



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CALIDAD DE VIDA EN DERMATITIS ATÓPICA
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**

**PRESENTADO POR
MÓNICA LOURDES GUTIÉRREZ CRUZ**

**ASESORA
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
DERMATOLOGÍA**

**LIMA – PERÚ
2018**



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CALIDAD DE VIDA EN DERMATITIS ATÓPICA
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA**

**PRESENTADO POR
MÓNICA LOURDES GUTIÉRREZ CRUZ**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad	4
1.5 Limitaciones	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	7
2.3 Definiciones de términos básicos	16
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
3.1 Formulación de la hipótesis	18
3.2 Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	20
4.1 Diseño metodológico	20
4.2 Diseño muestral	20
4.3 Procedimiento de recolección de datos	21
4.4 Procesamiento y análisis de datos	21
4.5 Aspectos éticos	22
CRONOGRAMA	23
PRESUPUESTO	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	25
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La dermatitis atópica (DA) es un problema de salud frecuente, que afecta principalmente a la población pediátrica en el mundo y altera la salud física y calidad de vida de quienes la padecen. El Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC), que incluyó 385 853 participantes en 60 países desde 1999-2000, demostró una prevalencia de dermatitis atópica que va desde 0.2% hasta 24.6%.¹

En general, la DA afecta al 5-20% de los niños y al 2-3% de adultos a nivel mundial.^{2, 3} Se sabe que la dermatitis atópica es una enfermedad común en países desarrollados, pero en países como el nuestro también afecta a un grupo importante de pacientes, principalmente pediátricos. En el Perú, son escasos los estudios sobre prevalencia de dermatitis atópica. En Lima, el Instituto de Salud del Niño mostró una prevalencia de 9%.⁴ En un estudio en Trujillo, la prevalencia de DA en escolares de 7 años fue de 16,7% y la relación niña/niño, de 1,2/1,0.⁵

La dermatitis atópica genera gastos importantes en emolientes y sustitutos de jabón, los cuales son de uso diario, y gastos en el tratamiento específico cuando no cuentan con un seguro de salud. En nuestro país, no hay estudios que evalúen el impacto económico de la DA, pero en otros países como España, en un estudio publicado en 2017, se encontró que la DA grave se asocia a una elevada utilización de recursos sanitarios y costes para el Sistema Nacional de Salud proporcional a la gravedad de la dermatosis.⁶

En EE. UU., se ha estimado que la DA cuesta más de \$ 5 mil millones de dólares anuales. Estos incluyen costos directos e indirectos. Los costos directos incluyen medicamentos recetados, visitas a proveedores de atención médica, hospitalizaciones y transporte. Los costos indirectos incluyen días perdidos o pérdida de productividad en el trabajo o la escuela, modificación de la carrera profesional y calidad de vida reducida.⁷

En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, se observan, a diario, pacientes con dermatitis atópica en los consultorios de dermatología, con mayor frecuencia en niños, en diferentes grados de severidad. Esto afecta la salud física de quien la padece, le genera malestar por el prurito persistente y también por los efectos secundarios, como la somnolencia, de los antihistamínicos usados en su tratamiento. Ello genera, en algunos casos, ausencia escolar. Así mismo, se puede percibir el esfuerzo y, en ocasiones, el estrés del cuidador, por las medidas que debe tomar para con el paciente a diario y los gastos que supone.

En los consultorios de adultos, se observan pocos casos de dermatitis atópica, pero quienes la padecen con mayor severidad, tienen mayor afectación en su calidad de vida.

Debido a que es una enfermedad que afecta negativamente la calidad de vida de quien la padece y sus familias, es que actualmente hay avances importantes en cuanto a su tratamiento. Aparte del tópico clásico, uso de emolientes y humectantes, tratamiento sistémico con corticoides o ciclosporina, entre otros, están en estudio: agentes biológicos como el dupilumab, inhibidor de las IL4 y 13, para dermatitis atópica severa, con buenos resultados en los ensayos clínicos, hasta el momento.⁸

Es por esto que se plantea realizar este estudio que evalúe la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante los meses de mayo a junio de 2018.

1.2 Formulación del problema

¿Qué calidad de vida y severidad de la enfermedad tienen los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante mayo y junio 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante mayo y junio 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la severidad de la enfermedad de los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante mayo y junio 2018, de acuerdo a las escalas CEPI y SCORAD.

Determinar la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante mayo y junio 2018, de acuerdo a las escalas IDQOL, CDLQI y DLQI.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio es importante, ya que la dermatitis atópica es una enfermedad que afecta la calidad de vida no solo del paciente –niño o adulto- que lo padece, sino también a sus padres, cuidadores y familia inmediata. Esto resulta en la afectación de los logros académicos y en las relaciones interpersonales. Por ello, es muy importante reconocer el impacto que tiene la DA en la calidad de vida de estas personas, para abordarla, no solo desde la perspectiva de tratamiento médico, sino que verlo de una forma más integral para evitar o disminuir la afección psicológica y social que la produce.

En el Perú y específicamente en nuestro hospital, no hay estudios que valoren la severidad de la dermatitis atópica y su impacto en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, lo cual constituiría el primer paso para evaluar la carga de la enfermedad y tomar medidas para mejorar esta situación.

Es por esto que se plantea realizar este estudio que evalúe la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, con cuestionarios que nos permitan cuantificar estas variables, durante los meses de mayo y junio 2018. La finalidad de determinar el impacto de esta enfermedad en nuestra población de estudio, de tal manera que se puedan tomar medidas de educación, orientación, apoyo psicológico, diagnóstico y tratamiento precoz, para poder ayudar de manera eficiente a la gran cantidad de pacientes con dermatitis atópica y, por ende, a sus familias.

1.4.2 Viabilidad

El presente proyecto es viable, ya que se cuenta con el permiso institucional del Hospital Edgardo Rebagliati Martins para su ejecución. Además, se solicitará el consentimiento informado de los pacientes participantes o sus apoderados.

Asimismo, la investigadora cuenta con los recursos económicos, tecnológicos y humanos para la ejecución del presente estudio.

1.5 Limitaciones

Como la investigadora no va a poder aplicar todas las encuestas, podría haber descuido en realizar las preguntas por parte de los médicos asistentes y residentes de dermatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins que van a apoyar con la recolección de los datos.

