermedad en comparación con otras enfermedades, medir y justificar el efecto de tratamientos potencialmente peligrosos como la ciclosporina <sup>(4)</sup> por lo tanto la dermatitis atópica es un trastorno ideal para medir calidad de vida ya que es un parámetro importante para determinar el grado de eficacia clínica de diversas técnicas terapéuticas, así como el efecto de la enfermedad en la esfera psico-social, y capacidad funcional de los pacientes

Las escalas genéricas pueden utilizarse, algunas son complicadas y requieren abundante investigación y otras son muchas más simples como "El índice Dermatológico de Calidad de Vida" (DLQI) que contiene pocas preguntas tiene la ventaja de poder compararse con otras enfermedades <sup>(5)</sup> El problema de esta escala en dermatitis atópica es que los niños no pueden responder las preguntas y posiblemente tampoco los padres, pues las preguntas se refieren a problemas de adultos y es por eso que teniendo como base el DLQI se desarrolló "El Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida" (CDLQI) el cual se ha validado en diferentes idiomas y se ha utilizado en diversas enfermedades dermatológicas <sup>(6)</sup> demostrándose su utilidad, teniéndose en cuenta lo anterior fue que se decidió utilizar esta escala en este estudio, además que hasta el momento no existe una escala específica para medir calidad de vida en niños con dermatitis atópica También es importante medir el grado de severidad de la enfermedad, y por ello existen varios estudios dedicados a determinar cuál es el mejor método para lograrlo En la literatura se reportan más de 10 escalas para medir severidad, pero de todas únicamente el Índice de Severidad de la Dermatitis Atópica (SCORAD) <sup>(7)</sup> logra reunir todos los criterios para ser el instrumento ideal para medir severidad de la enfermedad Teniendo en cuenta lo anterior se utilizó el SCORAD para correlacionar la severidad con el impacto en la calidad de vida de los niños con dermatitis atópica

### III .- CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

En 1947 la Organización Mundial de la Salud definió el concepto de Salud no sólo como la ausencia de la enfermedad, sino también la existencia de bienestar físico, mental y social <sup>(8)</sup> La OMS también definió los siguientes términos

**Deterioro:** en el contexto de salud, es alguna pérdida o anormalidad de la estructura anatómica, psicológica o fisiológica de la función

**Incapacidad** es una limitación o falta (resultado del daño)de habilidad para realizar una actividad en el rango considerado como normal para una persona

**Minusvalía:** es una desventaja individual resultado de un deterioro o incapacidad que limita o previene el cumplimiento de un papel que es normal (dependiendo de edad, sexo, factores sociales y culturales) para la persona <sup>(8)</sup>

El concepto de calidad de vida se ha desarrollado de una serie de información sobre bienestar físico, social y psicológico y no solamente teniendo en cuenta el concepto de salud como la ausencia de enfermedad pero si teniendo presente que la calidad de vida está dada también como la habilidad de una persona de llevar una vida productiva y agradable

A partir de la década de los 80 el concepto de calidad de vida , y mas específicamente el de calidad de vida relacionado con la salud (Health-Related-Quality-of-life) se introduce definitivamente como variable fundamental en la práctica e investigación clínica <sup>(9)</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Actualmente la calidad de vida en general se define como un concepto inclusivo que incorpora todos los factores que impactan en la vida de un individuo mientras que la calidad de vida relacionada con la salud está más estrechamente delineado solamente con aspectos de la salud, una buena calidad de vida esta presente cuando "las expectativas de un individuo van a la par de la experiencia" <sup>(8, 9)</sup> El concepto ha sido dividido en varios componentes incluyendo áreas psicológica social y física

Hoy en día se reconoce que las enfermedades dermatológicas producen frecuentemente un fuerte impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente <sup>(3,4,7,9)</sup> De hecho los factores psicológicos parecen jugar un importante papel en el desencadenamiento y consecuencias de un gran número de dermatosis

La necesidad de disponer de medidas de calidad de vida para la evaluación clínica del paciente , de las intervenciones terapéuticas , así como la asignación de recursos en Dermatología que posibiliten además la investigación multicéntrica internacional ha sido señalada por diversos autores <sup>(3,4,5,10,11)</sup>

El concepto de calidad de vida del niño es aún más compleja debido a principalmente que quienes proponen dichas definiciones son habitualmente los adultos y debería estar basada sobre la percepción que tenga el niño sobre sí mismo, preguntas realizadas a los padres y a su entorno familiar sobre la idea que se tenga de calidad de vida en un niño Los estudios realizados sobre calidad de vida en niños son casi siempre relacionados con enfermedades devastadoras como cáncer, cardiopatías, insuficiencia renal crónica o SIDA , respecto a enfermedades dermatológicas se han realizado estudios sobre acné urticaria y dermatitis atópica, etc, <sup>(1,9,12,13)</sup> y existiendo el problema principal como es la falta de un escala específica dermatológica aplicable en niños que mida la calidad de su sueño, sus relaciones familiares, su vida escolar , así como el apego al tratamiento (dificultad de uso de medicamentos tópicos, efecto sedantes de antihistamínicos, etc), este vacío lo ha venido a ocupar el desarrollo del Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Debido a la gran cantidad de conceptos actuales y antiguos que se tienen sobre la definición de calidad de vida es evidente que muchos de ellos difieren unos de otros, por una parte algunos autores definen la calidad de vida como una evaluación global, otros definen componentes del bienestar como factores importantes de ésta, algunos consideran que ciertos componentes son más importantes que otros y por otra parte, algunos autores se refieren en forma explícita a la naturaleza subjetiva y en cambio otros se refieren a situaciones objetivas

En lo que sí ha habido acuerdo es en que los instrumentos que se crean para medir la calidad de vida comparten las mismas finalidades como son

- 1 - Describir la naturaleza y extensión de los problemas funcionales y psico-sociales confrontando al paciente en varios momentos de la trayectoria de su enfermedad
- 2 - Establecer normas para la morbilidad psico-social en grupos específicos de pacientes
- 3 - Controlar la calidad de la atención, enfocada a mejorar los tratamientos y la forma de aplicarlos
- 4 - Evaluar la eficacia de los tratamientos médicos
- 5 - Detectar aquellos pacientes con posibles alteraciones psico-sociales que requieran tratamiento

#### **IV.- INSTRUMENTOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA**

El estado de salud está directamente relacionado con la calidad de vida y se han creado métodos adecuados para medir estos parámetros. La creación de nuevos y mejores instrumentos para medir CV se verá reflejada en mejor atención para el paciente, ser más humanista, en mejores evaluaciones de los diferentes tratamientos y en una visión más justa, objetiva y global de las condiciones de los pacientes y mejor optimización de recursos <sup>(14)</sup>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Debido a la gran cantidad de conceptos actuales y antiguos que se tienen sobre la definición de calidad de vida es evidente que muchos de ellos difieren unos de otros, por una parte algunos autores definen la calidad de vida como una evaluación global , otros definen componentes del bienestar como factores importantes de ésta , algunos consideran que ciertos componentes son más importantes que otros y por otra parte , algunos autores se refieren en forma explícita a la naturaleza subjetiva y en cambio otros se refieren a situaciones objetivas

En lo que si ha habido acuerdo es en que los instrumentos que se crean para medir la calidad de vida comparten las mismas finalidades como son

- 1 - Describir la naturaleza y extensión de los problemas funcionales y psico-sociales confrontando al paciente en varios momentos de la trayectoria de su enfermedad
- 2 -Establecer normas para la morbilidad psico-social en grupos específicos de pacientes
- 3 - Controlar la calidad de la atención , enfocada a mejorar los tratamientos y la forma de aplicarlos
- 4 - Evaluar la eficacia de los tratamientos médicos
- 5 - Detectar aquellos pacientes con posibles alteraciones psico-sociales que requieran tratamiento

#### **IV .- INSTRUMENTOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA**

El estado de salud está directamente relacionado con la calidad de vida y se han creado métodos adecuados para medir estos parámetros La creación de nuevos y mejores instrumentos para medir CV se verá reflejada en mejor atención para el paciente, ser más humanista, en mejores evaluaciones de los diferentes tratamientos y en una visión más justa, objetiva y global de las condiciones de los pacientes y mejor optimización de recursos <sup>(14)</sup>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **1.-Definición**

Los instrumentos son cuestionarios que tiene un número de preguntas establecidas previamente y que constan de áreas o dominios. Para la construcción de un cuestionario se debe tener en cuenta

Tiempo en el que se aplica ( limitar el tiempo, mejor tiempo corto)

Escala de repuestas

Preguntas cortas

Formato de respuestas escalas tipo likert, escalas visuales análogas o escalas híbrida

### **2.-Estructura**

La estructura de los instrumentos de medición de la CV está dada por varias características algunos están hechos por una simple pregunta, ¿cómo es su calidad de vida? La pregunta puede ser respondida en forma simple o sofisticada, más comúnmente los instrumentos están hechos de preguntas previamente establecidas, estas preguntas deben estar adecuadas a las áreas, dominios o dimensiones que se deseen evaluar. Los dominios son aquellas áreas a las cuales tratamos de medir, los dominios pueden incluir funcionalidad física (movilidad, autosuficiencia), depresión, ansiedad, y bienestar. En Dermatología habitualmente incluye dominios a cerca de síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo estudio, relaciones interpersonales incluyendo sexualidad y tratamiento.

Se han reportado numerosas técnicas para la construcción de un instrumento, todas hacen énfasis en el tiempo en que se aplica y la escala de las respuestas. Frecuentemente el tiempo que se evalúa en las preguntas es indefinido, en las evaluaciones clínicas puede ser esencial limitar el tiempo dentro de un periodo *relativamente corto*. Por lo general, se debe definir un tiempo corto y específico para las respuestas. Cuando se consideran periodos cortos de tiempo (la última semana) es más fácil que el paciente recuerde los síntomas o alteraciones que haya presentado que si se tratara de largos periodos de tiempo, las preguntas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

deben ser cortas y específicas para evitar confusiones en síntomas o experiencias <sup>(14,15)</sup>

Para elegir adecuadamente el formato para las respuestas se tienen que tomar ciertas consideraciones, hay dos alternativas principales disponibles para las respuestas y, que son las escalas tipo "likert" y las escalas visuales análogas. En las escalas tipo "likert" el paciente encuentra una gama de respuestas que van de "nada", "muy poco", "poco", "regular" y "mucho"

**Nada-----Poco-----Regular-----Mucho**

En contraste, la escala visual análoga está compuesta por una línea típica de 10 cms en la cual en el extremo izquierdo se coloca "nada" y el extremo derecho "mucho" en donde el paciente puede elegir un punto entre dos para definir el grado de afección o experiencia

**Nada-----Mucho**

También se pueden utilizar escalas híbridas en la cual se usa una línea de 10 cms en la que igual que las escalas análogas se colocan en sus extremos "nada" y "mucho". Sin embargo, entre uno y otro extremo se asignan valores numéricos que van de acuerdo a la severidad

**1      2      3      4      5      6      7      8      9      10**

**Nada-----Mucho**

En teoría las escalas lineales análogas o numéricas híbridas tiene una gran ventaja cuando se realizan las estadísticas ya que los niveles están mejor definidos que en las escalas tipo likert, sin embargo, éstas son mejor comprendidas por el paciente ya que especifican el grado de afección o experiencia en sus propias palabras sin asistencia del personal. Las escalas híbridas por lo tanto, presentan las ventajas de ambos tipos y son las más utilizada

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **3.-Tipos de Instrumentos:**

Existen dos tipos básicos de instrumentos de medición de CV los instrumentos genéricos ( incluyen perfil de salud y mediciones de utilidad)entre estos, aptos para la comparación entre enfermedades dermatológicas y no dermatológicas destacan el Sickness Impact Profile (SIP), el Short-Form Health Survey Questionnaire (SF-36) y el Nottingham Health Profile (NHP),<sup>(15)</sup> disponiéndose de una adaptación transcultural y validación al español Existen también los instrumentos específicos que miden solamente determinadas características

#### **a.-Genéricos**

Estos instrumentos están diseñados para estudiar tanto un perfil (general) de salud y mediciones de utilidad

Los perfiles de salud son instrumentos que miden todos los aspectos importantes de la CV, ya que incluyen el área física con categorías apartes de deambulaci3n, movilidad y cuidados corporales, incluyen un área psicosocial con categorías que incluyen interacci3n social, comunicaci3n y bienestar emocional, igualmente mide otras categorías independientes como alimentaci3n, trabajo, manejo de la casa, sueño y descanso, recreaci3n y pasatiempos La gran ventaja de estos instrumentos es que abarcan gran cantidad de áreas para evaluar y se pueden utilizar en prácticamente en cualquier tipo de poblaci3n Este tipo de instrumentos se pueden aplicar a una gran variedad de poblaciones permitiendo comparar los impactos de ciertos programas de salud, sin embargo, estos instrumentos pueden ser poco sensibles a los cambios en condiciones específicas

El instrumento genérico para evaluar la CV lo hace también con la medici3n de utilidad que esta basado en teorías económicas ya que refleja las preferencias de los pacientes a los diferentes tratamientos y a los resultados

Estas incorporan mediciones que relacionan el estado de salud con la muerte, por lo tanto, estos pueden ser utilizados en los análisis costo- beneficios que combine la cantidad y calidad de vida



Las escalas de utilidad reflejan tanto el estado de salud como el valor que le da a su estado de salud el paciente. La utilidad de estas mediciones en los análisis económicos es importante cuando los proveedores de los cuidados para la salud tratan de justificar los recursos destinados a los diferentes tratamientos. También puede aportar importantes datos en estudios clínicos de tratamiento y efectos adversos <sup>(15,16,17)</sup>

## **b-Específicos**

Estos instrumentos están enfocados a ciertos aspectos del estado de salud o a un área específica de principal interés. El instrumento es específico para cierta enfermedad (Psoriasis Disability Index, etc) en una población específica de pacientes (ancianos niños), o con ciertos problemas de función (como alteraciones del sueño), o algún otro problema (como dolor o prurito). Este tipo de instrumentos tiene la ventaja de que son notablemente más sensibles para detectar cambios específicos en condiciones específicas y junto con los instrumentos genéricos proveen de gran información y, permite complementar de manera eficaz los resultados obtenidos de parte de médicos y personal interesado los datos de calidad de vida de los pacientes.

