



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“VALIDACIÓN DE LA ESCALA QoLIAD, PARA EVALUAR EL IMPACTO EN LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES MEXICANOS ADULTOS CON DERMATITIS ATÓPICA”.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

DR. URIEL VILLELA SEGURA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
DERMATOLOGÍA.**

ASESOR DE TESIS:

DRA ESTHER GUADALUPE GUEVARA SANGINÉS.

CO-ASESORES:

DRA GLADYS LÉON DORANTES

DRA. ARACELI MERCADO LARA

NO DE REGISTRO DE PROTOCOLO:

50. 2019



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

DRA. FLOR MARIA GUADALUPE AVILA FEMATT
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA.

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN.

DRA. ESTHER GUADALUPE GUEVARA SANGINÉS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO

AGRADECIMIENTOS:

A mi madre, que ha sido la persona que más ha creído en mí y me ha dado más amor que nadie en este mundo.

A mi abuelita, mis tías Pita y Bernarda, a mi hermano Genaro y mi prima Jimena que me ayudaron en todo momento y siempre estuvieron a mi lado

A mis profesoras del curso de dermatología y la Dra. Gladys León que me ayudo enormemente en la realización de estas tesis e hizo el esfuerzo de poder mandarme con este trabajo al SPIN en París, en abril del 2019.

Finalmente pero no por eso menos importante a Rodrigo y mis dos lobitos: Bachira y Koichi que me esperan en San Luis, ellos son mi familia, siempre fueron mi motor para seguir adelante.

ÍNDICE :

1.INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. OBJETIVOS 5.1 OBJETIVO GENERAL 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
6. HIPÓTESIS 6.1 HIPOTESIS ALTERNA	13
7. MATERIAL Y MÉTODOS 7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 7.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES	14
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
9. RESULTADOS	19
10. DISCUSIÓN	25
11. CONCLUSIÓN	27
12. BIBLIOGRAFÍA	28
13. ANEXO 1	30
14. ANEXO 2	31
15. ANEXO 3	33
16. ANEXO 4	34
17. ANEXO 5	35
18. ANEXO 6	36

1. INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria, crónica y recidivante de la piel, de origen, multifactorial; con una prevalencia estimada del 20% en niños y 5% en adultos. Esta se manifiesta inicialmente en la infancia, 60 al 85% de los pacientes la presentan durante el primer año de vida y para los 5 años ya se ha manifestado en un 85% de todos los pacientes. Tiende a resolver en la edad adulta, sin embargo puede persistir entre el 2 y el 4.9% de los pacientes [1-3]. La prevalencia de la dermatitis atópica en la consulta externa de nuestro país, de acuerdo a lo reportado por Galindo-Soto es de 31 620 consultas dermatológicas, 1028 corresponden a pacientes con DA [4]

Su fisiopatogenia es multifactorial, dentro de los factores descritos están: a) factores genéticos, confirmado por la concordancia de hasta 77% en gemelos monocigotos. Los pacientes tienen historia familiar de estos pacientes revela otros antecedentes de atopia: como asma, rinitis alérgica. Dos grandes grupos de genes se ven afectados, los que codifican para las proteínas de la barrera epidérmica y los que codifican para la respuesta inmunológica. La proteína de barrera epidérmica, con más mutaciones descrita es la filagrina, cuya integridad determina la homeostasis del paso de líquidos y protección contra el paso de alérgenos y microorganismos provenientes del medio ambiente[5-8].

Como se mencionó los pacientes con DA además de los defectos de barrera cutánea cursan con alteraciones en la respuesta inmunológica, donde la inflamación se activa a través de la vía Th2 en la que se encuentran aumentadas las IL-4, IL-13 e IL-31. Esta vía por medio de la linfopoyetina estromal tímica interfiere con la formación de lípidos en la capa córnea. Los pacientes con DA tienen mayor densidad de *Staphylococcus aureus*, que contienen superantígenos que favorecen la inflamación y su presencia, se asocia a periodos de actividad de la enfermedad [9].

Clínicamente la DA puede ser localizada, diseminada o generalizada. De acuerdo a la edad en que ésta se presenta tiene una predisposición topográfica: en los lactantes (antes de los 2 años de edad) afecta principalmente piel cabelluda, mejillas, cuello, superficies extensoras de las extremidades y el tronco (Figura 1A); en escolares predomina en pliegues como cuello, fosas antecubitales, muñecas, manos, hueco poplíteo y tobillos (Figura 1B). En adultos o mayores de 12 años afecta párpados, regiones retroauriculares, cuello y pecho (Figura 1C). El aspecto clínico de la DA varía de acuerdo a su evolución, en las lesiones agudas se pueden encontrar placas eritemato-edematosas, de bordes irregulares y mal definidos, con un aspecto eccematoso (Figura 2A); cuando la evolución es crónica se encuentran placas eritemato-escamosas liquenificadas. (Figura 2B); o puede presentarse como eritrodermia (Figura 2C) [10].

Figura 1. Sitios afectados por dermatitis atópica de acuerdo a la edad. (Arenas, R. (2013). Topografía de las lesiones de dermatitis atópica de acuerdo a la edad. [Figura 14-1]. Recuperado de Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento)

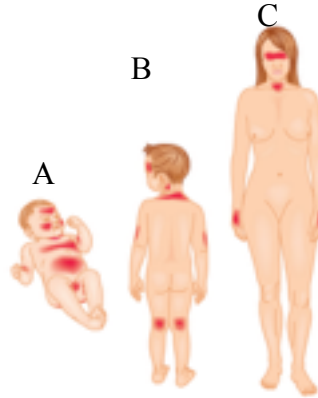
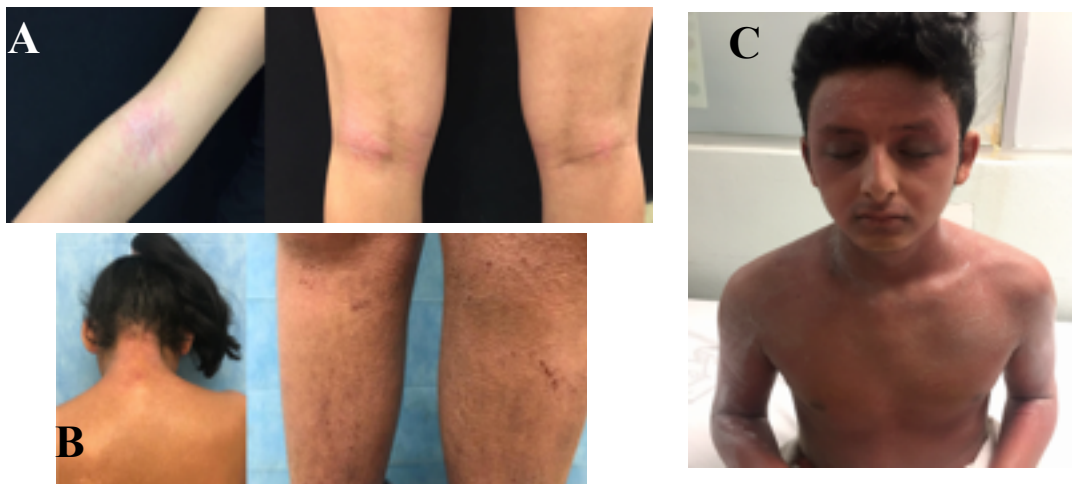


