



11212
14
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA

“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA “

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA

P R E S E N T A :

DRA. ALEJANDRA GOLLÁS ZAMORA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO DF FEBRERO 2003





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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

DR. JESÚS ARENAS OSUNA



JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de este artículo científico.
NOMBRE: Alejandra Gollás Zamora
FECHA: 14/03/03
FIRMA: [Signature]

DRA. MAGDALENA LOPEZ IBARRA

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN

DRA. ALEJANDRA GOLLÁS ZAMORA

RESIDENTE DE 5º AÑO DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

PROTOCOLO N° 2002 - 690 - 0146



FALLA DE URGEN

ASESOR DE TESIS

DRA SILVIA ALICIA HONDA FUJIMURA

Silvia Alicia Honda Fujimura

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE DERMATOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE CENSO

**Esta tesis está dedicada a mis
padres;
Susana y Pedro
por todo el apoyo incondicional
brindado durante todos estos
años....
Sin ustedes no hubiera podido
realizar todo lo que he logrado.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN HE CMN LA RAZA”

Objetivo Determinar la calidad de vida en pacientes portadores de dermatitis atópica que acuden a la consulta externa del HECMNR.

Material y métodos:

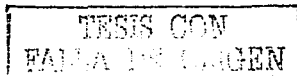
Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal con aplicación de encuestas para conocer la calidad de vida en pacientes portadores de dermatitis atópica del 1° de octubre de 2002 al 31 de enero de 2003. Se evaluó la severidad clínica de la dermatosis con la escala Six area, six sign atopic dermatitis severity y el Dermatology life quality index para conocer su calidad de vida. Se calculó la distribución por sexo y edad en el grupo de estudio, el tratamiento que recibió cada paciente, la relación entre edad, sexo, DLQI y SASSAD.

Resultados:

Durante el periodo comprendido del 1° de octubre de 2002 al 31 de enero de 2003, fueron atendidos 30 pacientes portadores de Dermatitis atópica, en el Departamento de Dermatología del Hospital de Especialidades del CMN La Raza del IMSS. De ellos, 12 (40%) fueron hombres y 18 (60%) mujeres. La edad promedio fue de 36.66 años, encontrándose la mayor incidencia entre 30 y 50 años (14 pacientes 46.7%).

El tratamiento más utilizado fue la hidrocortisona tópica más lubricante en 14 pacientes (46.7%). 21 pacientes tenían una dermatosis leve y 9 moderada. De acuerdo al DLQI 14 pacientes tenían una buena calidad de vida, 14 regular y 2 mala.

La correlación de calidad de vida y severidad de la enfermedad demostró un rho spearman = 0.584 p<0.050.



ABSTRACT

“ QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS IN THE DEPARTMENT OF DERMATOLOGY HE CMN LA RAZA”

OBJETIVE:

To know the quality of life in patients with atopic dermatitis in the department of dermatology of the national medical center “La Raza” IMSS

METHODS:

In an observational, prospective, transversal trial 30 patients with atopic dermatitis were evaluated with the six area, six sign, atopic dermatitis severity scale (SASSAD), and the Dermatology life quality index (DLQI), to know the relationship between the severity of the disease and the Quality of life in each patient, we calculated the distribution by gender, age, evaluated the treatment and the DLQI/SASSAD relationship.

RESULTS:

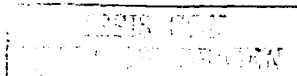
A total of 30 patients with AD were enrolled during October 2002 to January 2003. 12 men (40%) and 18 women (60%) between 18 – 60 years (mean 36.66).

Most of them (46.7%) were treated with hydrocortisone 1% plus emollients. 21 patients had mild dermatosis and 9 had moderate affection.

According to DQLI 14 patients had a good quality of life, 14 acceptable, and 2 bad.

In the linear regression analysis we found a correlation between the dermatosis severity and the quality of life $r=0.584$ by spearman rank correlation coefficient (ρ) with $p<0.050$.

Key words: Quality of life
Atopic dermatitis



INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una dermatosis reaccional pruriginosa, crónica y recidivante, que afecta principalmente los pliegues, se presenta en el transcurso de la lactancia, tiende a desaparecer después de la misma y puede reaparecer en escolares, extendiéndose en algunas ocasiones hasta la vejez. No se conoce bien la etiología, hay antecedentes familiares o personales de atopía e intervienen factores constitucionales, inmunitarios y psicológicos en su aparición. (1,2,3,4).