Recientemente se han desarrollado instrumentos de medida de CV específicos en Dermatología los cuales son aptos para comparar un elevado número de enfermedades dermatológicas como son el cuestionario DLQI <sup>(5)</sup>

Pasos para elaborar un instrumento

1. Seleccionar el conjunto de preguntas
2. Establecer la escala de preguntas
3. Reducción de las preguntas
4. *Determinación de la confiabilidad*
5. Determinación de la validez



## Requisitos de un Instrumento

- Ser confiable y válido
- Estar basado en información obtenida de personas con las mismas características a las que se va a evaluar
- Ser capaz de medir el estado de salud en todas sus dimensiones
- Tener sensibilidad a los cambios mínimos del estado de salud
- Ser independiente de enfermedades específicas (sólo cuando son genéricos)
- Ser aplicables a cualquier grupo de pacientes
- Ser breve y fácil de comprender
- Ser apropiado para ser aplicado por personal capacitado o por el mismo paciente
- Ser capaz de ser medido por una escala numérica apropiada
- Ser apropiado para ser incluido en la historia clínica del paciente o en su expediente personal
- Estar orientado hacia donde se desea evaluar

Los instrumentos para medir CV evalúan el impacto de enfermedades crónicas, y las áreas que se estudian son

- Estado físico funcional
- Síntomas físicos relacionados con la enfermedad y tratamiento
- Función psicológica
- Función social

### ***4.-Formas de administración de un instrumento.***

Los instrumentos para evaluar CV se pueden aplicar de diversas formas. En general pueden ser aplicados por personal capacitado (médico), el investigador o el personal paramédico( enfermera, trabajadora social). El modo de administración puede ser por entrevistas, por teléfono, el mismo paciente o por personas sustituta

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Cuando se trata de entrevistas, (el personal capacitado lo aplica) se tiene la ventaja de que se obtiene la mayor cantidad de información y evita más eficazmente la presencia de errores cuando se trata de pacientes ancianos, de bajo nivel cultural o incapacitados, también facilita la resolución de los cuestionarios cuando estos contienen preguntas sofisticadas y largas, sin embargo se tiene el inconveniente de necesitar más recursos para contar con el personal capacitado para la aplicación de cuestionarios, además que en algún momento se puede limitar la disposición del paciente

También se puede aplicar el cuestionario por teléfono, en este caso se requieren menos recursos, se puede obtener buena cantidad de información, sin embargo pueden existir errores de comunicación, también se debe disponer de personal capacitado y puede limitar la información

Cuando el paciente se encuentra imposibilitado para responder (por sordera, edad, enfermedad avanzada, etc) para responder el cuestionario se puede recurrir a alguna persona substituta (algún familiar, o que conviva cerca del paciente) para que conteste las preguntas, con esto se logra reducir la angustia del paciente, pero tiene la desventaja de que la percepción de la persona substituta generalmente difiere en diferentes medidas a la del paciente. Finalmente el mismo paciente puede responder el cuestionario, lo cual requiere de mínimos recursos, pero se ha visto que se presentan mayor número de preguntas sin contestar y para aquellos pacientes de bajo nivel cultural, ancianos, etc, es difícil el poder responder adecuadamente <sup>(16,17)</sup>

### **5. Calidad de los instrumentos**

Para elaborar un instrumento que sirva para evaluar la CV, en general se deben de seguir los siguientes pasos: seleccionar el conjunto de preguntas, establecer la escala de respuestas, reducción de las preguntas y determinación de la confiabilidad y de la validez

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El análisis de los cuestionarios actualmente existentes se hace de acuerdo a su

a)Diseño formal (multidimensionalidad, nivel de información forma de administración y brevedad)

b)Propiedades y desarrollo psicométricos( confiabilidad, validez, sensibilidad al cambio y experiencia en diferentes poblaciones

c)Nivel de estandarización (versiones en otras lenguas) <sup>(18)</sup>

## CONFIABILIDAD

La definición principal de confiabilidad de prueba es el grado en el cual el instrumento está libre de error al azar

Cuando ya se han realizado todos los pasos para la elaboración de un índice es necesario que el investigador demuestre que éste sirve para lo que fue creado y por lo tanto el primer paso es determinar que este índice sea reproducible y con una forma consistente <sup>(19)</sup>

A pesar de que las técnicas para evaluar la confiabilidad son algo complejas , el concepto es análogo en varias áreas de la medicina clínica y de laboratorio. La variabilidad de las mediciones en forma individual se expresa como desviación estándar

En medicina clínica es más común que el observador examine la relación que existe entre la presencia de cierto signo o síntoma. Por ejemplo se pueden presentar a dos neumólogos una serie de radiografías para que determine la presencia o ausencia de signos de tuberculosis pulmonar, es decir es importante que un mismo cuestionario pueda ser aplicado por dos o mas observadores así como también que el cuestionario sea reproducible en el tiempo lo que se ha llamado "test-retest" Es decir, se establece la confiabilidad cuando un instrumento se puede reproducir, es preciso y puede ser aplicado por varios observadores

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VALIDEZ

La validez de un instrumento se define como el grado en que el instrumento mide lo que pretende medir, o en otras palabras si el cuestionario evalúa aquello para lo cual fue pensado <sup>(19)</sup>

Una vez verificada la confiabilidad de un índice el siguiente paso consiste en realizar la validación

En las ciencias de la salud existen diferentes variables que pueden ser cuantificadas como, talla, peso, glicemia, oxígeno, los cuales pueden ser medidos en forma objetiva y directa, o bien por medio de instrumentos adecuados( gasómetros, balanza, etc) Sin embargo la situación es diferente cuando estas variables se tratan de cuestiones mas subjetivas como "grado de movilidad", "calidad de vida", la evaluación de este tipo de factores depende directamente de las definiciones que tengamos de cada uno, de las variaciones entre una persona y otra y la forma en que se puede medir cada una, esta una razón por la cual se debe llevar a cabo la validación Otra razón por la cual se debe validar es por que se tiene que determinar la relación entre lo que observamos y lo que esto refleja, es por esto que los índices deben ser validados para que los resultados sean lo más verídicos posible

En los estudios y observaciones clínicas es relativamente fácil llevar a cabo la validación, ya que para medir las variables se utilizan medios físicos y las mediciones observadas se comparan con escalas ya estandarizadas Para otras mediciones clínicas que son más subjetivas y no hay escalas estandarizadas como en el caso del dolor , ansiedad, prurito, etc, el proceso de evaluación no es tan fácil En medicina clínica la información acerca estos fenómenos se obtiene en gran medida por las preguntas que se le hacen al paciente, o sea que, la aproximación más formal y estandarizada a este tipo de información es por medio de cuestionarios

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se diseña un grupo de preguntas que evalúan un fenómeno específico (sentimientos, actitudes, etc) y a esto llamamos "constructo", y las respuestas de todas las preguntas se convierten en números y al grupo o unión de estos le llamamos "escala"

Existen tres estrategias generales que sirven para establecer en forma teórica la validez de un instrumento que no se puede confirmar directamente

La validez del contenido se refiere a la extensión de la evaluación de un método en particular, que incluya todas las dimensiones que se deseen evaluar y ninguna más

La validez del constructo se confirma si el resultado de la escala varía de acuerdo a la presencia de otro indicador ya establecido

Alternativamente también las escalas pueden estar relacionadas con severidad por ejemplo, y en este caso se le pide al paciente que refiere como es su síntoma (leve, moderado, severo) y esto correlacionarlo con parámetros ya establecidos. La validez del criterio se establece cuando observamos que la medición refleja directamente el fenómeno observado, por ejemplo, si se confirma que una cefalea intensa es el resultado de una hemorragia cerebral e inmediatamente se documenta este hecho

Con éstas y otras estrategias indirectas hacemos la validación de un instrumento o escala lo cual nos da una cierta seguridad de lo que elaboramos medirá adecuadamente y solo aquello que nos es de interés

## **SENSIBILIDAD**

La sensibilidad se refiere a la habilidad de un instrumento de descubrir el cambio, a menudo definido como el mínimo cambio considerado importante para las personas que le condicionen su salud <sup>(19)</sup>

## **INTERPRETABILIDAD**

Se define como el grado el cual puede asignar un significado cualitativo a las cuentas cuantitativas de un instrumento <sup>(19)</sup>

## **IMPACTO**

El impacto ó también llamada carga se define como el tiempo, energía, y otras demandas que ocasiona en aquellas personas a quienes se les aplica un instrumento. La carga administrativa se define como las demandas sobre las personas que administran el instrumento <sup>(19)</sup>

## **FORMAS ALTERNATIVAS**

Las formas alternativas de un instrumento incluyen todos los modos de administración diferente a la forma original descrita para la aplicación de un instrumento <sup>(19)</sup>

## **ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL**

Las opiniones acerca del estado de salud personal están influenciadas por el ámbito cultural en el que el sujeto se encuentra, y la impresión o visión de lo que constituye la enfermedad o su impacto varía con la edad, la escolaridad, el lenguaje, etc, así como de cultura en cultura. Por ello la utilización de un instrumento de medida de CV en un contexto cultural diferente del original no puede llevarse a cabo mediante la simple traducción del mismo, sino que requiere un proceso sistemático y estandarizado de adaptación transcultural y posterior validación al país de destino.

El objetivo de la adaptación de un instrumento para su uso en una cultura nueva es que la nueva versión sea equivalente al cuestionario original. Se considera que la versión traducida de un cuestionario es equivalente al instrumento original cuando ambas versiones poseen simultáneamente

1) equivalencia conceptual (la versión traducida contiene los mismos conceptos que la versión original)

2) equivalencia semántica (el significado de las diferentes frases es el mismo en la versión traducida que en la original)

3) equivalencia de nivel de lenguaje (nivel de lenguaje formal, neutral, coloquial, equivalente en la versión traducida que en la original)

4) equivalencia escalar (la respuesta o la respuesta en la versión traducida refleja el mismo grado o intensidad que en la versión original. Se debe mantener una imagen fiel del cuestionario original por lo cual es ideal mantener la forma, estructura, presentación y método de respuesta del cuestionario original<sup>(18)</sup>)

## **INDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA**

La medición de la CV, la utilización misma de dicho término, son recientes en la medicina y particularmente en la Dermatología. La palabra y el concepto eran desconocidos hace 10 años, y actualmente al hacer una búsqueda en Medline cruzando los elementos CV y enfermedades cutáneas, uno obtiene más de 50 artículos, la mayoría de los cuales contienen las palabras calidad de vida o algo similar en su título y de los cuales por lo menos 15 se refieren a la construcción (elaboración) de un índice de CV. Estos índices están destinados a su utilización en la práctica diaria, y con mayor frecuencia en ensayos terapéuticos<sup>(21,20)</sup>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



¿Cuáles son las razones para éste entusiasmo? Son dobles y con significado particularmente contradictorio. Uno puede ver en esta preocupación nueva, una forma positiva de abordar la medicina o al contrario un temor inquietante de su evolución. Iniciemos por los aspectos negativos. Bases tendenciosas de la mejoría terapéutica que tiene los argumentos de los recursos económicos invertidos para el desarrollo de nuevos fármacos.

Esto puede conducir a buscar otros índices de eficacia que aquellos obtenidos mediante las encuestas. En otras palabras como no podemos mejorar el pronóstico de los cánceres, intentamos demostrar que les mejoramos la calidad de vida o más aún como los tratamientos no tienen un efecto significativo medible con parámetros objetivos, inventamos parámetros subjetivos eventualmente manipulables para evidenciar un fin de objetivos. Esto es por supuesto una visión pesimista.

La visión positiva y optimista es que finalmente se preocupan de los que padecen las enfermedades más que por tratar las enfermedades. Después de años de ensayos terapéuticos algo se vuelve discutible si realmente se curó una enfermedad o si únicamente se retiró de la superficie, si el enfermo se recuperó por completo.

Una crítica muy importante de las escalas de calidad de vida fue hecha por Gill y Feinstein en 1994. Parte de una cuestión filosófica fundamental si la calidad de vida es una percepción individual del sentimiento de bienestar en relación con la salud, los índices de CV son medidas subjetivas muy distantes.

Un editorial de Lancet <sup>(22)</sup> plantea tres prelados con respecto a la realización de estudios de CV.

- 1 -Uno conoce lo que se está midiendo
- 2 -Uno sabe porqué se incluye tal o cual variable en el índice de CV
- 3 -Uno establece que el índice que medimos es un indicador válido de la CV

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Al examinar la literatura de los índices de CV estamos evidentemente lejos de este ideal independientemente de las diversas posturas existentes en cuanto CV, ninguna es tan negativa como la Gill y Feinstein. En un editorial de JAMA que acompaña al artículo antes citado, proponen que para poder valorar el valor de un artículo en el que se mide CV, necesitamos que los autores contesten las siguientes preguntas<sup>(23)</sup>

- 1 -Demostrar que los aspectos de la vida de las enfermedades que son medidos son importantes para los enfermos
  - 2 -En sus defecto que estudios anteriores hayan demostrado en forma efectiva que estos aspectos de vida son importantes
  - 3 -Examinar si dentro del artículo, los elementos que en su practica considera importantes para la calidad de vida de los enfermos son mediadas o no
  - 4 -Hay aspectos de la CV ligados a la salud que son importantes y no se midieron
  - 5 -Si los pacientes fueron interrogados para que ellos mismos hagan apreciación de su CV y su modificación en función con el tratamiento
- Si uno toma al pie de la letra lo que dice Gill y Feinstein, está claro que sólo el quinto punto puede tener toda la relevancia y que todas las medidas que no están directamente correlacionadas a esta apreciación personal del enfermo, carecen de valor

Si somos estrictos podríamos aceptar que un índice fue validado por las apreciaciones de los enfermos durante un estudio y posteriormente eb otro momento fueron utilizados en otro estudio

Como toda innovación, los instrumentos para la medición de la CV pueden ser lo mejor o lo peor de las cosas, dependiendo si son desarrollados en beneficio del enfermo, o si por el contrario se desarrollan con el intento de "demostrar" efecto, basándose en criterios objetivos clásicos de un tratamiento o de justificar cálculos médico-económicos <sup>(10)</sup>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA

La noción de la CV apreció en el mundo anglosajón hace 20 años. En algunas especialidades como la Reumatología, el uso de escalas de evaluación de calidad de vida, son importantes desde la década pasada <sup>(25)</sup>. En Francia esto es reciente. Para compensar este retraso algunos dermatólogos trabajan sobre esto. Han decidido crear un grupo de trabajo, un calendario y una tabla de algunas escalas para la evaluación de la CV.

### Elegir una definición de CV

Para la OMS, la CV es una percepción de un individuo de su lugar en su contexto cultural y el sistema de valor en el que vive. Es quizá difícil reconocer esta definición a través de las conclusiones de algunos estudios como el 98% de los pacientes con psoriasis dicen que preferirían que su psoriasis remitiera a recibir 1000 libras esterlinas. 60% estarían dispuestos a pagar por lo menos 1000 libras a cambio de deshacerse de su enfermedad. 46% preferirían padecer artritis, 42% diabetes y 32% EPOC en vez de psoriasis grave.

En base a estas conclusiones, uno se puede preguntar si hay grados de CV.

Habría igualmente que definir si las escalas de medición de CV deben aplicarse a todas las enfermedades? Cuál es el interés de evaluar una enfermedad curable? No deberían evaluarse únicamente las enfermedades crónicas? Pueden utilizarse las escalas pre-existentes?

La elaboración de una escala de medición de CV (generalmente) es una tarea tan complicada, metodológicamente, que sólo algunas organizaciones internacionales pueden pilotear estos estudios. Sería por esto lógico, utilizar escalas conocidas, sin embargo se enfrentarían algunos problemas.

*La Validación*. El uso de diversas escalas para un estudio, aumenta las posibilidades de obtener el resultado esperado. En cuál escala debemos confiar? Las escalas de tipo Skindex o Dermatology Life Quality Index tiene el objeto de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

validaciones profundas con una coherencia excepcional. Como indica la definición de la OMS, la CV depende del contexto cultural en que el individuo vive. Es más que evidente que estas condiciones son diferentes de país en país. <sup>(20-25)</sup>

- Es necesario elaborar escalas propias para niños? Si, cuál escala elegir para no obtener en realidad una evaluación de las CV de los padres?
- Qué papel juegan las respuestas de los padres?
- Qué tipo de escalas? General, especialista o específica?

La escala general explora el estado de salud de los enfermos y su modo de vida. La escala especialista es una escala utilizable en una especialidad como por ejemplo en la Dermatología. La escala específica sólo se puede aplicar a una enfermedad. La selección del tipo de escala es algo difícil.

#### *Los expertos recomiendan*

De tratarse de una enfermedad dermatológica pura, se debe utilizar una escala dermatológica. La escala general no tendrá en cuenta que en la enfermedad cutánea puede haber repercusiones sistémicas. Hay utilizar una escala general y una dermatológica para poder evaluar la calidad de vida en general y la repercusión del estado corporal en la vida cotidiana.

Es imposible utilizar escalas específicas en enfermedades raras. Las escalas general no incluyen preguntas del padecimiento dermatológico.

#### ***Interés y Utilización de Escalas de Calidad de Vida***

El uso de las ECV en ensayos clínicos y terapéuticos es el uso más natural. El uso comercial también existe impulsado por la industria farmacéutica.

El uso cotidiano en la relación médico-paciente parece difícil en la actualidad. Las escalas existentes son frecuentemente complejas y no resultan en calificaciones fáciles de comparar. Y de cualquier forma ¿cómo modificarán nuestra actitud terapéutica? En el melanoma para el que no contamos con un tratamiento adecuado, para mejorar la supervivencia. Servirá una molécula que aunque aumente el número de metástasis, aumente la calidad de vida?