Figura 2. A. Paciente femenino de 20 años con DA leve. B. Paciente femenino de 19 años con DA moderada C. Paciente masculino de 18 años con DA grave



Actualmente no están disponibles las pruebas para medir biomarcadores de uso rutinario en la práctica clínica, que nos ayuden a confirmar el diagnóstico, que se determina con el cuadro clínico de acuerdo a los criterios de Hanifin y Rajka:

Que incluyen:

Criterios Mayores: Debe tener tres o más: Prurito; distribución y morfología típica descrita; liquenificación o hiperlinealidad flexional en adultos; compromiso extensor y facial en lactantes y niños, dermatitis crónica o crónicamente recidivante; historia personal o familiar de atopias, asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica.

Criterios Menores: Deben tener 3 ó más de los siguientes: Xerosis; ictiosis; hiperlinealidad palmar; queratosis pilar; reactividad a pruebas cutáneas inmediata; IgE sérico elevado; comienzo a temprana edad; tendencia a infecciones cutáneas; tendencia a dermatitis en manos y pies inespecíficas; eczema del pezón; queilitis; conjuntivitis recurrente; pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan; queratocono; cataratas anterior subcapsular; oscurecimiento orbitario; eritema o palidez facial; pitiriasis alba; pliegues anteriores del cuello; prurito con la sudoración; intolerancia a lanas y solventes orgánicos; acentuación perifolicular; intolerancia a alimentos; curso influenciado por factores ambientales o emocionales y dermatografismo blanco [11-13].

2. MARCO TEÓRICO

En DA la gravedad de la enfermedad se clasifica de acuerdo a dos escalas: el Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) y el Eczema Area and Severity Index (EASI), donde el primero evalúa, topografía, superficie afectada, estado clínico de las lesiones, e impacto de los síntomas como insomnio y prurito evaluados con la escala VAS que va del 1 al 10 dependiendo la intensidad de los síntomas; mientras que el EASI evalúa la extensión por zonas, y el grado de afección que mide en tres puntos la intensidad de eritema, edema, grosor y liquenificación. Es importante mencionar que la diferencia entre estas dos escalas radica en que el SCORAD sí contempla los síntomas de insomnio y prurito; la gravedad clínica toma en cuenta la presencia de xerosis, eritema, edema, exudado, excoriación y liquenificación en el total de la superficie corporal afectada, y no por áreas como el EASI que realiza la cuantificación del grado de afección por áreas en: Cabeza y cuello, tronco, miembros superiores y en miembros inferiores, y el porcentaje de superficie corporal afectada. Debido a esto el EASI representa una herramienta más fidedigna de los hallazgos clínicos del paciente sin tomar en cuenta los síntomas. La clasifica a la DA en leve si se obtienen 0-7 puntos, moderada de 7.1 a 21 puntos, grave con 21.1 a 50 puntos y muy grave de 50.1 hasta 72 puntos [14].

Existen múltiples escalas para evaluar la afección a la calidad de los pacientes afectados, dentro de las que se encuentran el “Dermatology Life Quality Index” (DLQI) y el “Quality of Life Index for Atopic Dermatitis” (QoLIAD), esta última es específica para pacientes con DA [20].

El DLQI fue creada en 1994, con el fin de medir el impacto que tienen las enfermedades cutáneas en la vida de los pacientes adultos, es un cuestionario de 10 preguntas, que evalúa el grado de repercusión de la enfermedad durante la última semana, en diferentes ámbitos de la vida del paciente, desde lo social, actividades recreativas, laborales, vida sexual, tiempo invertido en aplicar el tratamiento, síntomas y cómo el paciente siente que es percibido por los demás; los rangos de puntuación van del 0 al 30, se considera sin afección cuando es de 0, con 2-5 puntos es leve, 6-10 es afección moderada, 11-20 indica una gran afección y 21-30 una afección extrema [16].

El QoLIAD es una herramienta de uso exclusivo para dermatitis atópica en adultos, la cual ha sido validada en países como el Reino Unido, Holanda, Francia, Alemania, EUA y en España [17]. Consta de 25 preguntas importantes acerca del impacto específico en la calidad de vida por esta enfermedad, sólo se responde “Sí” en caso de estar presente y “No” en caso de estar ausente, sin embargo en el estudio donde se probó esta herramienta, no se definió el puntaje equivalente

para estratificar la enfermedad como impacto leve, moderada o grave. Tiene la ventaja de tener consistencia interna, ser confiable y buena correlación y validez interna, según los artículos publicados sin que exista una correlación numérica. Es buena para evaluar gravedad y periodos de actividad. [18].

En la actualidad el grupo de “Harmonizing Outcome Measures for Eczema” (HOME) considera que el mejor instrumento para evaluar la presencia de síntomas referidos por el paciente es el POEM, dicho grupo realiza un consenso entre expertos y en su cuarta reunión 87.5% de los asistentes acordaron dicha resolución. Este cuestionario ha demostrado validez convergente y divergente, consistencia interna, es sensible al cambio y es confiable [17]. El mismo grupo de investigadores asociados, ha destacado el potencial de utilizar QoLIAD y DLQI en pacientes adultos con dermatitis atópica como herramientas de uso rutinario para evaluar la afección en calidad de vida por la enfermedad, sin embargo no hay estudios hasta la fecha donde se realice correlación con la gravedad clínica [19-20]

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en pacientes adultos con DA no existe una validación de escalas que evalúen la afección en calidad de vida, para su uso rutinario en la práctica clínica

¿El QoLIAD o el DLQI pueden ser herramientas indistintas de evaluación de afección de calidad de vida en pacientes adultos con dermatitis atópica?

4. JUSTIFICACIÓN.

Debido a que la dermatitis atópica es un enfermedad que no cuenta con la presencia de biomarcadores de uso rutinario disponibles en todos los países para evaluar su gravedad, y ante la existencia de un amplio número de escalas que evalúan la afección en calidad de vida, y síntomas referidos por el paciente, surge la inquietud de identificar ¿Cuál de estas herramientas nos permite identificar y clasificar un paciente adulto con esta enfermedad en el rubro que más corresponda con la contraparte clínica?, ya que los resultados nos permitirán ofrecer una mejor atención, cuidado y modificación de un tratamiento si fuera necesario.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Definir cuál es la mejor herramienta de afección a calidad de vida en pacientes adultos con dermatitis atópica, que tenga mejor correlación con la evaluación clínica con EASI?