Fue descrita por primera vez en 1808, el término de neurodermatitis diseminada fue propuesto por Brocq y Jaquet en 1891, quien encontró asociación de la enfermedad con componentes emocionales. En 1923 Coca y Cooke sugieren el término atopía. En 1933 se propuso el término de dermatitis atópica por Wisw y Sulzberger (1,2,3).

Entre los sinónimos mas frecuentemente utilizados para nombrarla, se encuentran: eccema atópico, eccema infantil, prurigo de Vencer y dermatitis flexural entre otros (2,3)

Es una enfermedad que afecta a todas las razas, siendo más frecuente en la raza negra, aunque esta afirmación se encuentra en controversia, afecta por igual ambos sexos, se presenta en el 15 a 20 % de la población general y representa el 12% de la consulta dermatológica pediátrica. (2,3,9)

La etiología de la dermatitis atópica es aún desconocida en su totalidad, existe una gran variedad de teorías que intentan explicar la causa de esta dermatosis, la primera de ellas es la teoría genética: El 50 a 70% de los pacientes tiene antecedentes personales y/o familiares de atopía (asma, rinitis, conjuntivitis, dermatitis). Se ha propuesto una herencia autosómica dominante con expresibilidad variable, se ha relacionado con HLA A9, HLA A3, HLA B12, HLA Bw40, y con un defecto en el cromosoma 11q13. (5,6) La teoría inmunológica: El 80% de los pacientes tienen niveles elevados de IgE. La depresión en la inmunidad celular crea un defecto en la maduración de los linfocitos T, aumentando las células T colaboradoras (th) y disminuyendo las células supresoras (TS). (2,3,7,12).

PECIS CON
ORIGEN

Teoría alérgica: el 70% de los pacientes tiene historia familiar de atopia, aumento de IgE en el 80% de los casos, y exacerbación de la dermatosis con la exposición a irritantes ambientales (2, 7, 13).

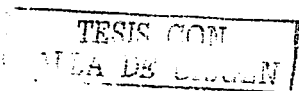
Teoría Infecciosa: Se ha observado mayor incidencia de enfermedades infecciosas por bacterias, hongos y virus, los dos microorganismos involucrados más frecuentemente son el staphilococos aureus y Malasezia Furfur. El Staph aureus se encuentra presente en el 90% de los paciente , libera endotoxinas y un superantígeno capaces de estimular el complejo mayor de histocompatibilidad clase II y a los receptores de células T, las toxinas ocasionan liberación de histamina de los basófilos (1,2,3)

Teoría neurovegetativa Se presenta una respuesta anormal del sistema nervioso autónomo, existe una vasoconstricción sostenida así como una respuesta lenta a la histamina aplicada por vía intradérmica que explica el dermografismo blanco, existe una respuesta alterada al frío y al calor manifestada por la exacerbación de la dermatosis con los cambios bruscos de temperatura.

Teoría psicológica o emocional Estos pacientes presentan una personalidad atópica, con labilidad emocional, ansiedad, hiperactividad, hostilidad, agresividad reprimida, alteraciones del sueño; y se ha visto que la dermatosis se exagera ante situaciones con carga emocional importante. (2,3,6) .

Cuadro clínico Hay tres fases cronológicas: 1) Fase del lactante: se inicia en la cara de las primeras semanas de vida a los dos meses de edad, predomina en mejillas y respeta el triángulo central de la cara, hay eritema, pápulas y eccema agudo son costras hemáticas y huellas de rascado. Puede extenderse a piel cabelluda, pliegues retroauriculares y de flexión, tronco y nalgas; o ser generalizadas. Las lesiones tienden a desaparecer a los dos años sin dejar huellas. 2) Fase del escolar o infantil: se presenta de los 4 a los 14 años de edad en que cede de forma espontánea, las lesiones afectan los pliegues de flexión de los codos, huecos poplíteos, cuello, muñecas, párpados; hay placas eccematosas y/o liquenificadas. El prurito es intenso y la dermatosis evoluciona por brotes, desaparece o continúa hacia la última fase. 3) Fase del Adulto: Ocurre desde los 15 años de edad, se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, cuello, nuca, dorso de manos o genitales; con placas de liquenificación o eccema.