Los resultados servirán para la realidad específica del hospital en mención.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En Utrecht-Países Bajos, en un trabajo de investigación con 55 pacientes adultos con dermatitis atópica, publicado en 2011, concluyeron que la actividad de la enfermedad se correlacionó mejor con la calidad de vida cuando la actividad de la enfermedad fue menos grave y la extensión de la enfermedad (regla de nueves) se correlacionó mejor con la calidad de vida que la gravedad de la enfermedad. Además, encontraron que la mejora de un individuo de 10 puntos en la actividad de la enfermedad estuvo acompañada por solo una pequeña mejora en la calidad de vida. Es así que sugieren que otros factores, además de la actividad de la enfermedad, pueden influir en la calidad de vida en pacientes con dermatitis atópica.⁹

En Korea, en un trabajo con 415 pacientes entre infantes, niños y adultos, publicado en el año 2012, se encontró que los puntajes de calidad de vida (QOL) se correlacionan con los puntajes de severidad de DA (según lo estimado por el puntaje de severidad de Rajka & Langeland y el SCORAD), con lo que se demuestra que la dermatitis atópica de niños y adultos afecta su calidad de vida.¹⁰

En Belgrado-Servia, en un estudio que incluyó 64 niños y 66 adultos, publicado en 2012, también se encontró que el aumento de la severidad de la dermatitis atópica se asoció con un mayor deterioro en la calidad de vida, tanto en niños como en adultos.¹¹

En España, en un estudio multicéntrico que incluyó 141 niños y 141 adultos, publicado en 2013, se concluyó que los pacientes con dermatitis atópica-DA-moderada o grave que siguen tratamiento de mantenimiento presentan una reducción en la duración y número de los brotes y menor afectación de su calidad de vida relacionada a salud-CVRS-. Además, los pacientes están satisfechos con el tratamiento, aunque las tasas de adherencia al tratamiento podrían mejorarse.¹²

En España, en un trabajo publicado en el año 2013, con 151 pacientes pediátricos y 172 adultos, concluyeron que la DA afecta la CVRS de los pacientes, tanto

pediátricos como adultos, y se correlacionó con la presencia e intensidad del prurito.¹³

En Arabia Saudita, en un estudio publicado en abril 2014, se demostró que las manifestación clínicas de la dermatitis atópica afectan la calidad de vida de los infantes saudíes, medida por el índice de calidad de vida de dermatitis para infantes (IDQoL), y que hay una buena correlación del índice de calidad de vida con el índice de severidad de la enfermedad.¹⁴

En Dinamarca, en una investigación con 250 pacientes ≥ 4 años, publicada en el año 2016, concluyeron que la dermatitis atópica tiene un impacto negativo en la calidad de vida, proporcional a la gravedad de la enfermedad. Además, el sexo femenino y el eccema facial se asocian con una calidad de vida baja.¹⁵

En Alemania, en un estudio de revisión publicado en 2016, encontraron que hay evidencia de que diferentes modalidades de tratamiento de dermatitis atópica pueden ser eficaces para mejorar la CVRS en adultos, niños y miembros de la familia. La decisión de qué clase de tratamiento se puede usar depende de factores que incluyen la gravedad y localización de la enfermedad, condiciones comórbidas, un perfil de beneficio riesgo, costo, conveniencia, falla de tratamientos anteriores, y preferencia del paciente.¹⁶

En Singapur, en un estudio retrospectivo en adolescentes de 11 a 16 años, publicado en 2017, se encontró que los pacientes crónicos con eczema crónico tienen peor calidad de vida que los pacientes con eczema crónico leve a moderado, además experimentan impacto psicosocial significativo debido a su condición.¹⁷

En Brasil, en un trabajo realizado en 42 infantes de 6 a 59 meses de edad, publicado en 2009, se concluyó que la dermatitis atópica tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes pediátricos y sus familias, y sugieren que los datos obtenidos se deban utilizar para guiar la práctica clínica con el fin de identificar estrategias de tratamiento individuales y adoptar medidas para reducir el impacto de la enfermedad en los pacientes y sus familias.¹⁸

En Brasil, en un estudio descriptivo en niños de 5 a 16 años, publicado en el 2012, encontraron también que la dermatitis atópica afecta la calidad de vida de los niños y sus cuidadores e indica la importancia de incluir el estudio de la calidad de vida como complemento de la evaluación clínica.¹⁹

En Rotterdam-Países Bajos, en un estudio con 66 niños con DA menores de 7 años, publicado en el 2011, contrariamente a los trabajos anteriores, hallaron que la calidad de vida no está correlacionada con la severidad de la enfermedad. Aportan que la interpretación de la inconveniencia de la dermatitis atópica parece diferir entre padres y médicos, y sugieren que los ensayos clínicos no deben enfocarse únicamente en los resultados basados en el investigador.²⁰

2.2 Bases teóricas

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica es la inflamación crónica más común de la piel y constituye un importante problema de salud pública en el mundo. Las características de DA incluyen prurito y un curso crónico o crónicamente recurrente; por lo general, empieza durante la infancia (inicio temprano), pero ocasionalmente aparece en la edad adulta (inicio tardío). La DA es una enfermedad genética compleja y a menudo se acompaña de otros trastornos atópicos, como el asma y la rinoconjuntivitis alérgica.^{11, 21}

Epidemiología de DA

En general, la prevalencia de DA en áreas rurales y países de bajos ingresos es significativamente menor que en sus zonas urbanas y países de altos ingresos, lo cual ilustra la importancia del estilo de vida y medio ambiente en la patogénesis de la enfermedad atópica. Esta observación apoya la controvertida hipótesis de la higiene, la cual sostiene que la disminución de la exposición a agentes infecciosos en la primera infancia aumenta la susceptibilidad a enfermedades alérgicas.^{22, 23, 24}

Patogénesis de DA

En cuanto a la patogénesis de la DA, las interacciones gen-gen y gen-ambiente tienen roles importantes. Dos conjuntos principales de genes están implicados:

1. Genes que codifican proteínas epidérmicas, de las cuales la que destaca es la filagrina (FLG), que codifica una proteína encargada de agregar filamentos de queratina durante la diferenciación epidérmica

2. Genes que codifican proteínas con funciones inmunológicas que no son específicas para la piel, como las IL 4, 5, 12B, 13. Además, en la DA hay disfunción de la barrera epidérmica por múltiples razones como una alteración del balance entre las enzimas proteolíticas y su antiproteasas, deficiencia de filagrina, alteración de la maduración de los cuerpos lamelares. Y hay mecanismos inmunológicos involucrados como la sensibilización IgE a alérgenos, inflamación sin IgE, la participación de células dendríticas y células T con la producción de citoquinas y quimoquinas. Se encuentra, además, colonización bacteriana principalmente por *S. aureus* y autoinmunidad mediada por IgE. Con respecto a la patogénesis del prurito, la IL31 juega un importante papel.^{25, 26}

Manifestaciones clínicas de DA

Las manifestaciones clínicas pueden variar de acuerdo a la edad del paciente.^{27, 28}

La DA infantil (menores de dos años de edad) se presenta mayormente después del segundo mes de vida, aparece con lesiones agudas como pápulas o papulovesículas edematosas en las mejillas (generalmente respeta la cara central), que puede evolucionar a placas grandes con supuración y costras. Puede afectar también el cuero cabelludo, el cuello, las áreas extensoras de las extremidades y el tronco.