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar características demográficas de pacientes adultos con dermatitis atópica

Determinar las características evolutivas en adultos con dermatitis atópica

Determinar los antecedentes terapéuticos de pacientes adultos con dermatitis atópica

Determinar en la escala QoLIAD los puntos de corte que correlacionan con el grado de afección de la calidad de vida en estos pacientes como leve, medida con el EASI

6. HIPOTESIS

El QoLIAD es la escala que tiene mejor correlación con la evaluación clínica de acuerdo al EASI

El DLQI es la escala que tiene mejor correlación con la evaluación clínica de acuerdo al EASI

El POEM es la escala que tiene mejor correlación con la evaluación clínica de acuerdo al EASI

6.1 HIPOTESIS ALTERNA

El QoLIAD no tiene correlación con la evaluación clínica de acuerdo al EASI

El DLQI no tiene correlación con la evaluación clínica de acuerdo al EASI

El POEM no tiene correlación con la evaluación clínica de acuerdo al EASI

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el propósito de esta investigación se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, en pacientes adultos con dermatitis atópica durante el periodo del 1 de marzo del 2018 al 30 de marzo del 2019, provenientes de la consulta externa de diversas ciudades del país. El protocolo fue autorizado por el comité de ética e investigación del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE de la CDMX.

Previa firma del consentimiento informado (Anexo 1), se registraron mediante la hoja de recolección de datos (Anexo 2) la siguiente información de cada paciente: nombre; edad; género; lugar de residencia; estado civil; nivel de estudios; ocupación; evolución de su dermatosis; hospital de atención; especialidad del escolaridad del médico tratante; antecedentes personales y familiares de atopia; edad de inicio de su DA, medicación previa y actual para tratar su DA y antecedente de hospitalización. Se registraron los datos clínicos y se clasificó la gravedad de la enfermedad de acuerdo a la escala EASI (Anexo 3); se les aplicaron los cuestionarios: QoLIAD (Anexo 4), POEM (Anexo 5) y DLQI (Anexo 6).

Los valores de EASI se dividieron en leve si puntaje 0-7, moderado 7.1-21, grave 21.1-50 y muy grave >50 puntos. El puntaje del DLQI se dividirá 0-1 (sin efecto), 2-5 (poco efecto), 6-10 (moderado), 11-20 (gran efecto) y >21 (muy gran efecto). El puntaje POEM se divide en: 0-2 sin lesiones o pocas; 3-7 leve, 8-16 moderado, 17-24 grave, 25-28 muy grave.

7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Dermatitis Atópica (DA), que aceptaran contestar de los cuestionarios de registro, POEM, DLQI, y QoLIAD, y ser sometidos a exploración dermatológica para clasificar la gravedad de acuerdo al EASI.

7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no contestaron los cuestionarios en su totalidad.

7.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Descripción	Tipo de Variable	Escala de medición
Edad	Edad registrada del paciente	Cualitativa	Continua
Género	Masculino o femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica
Ocupación	Actividad económica del paciente	Cualitativa	Ordinal Politómica
Estado Civil	Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal politómica
Escolaridad	Nivel más altos de estudios alcanzado	Cualitativa	Ordinal politómica
Años de evolución	Duración de enfermedad en años	Cuantitativa	Continua
Tipo de hospital	Tipo de dependencia que le brinda servicios de salud	Cualitativa	Nominal dicotómica
Tipo de médico que atiende	Especialista encargado del cuidado del paciente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Antecedentes heredofamiliares de atopía	Presencia o ausencia de antecedentes de atopía	Cualitativa	Ordinal dicotómica
Internamientos	Número de hospitalizaciones asociadas a DA	Cuantitativa	Continua
DLQI	Puntaje de escala DLQI	Cuantitativa	Discreta
QoLIAD	Puntaje de escala QoLIAD	Cualitativa	Discreta
POEM	Puntaje de escala POEM	Cuantitativa	Discreta
EASI	Puntaje de escala EASI	Cualitativa	Continua
Azatioprina (AZA) actual	Si usa o no AZA	Cualitativa	Nominal dicotómica
Ciclosporina (CsA) actual	Si usa o no CsA	Cualitativa	Nominal dicotómica
Inhibidores tópicos de la calcineurina (TCI) actual	Si usa o no TCI	Cualitativa	Nominal dicotómica
Esteroide tópico actual	Si usa o no esteroide tópico	Cualitativa	Nominal dicotómica
Esteroide sistémico actual	Si usa o no esteroide sistémico	Cualitativa	Nominal dicotómica
Barmicil actual	Si usa o no barmicil	Cualitativa	Nominal dicotómica

Inmunoglobulina Intravenosa Humana (IGIV) actual	Si usa o no IGIV	Cualitativa	Nominal dicotómica
Omalizumab actual	Si usa o no Omalizumab	Cualitativa	Nominal dicotómica
Antihistaminicos actual	Si usa o no antihistaminicos	Cualitativa	Nominal dicotómica
Metotrexate (MTX) actual	Si usa o no MTX	Cualitativa	Nominal dicotómica
Emolientes actual	Si usa o no emolientes	Cualitativa	Nominal dicotómica
Talidomida actual	Si usa o no talidomida	Cualitativa	Nominal dicotómica
Mupirocina actual	Si usa o no mupirocina	Cualitativa	Nominal dicotómica
Clioquinol actual	Si usa o no clioquinol	Cualitativa	Nominal dicotómica
Micofenolato mofetilo (MMF) actual	Si usa o no MMF	Cualitativa	Nominal dicotómica
Ninguno tratamiento (Rp) actual	Sin tratamiento actualmente	Cualitativa	Nominal dicotómica
AZA previa	Si usó o no AZA	Cualitativa	Nominal dicotómica
CsA Previa	Si usó o no CsA	Cualitativa	Nominal dicotómica
TCl previos	Si usó o no TCl	Cualitativa	Nominal dicotómica
Esteroide tópico previo	Si usó o no esteroide tópico	Cualitativa	Nominal dicotómica
Esteroide sistémico previo	Si usó o no esteroide sistémico	Cualitativa	Nominal dicotómica
Barmicil previo	Si usó o no barmicil	Cualitativa	Nominal dicotómica
IGIV previo	Si usó o no IGIV	Cualitativa	Nominal dicotómica
Omalizumab prevo	Si usó o no omalizumab	Cualitativa	Nominal dicotómica
Antihistaminico previo	Si usó o no antihistaminico	Cualitativa	Nominal dicotómica
MTX previo	Si usó o no MTX	Cualitativa	Nominal dicotómica
Emolientes previo	Si usó o no emoliente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Talidomida previa	Si usó o no talidomida	Cualitativa	Nominal dicotómica
Mupirocina previa	Si usó o no mupirocina	Cualitativa	Nominal dicotómica
Clioquinol previo	Si usó o no clioquinol	Cualitativa	Nominal dicotómica
MMF previo	Si usó o no MMF	Cualitativa	Nominal dicotómica

