



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
PORTADORES DE VITILIGO DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A
DRA. CRISTINA HERNÁNDEZ MIER**

**ASESOR CLÍNICO
DRA. ANA ELENA DOMÍNGUEZ ESPINOSA**

**ASESOR EXPERIMENTAL
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HGZ/UMF No.8
GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

CD. DE MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE 2012

**No DE REGISTRO:
R-2012-3605-23**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
PORTADORES DE VITILIGO DEL HGZ/UMF No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

AUTORES: Dra. Cristina Hernández Mier, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, Dra. Ana Elena Domínguez Espinosa.
Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVO:

Evaluar el índice de calidad de vida en pacientes portadores de Vitiligo del HGZ/UMF No. 8

MATERIALY MÉTODOS:

Tipo de investigación: Transversal, Descriptiva. Criterios de inclusión: portadores de vitiligo, mayores de 16 años de edad. Tamaño de la muestra: 130 pacientes
Variables: Nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, años de portar vitiligo, tratamiento, instrumento de índice de calidad de vida en dermatología (DLQI).

RESULTADOS:

Se estudió a 130 pacientes, observando en edad por rangos, 30(23.1%) 16 a 30 años, 67(51.5%), 31 a 50 años, 33(25.4%) mayores de 51 años. Sexo femenino, 76 (58.5%), masculino 54(41.5%).Se obtuvo en ocupación, 73(56.2%) empleados, 37 (28.5%) desempleados, 20(15.4%) estudiantes. Pacientes con tratamiento 64(49.2%), sin tratamiento 66(50.8%).En estado civil, 44(33.8%) solteros, 73(56.2%) casados, 1(0.8%) divorciados, 5(3.8%) viudos, 7(5.4%) unión libre. Se inspeccionó en el tiempo de portar vitiligo, 15(11.5%) enfermedad menor a 1 año, 74(56.9%) enfermedad de 1 a 10 años, 41(31.5%) mayor a 10 años. Respecto al índice Dermatológico de Valoración de Calidad de Vida, 42(32.3%) buena calidad de vida, 45(34.6%) calidad satisfactoria, 28(21.5%) calidad insatisfactoria, 15(11.5%) mala calidad de vida.

CONCLUSIONES:

Se obtuvo un puntaje en el índice dermatológico de valoración de calidad de vida (DLQI) del 21.5% en calidad de vida insatisfactoria y un 11.5% con mala calidad de vida. Se observó que contrario a lo que reporta la literatura, la mayoría de los pacientes presentó un patrón de distribución acrofacial y segmentario del vitiligo, a diferencia del tipo generalizado considerado como el patrón observado con más frecuencia.

Palabras clave: Índice de calidad de vida, vitiligo

**“ EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE
VITILIGO DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO ”**

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASESOR CLÍNICO
DRA. ANA ELENA DOMINGUEZ ESPINOSA
MÉDICA DERMATÓLOGA Y DERMATOPATÓLOGA

ASESOR EXPERIMENTAL
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE

A MI PADRE

A MI HERMANOS

A MI ESPOSO

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS

A MIS MAESTROS

INDICE

MARCO TEÓRICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACION.....	15
OBJETIVOS.....	16
HIPOTESIS.....	17
MATERIALES Y METODOS.....	18
TIPO DE ESTUDIO.....	19
DISEÑO DEL INVESTIGACION.....	19
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	20
MUESTRA.....	21
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	22
VARIABLES.....	23
DISEÑO ESTADISTICO.....	27
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	28
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	29
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	30
CRONOGRAMA.....	31
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	33
CONSIDERACIONES ETICAS.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSION.....	50
CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS.....	55

MARCO TEÓRICO

El Vitíligo es la enfermedad despigmentante de la piel más común, de carácter progresivo, con etiología aún desconocida, caracterizada por la pérdida de los melanocitos en la epidermis. Puede afectar a todas las razas, ambos sexos y cualquier tipo de piel. La prevalencia de esta enfermedad es de 0.5% mundialmente, sin embargo, en los Estados Unidos se ha estimado en 1% de la población, y en algunas poblaciones europeas incluso es menor, mientras que por otro lado hay trabajos que reportan hasta el 4.5%; presenta una incidencia mundial de 1-2%. Usualmente empieza en la niñez o en la juventud y aproximadamente en el 50% de los pacientes la enfermedad empieza antes de los 20 años, reportándose inclusive mayor prevalencia en niños menores de 10 años. En general se reportan más afectadas las mujeres, aunque esto podría estar sujeto a que son las mujeres quienes más acuden a consulta por factores cosméticos. (1,2,3)

Esta entidad puede asociarse a muchas enfermedades sistémicas entre estas, la Diabetes Mellitus, Anemia perniciosa, Alopecia areata, Psoriasis, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, enfermedad de Addison, Artritis Reumatoide y otras patologías de tipo inmunológico.

La distribución de la despigmentación en el vitíligo se produce según cinco patrones generales:

1. FOCAL: una o varias máculas en una única localización. Puede corresponder a una fase inicial en la evolución de los otros tipos.
2. SEGMENTARIO: una o varias máculas en una banda situada en un lado del cuerpo. Es muy estable.
3. GENERALIZADO: el más frecuente, existe una distribución difusa de las máculas, apareciendo típicamente alrededor de los ojos y la boca, así como en dedos, codos, rodillas, parte inferior de la espalda y en las regiones genitales.
4. ACROFACIAL: afecta a la piel peribucal así como a los extremos de los dedos de manos y pies; pueden estar afectados los labios, pezones, genitales y el ano.
5. UNIVERSAL: vitíligo generalizado, extenso, dejando sólo unas pocas zonas de pigmentación normal.

Las áreas del cuerpo afectadas con más frecuencia son: genitales, cara, parte superior del tórax, manos y pies, axilas, ingles, contorno de los ojos y boca, ano, codos y rodillas. Esta situación se presenta porque en esas áreas se concentran mayor número de melanocitos y por eso son más susceptibles de afectarse más rápidamente que otras áreas (4)

Por otra parte el Vitíligo debe ser diferenciado de otras enfermedades que cursan con despigmentación como las producidas por el Sol (Pitiriasis Alba), algunos hongos (Pitiriasis Versicolor), la Morfea y las despigmentaciones como consecuencia de traumas previos. Se ha estudiado la predisposición genética a esta patología, y se ha encontrado que entre el 20-30% de los pacientes, reportan vitíligo en familiares de primer y segundo grado. Esta entidad ha sido asociada con

HLA-DR4, Dw7, DR7, DR1, B13, Cw6, DR53 y A19, sin embargo, aún se continúan realizando estudios para confirmar esta relación. Por otro lado, se ha encontrado la presencia de anticuerpos contra antígenos de superficie y citoplasma de los melanocitos en el suero de pacientes con vitíligo, lo que nos proporciona un soporte adicional para la hipótesis autoinmune.(4,5)

La etiología del vitíligo continúa en incógnita, se presume es multifactorial, ya que diversos factores pueden ser los responsables de esta enfermedad, incluyendo el estrés, la acumulación de componentes tóxicos, infecciones, autoinmunidad, mutaciones, la disfunción de los receptores de melatonina, la alteración del ambiente celular y la migración melanocítica no uniforme ó la proliferación pueden llevar a la hipopigmentación adquirida que caracteriza al vitíligo.(7,8)

Las hipótesis evaluadas científicamente en el mundo y las más aceptadas en base a investigaciones son las siguientes:

TEORÍA AUTOINMUNE: la cual es una de las más importantes y populares, que sugiere que anomalías en el sistema inmune provoca una destrucción de los melanocitos y es utilizada como argumento para incluir en su tratamiento a agentes inmunomoduladores; dentro de sus puntos se encuentran:

- Formación de anticuerpos contra los melanocitos
- Asociación vitíligo con otras enfermedades auto inmunes
- Alteraciones de inmunoregulación
- Detección de auto anticuerpos contra antígenos del sistema melanogénico
- Alteraciones de inmunidad celular y humoral
- Respuesta al tratamiento con inmunorreguladores

HIPÓTESIS AUTOTÓXICA: propone que la autodestrucción de los melanocitos se debe a un defecto en el mecanismo protector natural necesario para remover los precursores tóxicos de melanina.

Los radicales libres (RL), como superóxido dismutasa (SOD), glutatión peroxidasa (GSH-Px) y el malondialdeído (MDA) y el óxido nítrico (ON), son átomos ó moléculas (superóxido, peróxido de hidrógeno (H₂O₂) y óxido nítrico (ON)) que están presentes en los procesos patológicos y fisiopatológicos severos. Los RL pueden dañar los componentes celulares como las proteínas, carbohidratos, el DNA y particularmente los lípidos. En estudios recientes, se ha sugerido que los RL pueden formar parte en la patogénesis del vitíligo, ya que al realizar estudios casos-control, se encontró un aumento considerable en los radicales libres en los pacientes portadores de vitíligo en comparación con los controles, aunque en cuanto al ON no se observó diferencia significativa entre ellos, lo que en conclusión destaca el descontrol del sistema oxidante-antioxidante en esta enfermedad. (6,7)

Durante situaciones de estrés son liberados neurotransmisores (especialmente Catecolamina), que inducen la formación de radicales libres produciendo toxicidad del melanocito volviéndolo disfuncional además estas catecolaminas inhiben la actividad de enzimas que interfieren en la producción de la melanina ocasionando despigmentación de la piel, dentro de los mecanismos observados se encuentran:

- La actividad incrementada del melanocito
- Acumulo de material granular y vacuolización de la capa basal
- Metabolitos intermediarios de la síntesis de melanina tóxico para melanocito.

- Acumulación de índoles y radicales libres
- Activación de receptores de melatonina alteración de la melanogénesis

HIPOTESIS NEURAL: La cual propone que la muerte del melanocito en el vitiligo es causada directa o indirectamente por una reacción inapropiada de las células pigmentantes a los neuropéptidos, catecolaminas o sus metabolitos. Esta teoría se apoya por el patrón en dermatoma que sigue el vitiligo segmentario, ya que se ha visto que el melanocito está en contacto con la terminal nerviosa en la piel despigmentada. Además, en estudios inmunohistológicos de las terminales nerviosas de la piel perilesional, revelaron anomalías en la expresión de los factores de crecimiento neural y en los neuropéptidos, observando un aumento de ciertos neuropeptidos en la enfermedad activa.

HIPOTESIS CAUSAL: la exposición exagerada al sol y a productos químicos exógenos trae como consecuencia la formación de radicales libres ocasionando toxicidad en las células de la piel intoxicando los melanocitos volviéndolos disfuncionales lo que genera la despigmentación.

Por otro lado los productos químicos tóxicos como alcoholes, tioles, compuestos fenólicos y varias quinonas inducen también la formación de radicales libres o ejercen acciones directamente afectando la producción de melanina.(3,9,10,11)

La característica distintiva del vitiligo es el desarrollo de máculas hipopigmentadas que luego pueden volverse totalmente despigmentadas en piel, mucosas y cabello, en promedio se hace el diagnóstico entre los 24 años y 33 años. La complicación más obvia es el impacto psicosocial grave. Se afectan las relaciones con la pareja, amigos y familiares. Las máculas blancas en cara y manos deterioran de manera importante la habilidad de los pacientes para interactuar con otros, además se suma a ello el fracaso terapéutico que se da en la mayoría de casos.(12,13)

El diagnóstico de la enfermedad se basa fundamentalmente en una buena anamnesis y una adecuada exploración física.

En ocasiones existen alteraciones cutáneas asociadas como son: pelo blanco y pelo prematuramente cano, alopecia areata y nevos con halo, lesiones de fotoenvejecimiento y queratosis solares.

Dentro de las pruebas de laboratorio se encuentran:

Examen con lámpara de Wood, el cual ocasionalmente se utiliza para evaluar las máculas, sobre todo en los tipos de piel más clara, y para identificar las máculas en zonas protegidas del sol, excepto en los casos de piel más oscura.