En el 60% de los enfermos la evolución natural tiende a la mejoría o curación al llegar a la pubertad.



Las lesiones de la dermatitis atópica pueden ser agudas en las que predomina el eccema (pápulas, vesículas, pústulas, costras meliséricas) ó crónicas con datos de liquenificación. El diagnóstico es clínico (3,8,11)

En el 60% de los enfermos la evolución natural tiende a la mejoría o curación al llegar a la pubertad pero en un 30 a 40% de los pacientes, la dermatitis atópica tiende a la cronicidad evolucionando con exacerbaciones y remisiones de la sintomatología, en algunos pacientes puede ser mínima, manifestándose sólo con hipersensibilidad a ciertos factores ambientales e irritantes físicos con el tiempo son bien identificados por el paciente limitando su exposición.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con la dermatitis seborreica, dermatitis por contacto, ictiosis, y acrodermatitis enteropática entre otros. (2,3,6)

Ya que la etiología de esta dermatosis no está bien aclarada hasta el momento, debe subrayarse que no hay tratamiento específico, **la terapéutica** estará encaminada a limitar la sintomatología de esta manera podrá ser controlable aunque no curable.

Son importantes las medidas preventivas tales como utilización de ropa de algodón, holgada, baño rápido (menos de 10 minutos), evitar el uso de detergentes, suavizantes de tela, frío y calor excesivos, jabón de tocador, alimentos histamino-liberadores y tensiones emocionales. (1,2,3,6)

Dentro del tratamiento específico se incluyen el **tópico** a base de lubricantes y emolientes, agentes queratolíticos, queratoplásticos, astringentes, antipruriginosos, alquitranes, esteroides tópicos y antisépticos. Los cuales deben administrarse de acuerdo a la fase de la enfermedad que se presente (aguda o crónica) y sus complicaciones (impetiginización).

Existen varias opciones terapéuticas por **vía sistémica** sin resultados totalmente satisfactorios o con importantes efectos secundarios. Se emplean los antihistamínicos H1 como antipruriginosos, inmunomoduladores como la Ciclosporina, Talidomida, Tacrólimus, PUVA y antagonistas de los receptores de leucotrienos han sido utilizados cuando la sintomatología es refractaria a tratamientos convencionales sin embargo hasta en un 50% de los casos no se observa respuesta adecuada a dichos tratamientos (15,16).

TESIS CON
A DE CLASEN

La cronicidad de esta dermatosis hace suponer el profundo impacto que ejerce sobre la vida de los pacientes y en sus familias. ya que repercute en forma directa en las interacciones sociales de una persona, desde su desarrollo psicoafectivo, el éxito en el trabajo, las relaciones sexuales y por ende en su calidad de vida. Los pacientes que sufren de dermatitis atópica, suelen tener alteraciones en el sueño, con la presencia de fatiga durante el día y dificultades en la escuela y/o trabajo. Los esposos (as) de pacientes atópicos de igual manera pueden sentirse agobiados acerca de la enfermedad de su pareja experimentando sentimientos de ansiedad y depresión. (15)

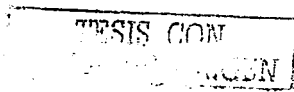
Aunque el peso de una enfermedad crónica es fácil de identificar y sus consecuencias son aparentes, la relación entre la dermatitis atópica y sintomatología psicológica es difícil de evidenciar. La presencia de dermatitis atópica representa un stress significativo en las vidas de los pacientes y de los integrantes de su familia, pero la respuesta al stress es variable y depende de la formación psicológica de cada individuo.

La dermatitis atópica, puede ejercer un profundo efecto en las interacciones sociales, ajustes psicológicos, éxito en el trabajo, relaciones sexuales y calidad de vida en general.

Consideramos por lo tanto, que el manejo de ésta entidad debe ser individualizado y estará encaminado no sólo a la mejoría clínica de la dermatosis, sino a proporcionar a cada paciente varias opciones para sobrellevar la enfermedad, es por esto que es necesario cuantificar en cada individuo cómo la dermatitis atópica influye en su vida cotidiana y a su vez en su calidad de vida (16,17) .