Ningun tratamiento (Rp) previo	Sin Rp	Cualitativa	Nominal dicotómica
Rinitis	Si padece o no rinitis	Cualitativa	Nominal dicotómica
Conjuntivitis	Si padece o no conjuntivitis	Cualitativa	Nominal dicotómica
Asma	Si padece o no asma	Cualitativa	Nominal dicotómica
Ninguna comorbilidad	Sin comorbilidades	Cualitativa	Nominal dicotómica

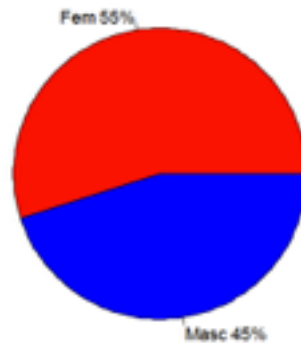
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se analizaron mediante el programa de análisis estadístico STATA. Se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson para las pruebas que tuvieron distribución paramétrica y de Spearman no paramétrica. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Se utilizó la prueba de McNemar para evaluar el cambio en la evolución de los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento utilizado.

9. RESULTADOS

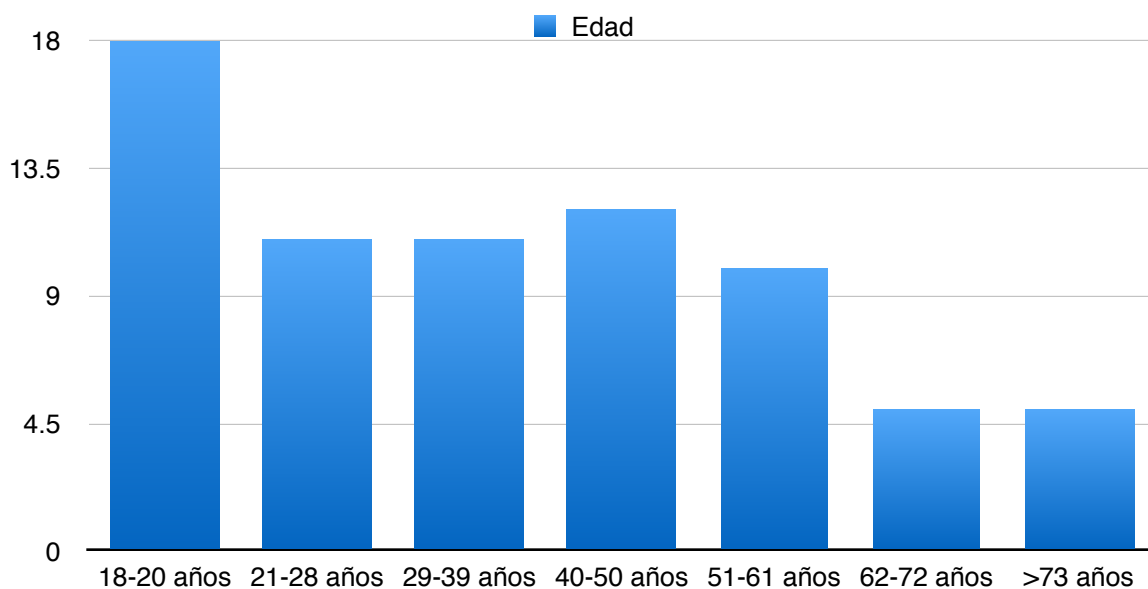
Se capturaron los datos de 72 pacientes que aceptaron participar en el estudio , de los cuales 55% eran mujeres y 45% eran hombres (Gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción de pacientes por género



La edades de los pacientes estudiados variaron desde 18 hasta 79 años, con un predominio en los pacientes en el rango de edad de 18 a 20 años, un total de 18 que corresponden al 25%; 11 pacientes (15.2%) en el rango de 21-28 y 29-29 años respectivamente; 12 pacientes (16.6%) con edades de 40-50 años; 10 pacientes (13.8%) con edades de 51-60 años; 5 pacientes (6.9%) en los rubros de 62-72 y mayores de 73 años respectivamente (Gráfica 2).

Gráfica 2. Proporción de pacientes de acuerdo a la edad.



En la tabla 1 se muestran los datos demográficos de los pacientes. De acuerdo a la escolaridad el 1.4% tenían primaria, el 13.9% secundaria, el 48.6% preparatoria, 29.1% licenciatura y sólo el 7% posgrado.

En cuanto a la ocupación el 26.4% eran empleados, 27.8% estudiantes, 13.8% se dedicaban al hogar, 2.8% eran jubilados, 2.8% militares, 2.8% eran obreros y 23.6% eran profesionistas. De acuerdo a la atención pública o privada donde eran atendidos los pacientes, el 89% se atendió en hospital público y sólo el 11% en hospitales privados.

Con respecto a su estado civil, el 59.7% eran solteros, 37.5% casados y sólo el 2.8% vivía en unión libre. Dentro de los antecedentes personales de atopía se encontraba rinitis en 21%, asma en 18% y conjuntivitis en 1%, cabe destacar que el 60% no tenía dichos antecedentes. Finalmente dentro de los antecedentes familiares de atopía el 51% contaba con dichos antecedentes y el 49% no.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Variable	No. pacientes (%)	Variable	No. pacientes (%)
Escolaridad		Estado civil	
Primaria	1 (1.4%)	Soltero	43 (59.7%)
Secundaria	10 (13.9%)	Casado	27 (37.5%)
Preparatoria	35 (48.6%)	Unión Libre	2 (2.8%)
Licenciatura	21 (29.1%)		
Posgrado	5 (7%)		
Ocupación		Antecedentes personales de atopía	
Empleado	19 (26.4%)	Ninguna	43 (60%)
Estudiante	20 (27.8%)	Rinitis	15 (21%)
Hogar	10 (13.8%)	Asma	13(18%)
Jubilado	2 (2.8%)	Conjuntivitis	1(1%)
Militar	2 (2.8%)		
Obrero	2 (2.8%)		
Profesionista	17 (23.6%)		
Hospital de atención		Antecedentes familiares de atopía	
Público	64 (89%)	Sin antecedentes	37 (51%)
Privado	8 (11%)	Con antecedentes	35 (49%)

En la tabla 2 se muestran los tratamientos utilizados por los pacientes, donde se puede apreciar de acuerdo a la prueba de McNemar una reducción del uso previo de esteroide sistémico, tópico y Ciclosporina A del 66.6%, 44.4% y 23.6% a 37.5% 21% y 11% respectivamente, en el tratamiento actual de los pacientes ($p = 0.0003$, $p=0.0004$ y $p=0.0158$) respectivamente. Hubo un incremento en el uso de antihistamínicos y emolientes del 11% al 49% y del 4.2% al 43% con significancia estadísticamente significativa ($p= 0.000$ y $p= 0.0000$ respectivamente).