En la infancia y en la niñez (de 2 a 12 años de edad), las lesiones son menos exudativas y tienden a liquenificarse. Los sitios clásicos de afectación son áreas flexoras como la fosa antecubital y poplítea. También se ven afectados: la cabeza

(especialmente las regiones periorificiales), el cuello, las muñecas, las manos, tobillos y pies.

En el adolescente/adulto (mayores de 12 años), hay lesiones subagudas (eritema, descamación) y crónicas (liquenificadas) y afectación de los pliegues flexurales. Los adultos, frecuentemente, se presentan con dermatitis crónica en las manos.

En la etapa senil (> 60 años), la DA se caracteriza por xerosis marcada. Todas las lesiones de DA pueden dejar hipo o hiperpigmentación postinflamatoria, luego de su resolución.

Hay algunas variantes localizadas de DA, como el eccema de manos, el del pezón, así como otras manifestaciones clínicas de DA como pitiriasis alba, queratosis pilaris, que se encuentran resumidas en los criterios de diagnóstico de DA de Hanifin & Rajka(anexo 1).²⁹

El síntoma principal y más molesto de la DA es el prurito.^{27, 28}

Complicaciones de DA

Las complicaciones de la DA incluyen impetiginización por *S. aureus*, *S. pyogenes*, molusco contagioso diseminado, eczema herpético, el cual podría ocasionar queratoconjuntivitis herpética y meningoencefalitis. Otra complicación no infecciosa de la DA es la queratoconjuntivitis atópica, y las más infrecuentes: catarata subcapsular anterior, queratoconus y desprendimiento de retina.¹⁰

Histopatología de DA

Las características histológicas de la DA dependen de la etapa de la lesión muestreada. El eccema agudo se caracteriza por una espongirosis marcada, con colección de líquido intraepidérmico que conduce a la formación de vesículas o ampollas. Puede haber edema dérmico, junto con linfocitos perivasculares que se extienden a la epidermis y una cantidad variable de eosinófilos. En lesiones subagudas, no hay vesiculación, mientras que la acantosis, hiperqueratosis y

paraqueratosis se hacen evidentes. En lesiones crónicas, el eccema es liquenificado, hay engrosamiento epidérmico pronunciado en un patrón que puede ser irregular o regular (psoriasiforme).²⁸

Diagnóstico diferencial de DA

El principal diagnóstico diferencial de DA en infantes es la dermatitis seborreica; también se la debe diferenciar de la escabiosis. En niños, adolescentes y adultos se debe considerar principalmente dermatitis alérgica de contacto y la micosis fungoide.³⁰

Tratamiento de DA

Actualmente, el tratamiento de la DA incluye los siguientes componentes: Evitar factores desencadenantes, irritantes, alérgenos relevantes y agentes microbianos

31, 32, 33

Cuidado de la piel para compensar la disfunción de la barrera epidérmica; incluye uso de emolientes en toda la piel como vaselina o cremas con agua en aceite; deben evitarse perfumes, lanolina, extracto de hierbas. Factores como glicerol, urea, lípidos que normalmente están presentes en el estrato córneo (colesterol, ácidos grasos, ceramidas) pueden ayudar. Además, se recomienda el uso de limpiadores suaves no alcalinos (ej. syndets).

Terapia antiinflamatoria para controlar las exacerbaciones. Para el tratamiento de brotes agudos de DA, los corticoides tópicos representan la terapia de primera línea, se debe elegir el corticoide adecuado de acuerdo a su potencia, la extensión de área a tratar, la localización de las lesiones, la edad del paciente. También pueden usarse inhibidores tópicos de la calcineurina (TCI) como el tacrolimus 0.03% y 0.1% y pimecrolimus 1%, que usualmente no producen atrofia de piel como los corticoides pero pueden causar sensación de quemazón. En brotes moderados a severos, que no respondan a terapia tópica, puede considerarse el uso de fototerapia con UVA, UVA combinado con UVB y UVB de banda estrecha o el uso de medicamentos sistémicos como los corticoides sistémicos. Los corticoides

sistémicos son los únicos aprobados por la FDA para DA, pero deben evitarse en lo posible por sus efectos adversos, con la excepción ocasional de un brote agudo severo, generalizado resistente a un tratamiento tópico agresivo. En este caso, los corticoides sistémicos deben limitarse a un curso corto, con transición a un tratamiento tópico, fototerapia y/o un agente sistémico alternativos como el metrotexate, la azatioprina o el micofenolato de mofetilo.

La ciclosporina es un agente sistémico que permite una mejoría rápida de la enfermedad, pero no debe usarse por más de seis meses, por su riesgo de nefrotoxicidad. En casos seleccionados, las terapias adyuvantes como los antihistamínicos pueden ser necesarias.

Existen agentes biológicos que han demostrado cierta eficacia en el control de la DA como el omalizumab, el rituximab, el mepolizumab.³² Actualmente, el dupilumab, un inhibidor de las IL-4 y 13, se encuentra en estudios clínicos en pacientes con DA, con muy buenos resultados de eficacia y buen perfil de seguridad hasta el momento.⁸

Como regla general, el tratamiento debe adaptarse a la gravedad de la enfermedad. Además, sería necesario un programa educativo apropiado para pacientes y padres.³¹

Prevención de DA

En cuanto a prevención de la DA, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4-6 meses de vida o la alimentación con fórmulas basadas en leche hidrolizada para bebés con antecedentes familiares de atopia, una dieta materna baja en alérgenos durante la lactancia materna y el uso de probióticos o prebióticos a las madres embarazadas y a los bebés.³⁴

Medición de la severidad de DA

Con respecto a la medición de la severidad de la DA, hay múltiples instrumentos que permiten la evaluación de la severidad de la dermatitis atópica como el puntaje de DA (SCORAD), el índice de severidad y área del eczema (EASI), escala de la severidad del prurito (ISS), la escala CEPI.^{13,15, 35}

La escala CEPI ha sido validada al español, y el SCORAD también ha sido ampliamente utilizado y validado de manera universal.^{36, 37}. Estos instrumentos se encuentran en los anexos 2 y 3.