Dermatopatología, que excepcionalmente, en determinados casos difíciles puede ser necesaria una biopsia de piel; la piel será normal salvo porque hay ausencia de melanocitos. Microscopia electrónica, en la cual se observa ausencia de melanocitos y de melanosomas en los queratinocitos. Se han observado linfocitos en la epidermis. Pruebas de laboratorio, como determinaciones de T4, TSH, Glucemia basal, BHC ó estimulación con ACTH para la enfermedad de Addison, ya que se ha visto que con frecuencia el vitiligo se acompaña de estas entidades (14)

El tratamiento del vitiligo supone siempre un desafío, ya que no existe un tratamiento universal efectivo. Esto probablemente es debido a que el vitiligo engloba alteraciones de la pigmentación de muy distinta naturaleza. Sin embargo,

hay numerosas modalidades terapéuticas que pueden beneficiar a muchos pacientes, alcanzando una repigmentación de más del 50 al 75%, dependiendo el estudio. (1,16)

A las opciones terapéuticas usadas hasta ahora que incluyen fotoquimioterapia con psoralenos tópicos y sistémicos, esteroides tópicos y tratamientos despigmentantes se han añadido la fototerapia focal o inmunomoduladores tópicos y calcipotriol en combinación con luz UV para tratar de devolver la pigmentación melánica normal y de forma permanente a las zonas afectadas y recomendar la utilización de fotoprotección (3,17)

Despigmentación: consisten en el blanqueamiento de forma permanente de la piel normal, mediante una crema de monobencil éter de hidroxiquinona al 20% para obtener una piel toda del mismo color. Podría emplearse en pacientes con vitíligo extenso en los que han fracasado otros tratamientos o bien que no pueden o no desean utilizarlos.

Repigmentación: clásicamente la fotoquimioterapia tanto tópica como sistémica se ha considerado el tratamiento repigmentante más efectivo en el vitíligo, aunque los porcentajes de éxito en el tratamiento son muy variables. En su contra, están los efectos secundarios que pueden producir y que incluyen efectos agudos como fototoxicidad e irritación gastrointestinal (psoralenos) y crónicos como la fotocarcinogénesis.

Se pueden utilizar:

- Glucocorticoides tópicos
- Fotoquimioterapia tópica: psoraleno tópico y UVA.
- Fotoquimioterapia sistémica: psoraleno por vía oral y UVA
- UVB de banda estrecha: está emergiendo como tratamiento de elección en pacientes con enfermedad moderada- severa, debido a que su eficacia es similar a la fotoquimioterapia con UVA y tiene menos efectos secundarios. Esta forma de tratamiento, induce una inmunosupresión local que estimula a la hormona estimuladora de melanocitos, con lo que aumenta la proliferación de dichas células y la producción de melanina, constituye el tratamiento de elección en niños mayores de 6 años.
- Fotoquimioterapia focal: ha demostrado su eficacia en el vitíligo localizado; consiste en la radiación bien con UVB, bien con láser excímero, utilizados únicamente sobre las áreas afectadas, evitando así la exposición de las zonas sana y la acumulación de dosis en el caso del UVB. (15,18)
- Inmunomoduladores tópicos: los agentes inmunomoduladores tópicos como el Tacrolimus y el pimecrolimus, ofrecen ventajas en el tratamiento del vitíligo, son agentes bien tolerados tanto en niños como en adultos a las dosis adecuadas; pueden usarse durante periodos largos de tiempo sin producir las complicaciones típicas del tratamiento tópico con esteroides (estrías, atrofia, hipetrtriosis, telangiectasias, trastornos de la pigmentación). Actúan inhibiendo la síntesis de citoquinas proinflamatorias y mediadores vasoactivos por parte de los linfocitos T que parecen estar implicados en la fisiopatogenia del vitíligo.
- Calcipotriol: es un análogo sintético de la vitamina D3, que al unirse a sus

receptores en la piel estimula el crecimiento y diferenciación de melanocitos y queratinocitos. Además inhibe la activación de células T. (1, 3,17,19)

Durante 25 años han venido usándose distintas técnicas quirúrgicas para el tratamiento del vitiligo; existen avances recientes en este campo para el cultivo y trasplante de melanocitos. El trasplante consiste en transferir un reservorio de melanocitos sanos a una zona de piel afecta para su proliferación y migración en las áreas despigmentadas.

La cirugía sería una opción terapéutica en pacientes con áreas de vitiligo localizadas que no han respondido al tratamiento médico. Hay que tener en cuenta que en el vitiligo generalizado existe fenómeno de Koebner en las regiones donantes, por lo que el trasplante está restringido a áreas localizadas. Está contraindicado en pacientes con historia de cicatrices hipertróficas y queloides. (16,20)

Según la OMS, la calidad de vida es la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

El desarrollo de instrumentos de evaluación útiles y reproducibles de calidad de vida, permite actualmente hacer comparaciones intra e interpersonales. La aplicación de estos estudios en dermatología es reciente, pero cada día de mayor interés por el profundo impacto que tienen las enfermedades cutáneas sobre las relaciones sociales, estado psicológico, actividades laborales, financieras y de pareja en los afectados, efecto que inclusive puede abarcar al grupo familiar.

Los principales instrumentos de valoración de calidad de vida usados en dermatología, por su frecuencia de aplicación y reconocida validación son: índice dermatológico de valoración de calidad de vida (Dermatology Life Quality Index (DLQI)) el cual fue desarrollado en Gran Bretaña por Finlay y Khan a principios de los 90. Otro instrumento es el Skindex, desarrollado por la doctora M. Chren en 1996 en Estados Unidos. Hacia 1998 surgió el PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), creado por el doctor Mühleisen et al. Todos estos instrumentos se han utilizado en variadas enfermedades dermatológicas y la meta es medir la calidad de vida de manera aproximada y convertirlos en herramientas confiables para evaluar respuestas terapéuticas, toma de decisiones adecuadas y ubicar a pacientes y clínicos frente a expectativas y preocupaciones reales sin olvidar que al final la calidad de vida es una suma de sensaciones subjetivas y personales que solo persiguen el “sentirse bien “. (21,22)

Debido al gran impacto que tienen las enfermedades dermatológicas en la vida del paciente, actualmente el DLQI es el instrumento de calidad de vida más frecuentemente utilizado en estudios de aleatorizados en dermatología a nivel mundial. El DLQI un cuestionario de autoevaluación para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes que sufren de una enfermedad cutánea. Fue desarrollado en 1994 y fue el primer instrumento de calidad de vida específico

para dermatología. Este instrumento consiste en 10 preguntas que conciernen en la percepción del paciente acerca del impacto de la enfermedad de la piel en diferentes aspectos de la salud en relación a la calidad de vida durante la última semana. Fue validado para pacientes mayores de 16 años, y dentro de los aspectos que contempla se encuentran: síntomas y sensaciones, actividades diarias, trabajo o escuela, relaciones personales, efectos adversos del tratamiento. El DLQI ha sido utilizada en al menos 33 diferentes condiciones dérmicas en 32 países y está disponible en cerca de 67 versiones de lenguaje internacional; su uso ha sido descrito en más de 500 publicaciones incluyendo 30 estudios multinacionales. El DLQI es calculado al sumar el valor de cada pregunta; la puntuación máxima es de 30 y la mínima de 0. Entre más alta la puntuación, mayor efecto negativo en la calidad de vida del paciente.(23,24)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Vitíligo es una enfermedad relativamente común, adquirida, caracterizada por áreas despigmentadas de la piel que resultan de la pérdida de los melanocitos presentes en epidermis, es de carácter progresivo, con etiología aún desconocida. Puede afectar a todas las razas, ambos sexos y cualquier estrato social, con una evolución inesperada, lo que provoca en el paciente un estado de ansiedad y desesperación. Aunque existen numerosas modalidades terapéuticas, no existe un tratamiento universal efectivo, siendo éste bastante insatisfactorio, observando en los pacientes con vitíligo la experiencia de baja autoestima, depresión, timidez y vergüenza al relacionarse social y sexualmente, e incluso discriminación laboral, afectando su calidad de vida, por lo que en este trabajo se investigó:

¿Cuál es el índice de calidad de vida en pacientes portadores de vitiligo del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN:

El vitiligo es una enfermedad relativamente frecuente, su prevalencia varía entre el 0.1-2 % en diferentes poblaciones del mundo, con un promedio del 0.5% y una incidencia del 1-2%. Su inicio puede manifestarse a cualquier edad, pero su incidencia usualmente se presenta entre la segunda y la tercera década de la vida. En México no se tienen estadísticas claras en lo que respecta a esta enfermedad, a pesar de ser una de las enfermedades cutáneas más devastadoras psicológicamente, ya que el efecto del vitiligo está influenciado y exacerbado por la percepción social de la desfiguración e irregularidades del color de la piel, ocasionando en los pacientes baja autoestima, discriminación laboral, depresión e inseguridad en sus relaciones sociales y sexuales.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el índice de calidad de vida en pacientes portadores de vitiligo del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

HIPÓTESIS:

HIPOTESIS ALTERNA:

H 1: Los pacientes portadores de Vitiligo presentan un índice de calidad de vida satisfactorio en el HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

HIPOTESIS NULA:

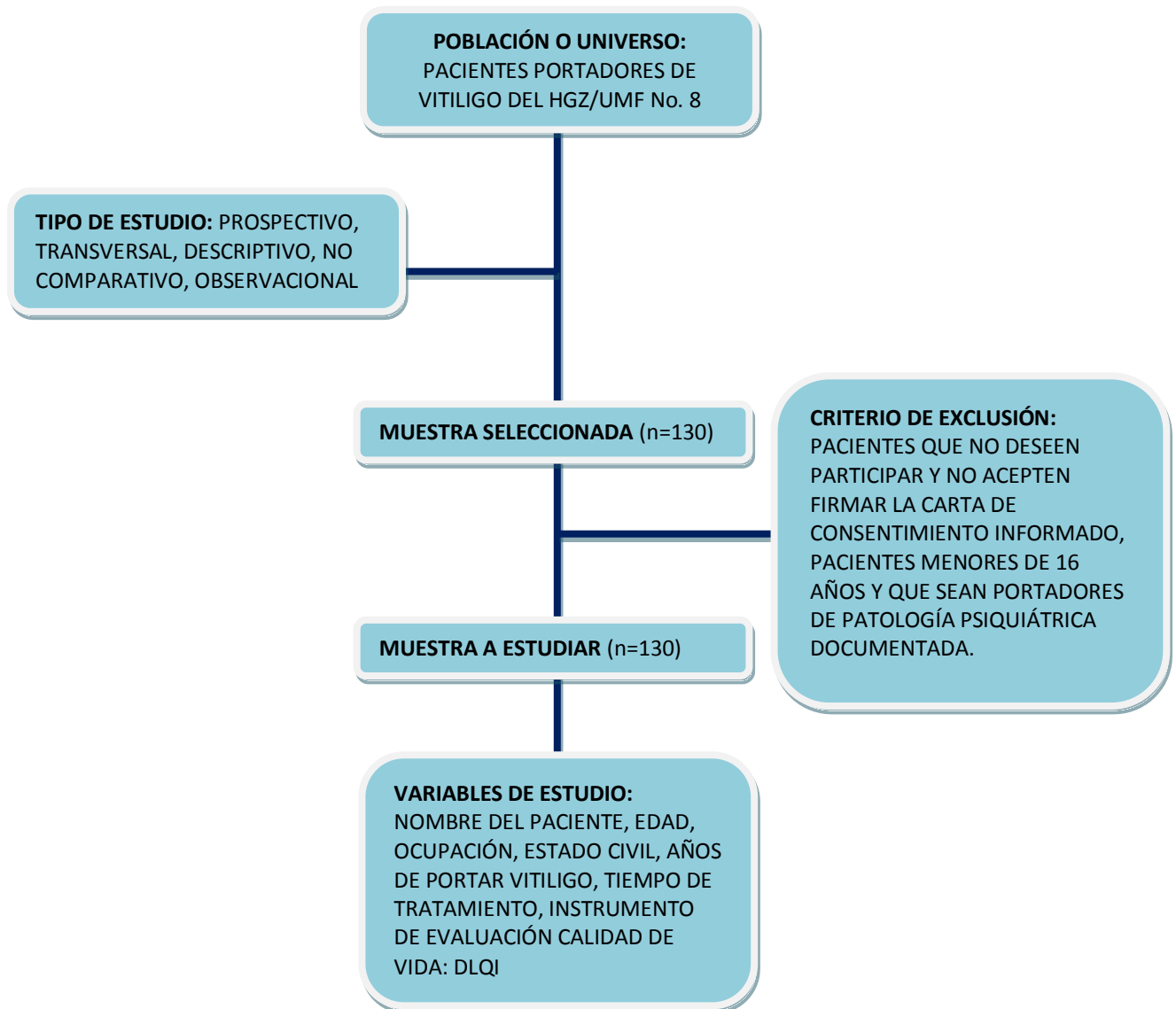
H 0: Los pacientes portadores de Vitiligo presentan un índice de calidad de vida insatisfactorio en el HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- I. Según proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: *PROSPECTIVO*
- II. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: *TRANSVERSAL*
- III. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: *NO COMPARATIVO*
- IV. Según el control de las variables ó el análisis y alcance de los resultados: *DESCRIPTIVO*
- V. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: *OBSERVACIONAL*

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



ELABORO: CRISTINA HERNÁNDEZ MIER 29-10-2011 .PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó en el HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Distrito Federal, México. Medio Urbano

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en el HGZ/UMF No. 8, ubicado en la colonia Tizapan, San Ángel, Distrito Federal, México. Se llevó a cabo en Marzo de 2011.