Debido a que la escala POEM fue la única que tuvo una distribución normal se estimó el Coeficiente de Correlación de Pearson, para evaluar su correlación con EASI. Para DLQI y QoLIAD que no tuvieron una distribución normal se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman para evaluar su correlación con EASI. Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple robusta para cuantificar la asociación de EASI con DLQI, POEM y QoLIAD respectivamente. En cuanto a las escalas de evaluación, la única escala que mostró una distribución normal fue la escala POEM como se muestra en la tabla 3.

Tabla 2. Porcentaje de pacientes con dermatitis atópica y sus tratamientos previos y actuales

Tratamiento	Previo		Actual		Valor-p*
	n	porcentaje	n	porcentaje	
Esteroides tópicos	48	66.6%	27	37.5%	0.0003
Esteroides sistémicos	32	44.4%	15	21.0%	0.0004
TCI	22	30.5%	19	26.0%	0.6276
CsA	17	23.6%	8	11.0%	0.0158
AZA	11	15.3%	6	8.0%	0.1824
Omalizumab	10	14.0%	8	11.0%	0.6171
Ninguno	9	12.5%	5	7.0%	0.3865
Antihistamínicos	8	11.0%	35	49.0%	0.0000
MTX	6	8.0%	3	4.2%	0.3711
Barmicil / QuadriDerm	3	4.2%	1	1.4%	0.6171
Emolientes	3	4.2%	31	43.0%	0.0000
Talidomida	3	4.2%	4	5.6%	1.0000
IGIV	1	1.4%	1	1.4%	1.0000
Mupirocina	1	1.4%	4	5.6%	0.2482
Clioquinol	1	1.4%	0	0.0%	1.0000
MMF	0	0.0%	1	1.4%	1.0000

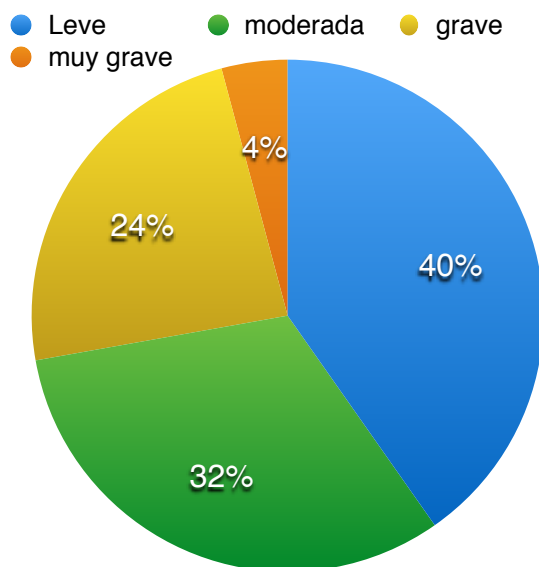
MMF: Mofetil micofenolato. IGIV: Inmunoglobulina intravenosa humana. MTX: Metotrexate. AZA: Azatioprina. CsA: Ciclosporina A. TCI: Inhibidores tópicos de calcineurina

Tabla 3. Distribución de los pacientes

VARIABLE	Rango	Media	Mediana	Desviación Estándar	Rango Intercuartil	Sesgo	Curtosis	Normal?
Edad	18, 79	37.37	36	17.16	30	0.51	2.24	No
Años/Evolución	0.6, 52	17.21	14	14.94	26	0.72	2.32	No
Internamientos	0, 10	0.375	0	1.29	0	6.03	44.08	No
DLQI	0, 26	10.94	11	6.97	11	0.19	2.01	No
QoLIAD	0, 25	10.76	11	7.38	11	0.34	1.98	No
POEM	1, 28	13.69	14	8.15	13	0.19	1.86	Sí
EASI	0, 70.8	15.27	10.25	15.8	18.6	1.54	5.18	No

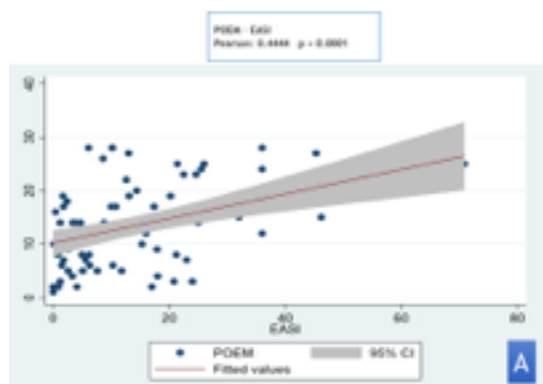
De acuerdo a la gravedad el 40.2% (29 pacientes) tenían enfermedad leve, 31.9% (23 pacientes) moderada, grave en el 23.6% (17 pacientes) y sólo el 4.16% (3 pacientes) muy grave (Gráfica 3).

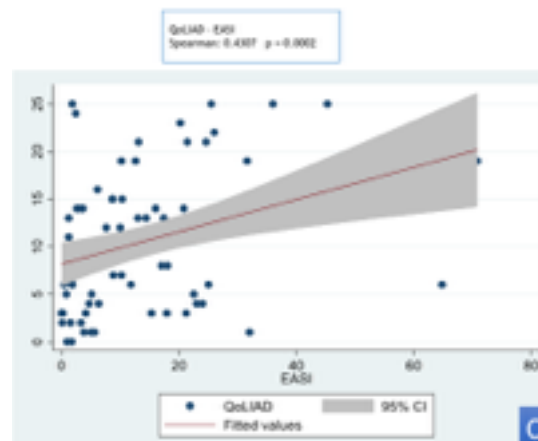
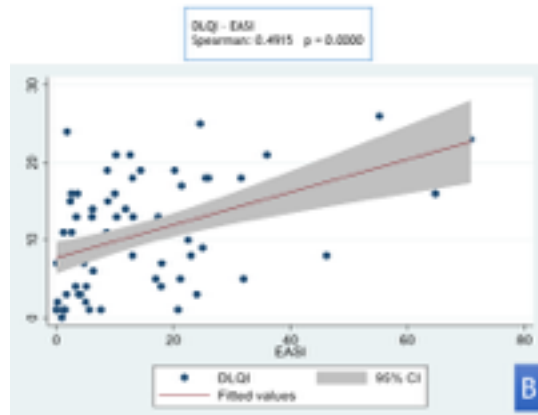
Gráfica 3. Distribución de los pacientes con dermatitis atópica de acuerdo a su gravedad



Se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la correlación entre POEM y EASI, el cual fue de 0.4444 ($p = 0.0001$), lo que traduce que existe una relación lineal entre las dos escalas (Gráfica 4A). El coeficiente de correlación de Spearman para DLQI con EASI fue igual a 0.4915 ($p = 0.000$) y para QoLIAD con EASI fue de 0.4307 ($p = 0.0002$), donde al igual que con POEM, traduce una relación lineal con el EASI (Figura 4B y C).