La escala CEPI, para la dermatitis atópica, consiste en: Extensión + Intensidad + Funcionalidad.³⁷

La extensión es el porcentaje de superficie corporal afectado con la enfermedad. Para el cálculo correspondiente, se toma en cuenta que la mano del paciente corresponde al 1% de su superficie corporal total o con la regla de los nueves y se realiza la puntuación de la siguiente manera:

- 1: 0 al 30%
- 2: 30 al 60%
- 3: más del 60%

La intensidad valora el grado de afectación teniendo en cuenta la presencia de lesiones como sequedad, eritema, descamación, escoriación, exudación y costra.

Se califica:

- 0: sin lesiones evidentes
- 1: sequedad, eritema, descamación
- 2: sequedad, eritema descamación, escoriación
- 3: sequedad, eritema, descamación, exudación y costra

La funcionalidad es el grado de afectación en cuanto a la calidad de vida del paciente, la forma en que la enfermedad afecta sus actividades diarias, sus relaciones y su autoestima. Ya que este aspecto es una apreciación subjetiva del paciente, de cómo la enfermedad está influyendo y afectando su día a día, pueden haber sesgos en su evaluación. Este aspecto se evalúa de la siguiente manera:

0: No afecta.

1: Ocasiona leve incomodidad

- Le avergüenza un poco
- Leve prurito

2: Impide realizar actividades

- Realizar algún deporte
- Usar algún tipo de ropa
- Concentrarse en sus estudios
- Perturba el sueño

3: Invalida

- Muy avergonzado, triste o deprimido
- No puede dormir
- No puede realizar sus actividades básicas
- No puede/quiere salir de la casa.

Se asigna un puntaje para cada ítem y se realiza la sumatoria; posteriormente, se clasifica de acuerdo al valor obtenido:

Leve: 0 a 3

Moderado: 4 a 6

Severo: 7 a 9

La escala CEPI busca ser un instrumento útil y de fácil aplicación en la consulta de los pacientes con dermatitis atópica.

Desde 1990 a 1992, los miembros de la Grupo de Trabajo Europeo (European Task Force) de la dermatitis atópica se reunieron en Francia, para consensuar y desarrollar una herramienta que permita a los médicos registrar de manera precisa

y consistente los datos de las evaluaciones de los pacientes con dermatitis atópica y de estudios clínicos de la enfermedad y, de esta manera, obtener un sistema de evaluación para clasificar la dermatitis atópica. Es de este consenso que en 1993 nace el SCORAD.³⁸

El SCORAD considera tres aspectos de la enfermedad: extensión, intensidad y síntomas subjetivos. Estos, luego de análisis estadísticos, les otorgaron un porcentaje para el total de la puntuación, siendo 20% la extensión, 60% la intensidad y 20% los síntomas subjetivos.³⁷

- La extensión se mide mediante la regla de los nueve, no se toma en cuenta la piel seca, y se calcula el porcentaje total superficie corporal afectada. Los valores pueden ir del 0 al 100%.

-La intensidad se calcula por medio de 6 ítems: eritema, edema y papulación, exudación y costra, escoriación, liquenificación y sequedad. Cada uno se evalúa en una región representativa del cuerpo y se califica según su intensidad del 0 al 3, siendo 1: leve, 2: moderado y 3: grave. Puede puntuar del 0 al 18.

-Los síntomas subjetivos son: prurito y pérdida de sueño en los últimos tres días, los cuales se evalúan con una escala analógica del 0 al 10. El puntaje puede ir de 0 a 20.

Luego, se procede a calcular el total mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Extensión}/5 + (7 \times \text{Intensidad})/2 + \text{Síntomas subjetivos}$$

El total puede ir de 0 a 103. Se considera leve una puntuación de 0 a 14, moderado de 15 a 40 y severo más de 40.

Esta escala es la más utilizada a nivel mundial, ha sido validada en varios estudios y es un sistema excelente para ensayos clínicos ³⁷.

Calidad de vida en DA

Con respecto a la calidad de vida en pacientes con DA, esta tiene impacto adverso en la calidad de vida de los niños y adultos afectados, y se presenta con prurito intenso y estigmatización. A menudo resulta en trastornos del sueño, angustia psicológica, social, aislamiento, dinámica familiar perturbada y deterioro del funcionamiento en escuela o trabajo.³⁹

De acuerdo a la edad del paciente, se puede identificar el impacto en su calidad de vida.^{40, 41}

- Los infantes con DA tienen mayor dependencia hacia sus padres y su vida se ve afectada por el prurito intenso y problemas para conciliar el sueño.
- En los niños mayores de 5 años, la DA puede provocar afectación de la actividad escolar por las pocas horas de sueño, con lo cual su autoestima puede verse afectada.
- Los adolescentes se ven afectados en cuanto a sus logros académicos, su desarrollo y desenvolvimiento e incluso puede afectar su decisión de carrera profesional, por lo que es importante una intervención psicológica adecuada en esta etapa.
- En los adultos, se puede afectar sus relaciones con otras personas, su vida sexual, hobbies, salidas e incluso quehaceres del hogar.

Los familiares y personas que rodean íntimamente al paciente con DA también sufren un gran impacto en su calidad de vida: se sienten cansados por la problemática de sus hijos y pueden llegar a tener sentimientos de culpa y frustración. El impacto se ve agravado en familias de escasos recursos, ya que el factor económico es muy marcado en esa enfermedad, por el continuo uso de emolientes y sustitutos de jabón ^{39,41}.

La calidad de vida es objetiva y subjetiva, difícil de medir, y por ello se evalúa a través de cuestionarios.

Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global; en teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas, de tal manera que hay herramientas que permiten medir la calidad de vida de pacientes con DA de acuerdo a la edad del paciente.⁴²

- a. Infantes: el índice de calidad de vida en infantes con dermatitis Infants Dermatitis Quality of Life Index (IDQoL).
- b. Niños: el índice de calidad de vida de dermatología pediátrica Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI).
- c. Adultos: El índice de calidad de vida de dermatología Dermatology Life Quality Index (DLQI).
- d. Impacto Familiar: Índice de Padres de Calidad de Vida en la Dermatitis Atópica Parent's Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AE).