MUESTRA:

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se calculó el tamaño de la muestra No probabilística, ajustada al criterio del investigador con un total de 130 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Nuestra población diana fueron pacientes portadores de vitiligo que acudieron a consulta externa de dermatología en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Se incluyeron pacientes mayores de 16 años de edad, sin distinción de sexo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron a los pacientes que no desearon participar y no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes menores de 16 años y que fueran portadores de patología psiquiátrica documentada.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Respuestas incompletas, cuestionarios incompletos, negativas a seguir participando, por fallecimiento del paciente ó porque el paciente ya no fue derechohabiente al IMSS.

VARIABLES:

- 1.- NOMBRE DEL PACIENTE
- 2.- EDAD
- 3.- SEXO
- 4.- OCUPACION
- 5.- ESTADO CIVIL
- 6.- TIEMPO DE PORTAR VITILIGO
7. TRATAMIENTO
8. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: CALIDAD DE VIDA (DLQI)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES:

1. NOMBRE DEL PACIENTE: Es la designación o denominación verbal que se le da a una persona.
2. EDAD: Número de años cumplidos
3. SEXO: El género de un individuo (masculino y femenino)
4. OCUPACIÓN: Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.
5. ESTADO CIVIL: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
6. TIEMPO DE PORTAR VITILIGO: Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.
7. TRATAMIENTO: Administración de tratamiento específico para la patología a estudiar.
8. INSTRUMENTO DE EVALUACION: CALIDAD DE VIDA:DLQI: Cuestionario de fácil auto aplicación utilizado para medir la calidad de vida de pacientes portadores de enfermedad dérmica.

Tabla de variables según la influencia que se asigne:

VARIABLE DEPENDIENTE	Calidad de vida
VARIABLE INDEPENDIENTE	Vitiligo

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERÍSTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	NOMINAL	1= 16-30 AÑOS 2= 31-50 AÑOS 3= MAYORES 51 AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO 3= ESTUDIANTE
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNIÓN LIBRE
TIEMPO DE PORTAR VITILIGO	CUANTITATIVA	NOMINAL	1= MENOS DE 1 AÑO 2=1-10 AÑOS 3= MÁS DE 10 AÑOS
TRATAMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	1= SI 2=NO

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERÍSTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Índice Dermatológico de valoración de Calidad de Vida (DLQI)	Cualitativa	Nominal	1. De 0 a 1 Buena calidad de vida 2. De 2 a 5 Calidad satisfactoria 3. De 6 a 10 Calidad Insatisfactoria 4. De 11 a 30 Mala calidad de vida

Elaboró: Dra. Cristina Hernández Mier. Protocolo de Investigación 2011

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 95%. El tipo de muestra es representativa y se calculó No Probabilística.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

El Índice Dermatológico de valoración de Calidad de Vida, **DLQI** (siglas en inglés: Dermatology Life Quality Index) es un instrumento específico en dermatología para medir Calidad de Vida. Este cuestionario validado de 10 preguntas, es el instrumento más utilizado y el que más experiencia aporta donde se evalúan seis aspectos de la calidad de vida del paciente (síntomas y sentimientos, actividades diarias, ocio, rendimiento en trabajo o escuela, relaciones personales y tratamiento), validado en el idioma español por G. de Tiedra y sus colaboradores en 1998. El DLQI evalúa en una gama del 0 al 30, con una escala simple tipo Likert, que incluye 10 preguntas con cuatro respuestas posibles a cada una (muchísimo, mucho, un poco y en absoluto) con puntuaciones de 3,2,1 y 0, respectivamente, cuyo marco temporal se refiere a los últimos 7 días. La puntuación final se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida), como se muestra a continuación:

De 0 a 1 No afecta calidad de vida = Buena calidad de vida

De 2 a 5 Mínima afectación calidad de vida = Calidad satisfactoria

De 6 a 10 Moderada afectación calidad de vida = Calidad Insatisfactoria

De 11 a 30 Severa y muy severa afectación calidad de vida = Mala calidad de vida

**Cuantificación del DLQI Interpretación cualitativa del DLQI*

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se entregó un cuestionario de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta a cada paciente portador de vitiligo que acudió a consulta externa de dermatología, el cual fue llenado por el paciente siendo supervisado por el entrevistador en un tiempo aproximado de 5 min. Toda esta información se obtuvo en un plazo de un año.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se entregó un cuestionario de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta (instrumento DLQI) a cada paciente portador de vitiligo mayor de 16 años que acudió a consulta externa de dermatología que pudieran y supieran leer, el cual fue llenado por el paciente siendo supervisado por el entrevistador en un tiempo aproximado de 5 min. Los pacientes fueron informados de que no necesitaban responder a una pregunta que no quisieran o no supieran contestar. El examinador pudo decir que el paciente dejara una pregunta en blanco si lo deseara, cuando no estuviera seguro de que alternativa elegir, pero antes de dejarla en blanco, sugirió al paciente que intentara dar una respuesta. El examinador no discutió ninguna pregunta con el paciente, explicando que él debía ser quien debiera buscar sus percepciones u opiniones. Si el paciente preguntó el significado de una palabra, se le dió la definición del diccionario. El examinador debió revisar la prueba para asegurar que sólo una de las respuestas alternativas fue señalada para cada pregunta. Toda esta información se obtuvo en un plazo de un año.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
**EVALUACION DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE VITILIGO EN EL
HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".**

2010

FECHA	MAR 2010	AB R 20 10	MA Y 201 0	JU N 20 10	JUL 20 10	AG O 20 10	SE P 20 10	OC T 20 10	NO V 20 10	DI C 20 10	EN E 20 11	FE B 20 11
TITULO	X											
ANTECEDENTES, MARCO TEORICO		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN			X									
OBJETIVOS E HIPOTESIS				X								
DISEÑO METODOLOGICO					X							
TAMAÑO DE LA MUESTRA, CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION						X						
VARIABLES							X					
DISEÑO ESTADISTICO, INSTRUMENTO DE RECOLECCION, METODO DE RECOLECCION								X				
MANIOBRAS PARA EVITAR SEGSOS									X			
CRONOGRAMA										X		
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FISICOS Y DE FINANCIAMIENTO											X	
CONSIDERACIO- NES ETICAS												X
BIBLIOGRAFIA												X
ACEPTACIÓN												X

2011

FECHA	MA R 201 1	ABR 201 1	MA Y 201 1	JUN 201 1	JUL 201 1	AG O 201 1	SEP 201 1	OCT 201 1	NO V 201 1	DIC 201 1	ENE 201 2	FEB 201 2
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	x											
RECOLECCION DE DATOS		X	x	x	x	x	x	x	x			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									x			
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										x		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										x		
INTEGRACION Y REVICION FINAL											X	
REPORTE FINAL											x	
AUTORIZACIONES												x
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												x
PUBLICACION												

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se contó con la participación en cuanto a orientación para la realización de la investigación por parte del asesor de investigación tanto clínico como metodológico. Para la realización de esta investigación se contó con una computadora ASUS Eee PC 1001P, con procesador CORE 3 Windows 7 y un USB Kingston 8 GB para almacenar toda la información de la investigación. Servicio de impresión y fotocopiado para reproducir el cuestionario de DLQI, lápices, borradores y plumas. Los gastos en general se absorbieron por el residente de segundo grado de Medicina Familiar Cristina Hernández Mier.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente protocolo de investigación no desobedeció la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial ni el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en México. Se integró la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación: Evaluación del índice de calidad de vida en pacientes portadores de vitiligo en el HGZ/UMF No. 8, se encuentra en anexos.

RESULTADOS

Se estudió a 130 pacientes en el HGZ/UMF No. 8 de la consulta externa de dermatología. Se observó en cuanto a la edad por rangos, 30(23.1%) de 16 a 30 años, 67(51.5%) de 31 a 50 años, 33(24.4%) mayores de 51 años.

Se analizó en cuanto a sexo, 76 (58.5%) femenino, 54(41.5%) masculino. Se obtuvo en ocupación, 73(56.2%) empleados, 37 (28.5%) desempleados, 20(15.4%) estudiantes.

Se percibió referente al tratamiento, 64(49.2%) con tratamiento, 66(50.8%) sin tratamiento.

Se examinó en cuanto al estado civil, 44(33.8%) solteros, 73(56.2%) casados, 1(0.8%) divorciados, 5(3.8%) viudos, 7(5.4%) en unión libre.

Se inspeccionó en el tiempo de portar vitiligo, 15(11.5%) portadores de vitiligo menor a 1 año, 74(56.9%) portadores de vitiligo de 1 a 10 años, 41(31.5%) portadores de vitiligo mayor a 10 años.

Se investigó respecto al índice Dermatológico de Valoración de Calidad de Vida, 42(32.3%) buena calidad de vida, 45(34.6%) calidad de vida satisfactoria, 28(21.5%) calidad de vida insatisfactoria, 15(11.5%) mala calidad de vida.

Por otra parte, la relación entre los rangos de edad y el índice dermatológico de valoración de calidad de vida, en el rubro de 16 a 30 años, 2(1.5%) buena calidad de vida, 8(6.2%) calidad de vida satisfactoria, 16(12.3%) calidad de vida insatisfactoria, 4(3.1%) mala calidad de vida. Dentro de las edades de 31 a 50 años, 23(17.7%) buena calidad de vida, 22(16.9%) calidad de vida satisfactoria, 12(9.2%) calidad de vida insatisfactoria, 10(7.7%) mala calidad de vida. En mayores de 51 años, 17(13.1%) buena calidad de vida, 15(11.5%) calidad de vida satisfactoria, 0(0%) calidad de vida insatisfactoria, 1(0.8%) mala calidad de vida.

La relación entre el sexo y el índice dermatológico de valoración de calidad de vida, en el sexo femenino, 26(20%) buena calidad de vida, 24(18.5%) calidad de vida satisfactoria, 20(15.4%) calidad de vida insatisfactoria, 6(4.6%) mala calidad de vida. En cuanto al sexo masculino, 16(12.3%) buena calidad de vida, 21(16.2%) calidad de vida satisfactoria, 8(6.2%) calidad de vida insatisfactoria, 9(6.9%) mala calidad de vida.