#### Conclusiones

Para implementar las escalas de CV, se deberá

- Elegir una definición de CV
- Asegurar que la escala elegida logre medir la CV
- Precisar el tipo de escala
- Precisar a quién estará dirigida esta escala
- Definir un lenguaje preciso
- Asegurar la validación, coherencia y reproductibilidad, así como la universalidad

## V.- DERMATITIS ATOPICA

### Generalidades

La dermatitis atópica se caracteriza por tener una evolución crónica y ser muy sintomática. Cuando persiste hasta la edad adulta, suele ser refractaria a la mayoría de los tratamientos disponibles, además de tener impacto en la calidad de vida de los pacientes, así como una repercusión psico-afectiva manifestada por ansiedad y depresión. Por otro lado es bien conocida la influencia de factores externos como el estrés emocional en la evolución clínica de esta dermatosis <sup>(26)</sup>

La DA es una expresión de diátesis atópica con una reactividad anormal de la piel manifestada en forma de eccema y en donde el prurito es el síntoma predominante. Esta dermatosis se caracteriza por cronicidad y remisiones y exacerbaciones <sup>(27)</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El uso cotidiano en la relación médico-paciente parece difícil en la actualidad. Las escalas existentes son frecuentemente complejas y no resultan en calificaciones fáciles de comparar. Y de cualquier forma ¿cómo modificarán nuestra actitud terapéutica? En el melanoma para el que no contamos con un tratamiento adecuado, para mejorar la supervivencia. Servirá una molécula que aunque aumente el número de metástasis, aumente la calidad de vida?

#### Conclusiones

Para implementar las escalas de CV, se deberá

- Elegir una definición de CV
- Asegurar que la escala elegida logre medir la CV
- Precisar el tipo de escala
- Precisar a quién estará dirigida esta escala
- Definir un lenguaje preciso
- Asegurar la validación, coherencia y reproductibilidad, así como la universalidad

## V.- DERMATITIS ATOPICA

### Generalidades

La dermatitis atópica se caracteriza por tener una evolución crónica y ser muy sintomática. Cuando persiste hasta la edad adulta, suele ser refractaria a la mayoría de los tratamientos disponibles, además de tener impacto en la calidad de vida de los pacientes, así como una repercusión psico-afectiva manifestada por ansiedad y depresión. Por otro lado es bien conocida la influencia de factores externos como el estrés emocional en la evolución clínica de esta dermatosis <sup>(26)</sup>

La DA es una expresión de diátesis atópica con una reactividad anormal de la piel manifestada en forma de eccema y en donde el prurito es el síntoma predominante. Esta dermatosis se caracteriza por cronicidad y remisiones y exacerbaciones <sup>(27)</sup>



La DA suele comenzar durante la infancia, así el 60% de los casos aparecen en el primer año de vida, mientras que el 85% se presenta dentro de los primeros cinco años de edad. Solo un pequeño porcentaje de los casos (10-15%) aparece en épocas posteriores.

El pronóstico habitualmente es favorable de manera que la remisión espontánea se produce durante la infancia, en el 60-90% de los pacientes. No obstante, los casos que presentan formas diseminadas con exacerbaciones frecuentes y/o refractarias al tratamiento, tiene un mal pronóstico que puede traducirse en una evolución crónica que incluso puede prolongarse hasta la edad adulta, afectando en forma significativa la calidad de vida de estos pacientes.

Es una de las dermatosis más frecuentes con una incidencia que varía entre 3 y 20% en la población general.

En los últimos años se ha incrementado en forma considerable el conocimiento sobre la patogenia de la DA, lo que ha permitido destacar el papel de las alteraciones del sistema inmunológico (predominio de la respuesta TH2 sobre TH1, y la liberación de algunas interleucinas específicas como la IL-5).

El tratamiento actual está dirigido principalmente a tratar de modificar la respuesta inmunológica por medio de inmunosupresores como la azatioprina, ciclosporina, interferón gamma, talidomida, y recientemente se ha introducido el tacrolimus. Los problemas con este tipo de tratamientos son los efectos adversos y el índice de recaídas al suspender el tratamiento, ya que no modifican la historia natural de la dermatosis.

El tratamiento convencional de los casos son afección leve a moderada, consiste en medidas de higiene cutánea y en uso de antihistamínicos y esteroides tópicos, que permiten controlar los cuadros agudos pero no impiden la aparición de exacerbaciones.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La evolución y la severidad de esta dermatosis se ve afectada por la influencia de una serie de factores exacerbantes, de los cuales destacan por su frecuencia de participación clima(invierno), irritantes marginales (humedad, jabón), sudoración, ropa de lana y acrílico y los factores psicológicos

#### **a. Definición**

Sinonimias Prurigo de Besnier , eccema constitucional, eccema del lactante, eccema flexural, neurodermatitis atópica, neurodermatitis diseminada  
Atopia hipersensibilidad constitucional e inespecífica

La DA es un estado reaccional de la piel manifestado por una dermatitis aguda o crónica que afecta preferentemente los pliegues, que se caracteriza por alteraciones de morfología y topografía típicas, acompañándose de piel seca, prurito intenso, de evolución crónica y recidivante, se presenta en los lactantes, tiende a desaparecer en la primera infancia y reaparece en la edad escolar, es rara en adultos Su etiología es multifactorial y se asocia frecuentemente con antecedentes familiares y / o personales de atopia <sup>(26,27,28)</sup>, interfieren factores constitucionales, inmunitarios y psicológicos

#### **b. Historia**

La DA fue descrita hace varios siglos En 1891 Brocq y Jaquet, la llamaron "Neurodermatitis diseminada y del sistema nervioso" Un año después Vencel la llamó "Prúrigo diatésico, eccematoide liquenoide" y hasta 1923 cuando Coca y Cooke sugieren el término de atopia que significa " fuera de lugar" En 1933, Hill y Sulzberger le llaman Dermatitis Atópica, término con el cual se conoce actualmente <sup>(27,28)</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### c. Epidemiología

Es una entidad frecuente, su presentación es cosmopolita, afecta todas las razas, siendo más frecuente en la negra, afecta a ambos sexos por igual y se observa más frecuentemente en zonas urbanas, diferentes casuísticas del 5 al 15 % de la población general padece de DA se presenta dentro de los 10 primeros lugares de la consulta dermatológica general y ocurre en 12 % de la consulta de dermatología pediátrica Se observa con mayor frecuencia en clases sociales altas <sup>(27 28 29)</sup>

### d. Etiopatogenia

En una piel predispuesta, seca e hipersensible se mezclan varios factores genéticos, inmunológicos, alérgicos, infecciosos, neurovegetativos y metabólicos

#### Factores Constitucionales y Genéticos

La Da suele ser familiar pero no se ha precisado el mecanismo de herencia se sugiere que se haría en forma AD con penetración incompleta Se han encontrado antígenos de histocompatibilidad HL-A9, HL-A3, HL-B12 y HL-Bw40 Hay antecedentes familiares en el 50 a 70% de DA, asma bronquial, , urticaria, conjuntivitis o rinitis alérgicas <sup>(29)</sup>

#### Factores inmunológicos

Se han descrito y estudiado múltiples factores que sugieren una base inmunológica en la DA

Aumento en la susceptibilidad a las infecciones virales y fúngicas (disminución de linfocitos T)

Gran incremento en el número de estafilococos dorados en piel sana y enferma (90%)

Grandes elevaciones de Ig E séricas (hasta el 80% de los pacientes)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Frecuente asociación con urticaria, asma y rinitis alérgica

Los atópicos con frecuencia alta son positivos a pruebas de inoculación o a las de RAST (tiene pertinencia del 90% si es negativa , pero sólo del 20 % si resulta positiva)

Algunos alimentos pueden empeorar el cuadro clínico

Las manipulaciones dietéticas cambian la severidad o la extensión de la dermatitis

Hay muchos cuadros de inmunodeficiencias con cambios cutáneos semejantes de la DA

Se ha demostrado la alteración de las funciones de hipersensibilidad retardada y de la fagocitosis, en grados que se correlacionan con la severidad de la enfermedad <sup>(30)</sup>

### **Factores Neurovegetativos**

Se ha demostrado en el 75 % dermografismo blanco, blanqueamiento o fenómeno de palidez retrasada en el 70 % producido por la inyección de acetilcolina o derivados , la prueba de la histamina provoca exacerbación o prurito y trastornos de vasoconstricción y vasodilatación periférica

### **Factores Metabólicos**

Se ha encontrado por EEG datos de deficiencias de algunos minerales o cifras altas de noradrenalina

### **Factores Psicológicos**

Se han estudiado ampliamente encontrándose que los pacientes con DA son inteligentes, aprensivos, hiperactivos, posesivos o introvertidos, lábiles emocionalmente con tendencia a la depresión, se ha demostrado por pruebas

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

agresividad autodirigida Muchas madres son ambivalentes, sobreprotectoras, rígidas, dominantes y perfeccionistas <sup>(29,30,31)</sup>

### **Factores infecciosos**

El aumento en el número de colonias de *S aureus* se observa en 90 % de los pacientes con DA sobre todo severa o en fase eczematosa Se ha detectado IgE vs *S aureus* en el 57% de los pacientes, las reacciones mediadas por esta Ig aumenta el prurito También se detectan anticuerpos del tipo de la IgE vs *P ovale* entre el 15 y 65 % de los casos <sup>(28,30)</sup>

### **e. Fisiopatología**

Existe una reacción de hipersensibilidad tipo I (mediada por Ig E) como consecuencia de la liberación de sustancias vasoactivas de las células cebadas y los basófilos que se sensibilizaron por la interacción del antígeno con la Ig E (anticuerpos sensibilizadores de la piel o reagénicos) Sin embargo aunque no se ha esclarecido del todo la función de la Ig E en la DA, se ha demostrado que las células epidérmicas de Langerhans tiene receptores de gran afinidad para la Ig E, a través de los cuales podría mediar una reacción eczematosa <sup>(32)</sup>

### **f. Cuadro Clínico**

La DA se caracteriza por predisposición hereditaria a la disminución del umbral al prurito lo que se traduce en rascado y frotamiento repetido, por lo tanto la piel se liquenifica La liquenificación es característica, algunos dicen que es diagnóstica de DA, y de debe al rascado crónico <sup>(28,31)</sup>

El síntoma cardinal de la enfermedad es el prurito intenso, que es la base de todas las manifestaciones clínicas y puede ser evocado por una diversidad de causas Calor, frío o cambios rápidos en la temperatura ambiente Sudoración, especialmente en situaciones de exceso en corto tiempo

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Alergenos, condimentos, alimentos, comidas muy calientes, inhalantes ( polvo de la casa, pluma, caspa animal ), telas (lana, satín, seda)

Ropas oclusivas unguentos grasos

Estrés ocupacional u hogareño, fatiga

Acción irritante de los jabones detergentes o antisépticos

Especialmente todo tipo de fricción de la piel

La DA presenta clínicamente tres etapas cronológicas muy bien establecidas

### **1. Del Lactante:**

Se inicia en la cara habitualmente desde las primeras semanas a los dos meses de edad, se localiza predominantemente en las mejillas respetando la parte central de la cara (palidez central), las lesiones son placas con eritema, pápulas, escama, costras hemáticas, y vesículas con costras melicéricas si está en fase eccematosa. La dermatosis se puede extender a piel cabelluda, pliegues retroauriculares, tronco, pliegues y regiones glúteas. Evoluciona por brotes y desaparece alrededor de los dos años sin dejar huella. Se asocia muy comúnmente con otros dos padecimientos de fondo atópico: la dermatitis de la zona del pañal y la dermatitis seborreica.

### **2. Del Escolar:**

Aparece de los cuatro a los catorce años cuando desaparece espontáneamente. La dermatosis puede afectar los pliegues de flexión de codos, huecos poplíteos, cuello, muñecas, párpados, región perioral, pies (dermatosis plantar juvenil), las lesiones son placas eccematosas o liquenificadas. Cursa con prurito intenso y evoluciona por brotes.

### **3. Del Adulto.**

En el adulto es menos frecuente, habitualmente sucede cuando se ha prolongado su evolución casi siempre por manejo inadecuado secundario a administración de corticoides en forma indiscriminada, antes del advenimiento de éstos prácticamente no existía<sup>(28)</sup>. En el adulto muestra un marcado compromiso de los pliegues, especialmente antecubitales, poplíteos, cuello y dorso de pies. Sin embargo puede estar afectadas otras zonas como la cara

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

(párpados, región perioral), pezones, región genital, manos y pies. Puede haber datos de eccema agudo hasta marcada liquenificación. Cursa con prurito intenso y evoluciona por brotes.

#### g. Diagnóstico

El diagnóstico de la DA básicamente es clínico, el cuadro clínico es bastante característico, el padecimiento se origina en la lactancia en el 80%, no siempre se presentan las fases descritas previamente, tampoco siguen la secuencia, y la gravedad y la extensión varían de paciente en paciente. El síntoma cardinal es el prurito, y luego secundariamente al rascado aparecen pápulas pequeñas, eritema, exudación, descamación y finalmente liquenificación, la cual marca el estadio más crónico y suele ser el dato más notable para que el diagnóstico se haga con completa confianza.

Existen diferentes propuestas para hacer diagnóstico para DA, pero la más aceptada mundialmente son los criterios propuestos por Hanifin y Rajka <sup>(34)</sup>

Las características principales a tener en cuenta para el diagnóstico son:

Prurito

Dermatitis eczematosa o recidivante crónica

Morfología y distribución típica: afección facial o en las superficies extensoras en lactantes y niños

Antecedentes personales o familiares de atopia (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica)

Liquenificación flexural o lineal en adultos

Tres o más características menores (ictiosis vulgar, queratosis pilar, Ig E elevada, etc)

El diagnóstico de DA se hace cuando se tiene tres o más de los criterios mayores y tres o más de los menores.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **h. Histología**

Los datos histológicos no son característicos ni diagnósticos y van a depender del estado en que veamos a la enfermedad pues nos va a dar datos de dermatitis aguda o crónica. Habitualmente se observa una epidermis psoriasisiforme y espongiosis en la parte profunda de la capa espinosa. En la fase aguda predomina la espongiosis y se puede observar exocitosis de células mononucleares y paraqueratosis. En la crónica se observa acantosis, elongación de los procesos interpapilares con infiltrados linfohistiocitarios de diferente intensidad con abundantes monocitos. Se pueden observar mastocitos, pero los eosinófilos son poco frecuentes <sup>(35)</sup>

## **i. Diagnóstico Diferencial**

Dermatitis: Seborreica y por contacto (alérgica e irritante)

Infecciosas e Infestaciones: Por *S. aureus*, *Streptococos*, *Candida*, Escabiasis

Inmunodeficiencias: Síndrome de Wiskott-Aldrich, Síndrome DiGeorge, Síndrome Hiper Ig E, Inmunodeficiencia Severa Combinada, Deficiencia Selectiva de Ig A

Enfermedades Metabólicas: Fenilcetonuria, Tirosinemia, Histidinemia, Deficiencia de Carboxilasa Múltiple, Deficiencia de ácidos grasos esenciales, Acrodermatitis Enteropáticas, Glucagonoma

Enfermedades Neoplásicas: Linfoma Cutáneo de células T, Histiocitosis X, Síndrome de Sézary,

Otros: Psoriasis, Ictiosis, Eccema numular, Displasia ectodérmica congénita, Ataxia telangiectasia <sup>(27,32)</sup>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **j. Complicaciones**

Infecciones sobreagregadas por bacterias (estafilococos, estreptococos,) hongos (candida Sp) virus (herpes, VPH, molusco)

Dermatitis por contacto

Eritrodermia

Eczema Herpético

Corticoestropo, corticorebote y corticodependencia

Cataratas y Queratocono

## **k. Tratamiento**

Como meta debe tenerse en mente la explicación clara de la naturaleza del problema y asegurarse de la completa comprensión por parte del enfermo o de quien esté a su cuidado. Se debe hacer énfasis en su cronicidad, factores desencadenantes, efectos deletéreos del rascado, imposibilidad de cambiar el tipo de piel, y la necesidad de adherirse estrictamente a los detalles de la terapia <sup>(28,29,32 33)</sup>

Por ser la DA de carácter multifactorial el tratamiento es motivo de grandes controversias ya que no se cuenta con uno específico. La terapéutica varía según la edad y el grado de afección, procurando controlar los brotes, actuando sobre los factores etiológicos y desencadenantes. El principio básico es prevenir el prurito, la resequedad y la inflamación de la piel. El tratamiento es sintomático ya que ninguno conocido es curativo.