Figura 4. A) Relación POEM-EASI. B) Relación DLQI-POEM. C) Relación QoLIAD-EASI





Finalmente por medio de una regresión cuantílica se obtuvo el coeficiente de regresión para evaluar la fuerza de asociación entre EASI y cada una de las herramientas de medición. Para POEM fue de 0.234 ($p=0.0000$), DLQI de 0.210 ($p=0.0000$) y para QoLIAD fue 0.252 ($p=0.003$). Para determinar cual de los tres instrumentos tuvo mejor correlación; por medio de un ajuste de bondad, se optó por utilizar la Pseudo R^2 ; donde entre mayor sea el valor de esta, mejor es la escala a utilizar. En el caso de POEM fue de 0.1106, para DLQI fue de 0.1492 y para QoLIAD de 0.0951, por lo que DLQI es el instrumento que mayor asociación tuvo con el EASI. Por medio de los coeficientes de regresión obtenidos se logró determinar tres formulas capaces de determinar el valor de POEM, DLQI y QoLIAD a través del EASI:

$$\begin{aligned} \text{POEM} &= 9.9 + 0.234 (\text{EASI}) \\ \text{DLQI} &= 7.48 + 0.219 (\text{EASI}) \\ \text{QoLIAD} &= 5.89 + 0.252 (\text{EASI}) \end{aligned}$$

Las constantes de POEM, DLQI y QoLIAD representan el valor de la mediana cuando el EASI es 0. Para poder cumplir nuestro objetivo secundario a partir de la fórmula que involucra QoLIAD a través de los valores de EASI, se logró obtener los puntos de corte de afección, donde leve corresponde a 0-7 puntos, moderada es 8-10 puntos, grave es de 11-18 puntos y muy grave es 19-25 puntos.

10. DISCUSIÓN

Para evaluar afección a calidad de vida, en DA en adultos existen numerosas escalas; algunas de ellas miden estado general del paciente y su uso no exclusivo en dermatología entre las que se encuentran: el Short Form-36 Health Survey (SF-36), el Patient-Reported Outcomes Measurement Information System® (PROMIS®), el Nottingham Health Profile (NHP) y el EuroQOL Five Dimensions questionnaire (EQ-5D). Algunas de estas escalas tienen el inconveniente de ocupar demasiado tiempo al ser aplicadas (SF-36 y NHP), su validación en DA esta aún pendiente (PROMIS®), tienen poca sensibilidad al cambio clínico, son difíciles de interpretar y sólo identifican de pacientes graves (NHP), en cambio, en este rubro sólo EQ-5D ha demostrado ser costo-efectiva, rápida y ser más eficaz para calcular calidad de vida ajustada a años [21-24].

Existen escalas para pacientes adultos de uso específico en Dermatología pero no exclusivas para DA como: el Skindex-29 y el DLQI; la primera de ellas tiene la desventaja de tardar más que el DLQI para ser aplicada, además de que el puntaje puede prestarse a varias interpretaciones, entre los beneficios tiene el ser buen indicador de severidad y ser sensible a las emociones del paciente. El DLQI es de aplicación rápida, es sensible a detectar cambios clínicos en DA, tiene adecuada validez interna y confiabilidad y guarda relación con el SCORAD [25-28]. Finalmente existen escalas de uso exclusivo para DA en adultos como el QoLIAD y el Patient-Oriented Scoring of Atopic Dermatitis (PO-SCORAD), el primero evalúa la afección a calidad de vida partiendo de la capacidad que tenga el paciente de hacer sus actividades diarias, cubre el concepto de evaluar necesidades más que la función y es capaz de medir severidad y actividad. El PO-SCORAD, es de reciente creación (2009), fue diseñado para que los pacientes puedan evaluar su enfermedad mediante criterios objetivos y subjetivos, esta escala se derivó del SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), y tiene como fin de disminuir la brecha entre lo reportado por el paciente y lo encontrado por el clínico, tiene buena consistencia interna. Por el momento no se tienen estudios para su validación.[16, 29].

Con los resultados obtenidos en este estudio se puede observar que las tres escalas se correlacionan de manera positiva con el EASI, la escala que más tuvo una correlación más apegada con el EASI, fue el DLQI, esto podría deberse a los dominios que son contemplados en las preguntas como: actividades diarias, trabajo, vida social, sentimientos de vergüenza y síntomas cutáneos. Esta herramienta tiene la ventaja de ser más utilizada por los dermatólogos que están más familiarizados con su contenido, por lo que su aplicación es más rápida.

Aunque el QoLIAD sí mostró tener una relación lineal con el EASI, resultó ser de las tres, la prueba con menor correlación con esta escala clinimétrica. Por medio de los coeficientes de regresión se puede advertir que su capacidad predictiva de acuerdo a los puntos de corte como afección leve, moderada, grave y muy grave, esta escala es buena en casos de enfermedad leve y moderada de acuerdo al EASI, pero no lo es para enfermedad grave y muy grave. Con los mismos valores de dichos coeficientes se puede interpretar que: Por cada 10 puntos que aumente el EASI, la escala POEM aumentará 2.34

puntos en promedio, la escala DLQI aumentará 2.19 puntos en promedio y la mediana del QoLIAD aumentará 2.52 puntos.

En este estudio se optó por utilizar el EASI como variable de respuesta y medida de salida, para reportar los hallazgos clínicos en los pacientes, que a diferencia del SCORAD, permite medir la presencia de eritema, edema, exocoriaciones y liquenificación por cada segmento corporal afectado, donde el SCORAD a diferencia, las contempla para el total de superficie corporal afectada del paciente, además que esta escala contempla dos aspectos de afección de calidad de vida como el prurito y la falta de sueño, por lo que el EASI arroja resultados con menos sesgos [30].

Consideramos de acuerdo a los resultados de nuestro estudio que sus fortalezas son:
1) El haber considerado como variables de entrada las escalas QoLIAD y DLQI que como se sugiere por el grupo HOME, son las que pueden utilizarse en adultos, y en teoría ambas pueden explicar de manera más fehaciente la afección en calidad de vida en los pacientes con DA, 3) se utilizó como otra de las variables de entrada al POEM, que ya cuenta con validación oficial por el grupo HOME.