La relación entre ocupación y el índice dermatológico de valoración de calidad de vida, empleados 22(16.9%) buena calidad de vida, 22(16.9%) calidad de vida satisfactoria, 15(11.5%) calidad de vida insatisfactoria, 14(10.8%) mala calidad de vida. En cuanto a los desempleados, 19(14.6%) buena calidad de vida, 16(12.3%) calidad de vida satisfactoria, 2(1.5%) calidad de vida insatisfactoria, 0(0%) mala calidad de vida. Referente a los Estudiantes, 1(0.8%) buena calidad de vida, 7(5.4%) calidad de vida satisfactoria, 11(8.5%) calidad de vida insatisfactoria, 1(0.8%) mala calidad de vida.

La relación entre el tiempo de portar vitiligo y el índice dermatológico de valoración de calidad de vida, dentro del rubro menor de 1 año de portar vitiligo, 0(0%) buena calidad de vida, 5(3.8%) calidad de vida satisfactoria, 7(5.4%) calidad de vida insatisfactoria, 3(2.3%) mala calidad de vida. En el rango de 1 a 10 años de portar vitiligo, 20(15.4%) buena calidad de vida, 22(16.9%) calidad de vida satisfactoria, 21(16.2%) calidad de vida insatisfactoria, 11(8.5%) mala calidad de vida. En lo referente a más de 10 años de portar vitiligo, 22(16.9%) buena calidad de vida, 18(13.8%) calidad de vida satisfactoria, 0(0%) calidad de vida insatisfactoria, 1(0.8%) mala calidad de vida.

La relación entre el estado civil y el índice dermatológico de valoración de calidad de vida, solteros 4(3.1%) buena calidad de vida, 13(10%) calidad de vida satisfactoria, 16(12.3%) calidad de vida insatisfactoria, 11(8.5%) mala calidad de vida; casados 33(25.4%) buena calidad de vida, 27(20.8%) calidad de vida satisfactoria, 10(7.7%) calidad de vida insatisfactoria, 3(2.3%) mala calidad de vida; divorciados 1(0.8%) buena calidad de vida, 0(0%) calidad de vida satisfactoria, 0(0%) calidad de vida insatisfactoria, (0%) mala calidad de vida; viudos 4(3.1%) buena calidad de vida, 1(0.8%) calidad de vida satisfactoria, 0(0%) calidad de vida insatisfactoria, 0(0%) mala calidad de vida. En cuanto a la unión libre 0(0%) buena calidad de vida, 4(3.1%) calidad de vida satisfactoria, 2(1.5%) calidad de vida insatisfactoria, 1(0.8%) mala calidad de vida.

La relación entre tratamiento y el índice dermatológico de valoración de calidad de vida, en cuanto a los pacientes con tratamiento, 7(5.4%) buena calidad de vida, 25(19.2%) calidad de vida satisfactoria, 22(16.9%) calidad de vida insatisfactoria, 10(7.7%) mala calidad de vida; sin tratamiento 35(26.9%) buena calidad de vida, 20(15.4%) calidad de vida satisfactoria, 6(4.6%) calidad de vida insatisfactoria, 5(3.8%) mala calidad de vida.

CUADRO 1. VARIABLE EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16 a 30 años	30	23.1%
31 a 50 años	67	51.5%
Mayores de 51 años	33	24.4%
Total	130	100%

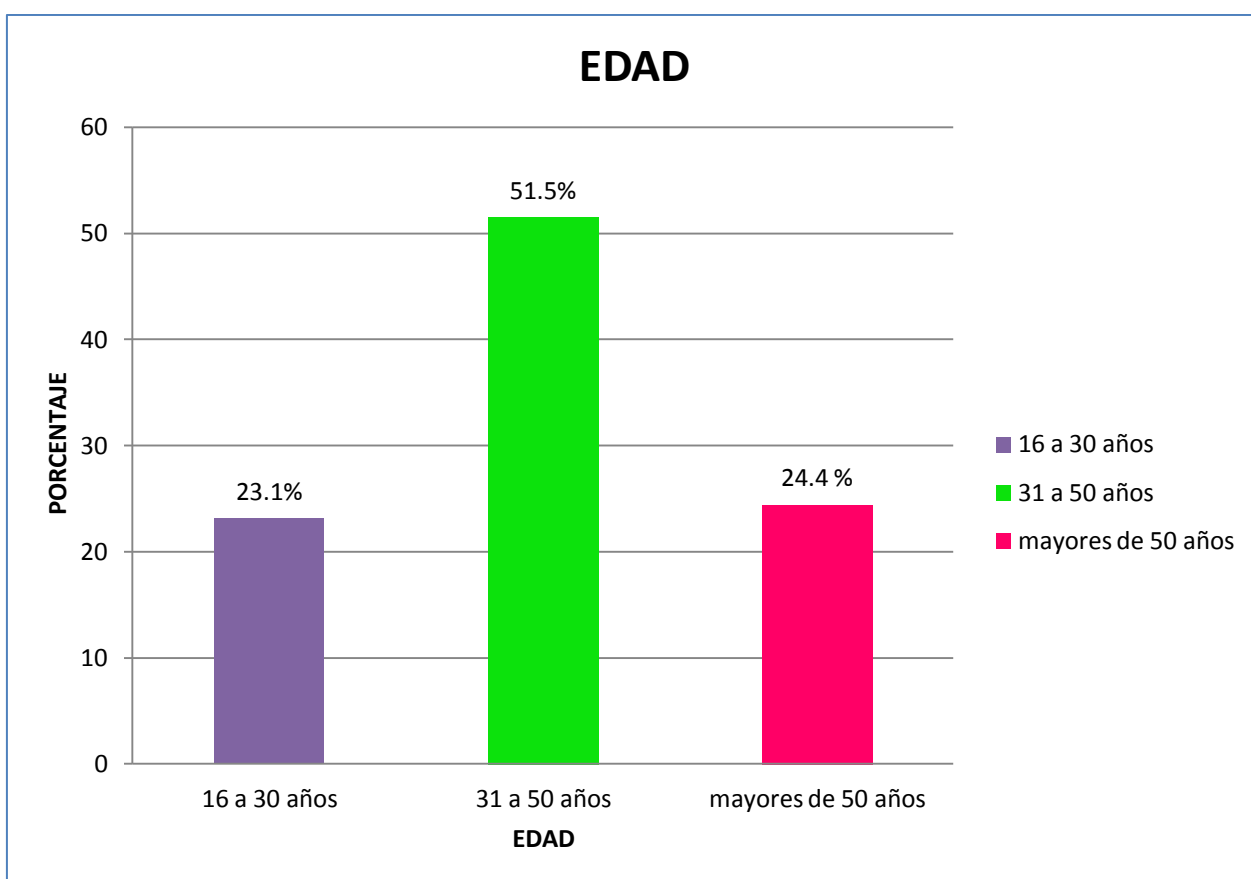


Gráfico 1. Variable Edad

CUADRO 2. VARIABLE SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	76	58.5%
Masculino	54	41.5%
Total	130	100%

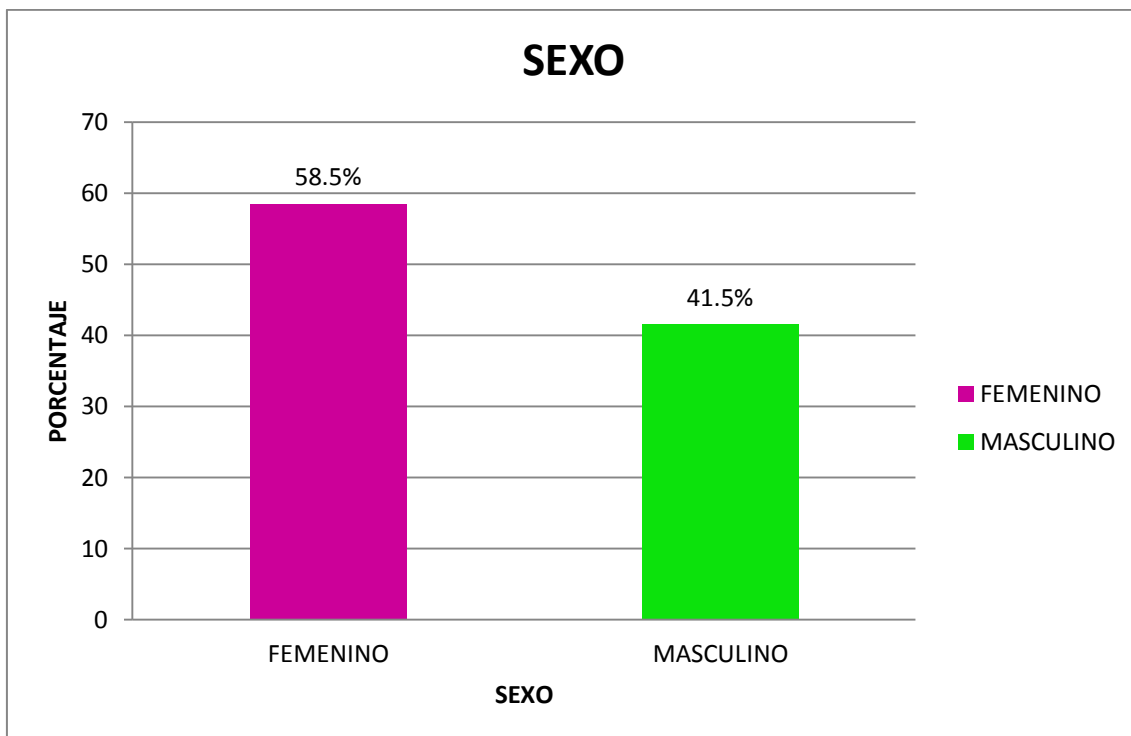


Gráfico 2. Variable Sexo

CUADRO 3. VARIABLE OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	73	56.2%
Desempleado	37	28.5%
Estudiante	20	15.4%
Total	130	100%

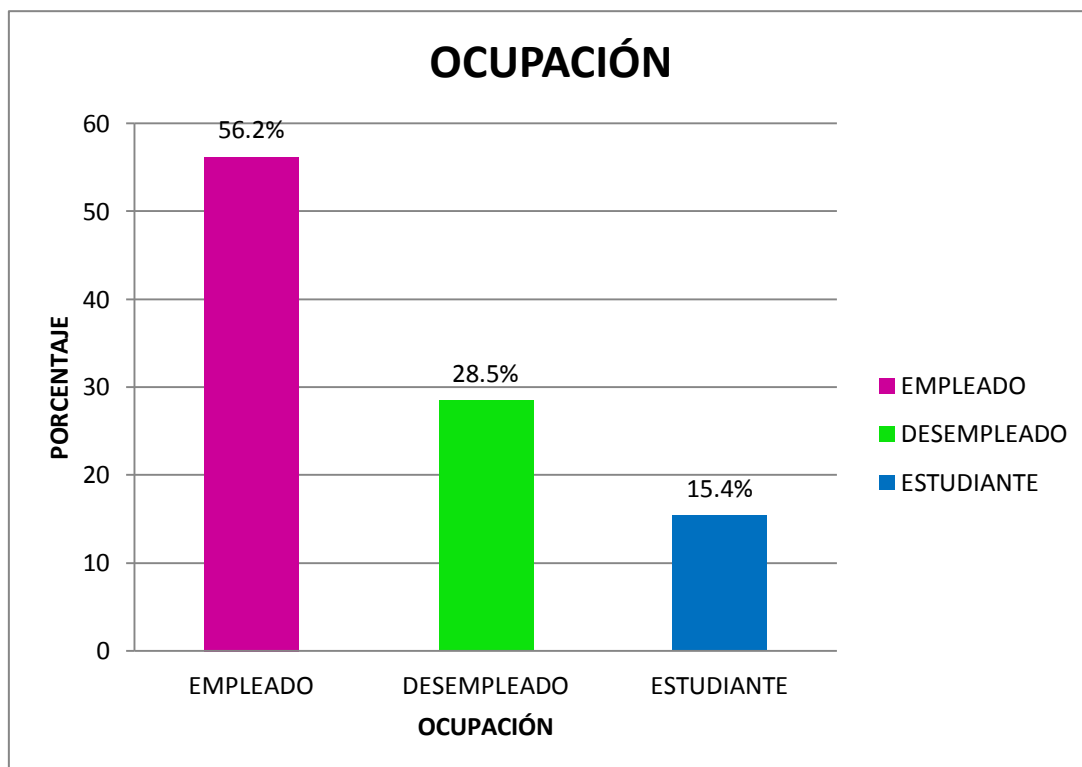


Gráfico 3. Variable Ocupación

CUADRO 4. VARIABLE ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	44	33.8%
Casado	73	56.2%
Divorciado	1	0.8%
Viudo	5	3.8%
Unión libre	7	5.4%
Total	130	100%