Las medidas generales son fundamentales para el éxito del manejo, se debe evitar el uso de jabones, detergentes, suavizantes, aconsejar que el baño se realice con agua tibia y que sean cortos, aplicar los emolientes inmediatamente después del baño cuando la piel aún esté húmeda,<sup>(36)</sup> no exponer la piel enferma al sol,

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

evitar cambios bruscos de temperatura, usar ropa de algodón, no aplicar remedios caseros y el uso indiscriminado y sin vigilancia de otros medicamentos y lograr una buena relación con el paciente<sup>(28)</sup>

Se recomienda permanecer en un clima templado y seco porque probablemente la humedad sea mas alta, la transpiracion puede provocar prurito y se debe regular el ejercicio físico y las prácticas deportivas, restringir el consumo de alimentos alergénicos o histaminoliberadores o que estén preparados para larga duración y los que tengan colorantes azoicos ( 26, 27,30,33 ) La controversia en cuanto a las dieta de eliminación es grande ,pero los diversos autores coinciden que se debe hacer en los lactantes ciertas restricciones como evitar huevo ,chocolate, leche entera, cítricos, fresa etc, así como ablactar el niño lo más tardíamente posible y sostener la alimentación al seno materno por más de seis meses<sup>(26 )</sup>

También se debe hacer énfasis en la mejoría de las relaciones interpersonales En forma general el tratamiento se divide en local y sistémico

#### **Local:**

Como principio básico se debe lubricar la piel seca con emolientes o secar la piel eccematosa con pastas y fomentos secantes según sea necesario, en caso de liquenificación se utilizan queratolíticos, queratoplásticos y reductores

Los antibióticos tópicos se usan cuando exista impétigo secundario o cuando haya sobrecolonización de *S aureus* Se deben aplicar antimicóticos cuando exista sobreinfección por *P ovaie* u otro hongo, el ketoconazol es útil cuando haya dermatitis seborreica asociada

Los esteroides tópicos se deben usar con mesura, la potencia y la frecuencia de aplicación se decidirán según sea el caso del paciente de preferencia se utilizarán los de baja y mediana potencia y por periodos cortos, y sobre todo teniendo en cuenta que en niños la absorcion es mayor y por lo tanto los efectos colaterales también lo serán <sup>(37 )</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## Sistémico:

**Antihistamínicos:** son fundamentales para contrarestar el prurito, existen antihistamínicos sedantes que tienen gran beneficio para los pacientes, ya que ese efecto secundario ayuda a la relajación secundaria del paciente, la hidroxicina (1 mg/kg/día) y la clorfeniramina (0.35/kg/día) son los más utilizados y se ha demostrado su segura utilización tanto en niños como en adultos

Los antihistamínicos no sedantes de nueva generación como la cetirizina, terfenadina, loratadina se usan con confianza desde niños pequeños hasta en adultos. En un estudio realizado sobre la eficacia de antihistamínicos sedantes y no sedantes en la DA concluyó que la mayoría el uso de los nuevos, no reflejan beneficios significativos en el control del prurito y que es mejor seguir usando un medicamento sedante, además de que los nuevos son más costosos <sup>(38)</sup>

El ketotifeno es un eficaz protector de membrana del mastocito que en asociación con otro antihistamínico ofrece grandes beneficios al paciente

**Antibióticos:** En forma sistémica se recomienda la dicloxacilina cuando la DA está muy extensa, eritrodérmica o con grandes zonas eccematosas <sup>(39)</sup>

**Inmunoreguladores:** en pacientes de difícil control se utilizan medicamentos como la ciclosporina, interferón, factor de transferencia, timopentina, talidomida, y tacrolimus <sup>(42,43,44,45,46,47,48)</sup>

### Ciclosporina

Inmunosupresor no mielotóxico, de acción terapéutica rápida y efecto selectivo contra células T cooperadoras, inhibe IL-2 e interferón alfa y consecuentemente disminuye la activación de macrófagos, monocitos y queratinocitos, teóricamente con bajo riesgo de ocasionar infecciones y malignidad <sup>(49,50,51,52,53,54,55,56,57,58)</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Dentro de sus inconvenientes , tenemos su nefrotoxicidad, su alto costo, hay recaídas rápidas después de suspenderla y a largo plazo su utilidad no es clara <sup>(58,59)</sup>

### Talidomida

Es un medicamento con acción inmunoreguladora, , en DA se ha utilizado desde hace mucho tiempo Los resultados son muy buenos a dosis de 25 a 100 mg especialmente en DA corticoesteropeada <sup>(60,61)</sup>

### Tacrolimus o FK506

Macrolido-lactona aislado del *Streptomyces tsubkaensis* Potente agente inmunoregulador con espectro y actividad parecida a la ciclosporina y a los esteroides pero sin sus efectos secundarios Aprobado por la FDA para su uso en niños y adultos y hasta el momento ha demostrado su gran utilidad Actúa inhibiendo la IL-4 y la IL-5, disminuye células T e infiltrado eosinófilo, libera IL-3 interferón gama, factor de necrosis tumoral alfa y factor estimulador de colonias de granulocitos <sup>(62,63,64,65,66,67,68,69)</sup>

**Otras terapéuticas:** Se han utilizado PUVA terapia, aromaterapia, hierbas chinas, terapias de relajación , eliminación de alérgenos, fotoféresis etc <sup>(26,27,28,35,38,60)</sup>

### PUVA terapia

Se utiliza en DA recalcitrante de difícil manejo, que no han respondido a otros manejos Su mecanismo de acción asocia un psoraleno y UVA y esto modifica las moléculas de adhesión del queratinocito, disminuye la actividad de eosinófilos y mastocitos, y tiene acción antibacteriana sobre *S aureus* y *P ovale* Las recaídas y exacerbación de los síntomas son frecuentes, cuando se discontinúa el tratamiento <sup>(59)</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I. Pronóstico

La regla es la remisión espontánea, más o menos completa durante la infancia con recurrencias ocasionales más intensas durante la adolescencia. En la mayoría de los pacientes, la enfermedad persiste durante 15 o 20 años, y entre 30 y 50 % de las personas desarrollaran asma o rinitis alérgica. La DA de inicio en el adulto por lo general tiene una evolución más grave <sup>(35,36,37)</sup>

## 2.-Dermatitis Atópica y Calidad de Vida

La investigación de calidad de vida (CV) en dermatología se ha realizado mediante instrumentos genéricos y específicos

## MEDIDAS DE SALUD GENERAL EN ADULTOS

Medidas de salud general han sido usadas en DA incluidos el Sickness Impact Profile (SIP) y el Short Form Health Survey 36 (SF-36). El problema con usar estas medidas es que están diseñadas para ser usadas en todas las enfermedades por lo tanto muchas preguntas no son directamente relevantes en dermatología. Esto puede producir una falta relativa de sensibilidad. Entre los primeros aptos para la comparación entre enfermedades dermatológicas y no dermatológicas, destacan el Sickness Impact Profile (SIP), el Short-Form Health Survey Questionnaire (SF-36), y el Nottingham Health Profile (NHP), disponiéndose en todos los casos de una adaptación transcultural y validación al español. A 239 adultos con DA se les aplicó el SF-36 (9) y este estudio no reveló ningún problema físico, pero identificó debilidad significativa tanto mental como emocional. La versión del Reino Unido del SIP se usó con éxito, junto con el Eczema Disability Index, en la valoración del impacto de la ciclosporina oral en la DA <sup>(58,61)</sup>. La mayor mejoría se descubrió en una amplia gama de dominios de la CV con el índice de invalidez del eccema. Las mismas escalas se usaron en un estudio a largo plazo de este tratamiento que compara el uso continuo de la ciclosporina y el uso intermitente de la misma <sup>(58,61-62)</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MEDIDAS DERMATOLÓGICAS ESPECIFICAS EN ADULTOS

Hay varias medidas dermatológicas específicas que se han descrito. Estos incluyen el DLQI, SKINDEX, Dermatology Quality of Life Scales (DQLS) y el Dermatology Specific Quality of Life. El DLQI se describió primero en 1994, y existen hasta la fecha más de 70 publicaciones describiendo su uso. Está disponible en una amplia gama de traducciones. Es una encuesta simple de 10 preguntas que son fiables y que pueden ser completadas fácilmente sin ayuda. Se ha usado en varios estudios de adultos con DA <sup>(67)</sup>.

En el artículo original que describe el DLQI <sup>(65)</sup> los pacientes con DA fueron identificados como los que tenían la puntuación más alta (mala) en la medida de su CV de todas las enfermedades medidas. La habilidad de la intervención para mejorar el deterioro de la CV se demostró estudiando a los pacientes con DA antes y después de haberse admitido en una unidad para su tratamiento, hubo una mejoría significativa en su mala puntuación. El alto nivel de deterioro de la vida de adultos con DA severa se demostró en otro estudio multicéntrico <sup>(68)</sup>. El nivel de impacto de la DA en pacientes en la comunidad se encontró significativamente similar que en los enviados a segundo nivel <sup>(69)</sup>.

El valor de usar índices como el DLQI fue demostrado en un estudio que buscó identificar si los pacientes ganaban algún beneficio en su CV cuando fueron vistos en una clínica dermatológica <sup>(70)</sup>. Al principio no se evidenció ningún cambio cuando esperaban ser remitidos pero si fue significativo el cambio tres meses después del inicio de la atención. La influencia de la ansiedad y la CV en pacientes con DA fue evaluada usando el Spielberger State-Trait Anxiety Index <sup>(71)</sup>, ambos tanto la severidad de la DA y los niveles de ansiedad influenciaron el deterioro de la CV.

Dentro de los instrumentos específicos cabe distinguir entre aquellos aplicables a una determinada enfermedad de la piel (por ejemplo Psoriasis Disability Index, etc), y aquellos aptos para comparar un elevado número de enfermedades dermatológicas (específicos en dermatología), como el cuestionario DLQI que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

contiene pocas preguntas, y tiene la ventaja de poder comparar diferentes enfermedades

El Patient Generated Index (PGI) <sup>(72)</sup> es otro método para evaluar el impacto que la enfermedad dermatológica causa, en este caso a los pacientes se les permite grabar y evaluar sus propios problemas generados por su dermatosis. El DLQI ha sido usado junto con el PGI, en donde se demostró la debilidad inevitable de las preguntas fijas de las encuestas para ser valorado individualmente por cada paciente.

En particular los efectos en el dormir y nadar no se identificó directamente por el DLQI. Sin embargo, las preguntas fijas siguen siendo las más prácticas para el uso en escalas de CV. Un reciente extenso estudio del uso del DLQI en 114 con DA leve y moderada concluyó que había una mejoría significativa en las medidas de CV después del tratamiento con esteroides tópicos. El cambio principal estaba en las dos primeras preguntas relacionadas con los síntomas y las percepciones <sup>(73)</sup>

Una medida más dermatológica específica el Pediatric Symptom Checklist <sup>(74)</sup> fue desarrollado para identificar niños con trastornos psicosociales en una clínica dermatológica. El Dr Finlay <sup>(6)</sup> desarrolló el CDLQI como un primer esfuerzo para medir la magnitud de la invalidez causada por las enfermedades dermatológicas en los niños. Una versión de dibujos animados está siendo actualmente validada. Este índice puede usarse en diferentes enfermedades, siendo la DA y la escabiasis las que han mostrado los mayores puntajes malos en la CV, comparadas con otras enfermedades. Cuando se usa la ciclosporina en la DA hay también una mejoría significativa en la CV a las 12 semanas de tratamiento <sup>( )</sup>

La mala CV mejora después de tratamiento en DA severa <sup>(75)</sup>. Tales métodos pueden usarse para intervenir la efectividad de un servicio clínico, resaltando o comparando con pacientes que no tiene acceso a los servicios de salud. El CDLQI también puede usarse en estudios para determinar la efectividad, de los servicios médicos en las enfermedades ambulatorias. El DLQI no mostró ningún cambio cuando los niños esperaban ser atendidos en una clínica dermatológica, pero sí hubo mejoría significativa en la CV 3 meses después de estarse viendo

Los nuevos modelos de servicios en Dermatología necesitan ser evaluados adecuadamente y el CDLQI se puede usar para ello, especialmente en niños con DA. Se ha demostrado que estos pacientes mejoran su CV después que se han visto en unidades especializadas en Dermatología.

El PGI es una escala genérica no dermatológica que requiere mayor número de etapas con el reconocimiento de las esferas de actividad más modificadas por la dermatosis y su evaluación cuantitativa.

Otras escalas evalúan la calidad de vida en una enfermedad en particular, el problema principal de dichas escalas es que carecen de posibilidad de comparar con otras enfermedades. El EDI (Eczema Disability Index) fue creado del PDI (Psoriasis Disability Index). El EDI ha sido utilizado junto con el UKSIP (versión inglesa del American Sickness Impact Profile) para evaluar el apego a un tratamiento a base de ciclosporina en la DA del adulto. El EDI comprende 15 preguntas concernientes a las actividades cotidianas, la vida profesional o escolar, relaciones personales y el tratamiento. En este estudio se demostró una mejoría rápida de la CV y un vínculo definitivo entre la CV y los índices para sueño y prurito.

Otro estudio fue realizado en niños atópicos de 2 a 16 años. La evaluación fue realizada mediante un cuestionario con 3 partes:

- a) Percepción del niño sobre sí mismo
- b) Las mismas preguntas realizadas a los padres
- c) El efecto de la DA en la vida familiar según los padres

Desafortunadamente, son pocos los datos dados por la escala utilizada debido a su formulación (diseño) y su validación.

En conclusión, los estudios son pocos, las escalas son múltiples. Frecuentemente escritas en inglés. Las primeras preguntas son acerca de su valor de validación.

que es más o menos perfecto. La segunda pregunta es la selección de una escala genérica o específica, una escala con preguntas abiertas o cerradas. Sin embargo las dos preguntas principales conciernen a

- a) La utilización de estas escalas en los estudios, recordando que el fin principal de un tratamiento no es mejorar la CV sino atacar la enfermedad, o por lo menos, hacer desaparecer los síntomas. Si un niño tiene una piel inflamada, sobreinfectada y eczematosa, el tratamiento no debe ser aceptado a menos de que su calidad de vida mejore aunque sea un poco. El problema principal es la diferencia entre significancia estadística y significancia clínica. Las escalas de CV brindan cifras que pretenden utilidad estadística que no significa por fuerza una gran utilidad clínica.
- b) Que las medidas establecidas en otros países, escritas en otros idiomas requieren no sólo una traducción sino una adaptación cultural que debe estar validada para su uso en castellano.

Para la DA falta claramente una escala de calidad de vida aplicable en niños, que mida la calidad de su sueño, de sus relaciones familiares, su vida escolar, así como el apego al tratamiento (dificultad de uso de medicamentos tópicos, efecto sedante de antihistamínicos).

## **VI. CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA**

La vida familiar se afecta cuando se tiene un niño con DA. La magnitud de este impacto se ha explorado en detalle, no sólo documentando el impacto en las actividades familiares, sino también en sus relaciones.

La DA tiene efectos profundos en las vidas de niños y adultos, con efectos secundarios mayores en sus familias. Cada grupo de pacientes experimenta los problemas de forma diferente, y por lo mismo diferentes métodos se han inventado para medir estos efectos diferentes <sup>(70)</sup>

que es más o menos perfecto. La segunda pregunta es la selección de una escala genérica o específica, una escala con preguntas abiertas o cerradas. Sin embargo las dos preguntas principales conciernen a

- a) La utilización de estas escalas en los estudios, recordando que el fin principal de un tratamiento no es mejorar la CV sino atacar la enfermedad, o por lo menos, hacer desaparecer los síntomas. Si un niño tiene una piel inflamada, sobreinfectada y eczematosa, el tratamiento no debe ser aceptado a menos de que su calidad de vida mejore aunque sea un poco. El problema principal es la diferencia entre significancia estadística y significancia clínica. Las escalas de CV brindan cifras que pretenden utilidad estadística que no significa por fuerza una gran utilidad clínica.
- b) Que las medidas establecidas en otros países, escritas en otros idiomas requieren no sólo una traducción sino una adaptación cultural que debe estar validada para su uso en castellano.

Para la DA falta claramente una escala de calidad de vida aplicable en niños, que mida la calidad de su sueño, de sus relaciones familiares, su vida escolar, así como el apego al tratamiento (dificultad de uso de medicamentos tópicos, efecto sedante de antihistamínicos).

## **VI. CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA**

La vida familiar se afecta cuando se tiene un niño con DA. La magnitud de este impacto se ha explorado en detalle, no sólo documentando el impacto en las actividades familiares, sino también en sus relaciones.