2.3 Definición de términos básicos

Dermatitis atópica: es una enfermedad de la piel crónica, pruriginosa e inflamatoria que ocurre con mayor frecuencia en niños, pero también puede afectar a los adultos. El diagnóstico de dermatitis atópica se basa en los hallazgos clínicos y médicos personales y familiares. Hay una serie de criterios diagnósticos; los más utilizados son los criterios de Hanifin & Rajka (anexo 1).^{43, 44, 29}

Severidad de la dermatitis atópica: es la gravedad de la enfermedad; incluye factores como la extensión, intensidad y síntomas de la enfermedad; puede ser: leve, moderado a severo. Hay instrumentos que permiten la evaluación de la severidad de la dermatitis atópica, como la escala CEPI y el SCORAD.^{36, 37, 40}

Calidad de vida en dermatitis atópica: es el conjunto de condiciones y limitaciones a nivel personal, familiar y social que la enfermedad produce en los

pacientes con DA y que los aleja de una vida agradable, digna y valiosa. Hay instrumentos que intentan evaluar el impacto de la dermatitis atópica en la calidad de vida de los pacientes, como: el IDQOL para menores de 5 años, el CDLQI para niños de 5 a 14 años y el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) para mayores de 14 años, los cuales se encuentran validados al español.⁴⁵⁻⁵¹

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

No hay hipótesis por ser un trabajo descriptivo.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Dermatitis atópica	Enfermedad de la piel crónica, pruriginosa e inflamatoria que ocurre con mayor frecuencia en niños	Cualitativa	Criterios diagnósticos según Hanifin & Rajka (anexo 1).	Nominal	Sí No	3 o más criterios mayores + 3 o más criterios menores. No cumple lo anterior.	Historia clínica
Severidad de dermatitis atópica	Gravedad de la enfermedad en el paciente con diagnóstico de dermatitis atópica.	Cualitativa	Puntaje de escala CEPI y SCORAD (anexo 2 y 3)	Ordinal	CEPI: Leve Moderado Severo SCORAD: Leve Moderado Severo	0-3 4-6 7-9 0-14 15-40 >40	Fichas de escalas CEPI y SCORAD.

Calidad de vida en DA	Grado de afectación de las condiciones de vida del paciente con diagnóstico de dermatitis atópica, de acuerdo a las escalas IDQOL, CDLQI y DLQI.	Cualitativa	Puntaje de las escalas IDQOL, CDLQI y DLQI (anexo 4, 5 y 6).	Ordinal	IDQOL y CDLQI:		Ficha de escalas IDQOL, CDLQI y DLQI.
					No afecta	0-1	
					Afectación mínima	2-6	
					Moderada	7-12	
					Severa	13-18	
					Extrema	19-30	
					DLQI:		
					No afecta	0-1	
					Mínima	2-5	
					Moderada	6-10	
					Severa	11-20	
					Extrema	21-30	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Estudio no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal.

4.2 Diseño muestral

Población universo: Todos los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica.

Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica atendidos en los consultorios de dermatología Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante los meses mayo a junio 2018.

Tamaño de muestra: Se calculó el tamaño de la muestra usando la aplicación Epi Info versión 7.0, con un nivel de confianza del 95% y una frecuencia esperada del 50%. El tamaño de muestra son 79 pacientes.

Muestreo: El tipo de muestreo a realizar es de tipo probabilístico de selección aleatoria simple.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

-Pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica según los criterios de Hanifin & Rajka atendidos en los consultorios de dermatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante los meses mayo a junio 2018.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten participar del estudio.
- Pacientes con enfermedades papulo-escamosas que coexistan con la dermatitis atópica, como psoriasis, pitiriasis rubra pilaris, síndrome de Netherton.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Se captarán a los pacientes durante la consulta de dermatología, en los meses de mayo y junio 2018; se le explicará a los pacientes y/o apoderados sobre el objetivo de la investigación. Se requerirá la firma del consentimiento informado para la participación en el estudio. Se corroborará el diagnóstico de dermatitis atópica según los criterios de Hanifin & Rajka. Se aplicará la escala CEPI y SCORAD a los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, mediante la evaluación física del paciente y complementando con preguntas al paciente y/o cuidador. Se aplicará la escala IDQOL o CDLQI o DLQI, de acuerdo a la edad del paciente.

4.4 Procesamiento y análisis de los datos

Se realizará estadística univariada basada en la obtención de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Para el análisis bivariado, se emplearán la prueba Chi cuadrado y para analizar la correlación de la severidad de la dermatitis atópica y la calidad de vida, se emplearán los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Los cálculos se realizarán con un nivel de confianza del 95%. Para ello, se usará, el programa SPSS versión 23 para Windows. Los resultados se mostrarán en tablas y gráficos.

4.5 Aspectos éticos

Se aplicarán los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

La ejecución de la presente investigación no implicará riesgo alguno sobre la integridad física y/o psíquica de los pacientes. Al contrario, será de mucha ayuda para ellos para conocer la gravedad de su enfermedad y el impacto de esta en su calidad de vida, y así poder tomar acciones de mejora.

Se empleará un consentimiento informado, para que el paciente conozca bien el objetivo del estudio, pueda hacer las preguntas que requiera y que la participación sea voluntaria (anexo 7).

Así mismo, se garantizará la confidencialidad de la información recolectada, la cual será usada solo para los fines del estudio.

Por otro lado, el presente proyecto será presentado al Comité de Investigación y Ética del HNERM para su revisión y aprobación.

CRONOGRAMA

Pasos	2018									2019	
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Redacción final del plan de tesis	X	X									
Aprobación del plan de tesis			X								
Recolección de datos				X	X	X					
Procesamiento y análisis de datos							X				
Elaboración del informe								X			
Revisión y corrección del trabajo									X	X	
Aprobación del trabajo											X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	250.00
Soporte especializado	500.00
Empastado de la tesis	300.00
Transcripción	500.00
Impresiones	500.00
Logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Asesoría estadística	500.00
Total	3350.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Odhiambo A, Williams HC, Clayton TO, Robertson CF, Asher MI. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from SAAC Phase Three. *J Allergy Clin Immunol*; 124:1251-1258. [Internet] 2009. Extraído el 16 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004783>
2. Pérez-Cotapos I, Zegpi S, Sáenz I. Dermatitis atópica. *Rev. Med. Clin. Condes.*; 22(2):197-203. [Internet] 2011. Extraído el 30 de febrero de 2018. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_2/8_Dr_Perez_Cotapos.pdf
3. Taïeb A, Boralevi F, Seneschal J, Merhand S, Georgescu V, Taïeb C et al. Atopic dermatitis burden scale for adults: development and validation of a new assessment tool. *Acta derm venereol*; 95:700–705. [Internet] 2015. Extraído el 25 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118699>
4. Cáceres H. Dermatitis Atópica en el Instituto de Salud del Niño. *Dermatol Peru*; 64:1-5. [Internet] 1988. Extraído el 1 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.revista-sladp.com/sites/default/files/publicaciones/2004022.pdf>

5. Tincopa O, Herrera C, Exebio C. Prevalencia en escolares de Trujillo con y sin antecedentes personales y/o familiares de Atopia. *Dermatol Peru*. 1977;7:103-110.