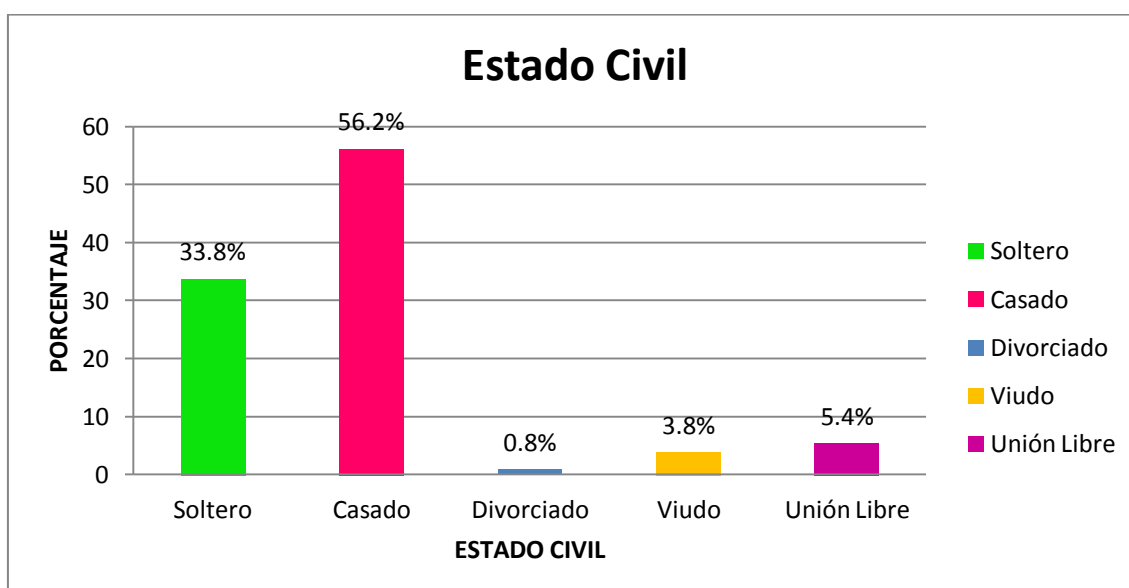


Gráfico 4. Variable Estado Civil

CUADRO 5. VARIABLE TIEMPO DE PORTAR VITILIGO

TIEMPO EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 año	15	11.5%
1 a 10 años	74	56.9%
Más de 10 años	41	31.5%
Total	130	100%

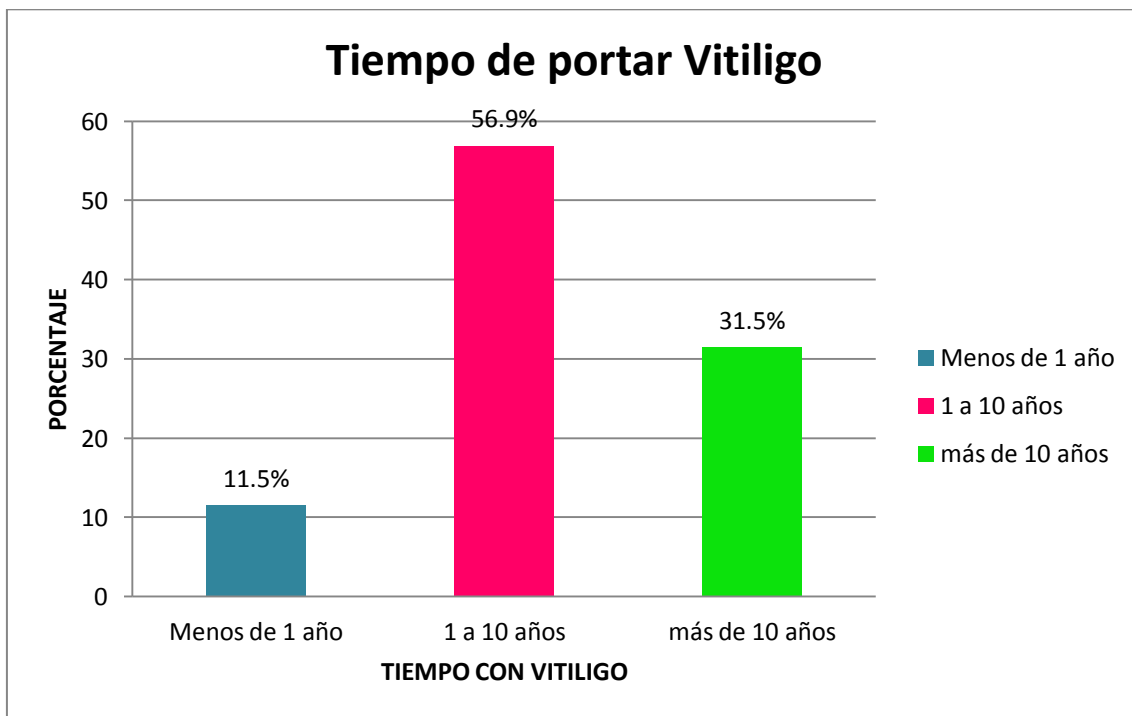


Gráfico 5. Tiempo de portar Vitiligo

CUADRO 6. VARIABLE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con tratamiento	64	49.2%
Sin tratamiento	66	50.8%
Total	130	100%

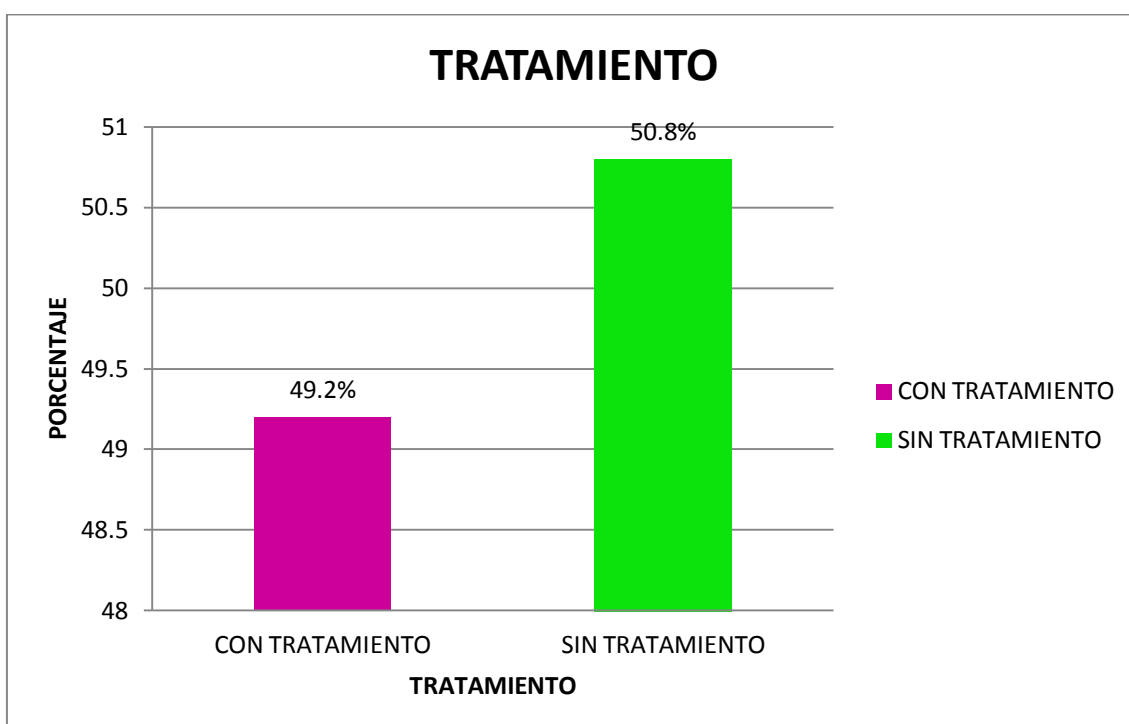


Gráfico 6. Variable Tratamiento

CUADRO 7. VARIABLE ÍNDICE DERMATOLÓGICO DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

DLQI	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena calidad de Vida	42	32.3%
Calidad de vida satisfactoria	45	34.6%
Calidad de vida Insatisfactoria	28	21.5%
Mala calidad de vida	15	11.5%
Total	130	100%

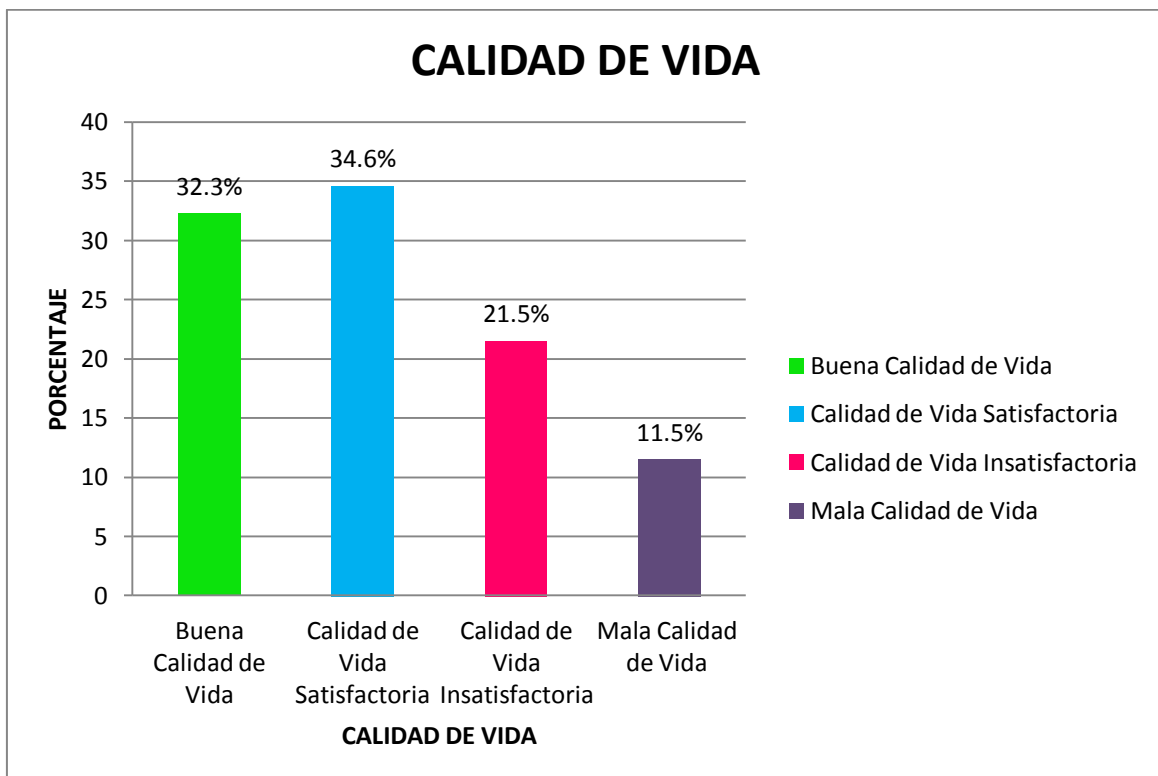


Gráfico 7. Variable índice Dermatológico de Calidad de Vida

CUADRO 8. CALIDAD DE VIDA Y EDAD

		BUENA CALIDAD DE VIDA	CALIDAD DE VIDA SATISFACTORIA	CALIDAD DE VIDA INSATISFACTORIA	MALA CALIDAD DE VIDA
16 a 30 años	FRECUENCIA	2	8	16	4
	PORCENTAJE	1.5%	6.2%	12.3%	3.1%
31 a 50 años	FRECUENCIA	23	22	12	10
	PORCENTAJE	17.7%	16.9%	9.2%	7.7%
Más de 51 años	FRECUENCIA	17	15	0	1
	PORCENTAJE	13.1%	11.5%	0%	0.8%