11. CONCLUSIÓN

El uso de instrumentos para evaluar la afección en calidad de vida y síntomas referidos por el paciente, es cada vez más común en la dermatología como parte de la clinimetría para tener una referencia objetiva del estado clínico y del impacto en la calidad de vida, que nos ayudan a tomar decisiones terapéuticas más adecuadas a las necesidades del paciente como parte integral del manejo terapéutico. De las tres escalas evaluadas en pacientes adultos, la que mostró más relación con los hallazgos clínicos del paciente de acuerdo al EASI, fue el DLQI, los beneficios de utilizarla es que los dermatólogos se encuentran familiarizados con su uso por lo que su aplicación puede ser más rápida y se puede asociar a mejor evaluación integral con el paciente

12. BIBLIOGRAFIA.

1. Schneider L, Tilles S, Lio P, et al. Atopic dermatitis: a practice parameter update 2012. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131:295–299.
2. David Boothe W, Tarbox JA, Tarbox MB. Atopic Dermatitis: Pathophysiology. *Adv Exp Med Biol* 2017;1027:21-37.
3. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: results from an international survey. *Allergy* 2018;73:1284-1293.
4. Galindo-Soto EF, Campos-Cortés A y Zamora-Santos E. Incidencia de la dermatitis atópica en la consulta externa de dermatología en la unidad de especialidades médicas. *Rev Sanid Milit Mex* 2003, 57:374-380
5. Brunner PM, Guttman-Yassky E, Leung DY. The immunology of atopic dermatitis and its reversibility with broad-spectrum and targeted therapies. *J Allergy Clin Immunol* 2017;139:S65–S76.
6. Peng W, Novak N. Pathogenesis of atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy* 2015;45:566-74.
7. Tess McPherson. Current Understanding in Pathogenesis of Atopic Dermatitis. *Indian J Dermatol* 2016; 61: 649–655.
8. Brunner PM, Leung DYM, Guttman-Yassky E. Immunologic, microbial, and epithelia interactions in atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018;120:34–41.
9. Harkins CP, Pettigrew KA, Oravcová K, et al. The Microevolution and Epidemiology of *Staphylococcus aureus* Colonization during Atopic Eczema Disease Flare. *J Invest Dermatol* 2018;138:336-343.
10. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:338–351.
11. Kim JP, Chao LX, Simpson EL, et al. Persistence of atopic dermatitis (AD): a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2016;75:681–687.
12. Silverberg JI, Simpson EL. Associations of childhood eczema severity: a US population-based study. *Dermatitis* 2014;25:107–114.

13. Gerbens LA, Prinsen CA, Chalmers JR, et al. Evaluation of the measurement properties of symptom measurement instruments for atopic eczema: a systematic review. *Allergy* 2017;72:146-163.
14. Schram ME, Leeflang MM, Lindeboom R, et al. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. *Allergy* 2012;67:99–10
15. Boguniewicz M, Fonacier L, Guttman-Yassky E, et al. Atopic dermatitis yardstick: Practical recommendations for an evolving therapeutic landscape. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018;120:10-22.e2.
16. Whalley D, McKenna SP, Dewar AL, et al. A new instrument for assessing quality of life in atopic dermatitis: international development of the Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD) *Br J Dermatol.* 2004;150:274-83.
17. Tsianakas A, Luger TA, Radin A. Dupilumab treatment improves quality of life in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Br J Dermatol* 2018;178:406-414
18. Spuls PI, Gerbens LAA, Simpson E, et al. Patient-Oriented Eczema Measure (POEM), a core instrument to measure symptoms in clinical trials: a Harmonising Outcome Measures for Eczema (HOME) statement. *Br J Dermatol* 2017;176:979-984.
19. Vakharia PP, Cella D, Silverberg JI. Patient-reported outcomes and quality of life measures in atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2018;36:616-630.
20. Heintz D, Prinsen CA, Deckert S, et al. Measurement properties of adult quality-of-life measurement instruments for eczema: a systematic review. *Allergy* 2016;71:358-70.
21. Maksimovic N, Jankovic S, Marinkovic J, et al. Health-related quality of life in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol* 2012; 39:42-47.
22. Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, et al. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res* 2009; 18:873-880
23. Devlin NJ, Brooks R. EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. *Appl Health Econ Health Policy* 2017;15:127-137.

24. Langenbruch A, Radtke M, Franzke N, et al. Quality of health care of atopic eczema in Germany: results of the national health care study AtopicHealth. *J Eur Acad Dermatol Venereol*.2014;28:719-26.
25. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, 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;133:1433-40.
26. Finlay AY. Quality of life in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:S64-6.
27. Lewis V, Finlay AY. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9:169-80.
28. Basra MK, Fenech R, Gatt RM, et al. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol* 2008;159:997-1035.
29. Coutanceau C, Stalder JF. Analysis of correlations between patient-oriented SCORAD (PO-SCORAD) and other assessment scores of atopic dermatitis severity and quality of life. *Dermatology* 2014; 229:248-255.
30. Božek A, Reich A. Assessment of Intra- and Inter-Rater Reliability of Three Methods for Measuring Atopic Dermatitis Severity: EASI, Objective SCORAD, and IGA. *Dermatology* 2017;233:16-22

13. ANEXO 1- HOJA DE AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad

I. Personas a las que les es aplicable este Aviso de Privacidad: El presente Aviso de Privacidad se presenta de cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la "Ley de Protección de Datos") y es aplicable a todos y cada uno de los pacientes que acepten participar en las Campañas de Detección de Enfermedades Dermatológicas, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa, (a) a las personas físicas (los "Pacientes") que acuden a revisión o a practicarse cualquier tipo de análisis o prueba de diagnóstico clínico.

II.- Responsable del tratamiento y manejo de los Datos Personales y los Datos Sensibles: FUNDACIÓN MEDICAMA PARA LA DERMATOLOGÍA, A.C. (FMD), con domicilio en Filadelfia No. 119 Penthouse, Col. Nápoles. Del. Benito Juárez, CP.03810 México, D.F. En conjunto con la empresa Proyectos y Servicios INDIE, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Cuauhtémoc 1018 Int C604, Col. Narvarte, C.P. 03020 en Ciudad de México

III.- Datos Personales que recaba FMD de sus Pacientes: Nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, número telefónico, correo electrónico.

IV. Datos Sensibles que recaba u obtiene FMD de sus Pacientes: Información de padecimientos médicos y diagnóstico clínico derivado de los resultados de las Pruebas practicadas al Paciente.

V.- Uso de Datos Personales y Datos Sensibles. En términos de este Aviso de Privacidad y de conformidad con la Ley de Protección de Datos, FMD y Proyectos y servicios Indie manifiesta que cuenta con las medidas y procedimientos necesarios para manejar la información de nuestros Pacientes de manera responsable y profesional evitando que la misma sea alterada, extravíada, y/o transmitida a terceros no autorizados, por lo que su información, será utilizada por FMD y Proyectos y servicios Indie exclusivamente para los fines para los que nos ha sido proporcionada y transmitida exclusivamente a las personas autorizadas para tales efectos por parte del Paciente. FMD ha celebrado los contratos de confidencialidad necesarios con su personal, por lo que todas las personas involucradas en el manejo de los Datos Personales y los Datos Sensibles de los Pacientes están obligadas a cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad.