6. Sicras A, Navarro R, Carrascosa JM. Impacto económico de la dermatitis atópica en adultos: estudio de base poblacional (Estudio IDEA). *Actas Dermosifiliogr*;109(1):35-46. [Internet] 2018. Extraído el 1 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/impacto-economico-dermatitis-atopica-adultos/articulo/S0001731017304726/>

7. Adamson AS. The economic burden of atopic dermatitis. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1027:79-92.

8. Han Y, Chen Y, Liu X, Zhang J, Su H, Wen H et al. Efficacy and safety of dupilumab for the treatment of adult atopic dermatitis: A meta-analysis of randomized clinical trials;140 (3):888-891. [Internet] 2017. Extraído el 5 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28479326>

9. Haeck IM, ten Berge O, van Velsen S, de Bruin-Weller MS, Bruijnzeel-Koomen CA, Knol MJ. Moderate correlation between quality of life and disease activity in adult patients with atopic dermatitis. *JEADV*. 2012; 26:236–24.

10. Ha D, Li K, Jun S, Jin S, Woo H, Min C et al. Quality of Life and Disease Severity Are Correlated in Patients with Atopic Dermatitis. *J Korean Med Sci*; 27:1327-1332. [Internet] 2012. Extraído el 5 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492666/>

11. Bieber T. How to Define Atopic Dermatitis?. *Dermatol Clin*; 35: 275–281. [Internet] 2017. Extraído el 18 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28577796>
12. Torrelo A, Ortiz J, Alomar A, Ros S, Pedrosa E, Cuervo J. Calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción y cumplimiento de los pacientes con dermatitis atópica moderada-grave que siguen un tratamiento farmacológico de mantenimiento. Estudio CONDA-SAT. *Actas Dermosifiliogr*; 104:409-17. [Internet] 2013. Extraído el 18 de abril de 2018. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/vol-104-num-1/sumario/S0001731012X00115/>
13. Sánchez-Pérez J, Daudén-Tello E, Morab AM, Lara N. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. *Actas Dermosifiliogr*; 104 (1):44-52. [Internet] 2013. Extraído el 18 de abril de 2018. Disponible en: <http://www.revespcardiolo.org/es/vol-104-num-01/sumario/13015205/>
14. Alzolibani AA. Impact of atopic dermatitis on the quality of life of Saudi children. *Saudi Med J*. 2014;35(4):391-396.
15. Holm JG, Agner T, Clausen ML, Thomsen SF. Quality of life and disease severity in patients with atopic Dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*;30(10):1760-1767. [Internet] 2016. Extraído el 18 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27282435>

16. Blome C, Radtke MA, Eissing L, Augustin M. Quality of Life in Patients with Atopic Dermatitis: Disease Burden, Measurement, and Treatment Benefit. *Am J Clin Dermatol*; 17(2):163-9. [Internet] 2016. Extraído el 18 de abril de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26818063>
17. SY Ng M, Tan S, HQ Chan N, YW Foong A, JA Koh M. Effect of atopic dermatitis on quality of life and its psychosocial impact in Asian adolescents [Internet]. *Australas J Dermatol*. [Internet] 2017. Extraído el 28 de febrero de 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajd.12632>
18. Alvarenga T, Caldeira AP. Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica. *J Pediatr (Rio J)*;85(5):415-420. [Internet] 2009. Extraído el 28 de febrero de 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/246142180_Qualidade_de_vida_em_pacientes_pediatricos_com_dermatite_atopica
19. Bezerra AL, Moreira F, Lopes MA, Santos A, Avelar CA. Impact of atopic dermatitis on the quality of life of pediatric patients and their guardians. *Rev paul pediatr*. 2017;35(1):5-10.
20. Van Valburg R, Willemsen MG, Dirven –Meijer PC, Oranje AP, Van Der Wouden JC, and Moed H. Quality of Life Measurement and its Relationship to Disease Severity in Children with Atopic Dermatitis in General Practice. *Acta Derm Venereol.*;91:147–151. [Internet] 2009. Extraído el 28 de febrero de 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20585477/>

21. Silvestre JF, Romero D, Encabo B. Atopic Dermatitis in Adults: A Diagnostic Challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol*;27(2):78-88. [Internet] 2017. Extraído el 28 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28071589>
22. Strathie S, Weston S, Loh R. Atopic dermatitis in children. *AFP*. 2016;45(5):293-296.
23. Ezzedine K, Kechichian E. Épidémiologie de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol.*;144:VS4-VS7. [Internet] 2017. Extraído el 28 de febrero de 2018. Disponible en: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2018/these41-18.pdf>
24. Jonathan M. Spergel. Epidemiology of Atopic Dermatitis and Atopic March in Children. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2010;30:269–280.
25. Scheerer C, Eyerich K. Pathogenese des atopischen Ekzems. *Hautarzt* [Internet]. 2018. Extraído el 15 Mar de 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00105-018-4127-4>
26. Rerknimitr P, Otsuka A, Nakashima C, Kabashima K. The etiopathogenesis of atopic dermatitis: barrier disruption, immunological derangement, and pruritus. *Inflammation and Regeneration.*;37:1-14. [Internet]. 2017. Extraído el 15 Mar de 2018. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/The->

[etiopathogenesis-of-atopic-dermatitis%3A-barrier-Rerknimitr-Otsuka/82b20bd0c1ab0dde5215645a67b0ea074d01aeee](#)

27. Grey K, Maguiness S. Atopic Dermatitis: Update for Pediatricians. *Pediatr Ann.* 2016;45(8):e280-e286.

28. Bieber T, Bussmann C. Atopic Dermatitis. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, et al, editores. *Dermatology*. 3ra ed. USA: Elsevier Saunders; 2012. p. 203-217. [Internet]. 2012. Extraído el 11 Mar de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885175/>

29. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1980;59:44-47.

30. Barrett M, Luu M. Differential Diagnosis of Atopic Dermatitis. *Immunol Allergy Clin N Am*;37:11–34. [Internet] 2017. Extraído el 5 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27886900>

31. Silverberg JI. Atopic dermatitis treatment: Current state of the art and emerging therapies. *Allergy Asthma Proc.* 2017;38:243-249.