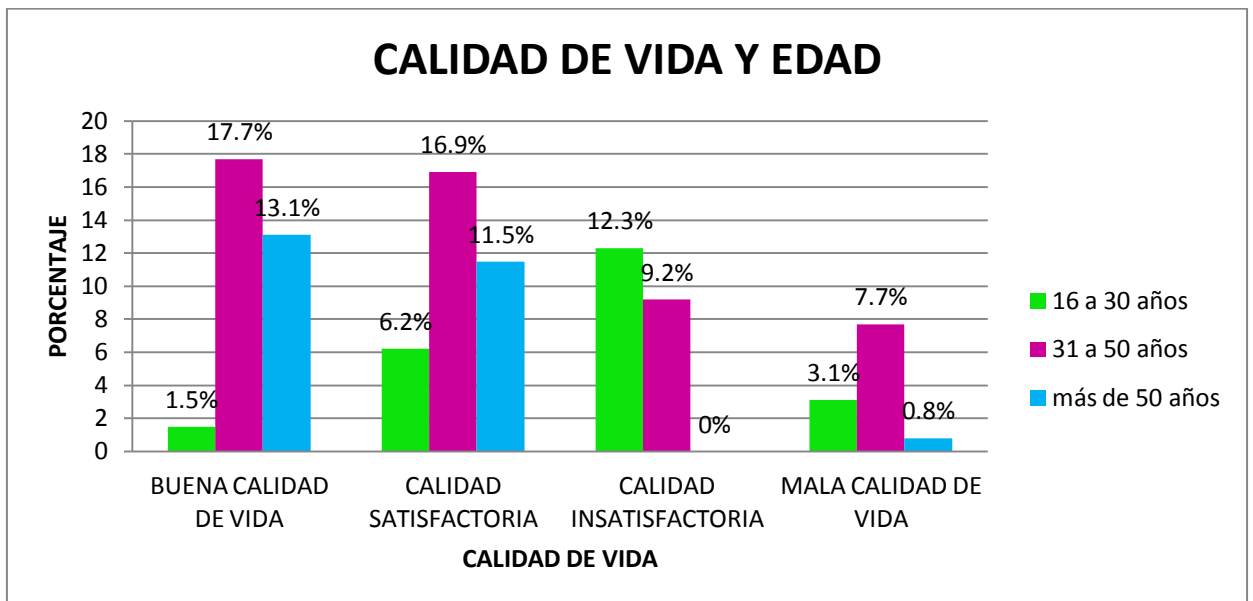


Gráfico 8. *Calidad de Vida y Edad*

CUADRO 9. CALIDAD DE VIDA Y SEXO

		BUENA CALIDAD DE VIDA	CALIDAD DE VIDA SATISFACTORIA	CALIDAD DE VIDA INSATISFACTORIA	MALA CALIDAD DE VIDA
FEMENINO	FRECUENCIA	26	24	20	6
	PORCENTAJE	20%	18.5%	15.4%	4.6%
MASCULINO	FRECUENCIA	16	21	8	9
	PORCENTAJE	12.3%	16.2%	6.2%	6.9%

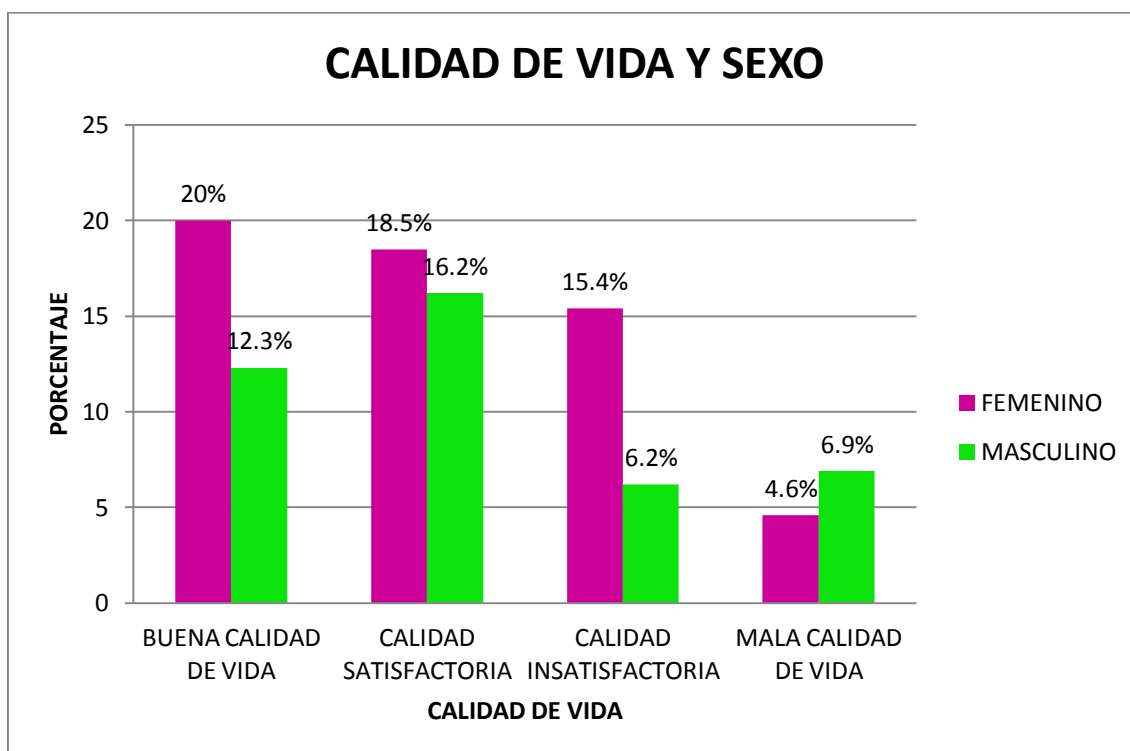


Gráfico 9. Calidad de Vida y Sexo

CUADRO 10. CALIDAD DE VIDA Y OCUPACIÓN

		BUENA CALIDAD DE VIDA	CALIDAD DE VIDA SATISFACTORIA	CALIDAD DE VIDA INSATISFACTORIA	MALA CALIDAD DE VIDA
EMPLEADO	FRECUENCIA	22	22	15	14
	PORCENTAJE	16.9%	16.9%	11.5%	10.8%
DESEMPLEADO	FRECUENCIA	19	15	2	0
	PORCENTAJE	14.6%	12.3%	1.5%	0%
ESTUDIANTE	FRECUENCIA	1	7	11	1
	PORCENTAJE	0.8%	5.4%	8.5%	0.8%

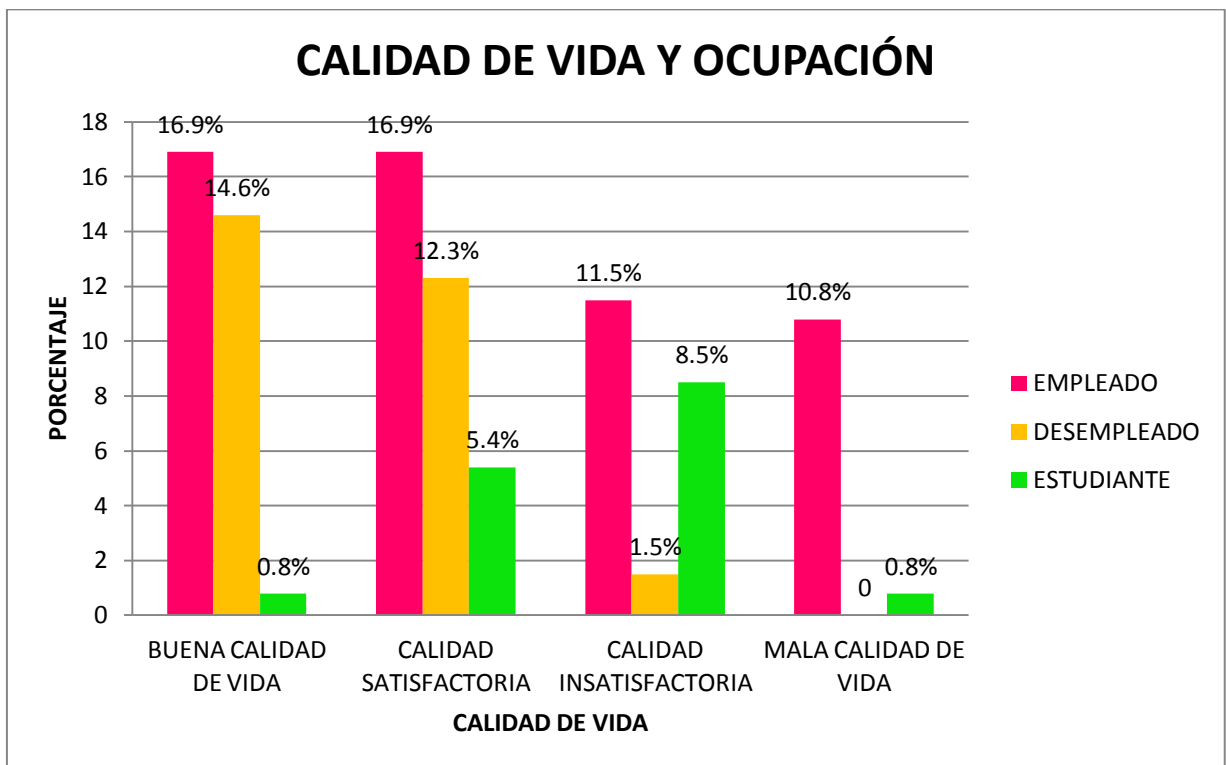


Gráfico 10. Calidad de Vida y Ocupación

CUADRO 11. CALIDAD DE VIDA Y ESTADO CIVIL

		BUENA CALIDAD DE VIDA	CALIDAD DE VIDA SATISFACTORIA	CALIDAD DE VIDA INSATISFACTORIA	MALA CALIDAD DE VIDA
SOLTERO	FRECUENCIA	4	13	16	11
	PORCENTAJE	3.1%	10%	12.3%	8.5%
CASADO	FRECUENCIA	33	27	10	3
	PORCENTAJE	25.4%	20.8%	7.7%	2.3%
DIVORCIADO	FRECUENCIA	1	0	0	0
	PORCENTAJE	0.8%	0%	0%	0%
VIUDO	FRECUENCIA	4	1	0	0
	PORCENTAJE	3.1%	0.8%	0%	0%
UNIÓN LIBRE	FRECUENCIA	0	4	2	1
	PORCENTAJE	0%	3.1%	1.5%	0.8%