La DA tiene efectos profundos en las vidas de niños y adultos, con efectos secundarios mayores en sus familias. Cada grupo de pacientes experimenta los problemas de forma diferente, y por lo mismo diferentes métodos se han inventado para medir estos efectos diferentes <sup>(70)</sup>



Una escala el Family Dermatitis Impact Questionnaire <sup>(72)</sup> ha sido propuesto para ayudar a medir este impacto Otro largo cuestionario ha sido propuesto por otro grupo para medir esta misma área

Aunque no es posible preguntar a un niño directamente , es posible tener una idea del efecto de la DA en la vida del niño haciendo preguntas a la persona más cercana habitualmente es la madre Se documentó una amplia gama de problemas incluso efectos sobre el humor, sueño, juegos, ropa y tiempo para bañarse

La DA tiene impacto inmediato, pero también lo más común es que se refleje en la futura decisión de escoger carrera o con el tiempo afectando sus relaciones íntimas Los médicos habitualmente no están acostumbrados ni son muy buenos para evaluar hasta que punto esta enfermedad afecta la vida de sus pacientes, pero es importante empezar a notar que tan importante puede llegar a ser una enfermedad como la DA en el transcurrir diario de estas personas

## **LAS MEDIDAS DE UTILIDAD**

Las medidas de utilidad son las preguntas diseñadas para evaluar el valor que dan los pacientes a su enfermedad El valor puede expresarse en condiciones financieras hipotéticas de tiempo-comercio, o comparación con otras enfermedades Tales estudios se han llevado a cabo en adultos con DA En los adultos con DA severa el 49% pagaría 10 000 libras esterlinas o más si una cura estuviera disponible para su enfermedad <sup>(76)</sup> Si esto se relacionara con sus ganancias , estarían dispuestos a invertir el 77% de su ganancias anuales para una cura <sup>(77)</sup>

## **INDICE DERMATOLÓGICO PEDIÁTRICO DE CALIDAD DE VIDA ( CDLQI)**

El índice pediátrico (CDLQI) tiene una estructura similar al DLQI diseñado para adultos Consta de 10 preguntas y cada una cuenta con una escala de respuestas tipo likert que va de "nada" a "muchísimo"

Estas preguntas exploran áreas como síntomas y sentimientos (1,2) tiempo libre (4,5,6), vacaciones y escuela (7), relaciones y amistades (3,8), sueño (9) y tratamiento (10) Para responder este cuestionario se les pide a los pacientes considerar el efecto de su problema de la piel durante la última semana El cuestionario está diseñado para ser respondido por el niño mayor de 5 años con la ayuda de un adulto de preferencia alguno de los padres La calificación de este índice se obtiene al sumar cada respuesta que puede tener un valor que va de 0, 1, 2, 3, con una calificación mínima de cero y una máxima de treinta al sumar las 10 respuestas

### **INDICE DE SEVERIDAD DE LA DERMATITIS ATOPICA (SCORAD)**

El índice de severidad de la DA fue diseñado en 1992 por el consenso de la European Task Force on Atopic Dermatitis Se puede usar desde lactantes hasta en adultos

La calificación se obtiene al calificar área afectada, intensidad y sintomatología las cuales se suman y multiplican según constantes determinadas en dicho consenso El área o zona afectada se obtiene siguiendo la regla de los 9, con la variante en cabeza y extremidades inferiores en niños menores de dos años La palma de la mano del paciente representa el 1% de su superficie corporal Se obtiene una calificación máxima de 100

En la intensidad se evalúa eritema, edema, costra, escoriación, liquenificación y xerosis con puntajes de ausencia (0), leve (1), moderado (2) y severo (3) con una calificación máxima de 18 puntos La xerosis se califica únicamente en zonas no inflamadas

Por último se califica la sintomatología al sumar prurito, alteraciones del sueño y problemas que haya generado su dermatosis durante los 3 últimos días utilizando una escala análoga visual de 10 centímetros

El puntaje total se obtiene del producto de  $\text{área afectada} / 5 + \text{sintomatología} + 7 \times \text{intensidad} / 2 + \text{sintomatología}$  Se obtiene una puntuación máxima de 113, resultado de  $100/5 + 7 \times 18/2 + 30$

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Teniendo en cuenta que ambos índices han demostrado su confiabilidad y validez en el idioma inglés, se hace necesario adecuarlos a nuestra población por lo que se realizó traducción al castellano del SCORAD y del CDLQI traducción y traducción reversa previa

## **VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO**

### **A.- JUSTIFICACIÓN:**

La necesidad de medir en forma más objetiva el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, así como la mejoría de ésta al instituir tratamientos efectivos, ha llevado al desarrollo de diferentes instrumentos. En dermatología, Finlay y cols desarrollaron un Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index CDLQI*) que ha sido empleado en diversas dermatosis, entre ellas la DA. Este índice requiere de adaptación al castellano para ser empleado en niños mexicanos con DA.

### **B.- OBJETIVO:**

Adaptar el Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI*) traducido al castellano y ver su correlación con la severidad de la Dermatitis Atópica medida por medio del Índice de Severidad de Dermatitis *Atópica (Severity Scoring of Atopic Dermatitis, SCORAD)* para su uso en niños mexicanos con DA.

### **C.- DISEÑO**

Este estudio fue observacional y descriptivo. Realizado en un periodo de 1 mes, en un hospital de tercer nivel.

### **D.- MATERIAL Y MÉTODO:**

Se estudiaron pacientes pediátricos que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, con diagnóstico de Dermatitis Atópica activa según criterios de Hanifin y Rajka, en los cuales se evaluó la severidad mediante



Teniendo en cuenta que ambos índices han demostrado su confiabilidad y validez en el idioma inglés, se hace necesario adecuarlos a nuestra población por lo que se realizó traducción al castellano del SCORAD y del CDLQI traducción y traducción reversa previa

## **VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO**

### **A.- JUSTIFICACIÓN:**

La necesidad de medir en forma más objetiva el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, así como la mejoría de ésta al instituir tratamientos efectivos, ha llevado al desarrollo de diferentes instrumentos. En dermatología, Finlay y cols desarrollaron un Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index CDLQI*) que ha sido empleado en diversas dermatosis, entre ellas la DA. Este índice requiere de adaptación al castellano para ser empleado en niños mexicanos con DA.

### **B.- OBJETIVO:**

Adaptar el Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI*) traducido al castellano y ver su correlación con la severidad de la Dermatitis Atópica medida por medio del Índice de Severidad de Dermatitis *Atópica (Severity Scoring of Atopic Dermatitis, SCORAD)* para su uso en niños mexicanos con DA.

### **C.- DISEÑO**

Este estudio fue observacional y descriptivo. Realizado en un periodo de 1 mes, en un hospital de tercer nivel.

### **D.- MATERIAL Y MÉTODO:**

Se estudiaron pacientes pediátricos que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, con diagnóstico de Dermatitis Atópica activa según criterios de Hanifin y Rajka, en los cuales se evaluó la severidad mediante



Teniendo en cuenta que ambos índices han demostrado su confiabilidad y validez en el idioma inglés, se hace necesario adecuarlos a nuestra población por lo que se realizó traducción al castellano del SCORAD y del CDLQI traducción y traducción reversa previa

## **VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO**

### **A.- JUSTIFICACIÓN:**

La necesidad de medir en forma más objetiva el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, así como la mejoría de ésta al instituir tratamientos efectivos, ha llevado al desarrollo de diferentes instrumentos. En dermatología, Finlay y cols desarrollaron un Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index CDLQI*) que ha sido empleado en diversas dermatosis, entre ellas la DA. Este índice requiere de adaptación al castellano para ser empleado en niños mexicanos con DA.

### **B.- OBJETIVO:**

Adaptar el Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI*) traducido al castellano y ver su correlación con la severidad de la Dermatitis Atópica medida por medio del Índice de Severidad de Dermatitis *Atópica (Severity Scoring of Atopic Dermatitis, SCORAD)* para su uso en niños mexicanos con DA.

### **C.- DISEÑO**

Este estudio fue observacional y descriptivo. Realizado en un periodo de 1 mes, en un hospital de tercer nivel.

### **D.- MATERIAL Y MÉTODO:**

Se estudiaron pacientes pediátricos que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, con diagnóstico de Dermatitis Atópica activa según criterios de Hanifin y Rajka, en los cuales se evaluó la severidad mediante



Teniendo en cuenta que ambos índices han demostrado su confiabilidad y validez en el idioma inglés, se hace necesario adecuarlos a nuestra población por lo que se realizó traducción al castellano del SCORAD y del CDLQI traducción y traducción reversa previa

## **VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO**

### **A.- JUSTIFICACIÓN:**

La necesidad de medir en forma más objetiva el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, así como la mejoría de ésta al instituir tratamientos efectivos, ha llevado al desarrollo de diferentes instrumentos. En dermatología, Finlay y cols desarrollaron un Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index CDLQI*) que ha sido empleado en diversas dermatosis, entre ellas la DA. Este índice requiere de adaptación al castellano para ser empleado en niños mexicanos con DA.

### **B.- OBJETIVO:**

Adaptar el Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI*) traducido al castellano y ver su correlación con la severidad de la Dermatitis Atópica medida por medio del Índice de Severidad de Dermatitis *Atópica (Severity Scoring of Atopic Dermatitis, SCORAD)* para su uso en niños mexicanos con DA.

### **C.- DISEÑO**

Este estudio fue observacional y descriptivo. Realizado en un periodo de 1 mes, en un hospital de tercer nivel.

### **D.- MATERIAL Y MÉTODO:**

Se estudiaron pacientes pediátricos que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, con diagnóstico de Dermatitis Atópica activa según criterios de Hanifin y Rajka, en los cuales se evaluó la severidad mediante



Teniendo en cuenta que ambos índices han demostrado su confiabilidad y validez en el idioma inglés, se hace necesario adecuarlos a nuestra población por lo que se realizó traducción al castellano del SCORAD y del CDLQI traducción y traducción reversa previa

## **VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO**

### **A.- JUSTIFICACIÓN:**

La necesidad de medir en forma más objetiva el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente, así como la mejoría de ésta al instituir tratamientos efectivos, ha llevado al desarrollo de diferentes instrumentos. En dermatología, Finlay y cols desarrollaron un Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index CDLQI*) que ha sido empleado en diversas dermatosis, entre ellas la DA. Este índice requiere de adaptación al castellano para ser empleado en niños mexicanos con DA.

### **B.- OBJETIVO:**

Adaptar el Índice Dermatológico Pediátrico de Calidad de Vida (*Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI*) traducido al castellano y ver su correlación con la severidad de la Dermatitis Atópica medida por medio del Índice de Severidad de Dermatitis *Atópica (Severity Scoring of Atopic Dermatitis, SCORAD)* para su uso en niños mexicanos con DA.

### **C.- DISEÑO**

Este estudio fue observacional y descriptivo. Realizado en un periodo de 1 mes, en un hospital de tercer nivel.

### **D.- MATERIAL Y MÉTODO:**

Se estudiaron pacientes pediátricos que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, con diagnóstico de Dermatitis Atópica activa según criterios de Hanifin y Rajka, en los cuales se evaluó la severidad mediante



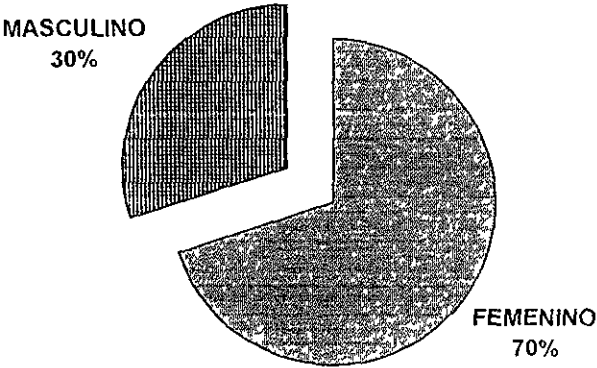
el SCORAD y se les aplicó la versión en castellano del CDLQI, antes de instaurar manejo con emolientes y un antihistamínico vía oral y se repitieron ambas mediciones a la semana

**E.-ANÁLISIS:**

Las variables principales (calificación promedio del SCORAD y calificación promedio del CDLQI) se analizaron para estimar el coeficiente de correlación de Pearson. Las calificaciones basales y a la semana de cada índice y estratificado por género se analizaron mediante la prueba de T de student. Las variables demográficas se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

**F.- RESULTADOS:**

Se estudiaron un total de 30 pacientes con dermatitis atópica (DA), de los cuales 21 eran del sexo femenino (70%) y 9 del masculino (30%). Relación mujer hombre 2:1. Con un rango de edad de 5 a 16 años, con edad promedio de 9,1 (DE 3,4) años.



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



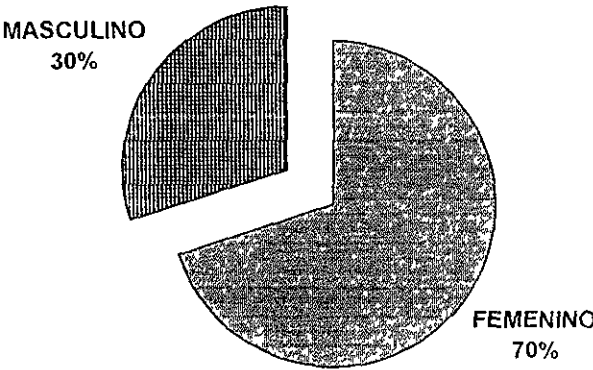
el SCORAD y se les aplicó la versión en castellano del CDLQI, antes de instaurar manejo con emolientes y un antihistamínico vía oral y se repitieron ambas mediciones a la semana

**E.-ANÁLISIS:**

Las variables principales (calificación promedio del SCORAD y calificación promedio del CDLQI) se analizaron para estimar el coeficiente de correlación de Pearson. Las calificaciones basales y a la semana de cada índice y estratificado por género se analizaron mediante la prueba de T de student. Las variables demográficas se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

**F.- RESULTADOS:**

Se estudiaron un total de 30 pacientes con dermatitis atópica (DA), de los cuales 21 eran del sexo femenino (70%) y 9 del masculino (30%). Relación mujer hombre 2:1. Con un rango de edad de 5 a 16 años, con edad promedio de 9.1 (DE 3.4) años.



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

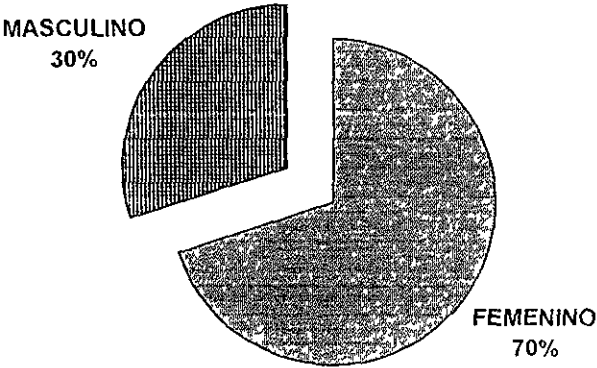
el SCORAD y se les aplicó la versión en castellano del CDLQI, antes de instaurar manejo con emolientes y un antihistamínico vía oral y se repitieron ambas mediciones a la semana

**E.-ANÁLISIS:**

Las variables principales (calificación promedio del SCORAD y calificación promedio del CDLQI) se analizaron para estimar el coeficiente de correlación de Pearson. Las calificaciones basales y a la semana de cada índice y estratificado por género se analizaron mediante la prueba de T de student. Las variables demográficas se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

**F.- RESULTADOS:**

Se estudiaron un total de 30 pacientes con dermatitis atópica (DA), de los cuales 21 eran del sexo femenino (70%) y 9 del masculino (30%). Relación mujer hombre 2:1. Con un rango de edad de 5 a 16 años, con edad promedio de 9.1 (DE 3.4) años.