VI.- Reconocimiento de Contenido y Aceptación del Aviso de Privacidad: Mediante el sólo hecho de acudir a una Campaña altruista de Detección de Enfermedades Dermatológicas, el Paciente reconoce estar al tanto del contenido del presente Aviso de Privacidad y manifiestan su consentimiento con el mismo y con los siguientes términos y condiciones:

- A) FMD en conjunto con Proyectos y servicios Indie podrá usar los resultados de las Pruebas de los Pacientes con fines estadísticos y/o académicos, en el entendido que hará uso del tipo de Pruebas y resultados sin identificación de los Datos Personales del Paciente.
- B) El Paciente podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), mediante solicitud por escrito enviada al correo electronicofmdfundacion@prodigy.net.mx y/o contacto@indieproject.com.mx
- C) El Paciente acepta y reconoce ser el único responsable de la veracidad de la Información clínica y médica que proporcione a FMD al momento de acudir a una de sus campañas.
- D) El presente Aviso de Privacidad es consistente con todos los documentos relacionados con las campañas de Detección de Enfermedades Dermatológicas que lleva a cabo de forma altruista la FMD.

Cómo protegemos su privacidad

Utilizamos medidas de seguridad para proteger los datos personales contra la pérdida, el mal uso y la alteración de información utilizada en nuestro sistema, conforme nuestro AVISO DE PRIVACIDAD

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

14. ANEXO 2- FICHA DE REGISTRO

Ficha de Registro

Bienvenido (a) al Taller "La Voz del Paciente con Dermatitis Atópica" le agradecemos mucho su participación a continuación le solicitamos algunos datos que utilizaremos para fines estadísticos y/o académicos.

Nombre del paciente: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

A. DEMOGRAFICAS

EDAD GÉNERO F M

FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL NIVEL DE ESTUDIOS

OCUPACIÓN

¿Cuánto tiempo lleva con el padecimiento de DA?

Hospital en el que se atiende :

Privado ¿Cuál?

Público ¿Cuál? IMSS ISSSTE

Otro

Mencione el nombre del hospital

Tipo de médico con quién se atiende :

Dermatólogo Otro

Mencione la especialidad del médico

¿Qué medicamentos utiliza para tratar la Dermatitis Atópica?:

¿Padece algún otro padecimiento?:

No Si ¿Cuál?

B. HISTORIA CLINICA

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ATOPIA: (QUE Y EN QUIENES)

OTROS:

PERSONALES:

ATOPIA:

OTROS:

HISTORIA DE DERMATITIS:

EDAD DE INICIO

TRATAMIENTOS TOPICOS

CORTICOIDES

INHIBIDORES DE CALCINEURINA

OTROS:

TRATAMIENTOS SISTEMICOS:

CORTICOIDES

CICLOSPORINA

AZATHIOPRINA

METOTREXATO

OTROS:

HOSPITALIZACIONES POR DA

15. ANEXO 3. QoLIAD

QoLIAD

Marque "x" en la casilla que mas lo identifique

	SI	NO
1- Me preocupa mi apariencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Mi enfermedad me hace sentir de confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Siento el contacto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Me siento apenado al estar con personas que no conosco muy bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Mi vida gira entorno a mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Me siento cansa todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Siento la necesidad de aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- No puedo usar lo que me gusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Siento que la gente me me quiere tocar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Mi enfermedad esta todo el tiempo en mi mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Me gusta que la gente use mi piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Mi enfermedad afecta mi concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- A veces quiero tocar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Me preocupa que la gente me me toque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Dicho verdad de espejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Me cuesta relajarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- No me puedo concentrar en otras cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Mi enfermedad ocupa mucho de mi tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Me siento apenado por mi apariencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Siento que no hay incompatibilidad de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Me preocupa conocer gente nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Mi enfermedad me impide hacer las cosas que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Me temo que cuestionar a mi entorno para tocar cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Mi enfermedad afecta mi forma de ser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Me da pena que la gente me toque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ANEXO 4- POEM



Datos Del Paciente: _____

Fecha: _____

Por favor, marque con un círculo su respuesta para cada una de las siete preguntas. Si su hijo es suficientemente mayor para entender las preguntas, rellenen el cuestionario juntas. Por favor, deje en blanco cualquier pregunta que no sea capaz de responder.

1. En la última semana, ¿cuántos días usted/su hijo ha tenido picor a causa del eccema?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

2. En la última semana, ¿cuántas noches se ha alterado el sueño de usted/su hijo a causa del eccema?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

3. En la última semana, ¿cuántos días ha sangrado la piel de usted/su hijo a causa del eccema?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

4. En la última semana, ¿cuántos días el eccema de usted/su hijo está húmedo o moja la ropa?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

5. En la última semana, ¿cuántos días se ha agrietado la piel de usted/su hijo a causa del eccema?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

6. En la última semana, ¿cuántos días se ha descamado la piel de usted/su hijo a causa del eccema?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

7. En la última semana, ¿cuántos días ha estado seca o áspera la piel de usted/su hijo a causa del eccema?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días



17. ANEXO 5- DLQI

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA - DERMATOLOGÍA*

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le han afectado sus problemas de piel en su vida DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS. Señale, por favor, con una "X" un recuadro de cada pregunta.

1. Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en la piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Durante los últimos 7 días, ¿se ha sentido incómodo/a o irritado/a debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel para hacer la compra o salir de la casa al salir a la calle?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>
4. Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>
5. Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>
6. Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>
7. Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar?	Si No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "No": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios?	Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>
9. Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>
10. Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sin relación <input type="checkbox"/>

Compruebe, por favor, que ha contestado a CADA pregunta. Muchas gracias.

© J. Y. Finlay, M. Fine, J. de 1992. Este cuestionario debe ser usado sin el permiso de los autores.

*Finlay J. Y. Fine M. Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. *British Medical Journal* 1995; 310:1036-39.

18. ANEXO 6- EASI

EASI

1. Select a body region

Four body regions are considered separately:

- Head and neck
- Trunk (including the genital area)
- Upper extremities
- Lower Extremities (including the buttocks)

2. Assess the extent of eczema in that body region

Each body region has potentially 100% involvement. Using the table below, give each respective body region a score of between 0 and 6 based on the percentage involvement. Precise measurements are not required.

% involvement	0	1-9%	10 - 29%	30 - 49%	50 - 69%	70 - 89%	90 - 100%
Region score	0	1	2	3	4	5	6

3. Assess the severity of each of the four signs in that body region:

1. Erythema
2. Edema/papulation
3. Excorsion
4. Lichenification

Further explanations of these terms can be found in FAQ's (Appendix 4)

Grade the severity of each sign on a scale of 0 to 3:

0	None
1	Mild
2	Moderate
3	Severe

- ✓ Take an average of the severity across the involved region.
- ✓ Half points (1.5 and 2.5) may be used. 0.5 is not permitted – if a sign is present it should be at least mild (1)
- ✓ Palpation may be useful in assessing edema/papulation as well as lichenification

Body region	Erythema	Edema/papulation	Excorsion	Lichenification	Area score	Multiplier	Score	
Head/neck	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	x	x 0.1 (0.2)		
Trunk	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	x	x 0.3 (0.3)		
Upper extremities	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	x	x 0.2 (0.2)		
Lower extremities	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	(0 1 2 3)	x	x 0.4 (0.3)		
The final EASI score is the sum of the 4 region scores								(0-72)