CALIDAD DE VIDA Y ESTADO CIVIL

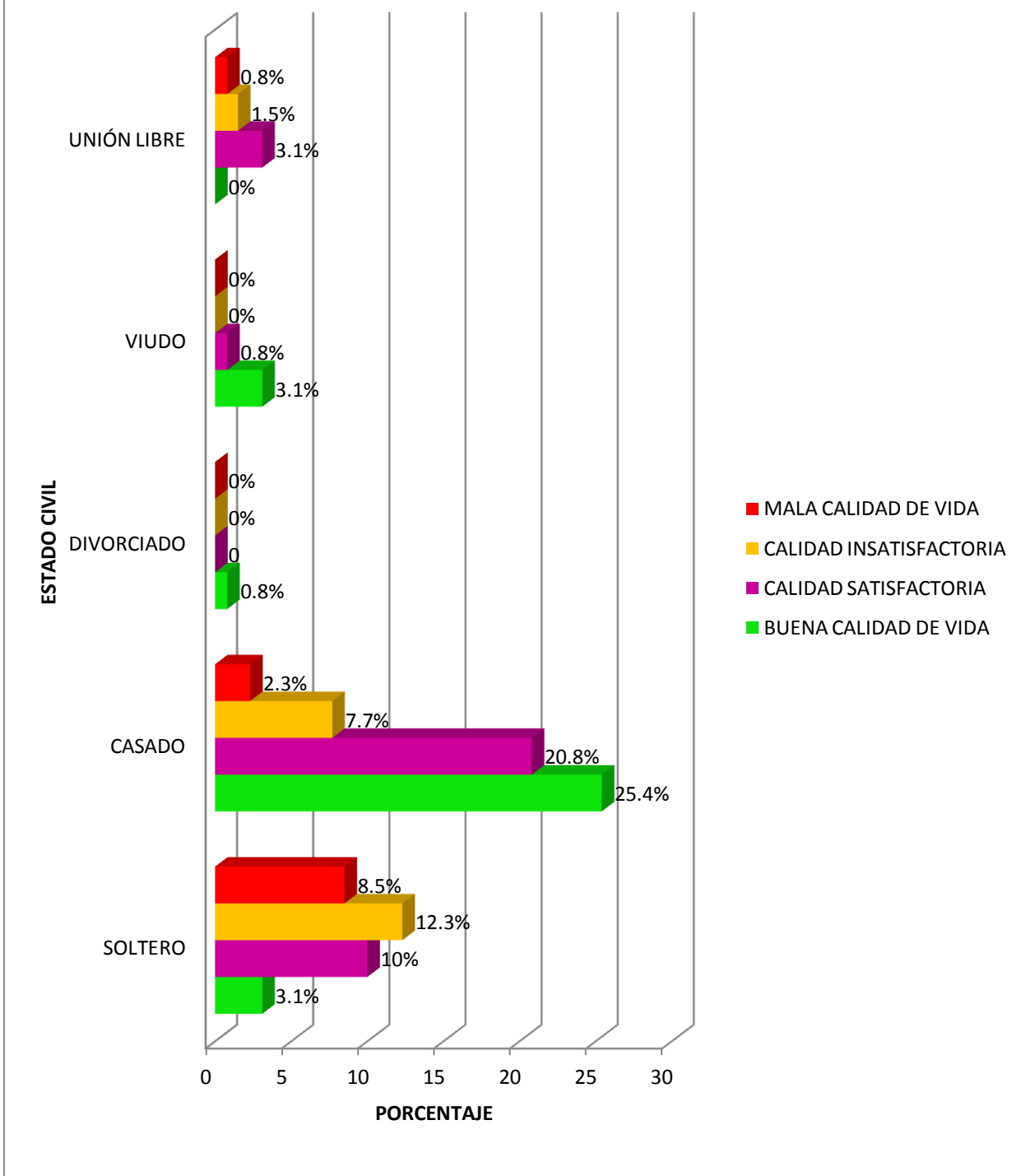


Gráfico 11. *Calidad de Vida y Estado Civil*

CUADRO 12. CALIDAD DE VIDA Y TIEMPO DE PORTAR VITILIGO

		BUENA CALIDAD DE VIDA	CALIDAD DE VIDA SATISFACTORIA	CALIDAD DE VIDA INSATISFACTORIA	MALA CALIDAD DE VIDA
Menos de 1 año	FRECUENCIA	0	5	7	3
	PORCENTAJE	0%	3.8%	5.4%	2.3%
1 a 10 años	FRECUENCIA	20	22	21	11
	PORCENTAJE	15.4%	16.9%	16.2%	8.5%
Más de 10 años	FRECUENCIA	22	18	0	1
	PORCENTAJE	16.9%	13.8%	0%	0.8%

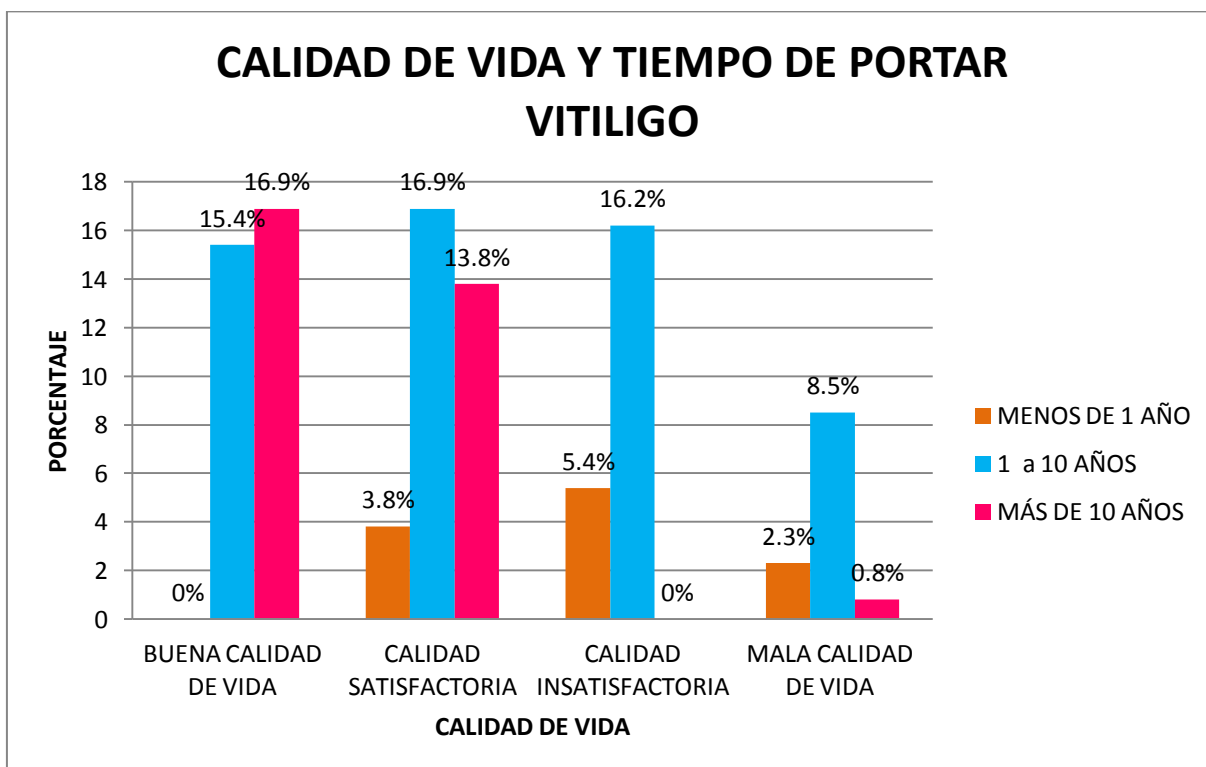


Gráfico12. Calidad de Vida y Tiempo de portar Vitiligo

CUADRO 13. CALIDAD DE VIDA Y TRATAMIENTO

		BUENA CALIDAD DE VIDA	CALIDAD DE VIDA SATISFACTORIA	CALIDAD DE VIDA INSATISFACTORIA	MALA CALIDAD DE VIDA
CON TRATAMIENTO	FRECUENCIA	7	25	22	10
	PORCENTAJE	5.4%	19.2%	16.9%	7.7%
SIN TRATAMIENTO	FRECUENCIA	35	20	6	5
	PORCENTAJE	26.9%	15.4%	4.6%	3.8%

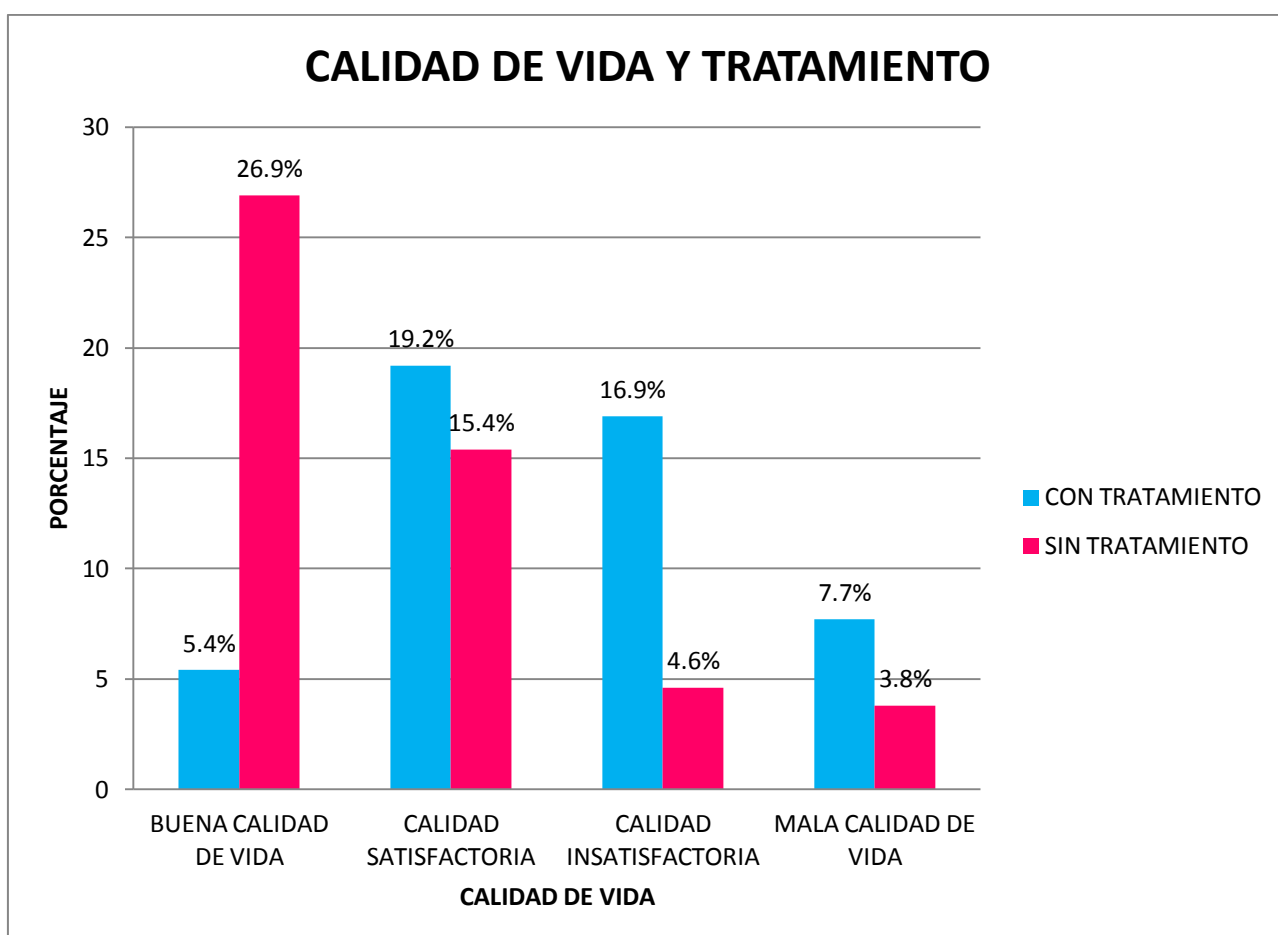


Gráfico 13. Calidad de Vida y Tratamiento

DISCUSIÓN

El Vitiligo es la enfermedad despigmentante de la piel más común, que afecta a ambos sexos, reportándose más afectadas las mujeres, según estudio realizado por el Dr. Mauro Picardo (2009), dato que se corroboró en este estudio, el 58.5% fue del sexo femenino y el 41.5% del sexo masculino, lo que podría estar sujeto a que son las mujeres quienes más acuden a consulta por factores cosméticos.

La distribución de la despigmentación en el vitiligo se produce según cinco patrones generales, siendo el más frecuente el tipo generalizado, según reportes del Dr. Mauro Picardo (2009), sin embargo, no coincidió este patrón de despigmentación en nuestro estudio, ya que se observó que la mayoría de los pacientes, 85%, presentó un patrón acrofacial y segmentario, lo cual también justifica el poco interés en acudir a los servicios de salud, ya que existe un bajo registro de los pacientes que presentan esta enfermedad, siendo la mayoría de los diagnósticos hallazgos casuales.