32. Nankervis H, Thomas KS, Delamere FM, Barbarot S, Smith S, Rogers NK et al. What is the evidence-base for atopic eczema treatments? A summary of published randomised controlled trials. *Br J Dermatol*;176(4):910-927. [Internet] 2017.

Extraído el 5 de enero de 2018. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27547965>

33. Megna M, Napolitano M, Patruno C, Villani A, Balato A, Monfrecola G et al. Systemic Treatment of Adult Atopic Dermatitis: A Review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2017;7:1–23. [Internet] 2017. Extraído el 5 de enero de 2018. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5336433/>

34. Kantora R, Silverberg JI. Environmental risk factors and their role in the management of atopic dermatitis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2017;13(1):15–26.

35. Maksimovic´ N, Jankovic´ S, Marinkovic´ J, Sekulovic´ LK, Živkovic´ Z, Spiric VT. Health-related quality of life in patients with atopic dermatitis. *Journal of dermatology*;39:42–47. [Internet] 2012. Extraído el 5 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22044078>

36. Nájera AL. Validación de la escala “CEPI” como herramienta en atención primaria para la valoración de la severidad de dermatitis atópica en la población pediátrica [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013. 124p.

37. Oranje AP. Practical Issues on Interpretation of Scoring Atopic Dermatitis: SCORAD Index, Objective SCORAD, Patient- Oriented SCORAD and Three- Item Severity Score. *Br J Dermatol*. 2007; 157:645– 648. [Internet] 2007. Extraído el 25 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21576955>

38. European Task Force on Atopic Dermatitis: Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index – consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*.1993;186:23– 31.

39. Sibbald C, Drucker AM. Patient Burden of Atopic Dermatitis. *Dermatol Clin*. 2017;35 (3):303-316. [Internet] 2017. Extraído el 22 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28577800>

40. Ring J, Przyvilla B, Rusicka K. Handbook of atopic eczema. 2nd edition. New York: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. [Internet] 2006. Extraído el 25 de enero de 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5528/T-PUCE-5759.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

41. Balkrishnan R ,Housman TS, Grummer S, Rapp SR, Clarke J, Feldman SR et al. The family impact of atopic dermatitis in children: the role of the parent caregiver. *Ped Dermatol*. 2003;20:5–10. [Internet] 2003. Extraído el 25 de enero de 2018. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1719578/>

42. Chernyshov PV, Tomas-Aragones L, Manolache L, Marron SE, Salek MS, Poot F et al. Quality of Life Measurement in Atopic Dermatitis. Position Paper of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Task Force on Quality of Life; 31(4):576-593. [Internet] 2017. Extraído el 5 de marzo de 2018. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.14058>

43. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:338-51.

44. Vakharia P, Chopra R, Silverberg J. Systematic Review of Diagnostic Criteria Used in Atopic Dermatitis Randomized Controlled Trials. *Am J Clin Dermatol*; 19:15–22. [Internet] 2018. Extraído el 5 de marzo de 2018. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/28624959>

45. RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; 2014 [actualizado 2017; citado 21 Mar 2018]. Diccionario de la lengua española [aprox. 2 pantallas]. [Internet] 2018. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P>

46. Restrepo C, Escobar C, Mejía AM, Tamayo S, García HI, Lugo LH et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *IATREIA*.;26(4):467-475. [Internet] 2013. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932013000400008

47. Ramírez-Anaya M, Rendón ME, Velázquez-González E. Validation of a Mexican Spanish Version of the Children's Dermatology Life Quality Index. *Pediatric Dermatology*; 27(2):143–147. 48. [Internet] 2010. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/20537063>

48. Aguilera AA, Orbe FR. Validación del cuestionario dermatológico de calidad de vida en niños (Children's Dermatology Life Quality Index CDLQI) versión en castellano, en pacientes pediátricos con dermatitis atópica, en el Centro de la piel Quito – ecuador [tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013. 121p. 49 . [Internet] 1988. Extraído el 17 de febrero de 2018. Disponible en:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5528/T-PUCE-5759.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

49. Ordoñez CP. Validación lingüística y psicométrica (adaptacion cultural) del cuestionario dermatológico de calidad de vida en niños, en pacientes con dermatitis atópica [Tesis de Maestría]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2009. 92p.

50

50. Maza CA, Morales MA, Morales ME. Transcultural translation (adaptation) to Spanish of the Infant's Dermatitis Quality of Life questionnaire for children under for years with atopic dermatitis. Rev Alerg Mex; 63(3):270-277. [Internet] 1988. Extraído

el 5 de febrero de 2018. Disponible en: 51

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27560914>

51. De Tiedra AG, Mercadal J, Badía X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index DLQI: El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. Actas Dermosifiliogr; 89(12):692-700. [Internet] 1988. Extraído el 5 de febrero de 2018. Disponible en:

[http://www.actasdermo.org/es/adaptacion-transcultural-al-espanol-
del/articulo/13003408/7](http://www.actasdermo.org/es/adaptacion-transcultural-al-espanol-del/articulo/13003408/7)

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Calidad de vida en dermatitis atópica Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2018	¿Qué calidad de vida y severidad de la enfermedad tienen los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante mayo y junio 2018?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante mayo y junio 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la</p>	No hay hipótesis.	Estudio no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal.	Pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica atendidos en los consultorios de dermatología Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante los meses mayo a junio 2018. Son 79 pacientes.	Escalas CEPI, SCORAD, IDQOL, CDLQI, DLQI

		<p>severidad de la enfermedad de los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante mayo y junio 2018, de acuerdo a las escalas CEPI y SCORAD.</p> <p>Determinar la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins,</p>				
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

		<p>durante mayo y junio 2018, de acuerdo a las escalas IDQOL, CDLQI y DLQI.</p> <p>durante los meses Mayo-Junio 2018, de acuerdo a las escalas IDQOL, CDLQI y DLQI.</p>				
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

Criterios diagnósticos de DA, según Hanifin & Rajka (1980)

TABLA 1. *Criterios diagnósticos de DA (Hanifin y Rajka, 1980)*

Criterios mayores

- Prurito (condición básica)
- Distribución característica
- Antecedentes personales o historia familiar de atopía
- Dermatitis de curso crónico con exacerbaciones y remisiones

Criterios menores

- Xerosis
- Ictiosis/hiperlinearidad palmar/queratosis pilar
- Reactividad inmediata (tipo 1) a test cutáneos
- IgE elevada
- Edad de comienzo precoz
- Tendencia a infecciones cutáneas/defectos de la inmunidad mediada por células
- Dermatitis inespecífica de manos y pies
- Eczema del pezón
- Queilitis
- Blefaritis recurrente
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Catarata subcapsular anterior
- Oscurecimiento orbitario
- Eritema/palidez centro-facial
- Pitiriasis alba
- Pliegues anteriores del cuello
- Prurito al transpirar
- Intolerancia a la lana y solventes de lípidos
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a alimentos
- Curso influenciado por factores ambientales/emocionales
- Dermografismo blanco/blanqueo retardado

Diagnóstico de DA: 3 o más criterios mayores + 3 o más criterios menores.