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

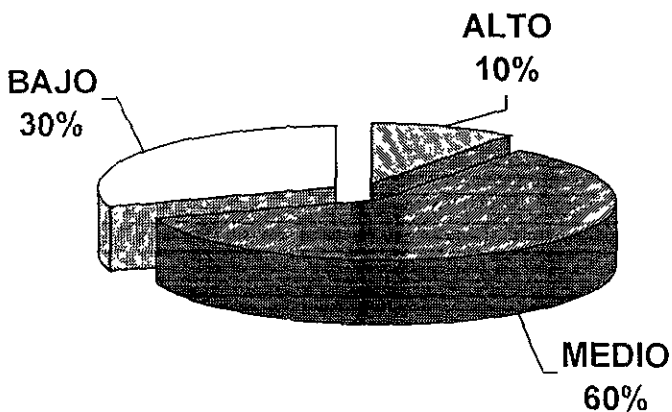
Con respecto a la escolaridad de los pacientes mayor porcentaje correspondió a la educación primaria (66.6%)

**TABLA 1.- DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD**

	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMARIA	20	66.6%
SECUNDARIA	8	26.7%
PREPARATORIA	2	6.7%
TOTAL	30	100%

**ESTRATO SOCIOECONÓMICO:**

El estrato socio económico con mayor porcentaje fue el estrato medio (18 pacientes) (60%) Al estrato bajo pertenecían 9 pacientes (30%) y solo 3 pacientes provenían de una estrato socioeconómico alto (10%)



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INDICE DE SEVERIDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA (SCORAD)

Todos los pacientes que se estudiaron presentaron el diagnóstico clínico de DA (según criterios de Hanifin y Rajka) Se aplicó la escala clinimétrica en una primera visita, teniendo una calificación total de promedio 39.5, con un rango de 14.3 a 95.5, y una desviación estándar de 22.62

En la evaluación del sexo femenino encontramos un promedio, en la primera visita 39.2 con un rango de 14.3 a 92, y una desviación estándar de 19.5. En la evaluación del sexo masculino encontramos una calificación promedio de 40.2 con un rango de 15.8 a 95.5, y una desviación estándar de 29.98

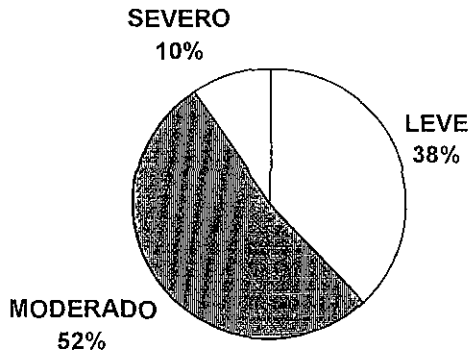
**TABLA 2. INDICE DE SEVERIDAD (SCORAD) EN LA PRIMERA VISITA**

	MUJERES PROMEDIO. (D.E.) n= 21	HOMBRES PROMEDIO. (D.E.) n = 9	T student p =
SCORAD VISITA 1	39.5 (19.5)	40.2 (29.9)	0.91

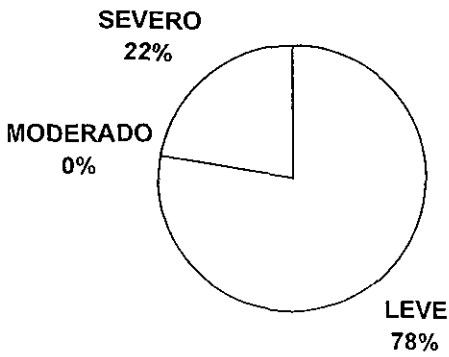
Con relación a la escala de leve, moderado y severo, el resultado global mostró un mayor porcentaje de leve 15 (50%), seguido de moderado 11(36.3%) y severo solo en 4 casos (13.3%)

En el sexo femenino se encontró un mayor porcentaje de dermatitis atópica moderada de 52% (11casos), y en el sexo masculino un mayor porcentaje de afección leve 78% (7casos)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA DISTRIBUCIÓN DE SEVERIDAD EN EL SEXO FEMENINO



GRAFICA DISTRIBUCIÓN DE SEVERIDAD EN EL SEXO MASCULINO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

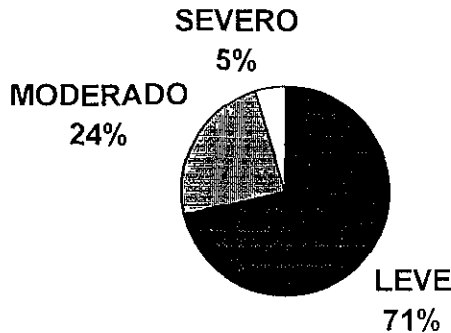
**INDICE DE SEVERIDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA (SCORAD)  
EN LA SEGUNDA VISITA**

Se aplicó la escala clinimétrica en una segunda visita a la semana, teniendo una calificación total promedio de 31.22, con un rango de 10.2 a 75.2 con una desviación estándar de 17.4. En la evaluación del sexo femenino encontramos un promedio de 31.5 con un rango de 10.2 a 75.2 con una desviación estándar de 15.5. En la evaluación del género masculino encontramos un promedio de 30.5 con un rango de 12.1 a 72.5 con una desviación estándar de 22.4.

	MUJERES PROMEDIO. (D.E.) n= 21	HOMBRES PROMEDIO. (D.E.) n = 9	T student p =
SCORAD VISITA 2	31.5 (15.5)	30.5 (22.4)	0.89

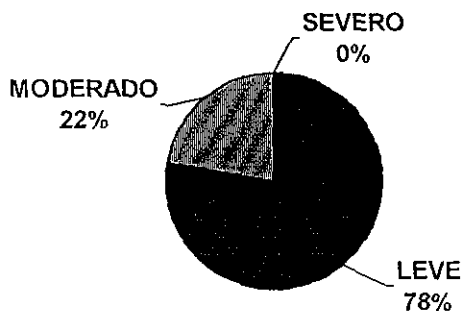
Con relación a la escala de leve, moderado y severo, el resultado global mostró de la segunda visita un mayor porcentaje de leve 15 (50%), seguido de moderado 11(36.3%) y severo solo en 4 casos (13.3%).

En el sexo femenino se encontró un mayor porcentaje de dermatitis atópica leve de 71% (15 casos), y en el sexo masculino un mayor porcentaje de afección leve 78% (7casos).



**GRAFICA DISTRIBUCIÓN DE SEVERIDAD EN LA SEGUNDA VISITA DEL SEXO FEMENINO**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**GRAFICA DISTRIBUCIÓN DE SEVERIDAD EN LA SEGUNDA VISITA EN EL SEXO MASCULINO.**

**INDICE DERMATOLÓGICO PEDIÁTRICO DE CALIDAD DE VIDA (CDLQI) EN LA PRIMERA VISITA.**

La calificación en todos los pacientes en la escala del CDLQI en la primera visita tuvo un promedio de 10.7, con un rango de 1 a 22, y una desviación estándar de 6.07

En la evaluación del sexo femenino encontramos un promedio de la escala, en la primera visita, de 11.09 con un rango de 1 a 22, y una desviación estándar de 6.17

En la evaluación del genero masculino encontramos un puntaje promedio de 9.7 con un rango de 3 a 19, y una desviación estándar de 6.09

	MUJERES PROMEDIO. (D.E.) n= 21	HOMBRES PROMEDIO. (D.E.) n = 9	T student p =
CDLQI VISITA 1	11.09 (6.17)	9.7 (6.09)	0.59

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Se valoró cada una de las preguntas, considerándolas como variables diferentes y que se pueden comparar entre el sexo femenino con el masculino. Se realizó una tabla comparativa de dichas variables entre ambos géneros.

**TABLA : PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LAS PREGUNTAS DEL CDQLI EN LA PRIMERA VISITA.**

No	MASCULINO		FEMENINO		P =
	1ERA. VISITA		1RA VISITA		
	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	
1(SÍNTOMAS)	1.44	0.88	1.80	0.81	0.28
2(SENTIMIENTOS)	1.3	1.22	1.14	0.9	0.63
3(AMISTADES)	0.55	1.01	0.51	0.81	0.96
4(ROPA ,CALZADO)	0.55	0.72	0.95	0.92	0.26
5 (RECREACIÓN)	0.66	0.86	1.04	1.02	0.33
6 (DEPORTES)	1.11	0.92	1	1	0.77
7(ESCUELA o VACACIONES)	1.22	1.66	0.90	0.94	0.36
8 (RELACIONES INTERPERSONALES)	0.66	0.70	0.76	0.94	0.78
9 (SUEÑO)	0.66	0.86	1.57	1.12	0.04
10 (TRATAMIENTO)	1.55	1.01	1.42	1.07	0.66

Al agrupar algunas preguntas podemos evaluar diferentes aspectos de la calidad de vida del paciente pediátrico que padece de dermatitis atópica, las preguntas 1 y 2 valoran el dominio de los síntomas y emociones, el dominio de tiempo libre está constituido por las preguntas 4,5 y 6. La escuela o el disfrute de las vacaciones lo valoran las preguntas 7, el dominio de las relaciones interpersonales lo evalúa la pregunta 3. Los dominios restantes sueño y tratamiento se valoran con la calificación de las preguntas 9 y 10 respectivamente.



La valoración de los dominios entre ambos sexos, en la primera visita, mostró un mayor puntaje en el género femenino en el dominio del sueño (1.57) y en el masculino en el dominio del tratamiento (1.55)

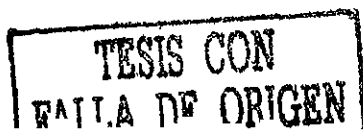
	FEMENINO		MASCULINO		p=
	1ERA. VISITA		1RA VISITA		
DOMINIO	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	
SINTOMAS Y SENTIMIENTOS	1.47	0.91	1.38	1.03	0.48
TIEMPO LIBRE	1	0.96	0.61	0.77	0.66
ESCUELA VACACIONES	0.90	0.94	1.22	1.66	0.36
RELACIONES INTERPERSONALES	0.66	0.87	0.61	0.84	0.96
SUEÑO	1.57	1.12	0.66	0.86	0.04
TRATAMIENTO	1.42	1.07	1.55	1.01	0.66

### **INDICE DERMATOLÓGICO PEDIÁTRICO DE CALIDAD DE VIDA (CDLQI) EN LA SEGUNDA VISITA.**

En la segunda visita el promedio de la calificación total de los pacientes en la segunda visita fue de 8.7, con un rango de 1 a 20 con una desviación estándar de 5.4

En la evaluación del sexo femenino encontramos una calificación total de la escala, en la segunda visita se obtuvo un promedio de 9.09 con un rango de 1 a 20 con una desviación estándar de 5.7

En el sexo masculino encontramos un promedio del índice de 7.7 con un rango de 2 a 15 con una desviación estándar de 4.68



	<b>MUJERES PROMEDIO. (D.E.) n= 21</b>	<b>HOMBRES PROMEDIO. (D.E.) n = 9</b>	<b>T student p =</b>
<b>CDLQI VISITA 2</b>	<b>9.09 (5.7)</b>	<b>7.7 (4.68)</b>	<b>0.55</b>

Al igual que en la primera visita se valoró las diferentes variables que corresponden a cada pregunta Como lo muestra la tabla

#### **PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LAS PREGUNTAS DEL CDQLI.**

	<b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		<b>p=</b>
	<b>2DA VISITA</b>		<b>2DA VISITA</b>		
<b>No</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>	
<b>1(SÍNTOMAS)</b>	<b>1.22</b>	<b>0.44</b>	<b>1.33</b>	<b>0.65</b>	<b>0.64</b>
<b>2(SENTIMIENTOS)</b>	<b>1.1</b>	<b>0.92</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>	<b>0.72</b>
<b>3(AMISTADES)</b>	<b>0.44</b>	<b>0.72</b>	<b>0.38</b>	<b>0.66</b>	<b>0.81</b>
<b>4(ROPA ,CALZADO)</b>	<b>0.44</b>	<b>0.52</b>	<b>0.76</b>	<b>0.94</b>	<b>0.35</b>
<b>5 (RECREACIÓN)</b>	<b>0.44</b>	<b>0.72</b>	<b>0.85</b>	<b>0.79</b>	<b>0.19</b>
<b>6 (DEPORTES)</b>	<b>1</b>	<b>0.70</b>	<b>0.9</b>	<b>0.9</b>	<b>0.78</b>
<b>7(ESCUELA ó VACACIONES)</b>	<b>1.11</b>	<b>0.60</b>	<b>0.76</b>	<b>0.88</b>	<b>0.29</b>
<b>8 (RELACIONES IN- TERPERSONALES)</b>	<b>0.44</b>	<b>0.52</b>	<b>0.71</b>	<b>0.90</b>	<b>0.41</b>
<b>9 (SUEÑO)</b>	<b>0.44</b>	<b>0.52</b>	<b>1.14</b>	<b>0.91</b>	<b>0.04</b>
<b>10 (TRATAMIENTO)</b>	<b>1.22</b>	<b>0.44</b>	<b>1.28</b>	<b>0.84</b>	<b>0.60</b>

En la evaluación de los dominios en la segunda visita se observó que el sexo femenino con mayor puntaje en el dominio del tratamiento (1.16) y el sexo masculino en el dominio de síntomas y sentimientos (1.16)

	FEMENINO		MASCULINO		p=
	2DA. VISITA		2DA VISITA		
DOMINIO	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	
SÍNTOMAS Y SENTIMIENTOS	1.16	0.69	1.16	0.70	0.66
TIEMPO LIBRE	0.84	0.88	0.44	0.61	0.39
ESCUELA VACACIONES	0.76	0.88	1.11	0.60	0.29
RELACIONES INTERPERSONALES	0.54	0.80	0.44	0.61	0.66
SUEÑO	1.14	0.91	0.44	0.52	0.04
TRATAMIENTO	1.28	0.84	1.11	0.78	0.60

## INDICE DERMATOLÓGICO PEDIÁTRICO DE CALIDAD DE VIDA (CDLQI) EN EL SEXO FEMENINO.

En la evaluación del CDQLI, se realizó una comparación del puntaje entre ambos tiempos de visita en cada sexo. En el sexo femenino se observó mayor puntaje en los síntomas, en ambas visitas (1.80 y 1.33, respectivamente) **TABLA**. En el sexo masculino se observó mayor puntaje en la primera visita fue el tratamiento (1.55) y en la segunda visita los síntomas (1.22) **TABLA**

<b>MUJERES</b>					
<b>No</b>	<b>1ERA. VISITA</b>		<b>2DA VISITA</b>		<b>p=</b>
	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>	
<b>1(SÍNTOMAS)</b>	<b>1.80</b>	<b>0.81</b>	<b>1.33</b>	<b>0.65</b>	<b>0.04</b>
<b>2(SENTIMIENTOS)</b>	<b>1.14</b>	<b>0.9</b>	<b>1</b>	<b>0.7</b>	<b>0.55</b>
<b>3(AMISTADES)</b>	<b>0.51</b>	<b>0.81</b>	<b>0.38</b>	<b>0.66</b>	<b>0.41</b>
<b>4(ROPA, CALZADO)</b>	<b>0.95</b>	<b>0.92</b>	<b>0.76</b>	<b>0.94</b>	<b>0.51</b>
<b>5 (RECREACIÓN)</b>	<b>1.04</b>	<b>1.02</b>	<b>0.85</b>	<b>0.79</b>	<b>0.50</b>
<b>6 (DEPORTES)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>0.9</b>	<b>0.75</b>
<b>7(ESCUELA ó VACACIONES)</b>	<b>0.90</b>	<b>0.94</b>	<b>0.76</b>	<b>0.88</b>	<b>0.61</b>
<b>8 (RELACIONES INTERPERSONALES)</b>	<b>0.76</b>	<b>0.94</b>	<b>0.71</b>	<b>0.90</b>	<b>0.86</b>
<b>9 (SUÑO)</b>	<b>1.57</b>	<b>1.12</b>	<b>1.14</b>	<b>0.91</b>	<b>0.18</b>
<b>10 (TRATAMIENTO)</b>	<b>1.42</b>	<b>1.07</b>	<b>1.28</b>	<b>0.84</b>	<b>0.63</b>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

<b>MASCULINO</b>					
		<b>1ERA. VISITA</b>		<b>2DA VISITA</b>	
<b>No</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESVIACIÓN ESTANDAR</b>	<b>p=</b>
1(SINTOMAS)	1.44	0.88	1.22	0.44	0.50
2(SENTIMIENTOS)	1.3	1.22	1.1	0.92	0.67
3(AMISTADES)	0.55	1.01	0.44	0.72	0.79
4(ROPA, CALZADO)	0.55	0.72	0.44	0.52	0.71
5 (RECREACION)	0.66	0.86	0.44	0.72	0.56
6 (DEPORTES)	1.11	0.92	1	0.70	0.77
7(ESCUELA o VACACIONES)	1.22	1.66	1.11	0.60	0.71
8 (RELACIONES INTERPERSONALES)	0.66	0.70	0.44	0.52	0.46
9 (SUEÑO)	0.66	0.86	0.44	0.52	0.52
10 (TRATAMIENTO)	1.55	1.01	1.11	0.78	0.31

En la comparación de los dominios en el sexo femenino encontramos mayor puntaje en el sueño (1 57) en la primera visita y en la segunda visita en el tratamiento (1 28) Y en el sexo masculino encontramos mayor puntaje en tratamiento (1 55) y en la segunda visita fue mayor el dominio de los síntomas y sentimientos (1 16)

MUJERES					
DOMINIO	1ERA. VISITA		2DA VISITA		
	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	
SINTOMAS Y SENTIMIENTOS	1.47	0.91	1.16	0.69	0.05
TIEMPO LIBRE	1	0.96	0.84	0.88	0.66
ESCUELA hVACACIONES	0.90	0.94	0.76	0.88	0.61
RELACIONES INTERPERSONALES	0.66	0.87	0.54	0.80	0.41
SUÑO	1.57	1.12	1.14	0.91	0.18
TRATAMIENTO	1.42	1.07	1.28	0.84	0.63

HOMBRES					
DOMINIO	1ERA. VISITA		2DA VISITA		
	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	
SÍNTOMAS Y SENTIMIENTOS	1.38	1.03	1.16	0.70	0.66
TIEMPO LIBRE	0.61	0.77	0.44	0.61	0.75
ESCUELA VACACIONES	1.22	1.66	1.11	0.60	0.71
RELACIONES INTERPERSONALES	0.61	0.84	0.44	0.61	0.79
SUÑO	0.66	0.86	0.44	0.52	0.52
TRATAMIENTO	1.55	1.01	1.11	0.78	0.31

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**CORRELACIÓN ENTRE EL INDICE DERMATOLÓGICO PEDIÁTRICO DE CALIDAD DE VIDA (CDLQI) Y LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.**

La valoración de la mejoría entre la primera y segunda visita se estimó en un 18.6% de reducción del CDLQI y de un 21.1% del SCORAD. Al analizarse según el género, los hombres mostraron una reducción discretamente mayor que las mujeres.