De esta forma, al obtener un método comparativo entre ésta y la presencia de enfermedades sistémicas, se podrá evaluar la eficacia de diversas terapias, y la eficiencia del departamento tratante, así como una escala para monitorizar la evolución de cada caso, estableciendo comparaciones entre las diversas dermatosis y su repercusión psicosocial (18,19)

Esta evaluación de la calidad de vida ha sido realizada en diversos estudios; en Gales, se incluyeron 200 pacientes portadores de diversas dermatosis, como psoriasis, prurito, acné, queratosis solares, verrugas vulgares, cae basocelular y dermatitis atópica. Ésta entidad se presentó en un total de 30 pacientes en quienes se demostró una calidad de vida menor que en pacientes con otras dermatosis con una $p < 0.001$.



El DLI "Dermatology life quality index" es un método práctico, sencillo de realizar, específico para enfermedades dermatológicas que proporciona al clínico un espectro amplio de las dermatosis a estudiar. Tiene todas las herramientas para capturar la información de síntomas limitantes, elementos cognoscitivos, actividades de la vida diaria, repercusiones sociales y fobias. Asimismo indica la frecuencia y el nivel de las limitaciones, fue desarrollado en Gales y las preguntas abarcan actividades acerca: del trabajo, entretenimientos, vida cotidiana, relaciones personales y tratamiento. (18,19.

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas: exageradamente, mucho, un poco, nada, no relevante. El índice es simple y conciso, de esta manera el paciente puede completarlo en pocos minutos y resulta sencillo para el investigador recopilar los datos. El puntaje total se cuenta entre 0 y 30, siendo éste último el que manifiesta mayor deterioro de la calidad de vida del paciente (18,19,20).

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, con aplicación de encuestas para conocer la calidad de vida de aquellos pacientes portadores de dermatitis atópica atendidos en el Departamento de Dermatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, durante el periodo comprendido del 1° de octubre de 2002 al 31 de enero de 2003.

Se revisaron pacientes portadores de dermatitis atópica en quienes se evaluó la severidad clínica de dicha dermatosis por los investigadores utilizando la escala SASSAD (six area, six sign atopic dermatitis severity score). De acuerdo a la intensidad de la dermatosis se les asignó una calificación en forma ascendente del 0 que es ausencia del signo, 1 leve, 2 moderado y 3 severo. Así pues, se obtuvo una calificación máxima de 108, catalogándose la dermatitis atópica como:

Leve: 1 - 36 puntos
Moderada: 37 - 72 puntos
Severa: 73 - 108 puntos

A todos los pacientes se les solicitó que contestaran el Índice de Calidad de vida en Dermatología (DQLI) obteniéndose asimismo una calificación máxima de 30, por lo que la calidad de vida se clasificó en:

Buena: 0 - 10 puntos
Regular: 11 - 20 puntos
Mala: 21 - 30 puntos

Se calculó la distribución por sexo y edad en el grupo de estudio, el tratamiento que recibió cada paciente, la relación entre edad, sexo, DLQI y SASSAD.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido del 1° de octubre de 2002 al 31 de enero de 2003 fueron atendidos 33 pacientes portadores de Dermatitis atópica, en el Departamento de Dermatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS. De ellos 30 cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio y 3 se excluyeron por ser portadores de Diabetes mellitus tipo I, Psicosis-maniaco depresiva, y uno menor de 18 años.

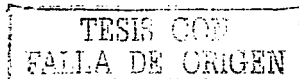
De los 30 pacientes incluidos, 12(40%) fueron hombres y 18 (60%) mujeres. (Grafica I. La edad promedio fue de 36.66 años +/- 11.57 encontrándose la mayor incidencia entre 30 y 50 años (14 pacientes 46.7%) (grafica II)

Se agruparon los pacientes de acuerdo al tratamiento utilizado siendo el mas frecuente la hidrocortisona tópica (14 pacientes 46.7%) (grafica III).

Después de evaluar a cada paciente mediante la escala SASSAD; 21 (70%) se encontraron con una dermatosis leve y 9 (30%) moderada. (grafica IV)

Una vez contestada la escala DLQI 14 pacientes (46.7%) cursaban con una calidad de vida buena, 14 (46.7%) regular y 2 pacientes (6.7%) tenían una calidad de vida mala para el estudio. (grafica V)