Según el Dr. Pearl Grimes (2005), el diagnóstico de vitiligo se realiza en promedio entre los 24 y 33 años de edad, reportando inclusive mayor prevalencia en menores de 10 años de edad, lo cual coincide con las edades de diagnóstico de nuestra muestra. La mayoría de los pacientes se encontraron en el rango de edad de 31 a 50 años (51.5%), siguiendo en frecuencia los mayores de 51 años (24.4%), sin embargo, la mayoría de los pacientes en este rango presentaban más de 15 años de haberse hecho el diagnóstico de vitiligo.

Esta enfermedad puede asociarse a diversas enfermedades sistémicas de origen autoinmune, según Amador y Cols. (2000), sin embargo, en este trabajo no se estudiaron como variable las comorbilidades de origen autoinmune que pueden presentar los pacientes en nuestro medio, por lo que considero sería interesante realizar más adelante un estudio que incluya este rubro.

El tratamiento del vitiligo supone siempre un desafío, ya que no existe un tratamiento universal efectivo (Arenas 2000), sin embargo, existen numerosas modalidades terapéuticas que pueden beneficiar a muchos pacientes, alcanzando una repigmentación de más del 50 al 75%, tratamientos con los que no se cuenta a nivel institucional, por lo que los pacientes se desesperan y renuncian a la terapéutica empleada, porque además de no obtener los resultados esperados, se necesita tiempo para su aplicación, rubro que se encuentra en la encuesta DLQI aplicada a los pacientes. Casi la mitad de los pacientes en estudio, estaban en tratamiento (49.2%), sin embargo, la gran mayoría no era constante en su aplicación, por las razones anteriormente comentadas. Por otro lado, los pacientes mayormente interesados en la instauración de un esquema terapéutico fueron los adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo los de reciente diagnóstico, esto probablemente por el impacto que en un inicio puede provocar la despigmentación de la piel.

Según ME Otero (2005), la evolución de esta entidad es inesperada, provocando en el paciente un estado de ansiedad y desesperación, experimentando baja autoestima, depresión, timidez y vergüenza al relacionarse social y sexualmente, afectando su calidad de vida, con lo que concordamos en este estudio, ya que el 21.5% de los pacientes reportó una calidad de vida insatisfactoria, y el 11.5%, una mala calidad de vida. En este estudio se observó que la calidad de vida está

principalmente afectada en estudiantes, y en las personas laboralmente activas, esto seguramente se presenta por la actividad social en la que se ven inmersos, ya que la piel es la carta de presentación en cualquier lugar donde se tenga que interactuar con las personas. También se analizó que el sexo femenino presenta calidad de vida menos satisfactoria en comparación con el sexo masculino, 71% y 29%, respectivamente, esto se ha de suponer, por la exigencia social actual hacia una estética y figura humana cada vez más perfeccionista, razón por la cual, en el rubro de estado civil, los pacientes solteros fueron los que manifestaron sentirse más insatisfechos con su calidad de vida.

CONCLUSIÓN

En este estudio se observó que una muestra significativa de los pacientes con vitiligo presentan una calidad de vida insatisfactoria y mala calidad de vida, principalmente los que se encuentran en la edad adolescente y adultos jóvenes, esto probablemente sea por el impacto que esta enfermedad produce a nivel social, sobre todo en la etapa de adolescencia, periodo clave para la formación de la autoestima en las personas y que al ser dañada con un estigma social de esa magnitud, muy probablemente se tendrá repercusiones a nivel biopsicosocial, ocasionando individuos con aislamiento social, con bajo rendimiento escolar, laboral y sin desarrollar su pleno potencial de acuerdo a sus intereses y necesidades, afectando su vida productiva y creativa.

Es importante mencionar que la población estudiada, presentaba una distribución segmentaria y algunos pacientes distribución acrofacial del vitiligo, sin ser generalizado como reporta la literatura que es el patrón más frecuente, y que afecta más directamente la calidad de vida del paciente, aunque cabe destacar que los pacientes que presentaron un patrón acrofacial, el 100% tuvo una calidad de vida insatisfactoria, por lo que sería también muy interesante estudiar el patrón de distribución que se encuentra en nuestro medio, porque al parecer no coincide con la descripción que hace la literatura del resto del mundo, además de reportar el índice de calidad de vida dependiendo del patrón de distribución dérmico que presente cada grupo de pacientes.

En México aún no se tienen estadísticas claras en lo que respecta a esta entidad, a pesar de ser una de las enfermedades cutáneas más devastadoras psicológicamente, ya que el efecto del vitiligo está influenciado y exacerbado principalmente por la percepción social de la desfiguración e irregularidades del color de la piel, ocasionando en los pacientes baja autoestima, discriminación laboral e inseguridad en sus relaciones sociales y sexuales, afectando como consecuencia su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Taïeb, Alain M.D.; Picardo, Mauro M.D. Vitiligo. The New England Journal of Medicine Issue: 2009;360(2):160–169
2. Sonja Prcic, M.D., Verica Djuran, M.D., Aleksandra Mikov, M.D., Ivan Mikov, M.D. Vitiligo in children. Pediatric Dermatology 2007; 24(6):666
3. Kresimir Kostovic and Aida Pasic. New Treatment Modalities for Vitiligo: Focus on Topical Immunomodulators. Drugs 2005;65(4):447–459,
4. Pearl E. Grimes, MD. New Insights and New Therapies in Vitiligo. JAMA 2005;293(6):730–735
5. Jin, Ying M.D., Ph.D.; Birlea, Stanca A. M.D., Ph.D.; Fain, Pamela R. Ph.D.; Gowan, Katherine B.S.; Riccardi, Sheri L. B.S.; Holland, Paulene J., et al. Variant of TYR and Autoimmunity Susceptibility Loci in Generalized Vitiligo. The New England Journal of Medicine Issue: 2010;362(18):1686–1697
6. M Yildirim,*† V Baysal,† HS Inaloz, §M Can‡. The role of oxidants and antioxidants in generalized vitiligo at tissue level. European Academy of Dermatology and Venereology *JEADV* 2004; 18: 683–686
7. J. D. Spencer, N. C. J. Gibbons, M. Bo¨hm, and K. U. Schallreuter. The Ca²⁺ -Binding Capacity of Epidermal Furin Is Disrupted by H₂O₂-Mediated Oxidation in Vitiligo. Endocrinology 2008; 149(4):1638–1645
8. Shelley Cathcart, MD and Dean Morrell, MD. Vitiligo as a Post-Bone Marrow Transplantation Complication. J Pediatr Hematol Oncol 2007;29(7):485–487
9. You Chan Kim, MD,* Yun Jeon Kim, MD,* Hee Young Kang, MD,* Seonghyang Sohn, PhD,† and Eun-So Lee, MD*. Histopathologic Features in Vitiligo. Am J Dermatopathol 2008;30:112–116
10. A. Guerra-Tapia, M.D., Ph.D.*† and María José Isarría, M.D.*. Periocular Vitiligo with Onset Around a Congenital Divided Nevus of the Eyelid. Pediatric Dermatology 2005;22 (5): 427–429,
11. FC Antony,* RA Marsden. Vitiligo in association with human immunodeficiency virus infection. European Academy of Dermatology and Venereology *JEADV* 2003; 17: 456–458
12. M Tjioe, ME Otero, PCM van de Kerkhof,* MJP Gerritsen. Quality of life in vitiligo patients after treatment with long-term narrowband ultraviolet B phototherapy. European Academy of Dermatology and Venereology *JEADV* 2005; 19: 56–60
13. Zhi Hu, M.D.,*† Jiang-Bo Liu, M.D.,*† Sui-Sui Ma, M.S.,*† Sen Yang, M.D.,*† and Xue-Jun Zhang, M.D., Ph.D.*†. Profile of Childhood Vitiligo in China: An Analysis of 541 Patients Pediatric Dermatology 2006; 23 (2):114–116
14. Gawkrödger, D. J.; Ormerod, A. D.; Shaw, L.; Mauri-Sole, I.; Whitton, M. E. *,+; Watts, M. J., et al. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo, British Journal of Dermatology 2008;159(5):1051-1076

- 15.**Valeria Brazzelli, M.D., Francesca Prestinari, M.D., Michela Castello, M.D., Eleonora Bellani, M.D., Elena Roveda, M.D., Tania Barbagallo, M.D., et al. Useful Treatment of Vitiligo in 10 Children with UV-B Narrowband (311 nm). *Pediatric Dermatology* 2005;22 (3): 257–261
- 16.**Njoo, M. David 1; Westerhof, Wiete . Vitiligo: Pathogenesis and Treatment. *American Journal of Clinical Dermatology* 2001;2(3):167-181
- 17.**CHOI, Chong Won 1; CHANG, Sung Eun 2; BAK, Hana 2; CHOI, Jee Ho 2; PARK, Hyun Sun 1; HUH, Chang Hun 1, et al.Topical immunomodulators are effective for treatment of vitiligo. *Journal of Dermatology* 2008;35(8):503-507
- 18.**Nicolaidou, Electra MD, PhD; Antoniou, Christina MD, PhD; Stratigos, Alexander MD, PhD; Katsambas, Andreas D. MD, PhD .Narrowband ultraviolet B phototherapy and 308-nm excimer laser in the treatment of vitiligo: A review. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2009;60(3):470-477
- 19.**Dawid, Markus 1; Veensalu, Marge 1; Grassberger, Maximilian 2; Wolff, Klaus 1. Efficacy and safety of pimecrolimus cream 1% in adult patients with vitiligo: Results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled study. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2006;4(11):942-946
- 20.** R Falabella. Surgical treatment of vitiligo: why, when and how. *European Academy of Dermatology and Venereology JEADV* 2003; 17: 518–520
- 21.**Amalia Panzarelli. Calidad de vida y enfermedades cutáneas. *Dermatología venezolana* 2008; 46(4):3-4
- 22.**Ongenaes, K.; Van Geel, N.; De Schepper, S.; Naeyaert, J. M. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *British Journal of Dermatology* 2005;152(6):1165-1172
- 23.**Richard D. Lennox, PhD,* and Michael J. Leahy, MBA†. Validation of the Dermatology Life Quality Index as an outcome measure for urticaria related quality of life. *Annals of allergy, asthma and immunology* 2004; 93:142-146
- 24.**Tiedra A, Mercadal j, Badía X y col. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1998;89:692-700

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ&UMF No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
ASPECTOS ETICOS:
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Para la participación en el proyecto:

*EVALUACION DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE VITILIGO
DEL HGZ/UMF No. 8*

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.
FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Evaluación del índice de calidad de vida en pacientes portadores de vitiligo". El objetivo de este estudio es analizar el índice de calidad de vida dermatológico en pacientes con vitiligo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario titulado índice de calidad de vida dermatológico (DLQI). Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

**Índice Dermatológico de Valoración de Calidad de
Vida (DLQI)
VITILIGO**

Nombre				sexo	M		F	
Ocupación				Edad				
Tiempo Enfermedad		Estado Civil		Tratamiento	SI	NO		

Conteste el siguiente cuestionario de acuerdo a como se ha sentido los últimos 7 días en relación al problema de su piel:

	3	2	1	0
1. Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido picor, dolor, o escozor en su piel?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
2. Durante los últimos 7 días ¿ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido a causa de sus problemas de piel?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
3. Durante los últimos 7 días ¿sus problemas de piel le han interferido en ir de compras, o cuidarse de la casa o la terraza?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
4. Durante los últimos 7 días ¿sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
5. Durante los últimos 7 días ¿sus problemas de piel han afectado alguna actividad social o de tiempo libre?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
6. Durante los últimos 7 días ¿le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
7. Durante los últimos 7 días ¿sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar? Si la respuesta es NO durante los últimos 7 días ¿su piel le ha causado algún problema en el trabajo o en los estudios?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
8. Durante los últimos 7 días ¿sus problemas de piel le han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/a o familiar?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
9. Durante los últimos 7 días ¿sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto
10. Durante los últimos 7 días ¿el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted, por ejemplo porque ha ensuciado el hogar o le ha quitado tiempo?	Muchísimo	Mucho	Poco	No, en absoluto