	<b>TOTAL PROMEDIO. (D.E.) n= 30</b>	<b>PORCENTAJE DE MEJORIA</b>	
CDLQI VISITA 1	10.7 (6.07)	18.6%	
CDLQI VISITA 2	8.7 (5.4)		
SCORAD VISITA 1	39.5 (22.62)	21.1%	
SCORAD VISITA 2	31.2 (17.4)		

	<b>MUJERES PROMEDIO. (D.E.) n= 21</b>	<b>PORCENTAJE DE MEJORIA</b>	<b>HOMBRES PROMEDIO. (D.E.)n = 9</b>	<b>PORCENTAJE DE MEJORIA</b>
CDLQI VISITA 1	11.09 (6.17)	18.1%	9.7 (6.09)	20.6%
CDLQI VISITA 2	9.09 (5.7)		7.7 (4.68)	
SCORAD VISITA 1	39.5 (19.5)	20.3%	40.2 (29.9)	24.2%
SCORAD VISITA 2	31.5 (15.5)		30.5 (22.4)	

La calificación promedio en la primera visita del SCORAD fue de 39.5 con DE 22.62 con un CDLQI promedio de 10.7 con DE 6.07. La calificación a los siete días post-tratamiento fue significativamente menor en el CDLQI que en promedio fue 8.7 (D E 5.4) no así el del SCORAD que fue de 31.2 (D E 17.4). La correlación entre el CDLQI y el SCORAD en la primera visita fue alta con un coeficiente de correlación de  $r=0.98$ , siendo menor en la segunda visita,  $r=0.56$ .

	<b>SCORAD</b>	<b>CDLQI</b>	<b>COEFICIENTE DE CORRELACIÓN</b> $r =$
<b>VISITA 1</b>	<b>39.5 (22.62)</b>	<b>10.7 (6.07)</b>	<b>0.98</b>
<b>VISITA 2</b>	<b>31.2 (17.2)</b>	<b>8.7 (4.68)</b>	<b>0.56</b>

### VIII. DISCUSIÓN:

El presente trabajo reporta resultados de 30 pacientes con DA que en su mayoría corresponden al sexo femenino con una relación mujer hombre 2:1, que en comparación con la literatura anglosajona refiere igual predominio de sexos, nosotros hallamos mayor porcentaje de mujeres. Este dato es compatible con la literatura Mexicana.

La literatura general establece mayor número de afección en población de estrato socioeconómico alto. La población estudiada no refleja un dato relevante de comparación, ya que la mayoría de los pacientes que acuden al Servicio son de estratos social bajo a medio.

Finlay y cols. reporta un índice de CDLQI alto en la dermatitis atópica en comparación de otras dermatosis. Sin embargo no reporta severidad de la enfermedad. El presente trabajo encontró puntuaciones que correlacionaban la severidad con la calidad de vida, al inicio del tratamiento. Es decir, se observó que la mayor severidad de la dermatitis atópica, el índice de calidad de vida obtenía mayores puntajes. Este dato es relevante ya que nunca se correlacionó en otros estudios publicados en su mayoría por el Dr. Finlay.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



La calificación promedio en la primera visita del SCORAD fue de 39.5 con DE 22.62 con un CDLQI promedio de 10.7 con DE 6.07. La calificación a los siete días post-tratamiento fue significativamente menor en el CDLQI que en promedio fue 8.7 (DE 5.4) no así el del SCORAD que fue de 31.2 (DE 17.4). La correlación entre el CDLQI y el SCORAD en la primera visita fue alta con un coeficiente de correlación de  $r=0.98$ , siendo menor en la segunda visita,  $r=0.56$ .

	<b>SCORAD</b>	<b>CDLQI</b>	<b>COEFICIENTE DE CORRELACIÓN</b> $r =$
<b>VISITA 1</b>	<b>39.5 (22.62)</b>	<b>10.7 (6.07)</b>	<b>0.98</b>
<b>VISITA 2</b>	<b>31.2 (17.2)</b>	<b>8.7 (4.68)</b>	<b>0.56</b>

### VIII. DISCUSIÓN:

El presente trabajo reporta resultados de 30 pacientes con DA que en su mayoría corresponden al sexo femenino con una relación mujer hombre 2:1, que en comparación con la literatura anglosajona refiere igual predominio de sexos, nosotros hallamos mayor porcentaje de mujeres. Este dato es compatible con la literatura Mexicana.

La literatura general establece mayor número de afección en población de estrato socioeconómico alto. La población estudiada no refleja un dato relevante de comparación, ya que la mayoría de los pacientes que acuden al Servicio son de estratos social bajo a medio.

Finlay y cols. reporta un índice de CDLQI alto en la dermatitis atópica en comparación de otras dermatosis. Sin embargo no reporta severidad de la enfermedad. El presente trabajo encontró puntuaciones que correlacionaban la severidad con la calidad de vida, al inicio del tratamiento. Es decir, se observó que la mayor severidad de la dermatitis atópica, el índice de calidad de vida obtenía mayores puntajes. Este dato es relevante ya que nunca se correlacionó en otros estudios publicados en su mayoría por el Dr. Finlay.



La correlación de la severidad y la afección de la calidad de vida en nuestros pacientes con dermatitis atópica es alta al inicio de un tratamiento Y es otro aspecto que no reporta ninguna literatura nacional o internacional

El SCORAD es un índice clinimétrico que en comparación con otros métodos tales como el SASSAD el EDI,etc Es el más completo ya que evalúa el sueño y el prurito, que son datos muy importantes para evaluar la severidad de esta entidad Estos datos se pudieron observar en nuestros pacientes, en especial en las mujeres, en las que las calificaciones referentes al sueño se vieron modificadas posterior a la instauración del tratamiento Así mismo, en las mujeres pudimos observar que el sueño en el CDQLI *al inicio de la evaluación* tiene una alto puntaje (1 80) y a la semana de tratamiento dicho puntaje disminuye (1 33) significativamente ( $p=0.04$ )

Shum y cols, también reporta que el sueño es el más perturbado en la dermatitis atópica y que mejora drásticamente posterior a las 6 semanas de tratamiento ( $p=0.0001$ ) Sin embargo este autor solo toma en cuenta el CDLQI, y no así el SCORAD que también incluye el mismo parámetro

Cuando comparamos este parámetro entre los hombres y mujeres, pudimos observar que las mujeres tenían mayor puntaje que los hombres antes de iniciar su tratamiento ( $p=0.04$ ) Este dato tampoco es reportado por Finlay y cols

Otras diferencias entre el sexo masculino y el femenino en los diferentes parámetros y dominios del CDLQI no mostraron ninguna significancia estadística

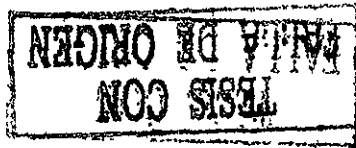
Así mismo podemos ver que el porcentaje de mejora entre ambos tiempos de visita, tanto en el CDQLI y en el SCORAD, fueron similares

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El estudio publicado por Linnet y cols si correlaciona el SCORAD en adultos y el DLQI, encontrando una correlación positiva, y concluyen que la severidad y la ansiedad son importantes factores que influyen en la calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida en dermatitis atópica en niños es muy importante para valorar nuevos tratamientos que mejoren los parámetros más afectados

Creemos que el CDQLI es un instrumento clinimétrico de alta sensibilidad pero son necesarios otros estudios a más largo plazo



## IX. CONCLUSIONES

- 1 De los 30 pacientes con dermatitis atópica (DA) estudiados encontramos una relación de mujer hombre 2 1 Con un rango de edad de 5 a 16 años, con edad promedio de 9 1 (DE 3 4 ) años
- 2 Con respecto a la escolaridad de los pacientes mayor porcentaje correspondió a la educación primaria (66 6%)
- 3 El estrato socio económico con mayor porcentaje fue el estrato medio (18 pacientes) (60%)
- 4 Con relación a la escala de leve, moderado y severo, el resultado global mostró un mayor porcentaje de leve 15 (50%), seguido de moderado 11(36 3%) y severo solo en 4 casos (13 3%)
- 5 El SCORAD al inicio de la evaluación fue de 39 5 y a la semana de tratamiento mejoro un 21 1%, teniendo un puntaje de 31 2
- 6 El CDQLI inicial en el grupo estudiado fué de 10 7 y a las siguiente semana de tratamiento alcanzó una puntuación de 8 7 El porcentaje de mejoría del CDLQI entre la primera visita y la segunda fue de 18%
- 7 El CDLQI se correlaciona positivamente con la severidad de la dermatitis atópica Con un coeficiente de correlación de 0 98 En la segunda visita el coeficiente es menor ,  $r = 0 56$
- 8 El SCORAD y el CDLQI son instrumentos sensibles al cambio y pueden ser de gran utilidad para medir la eficacia de nuevos tratamientos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## X. BIBLIOGRAFÍA

- 1 -Rajagopalan R, Sherertz E, Anderson R, Care Management of Skin Diseases life quality an economic impact, Cap 14 y 23 Marcel Dekker, 1998, New York, New York
- 2 -Herd, R M, Tidman, M J, Ruta, D A And Hunter, J A A, Measurement of quality of life in atopic dermatitis correlation and validation of two different methods British Journal of Dermatology 1997, 136 502- 507
- 3 -Lorette, G Dermatite atopique évaluation de la qualité de vie Ann Dermatol Vénérolo 2000, 127 2S17-2S18
- 4 -Salek M S, Finlay, A Y et al, Cyclosporin greatly improves the quality of life of adults with severe atopic dermatitis A randomized, double- blind, placebo-controlled trial, British Journal of Dermatology 1993, 129 422- 430
- 5 -Finlay, A Y, Khan, G K, Dermatology Life Quality Index (DLQI)- a simple practical measure for routine clinical use Clin Exp Dermatol 1994 210-16
- 6 -Lewis- Jones M S , Finlay A Y, The Children´s Dermatology Life Quality Index (CDLQI) initial validation and practical use British Journal of Dermatology 1995, 132 942- 949
- 7 -Severity Scoring of Atopic Dermatitis SCORAD Index Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis Dermatology 1993, 186 23-31
- 8 -Finlay, A Y Quality of life measurement in dermatology a practical guide British Journal of Dermatology 1997, 136 305-314
- 9 -Cribier, B, Quality of life scales in dermatology limitations and uncertainties Annales de dermatologie et de vénéréologie 1999, 126 181- 183
- 10 -Lorette, G Dermatite atopique évaluation de la qualité de vie Ann Dermatol Vénérolo 2000, 127 2S17-2S18
- 11 -Finlay, A Y, Measurement of disease activity and aoutcome in atopic dermatitis British Jourant of Dermatology 1996, 135 509- 515
- 12 -Harlow, D, Poyner, T, Finlay AY, Dykes PJ Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care Britis Journal of Dermatology 2000, 143 979- 982
- 13 -Editorial, Giving "Scale" New Meaning in Dermatology Arch Dermatol 2000, 136 788-790

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

14 -Cheren, M M et al, Convergent and Discriminant validity of a Generic and a Disease- Specific Instrument to Measure Quality of life in Patients with Skin Disease J Invest Dermatol 1997, 108 103-107

15 -Anderson, R T et al, Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases J Am Acad Derma 1997, 37 41-50

16 -Chren, M M, Lasek, et al, Improved Discriminative and Evaluative Capability of a Refined Version of Skindex, a Quality-of-Life Instrument for Patients With Skin Diseases Arch Dermatol 1997 , 133 1433-1440

17 -Guyatt, G, Feeny, D H, Patrick, D L, Measuring Health-related Quality of Life Annals of Internal Medicine 1993, 118 622-629

18 -De Tiedra AG, Mercadal J , Badia X , Mascaró JM , Herdmann M , Lozano R Adaptación transcultural al Español del cuestionario Dermatology Life Quality Index(DLQI) el índice de Calidad de Vida en Dermatología Acta Dermo-Sifiligráficas 1998, 89 692-700

19 - Medical outcomes Trust SAC Instruments Review Criteria Vol 3,Num 4 1-6

20 -Revuz J Index de qualité de vie en dermatologie Ann Dermatol Vénéreol 2000, 127 2S7-2S8

21 -Guyatt, G, Cook D, Health Status, Quality of Life, and the Individual JAMA 1994, 27 630-631

22 -Editorial, The Lancet 1995, 346 1-2

23 -Gill, T M, Feinstein, A R, A Critical Aprpraisal of The Quality of Quality-of-Life Measurements JAMA 1994, 272 619-625

24 -Kurwa, H A, Finlay, A Y, Dermatology in-patient management greatly improves life quality Brithis Journal of Dermatology, 1995 133 575-578

25 -Macnaughton, R J Numbers, scales, and qualitative research The Lancet 1996, 347 1099-100

26 -Correale C Atopic Dermatitis A Review of Diagnosis and Treatment Am Fam Physician 1999, 60 1191-210

27 -Jaffe R Atopic Dermatitis Primary Care 2000, 27

28 -Saúl A Lecciones de Dermatología XIV Edición, 2001, Mendez Editores Mexico, D F