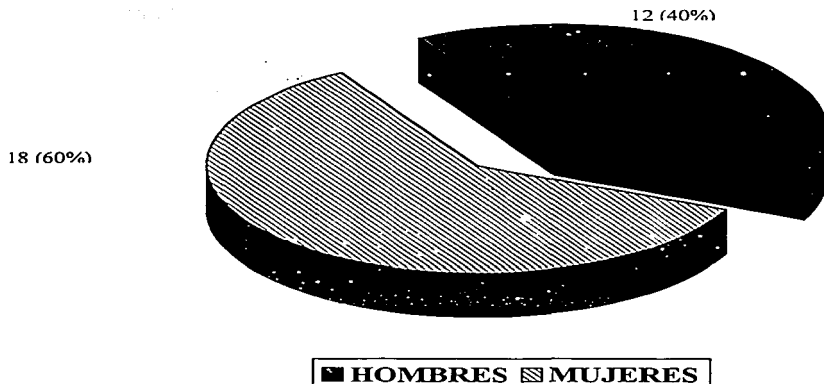
La correlación de severidad de la enfermedad y calidad de vida demostró una rho Spearman = 0.584 $p < 0.050$. (grafica VI)



GRAFICA I

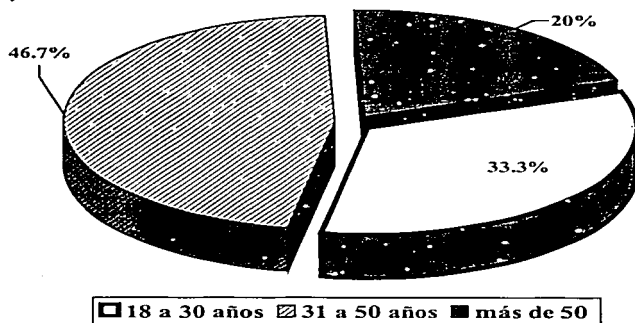
GÉNERO

		FRECUENCIA	%
Valid	"hombre"	12	40.0
	"mujer"	18	60.0
	Total	30	100.0



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA II

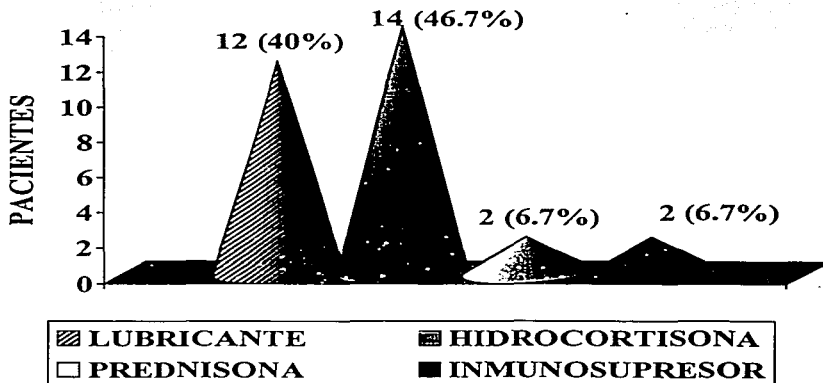


ESTA TESIS NO SALE
DE LA TESIS ORIGINAL
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA III

TX

		frecuencia	%
Valid	"lubricante"	12	40.0
	"hidrocortisona"	14	46.7
	"prednisona"	2	6.7
	"inmunosupresor"	2	6.7
	Total	30	100.0