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 29 -Arenas R *Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento Segunda Edición* 1987, McGraw-Hill México, D F
- 30 -Koblenzer C *Atopic Dermatitis—An Update for the Next Millennium* *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1999, 104
- 31 -American College of Allergy, Asthma and Immunology *Disease management of atopic dermatitis a practice parameter* *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology* 1997, 79 197- 211
- 32 -Fitzpatrick T, Johnson R, A, Wolff K *Atlas de Dermatología Clínica. Tercera Edición* 1997, McGraw-Hill Interamericana México, D F
- 33 -Graham-Brown R *Managing Adults with Atopic Dermatitis* *Dermatologic Clinics* 1996, 14 531- 538
- 34 -Hanifin J, Toft S *Update on therapy of atopic dermatitis* *J Allergy Clin Immunol* 1999, 104 123-125
- 35 -Lever Walter F , *Histología de la piel 7ª Edición* Editorial Inter -médica 1991
- 36 -Rothe MJ, Grant-Kels J M *Atopic dermatitis An update* *JAAD* 1996, 35 1-13
- 37 -Lammintausta M, Kalimo K, Raitala R, Forssten Y *Prognosis of Atopic Dermatitis A Prospective Study in Early Adulthood* *International Journal of Dermatology* 1991, 33 563-568
- 38 -Klein P, Clark R *An evidence- based – review of the efficacy of antihistamines in relieving pruritus in atopic dermatitis* *Arch Dermatol* 1999, 135 1522- 1525
- 39 -Greaves M *Systemic Dermatology Therapy Antihistamines* *Dermatologic Clinics* 2001, 19
- 40 -Leung D, Hauk P, Strickland I, Travers J, Norris D *The role of superantigens in human diseases* *Wuthrich B Clinical aspects, epidemiology, and prognosis of atopic dermatitis* *Annals of Allergy, Asthma and immunology* 1999, 83 464-470
- 41 -Berth- Jones, J *Six Area, six sign Atopic Dermatitis (SASSAD) severity score a simple system for monitoring disease activity in atopic dermatitis* *British Journal of Dermatology* 1996, 135 (suppl 48) 25-30
- 41 -Emerson, R M, Charman, C R, Williams, H C *The Nottingham Eczema Severity Score preliminary refinement of the Rajka and Lageland grading* *British Journal of Dermatology* 2000, 142 288-297

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 42 -Larsen, F S, Denmark, F Atopic dermatitis A genetic-Epidemiologic study in a population-based twin sample JAAD 1993, 28 719-23
- 43 -Herd, R M, Tidman, M J, Prescott, R J and Hunter, J A A The cost of atopic eczema British Journal of Dermatology 1996, 135 20-23
- 44 -Lapidus, C S, Schwarz, D F, Honig, P J Atopic dermatitis in children Who cares? Who pays? JAAD 1993, 28 699-703
- 45 -Emerson, R M, Charman, C R, Williams, H C The Nottingham Eczema Severity Score preliminary refinement of the Rajka and Langeland grading British Journal of Dermatology 2000, 142 288-297
- 46 -Larsen, F S, Diepgen, T, Svensson, A The occurrence of atopic dermatitis in North Europe An international questionnaire study JAAD 1996, 34 760-764
- 47 -Bohme, M, Svensson, A, Kull, I, Wahlgreen, C F Hanifin's and minor criteria for atopic dermatitis Which do 2-year-olds exhibit? JAAD 2000, 43 785-792
- 48 -Howlett S Emotional dysfunction, child- family relationships and childhood atopic dermatitis British Journal of Dermatology 1999, 140 381-384
- 49 -Raimer S Managing Pediatric Atopic Dermatitis Clin Pediat 2000, 39 1-14
- 50 -Harpern J, Ahmed I, et all Cyclosporin for severe childhood atopic dermatitis short course versus continuous therapy British Journal of Dermatology 2000, 142 52- 58
- 51 -Jolles S , Hughes J, Rustin M The treatment of atopic dermatitis with adjunctive high- dose intravenous immunoglobulin a report of three patients and review of the literature British Journal of Dermatology 2000, 142 551- 554
- 52 -Sehgal V, Jain J Atopic Dermatitis Nomenclature International Journal of Dermatology 1993, 32 575-576
- 53 -Cilliers J Atopic dermatitis New perspectives in clinical assessment International Journal of Dermatology 1993, 32 860-862
- 54 -Sehgal V, Jain J Atopic Dermatitis International Journal of Dermatology 1993, 32 628- 637
- 55 -Zuberbier T, Henz B Use of cetirizine in dermatologic disorders Ann Allergy Asthma Immunol 1999, 83 476- 480
- 56 -Johnson M, Johnson K, Engel A Prevalence, morbidity, and cost of dermatologic diseases JAAD 1984, 11 930-936

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



- 57 -Herd R, Prescott R, Hunter J Prevalence of atopic eczema in the community the Lothian atopic dermatitis study *British Journal of Dermatology* 1996, 135 18-19
- 58 -Zaki I, Emerson R, Allen B Treatment of severe atopic dermatitis in childhood with cyclosporin *British Journal of Dermatology* 1996, 135 ( suppl 48) 21-24
- 59 -Brehler R, Hildebrand A, Luger T Recent developments in the treatment of atopic eczema *JAAD* 1997, 36 983-994
- 60 -Herbert A, Mays S Atopic dermatitis of infancy *Dermatology Therapy* 1996, 1 61-74
- 61 -Leung D Atopic dermatitis new insights and opportunities for therapeutic intervention *J Allergy Clin Immunol* 2000, 105 860- 876
- 62 -Drake L, Prendergast et all The impact of tacrolimus ointment on health-related quality of life of adultt and pediatric patients with atopic dermatitis *JAAD* 2001, 44 S 65-72
- 63 -Paller A et all A 12 week study of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in pediatrics patients *JAAD* 2001, 44 S 47-57
- 64 -Kang S , Luccy A et all Long-term safety and efficacy of tacrolimus ointment for treatment of atopic dermatitis in children *JAAD* 2001 44 S 58-64
- 65 -Hanifin J, ling M et all Tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in adult patients part I, Efficacy *JAAD* 2001, 44 S 28-38
- 66 -Soter N, Fleischer A et all Tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in adult patients part II, Safety *JAAD* 2001, 44 S 39-46
- 67 -Leung D, Sotter N Cellular and immunologic mechanisms in atopic dermatitis *JAAD* 2001, 44 S 1-12
- 68 -Tofte S , Hanifin J Current management and therapy of atopic dermatitis *JAAD* 2001, 44 S 13-16
- 69 -Bekersky I, et all Nonclinical and early development of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis *JAAD* 2001, 44 S 17-27
- 70 -Finlay, A Y Quality of life in atopic dermatitis *JAAD* 2001, part 2 45 1-6
- 71 -Linnet , J, Jemec, G B E, An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis *British Journal of Dermatology* 1999, 140 268- 272

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

72 -Lawson V, Lewis- Jones, M S, Fynlay, A Y, Reid, P And Owens, R G, The family impact of childhood atopic dermatitis the Dermatitis Family Impact questionnaire British Journal of Dermatology 1998, 138: 107- 113

73 -Charman C, Williams H. Outcome Measures of Disease Severity in Atopic Eczema Arch Dermatol, June 2000, 136 763- 769

74 - Cobos Barquera B Calidad de Vida en el paciente con Psoriasis (validación de dos escalas de evaluación) Tesis de Postgrado, UNAM, México D F, 19996

75 -Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ J Skindex, a Quality-of-Life Measure for Patients with Skin Disease Reliability, Validity, and Responsiveness Invest Dermatol 1996, 107 707-713

76 -Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spigelhalter D, Cpx D Quality of life measures in health care II Design, analysis, and interpretation BMJ 1992, 305 1145-114

77 -Anderson, RT, Rajagopalan R Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases JAAD 1997, 37 41-50

78 -Testa M A, Simonson D Assesment of quality-of life outcomes The New England Journal of Medicine 1996, 334 835-840

79 -Oranje, A, Stalder, J-F, Taieb, A, Tasset, Ch, Longueville, M Scoring of atopic dermatitis by SCORAD using a training atlas by investigators from different disciplines Pediatr Allergy Immunol 1997, 8 28-34

80 -Williams, HC, Burney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Hunter JJ, Bingham EA, Finlay AY, Pembroke AC, Grahah- Brown RA, et al The U K Working Party's Diagnostic for Atopic Dermatitis I Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis Britis Journal Dermatology 1994, 131 383-396

81 -Williams, H C, Burney, P G J, Pembroke, A C, Hay, R J The U K Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis III Independent hospital validation British Journal of Dermatology 1994, 131 406- 416

82 -Charman, C R, Venn, A J, Williams, H C Measurement of body surface area involvement in atopic eczema an imposible task? British Journal of Dermatology 1999, 140 109-11

83,- -Mohla G, Horvath N, Stevens S Quality of life improvement in a patient with severe atopic dermatitis treated with photopheresis JAAD 1999, 40 780-782

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Anexo I

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA DERMATITIS ATOPICA (HANIFIN Y RAJKA)

Puede haber 3 o mas criterios mayores

Prurito

Topografía y morfología típica

Liquenificación flexural o lineal en adultos

Afección facial y en superficies extensoras en lactantes y niños

Dermatitis crónica o con recidivas crónicas

Antecedentes personales o familiares de atopia (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica)

Más 3 o más criterios menores

Xerosis (piel no inflamada, rugosa, descamativa)

Ictiosis, hiperlinealidad palmar, queratosis pilar

Reactividad intermedia (tipo I) en pruebas de la piel (común alergias múltiples)

Ig E sérica elevada (en especial valores altos)

Inicio en la edad temprana (por ejemplo antes de los 5 años)

Tendencia a infecciones cutáneas (*S aureus*, Herpes simple, o deterioro de la inmunidad celular)

Eccema del pezón (en especial con liquenificación)

Queilitis (eccema exudativo más frecuentemente del labio superior)

Conjuntivitis recurrente

Doble pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan

Queratocono

Cataratas supcapsulares anteriores (en especial bilaterales)

Oscurecimiento orbitario ("brillo alérgico")

Palidez, edema o eritema facial

Pitiriasis alba

Pliegues del cuello anteriores horizontales

Prurito cuando hay exudación

Intolerancia a la lana y solventes de lípidos (disminuyen el umbral al prurito)

Acentuación perifolicular (granuloso)

Intolerancia alimentaria

Evolución influenciada por factores ambientales o emocionales

Dermografismo páldo o palidez tardía

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Anexo II

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O D  
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lugar y fecha -----

YO ----- como familiar  
responsable PADRE ó

TUTOR legal del menor-----he sido  
informado a mi satisfacción del protocolo "**Calidad de Vida en Niños Mexicanos  
con Dermatitis Atópica**"

Acepto que mi hijo(a) participe en dicho estudio, donde se le realizarán  
evaluaciones clínicas periódicas sobre su padecimiento Así mismo se me informó  
sobre la enfermedad de mi hijo(a), los riesgos y complicaciones que pudiesen  
surgir de no seguir el tratamiento o mismos efector colaterales del mismo  
Estando totalmente de acuerdo con el protocolo del estudio "**Calidad de Vida  
en Niños Mexicanos con Dermatitis Atópica**" Firmo a continuación

NOMBRE -----

IDENTIFICADO CON -----

FIRMA -----

TESTIGO -----

IDENTIFICADO CON -----

FIRMA -----

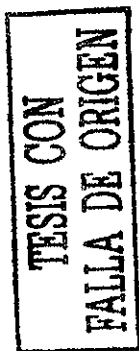
TESTIGO -----

IDENTIFICADO CON -----

FIRMA -----

MEDICO ENCARGADO -----

FIRMA -----



**ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA**

## ANEXO III

### INDICE DERMATOLÓGICO PEDIATRICO DE CALIDAD DE VIDA (CDLQI)

Traducción Directa (versión Mexicana)

Hospital

Nombre

DX

Edad

Fecha

Domicilio

El objetivo de este cuestionario es medir qué tanto te ha afectado tu problema de la piel en la última semana **Por favor señala una sola respuesta para cada pregunta.**

1 - Durante la última semana, qué tanta comezón, picazón o dolor has sentido en la piel?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

2 - Durante la última semana, que tan avergonzado, molesto o triste te has sentido a causa de tu piel?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

3 - Durante la última semana, ¿qué tanto ha afectado tu piel la relación con tus amigos?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

4 - Durante la última semana qué tanto has tenido que cambiar tu ropa o utilizado ropa o calzado especial o diferente debido a la enfermedad de tu piel?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

5 - Durante la última semana qué tanto ha afectado tu piel, tus paseos, juegos o pasatiempos?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6 -Durante la última semana ¿Qué tanto has dejado de nadar o practicar deportes por tu enfermedad?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

7 -Durante la última semana Estabas en la escuela? Qué tanto afectó tu piel tu desempeño escolar?

O

Estabas de vacaciones? Que tanto interfirió tu problema de piel con el disfrutar De vacaciones?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

8 -Durante la última semana ¿Qué tantos problemas has tenido debido a tu piel en cuanto a que te llamen por apodos, te molesten, te pregunten por tu piel o te eviten?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

9 -Durante la última semana ¿qué tanto ha afectado tu problema de piel el que puedas dormir?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

10 -Durante la última semana ¿qué tan problemático ha sido llevar el tratamiento para tu piel?

Muchísimo	
Bastante	
Solo un poco	
Nada	

**POR FAVOR VERIFICA QUE RESPONDISTE A CADA PREGUNTA.  
GRACIAS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Anexo IV

Datos generales:

Número:

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Estrato Socioeconómico:

Puntuación Basal SCORAD:

Puntuación Basal CDLQI:

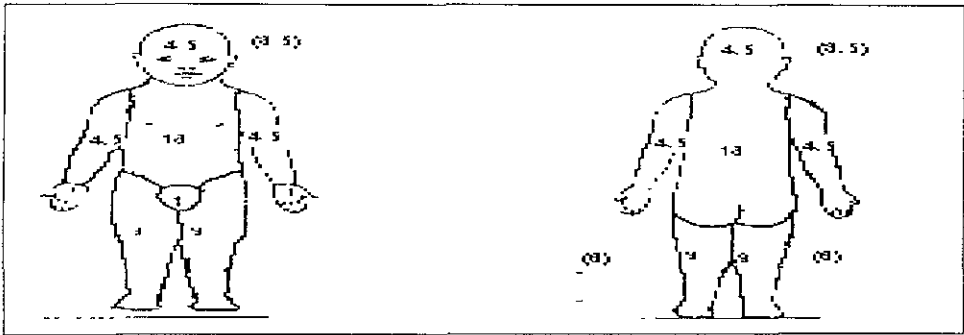
Puntuación a la semana SCORAD:

Puntuación a la Semana CDLQI:

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ANEXO V

<b>SCORAD</b> <b>ÍNDICE DE SEVERIDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA</b>			<b>HOSPITAL GENERAL DE MEXICO</b> <b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>		
PIELITOS _____			MÉDICO _____		
OMBRILLO _____			_____		
FECHA DE NACIMIENTO _____			Día	Mes	año
FECHAS DE VISITA _____					
<b>ESTEROIDE TÓPICO USADO</b>					
POTENCIA/NOMBRE _____					
DOSIS _____					
# BROTES/MES _____					



NÚMEROS EN PARENTESIS PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS		B) INTENSIDAD	
ÁREA DE EXTENSIÓN AFECTADA _____		CRITERIO ERITEMA	INTENSIDAD
INTENSIDAD (INTENSIDAD)		EDEMA	
= AUSENCIA		COSTRA	
= LEVE		ESCORIACIÓN	
= MODERADO		LIQUENIFICACIÓN	
= SEVERO		XEROSIS	
<b>SCORAD <math>A/5 + 7B/2 + C</math></b>		C) SINTOMATOLOGÍA	
ESCALA ANALÓGICA VISUAL		PRURITO + ALTERACIÓN DEL SUEÑO	
FARMACOS ÚLTIMOS DÍAS _____		PRURITO (0-10) _____	
TRATAMIENTO _____		INSOMNIO (0-10) 0 10	
OBSERVACIONES _____		_____	

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



**ANEXO VI**  
Versión Original (Inglés)

CHILDREN'S DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX

Hospital No	Diagnosis	CDLQI
Name		
Age		
Adress	Date	SCORE

The aim this questionnaite is to measure how your skin problem has affected you OVER LAST WEEK Please tick one box each question

- 1 Over the last week, how itchy, "scratchy", sore or painful has your skin been?
- 2 Over the last week, how embarrassed or self conscious, upset or sad have you been because of your skin?
- 3 Over the last week, how much has your skin affected your friendships?
- 4 Over the last week, how much have you changed or worn different or special clothes/shoes because of your skin?
- 5 Over the last week, how much your skin trouble affected going out, playing, or doing hobbies?
- 6 Over the last week, how much have you avoided swimming or other sports because of your skin trouble?
- 7 Last week, your skin affect your school time  

was it school time OR Was it your skin problem holiday time	If school time over the last week, how much did school work?  If holiday time How much over the last week, has interfered with your enjoyment of the holiday?	
--	---	--
- 8 Over the last week, how much trouble have you had because of your skin with other people calling you names, teasing, bullying, asking questions or avoiding you?
- 9 Over the last week, how much has your sleep been affected by your skin problem?
- 10 Over the last week, how much of problem has the treatment for your skin been?

Please check that you answered EVERY question Thank you

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**