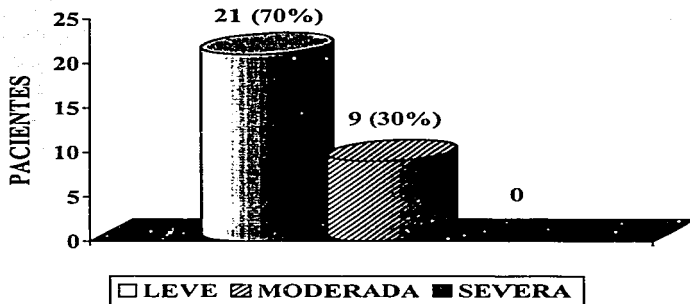


701 200
FACULTAD DE CIENCIAS

GRAFICA IV

SASSAD

		frecuencia	%
Valid	"leve"	21	70.0
	"moderado"	9	30.0
	Total	30	100.0

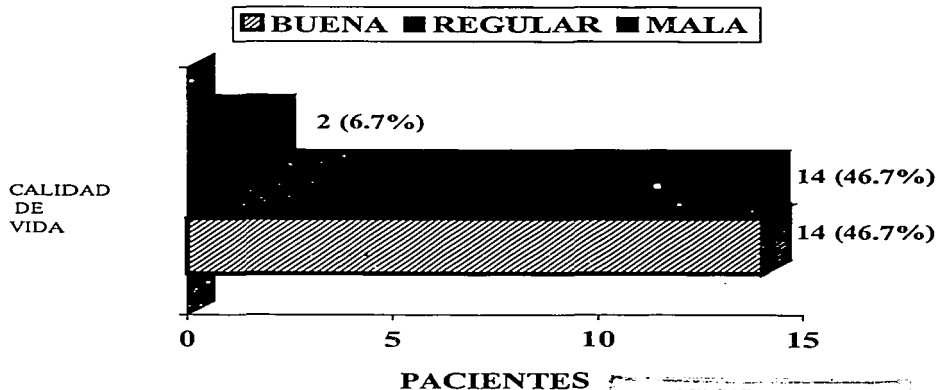


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA V

DLQI

		frecuencia	%
Valid	"bueno"	14	46.7
	"regular"	14	46.7
	"malo"	2	6.7
	Total	30	100.0

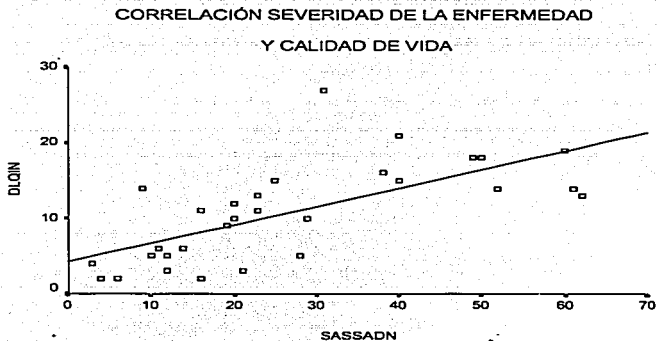


GRAFICA VI

Correlations

		DLQI	SASSAD
Spearman's rho DLQI	coeficiente de correlación	1.000	.584*
	Sig. (2-tailed)	.	.001
	N	30	30
	SASSAD		
SASSAD	coeficiente de correlación	.584**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.001	.
	N	30	30

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).



rho Spearman=0.584 p<0.050

TESIS CON
 FALLA EN EL PROCESO

DISCUSIÓN

La dermatitis atópica es una dermatosis frecuente, que afecta al 15 a 20% de la población general, en nuestro servicio predominó en el sexo femenino (60%), con una prevalencia entre la tercera y quinta décadas de vida (46.7%)

El tratamiento más utilizado para su manejo fue la hidrocortisona tópica en combinación con lubricantes (46.7%) encontrándose la mayoría de los pacientes estudiados (70%) con una dermatosis leve de acuerdo a la escala SASSAD, lo cual concuerda con los manejos administrados.

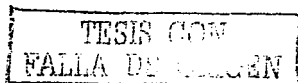
En cuanto a la calidad de vida evaluada, 14 pacientes (46.7%) se calificaron como buena, 14 (46.7%) regular y solo 2, mala.

En el estudio de Finlay y cols. Realizado en Gales en el cual se incluyeron pacientes con diversas dermatosis, la dermatitis atópica se presentó en un total de 30 pacientes en quienes se demostró una calidad de vida menor que en pacientes con otras dermatosis con una $p < 0.001$.

Aunque con un coeficiente de correlación bajo, el análisis realizado en nuestro hospital demostró que existe correlación entre la severidad de la dermatosis y la calidad de vida $p < 0.05$. Estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura.

La presencia de dermatitis atópica representa una sensación de angustia en las vidas de los pacientes, sin embargo la respuesta al padecimiento es variable ya que algunos se habitúan a la presencia de su dermatosis mientras que otros se sienten incapaces de sobrellevarla independientemente de la afectación que presenten.

Al conocer la repercusión emocional que la dermatosis representa en cada individuo, el clínico debe evaluar la introducción de nuevas terapéuticas en cada caso o puede continuar administrando a un paciente un tratamiento más conservador como lo sería la aplicación de lubricantes y fármacos tópicos que hayan demostrado ser eficaces y seguros.



CONCLUSIONES

La dermatitis atópica es una dermatosis reaccional pruriginosa de evolución incierta y etiología desconocida.

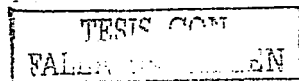
Predomina en el género femenino entre la tercera y quinta décadas de vida.

El tratamiento más utilizado para su manejo es la lubricación y los esteroides tópicos.

En algunos casos condiciona un verdadero detrimento de la calidad de vida de los pacientes portadores de esta entidad.

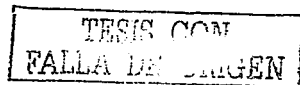
Puede representar una incapacidad para el desarrollo psicoafectivo de cada individuo.

A pesar de haber tratamientos inmunomoduladores sistémicos y tópicos que se han desarrollado en las últimas décadas para su manejo, no se ha demostrado que alguno disminuya éste déficit en la calidad de vida de los pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. Dermatitis atópica. Dermatología atlas, diagnóstico y tratamiento. Segunda edición. McGraw-Hill-Interamericana Editores 1996, p 63 – 66.
2. Beirana Palencia. Dermatitis atópica. Rev Cent Dermatol Pascua. Vol 8 Num 3 Sept – Dic 1999. p. 169 –178
3. Thomas B Fitzpatrick's Dermatology in medicine general. Vol 1, 1999, 5ta edición ,p 1464 – 79
4. Kay J Et al. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population J Am Acad Dermatol 1999. Vol 30 p. 30-35
5. Schultz – Larsen F Atopic dermatitis: A genetic epidemiologic in a population –based twin sample. J Am Acad Dermatol. Vol 34 p. 719 – 724
6. Atopic Dermatitis: an update for the next millennium. J Allergy clin inmunol 1999 vol 104. Num 3 part 2 S85-135
7. Jon M. Hanifin, Biochemical and inmunologic mechanism in atopic dermatitis : new targets for emerging therapies. J Am Acad Dermatol 1999 vol 41 No 1 p 72-76
8. H.C. Williams. Validation of the UK diagnosis criteria for atopic dermatitis in a population setting. British Journal of Dermatology. 1996. vol 135. p 12-17
9. R. Coleman. Genetic studies of atopy and atopic dermatitis. British Journal of Dermatology. 1997 vol 126 p 1-5
10. Marti Jill Rothe. Atopic dermatitis: an update. J Am Acad Dermatol 1996. Vol 35 No 1 p.1-12
11. E. Rudzki, P Rebandel. Frecuency and significance of the major and minor features of Hanifin and Rajka among patients with atopic dermatitis. Dermatology 1994. Vol 189 p.41-46
12. Y. Takamatzu, M. Hasegawa. IL-13 production by peripheral blood mononuclear cels from patients with atopic dermatitis. Dermatology 1998. vol 196 p.377-381
13. Jasnet F. Cheng . Nancy L. Dermal eosinophils in atopic dermatitis undergo cytolytic degeneration. J Allergy Clinic Inmunol 1999. Vol 104 . No 3 part 2 p. 683-692



14. M Izabal. Manejo de la dermatitis atópica. Revista del centro dermatológico Pascua. Vol 4 No 2 Mayo- Agosto 1995 p.82-88
15. Koo J et al. Psicodermatología. Clínicas dermatológicas. Vol 3 p.537-543. 1996
16. Lucio - Gómez E. Características de personalidad en un grupo de pacientes con dermatitis atópica. Rev Centro Dermatológico Pascua; 5:3 sep-dic 1996.
17. Bender B. Psychologic dysfunction associated with atopic dermatitis. Immunol allergy Clinics of North America; 22:1 Feb 2002
18. Graham- Brown R. The disease and its environment: atopic dermatitis: predictions, expectations, and outcomes. J Am Acad Dermatol 2001;45: S61-3
19. Finlay A. The disease and its environment: Quality of life in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2001; 45 S64-6
20. Finlay A. Khan G. Dermatology life quality index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994; 19:210-216.
21. Finlay A. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. British Journal of Dermatology 1997; 136: 305 - 314.
22. Hahn II, Melfi C. Use of dermatology life quality index in a Midwestern US urban clinic. J Am Acad Dermatol; 45 : 1 July 2001
23. Berth J. six area, six sign atopic dermatitis. British Journal of Dermatology 1996, 135 S48 p. 25-30
24. Jones SM. Triggers of atopic dermatitis. Immunol Allergy Clinics of North America 22:1 Feb 2002.