Escala CEPI

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

HISTORIA CLÍNICA:

SEGURO SOCIAL:

	EXTENSION	INTENSIDAD	FUNCIONALIDAD
0	0%		No afecta
1	Menos del 30%	Sequedad, eritema y descamación	Leve incomodidad
2	30 a 60%	1 + Escoriación	Impide realizar actividades
3	Más del 60%	2+ Exudación y costra	Invalida
TOTAL			

Leve: 0 a 3.

Moderado: 4 a 6.

Severo: 7 a 9.

Realizado por:

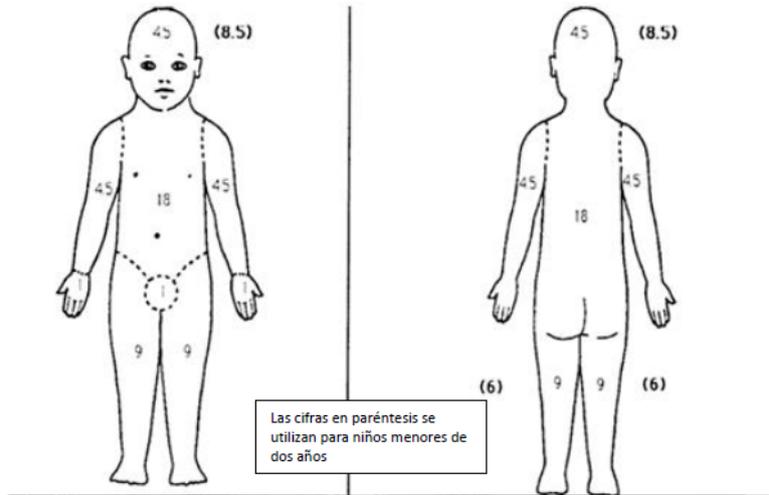
Puntaje de Dermatitis atópica-Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD)

SCORAD
GRUPO EUROPEO DE TRABAJO SOBRE
DERMATITIS ATÓPICA

INSTITUCIÓN _____
MÉDICO _____

APELLIDO	NOMBRE
----------	--------

ESTEROIDE TÓPICO UTILIZADO
Potencia (marca) _____
Cantidad/mes _____
Número de episodios/mes _____



A: EXTENSIÓN: por favor indique el área afectada

B: INTENSIDAD

CRITERIO	INTENSIDAD
Eritema	
Edema/ Papulación	
Supuración/ Costra	
Escoriación	
Liquenización	
Sequedad *	

MEDIOS DE CÁLCULO

ITEMS DE INTENSIDAD
Área representativa promedio
0 = ausencia
1 = leve
2 = moderada
3 = severa

C: SÍNTOMAS SUBJETIVOS
PRURITO + PÉRDIDA DE SUEÑO

SCORAD $A/5 + 7B/2 + C$

Escala visual análoga
(Promedio de los 3 últimos días o noches)

PRURITO (0 a 10) 0 10
PÉRDIDA DE SUEÑO (0 a 10)

TRATAMIENTO: _____
OBSERVACIONES: _____

Leve: 0 a 14.

Moderado: 15 a 40.

Severo: > 40

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATITIS DE LA INFANCIA-

INFANTS' DERMATITIS QUALITY OF LIFE INDEX (IDQOL)

Nombre:

Puntaje IDQOL:

El objetivo de este cuadro es ahora registrar el estado del eczema (dermatitis) de su hijo/a. Todas las preguntas se refieren SÓLO A LA SEMANA PASADA. Por favor, conteste a todas las preguntas.

Gravedad del eczema

Durante la semana pasada, ¿cuál cree que ha sido la intensidad del eczema de su hijo? Es decir, cómo ha estado de rojo, escamoso, inflamado o extendido.

- Muy intenso
- Intenso
- Intermedio
- Bastante bien
- Nada

Índice de calidad de vida

1. Durante la semana pasada, ¿cuánto picor ha tenido y cuánto se ha rascado su hijo?
 - Todo el tiempo
 - Mucho
 - Poco
 - Nada
2. Durante la semana pasada, ¿de qué humor ha estado su hijo?
 - Siempre llorando, sumamente difícil
 - Muy irritable
 - Ligeramente irritable
 - Contento
3. Durante la semana pasada, ¿qué promedio de tiempo aproximado ha tardado su hijo en dormirse cada noche?
 - Más de 2 horas
 - 1-2 horas
 - 15 minutos – 1 hora
 - 0 – 15 minutos
4. Durante la semana pasada, ¿qué promedio de tiempo en total se ha alterado el sueño de su hijo cada noche?
 - 5 horas o más
 - 3 – 4 horas
 - 1 – 2 horas
 - Menos de una hora
5. Durante la semana pasada, ¿le ha molestado a su hijo el eczema al jugar o nadar?
 - Muchísimo
 - Mucho
 - Un poco
 - Nada

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| 6. Durante la semana pasada, ¿ha impedido a su hijo el eczema participar o disfrutar de otras actividades en familia? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 7. Durante la semana pasada, ¿ha tenido problemas con su hijo a la hora de comer debido al eczema? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 8. Durante la semana pasada, ¿ha tenido problemas con su hijo a causa del tratamiento? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 9. Durante la semana pasada, ¿ha sido incómodo vestir y desvestir a su hijo por el eczema? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 10. Durante la semana pasada, ¿cuánto ha molestado a su hijo el eczema al bañarse? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | Nada | <input type="checkbox"/> |

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas.

Nada: 0. Poco: 1. Mucho: 2. Muchísimo, Todo el tiempo, siempre llorando sumamente difícil, más de 2 horas, 5 horas o más: 3

Se calcula el PUNTAJE de calidad de vida sumando los puntajes de cada pregunta.

Rangos de severidad

0-1 No afecta la vida del niño

2-6 Afección mínima

7-12 Afección moderada

13-18 gran efecto sobre la calidad de vida

19-30 efecto extremadamente grande sobre la calidad de vida

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA-

Children' s Dermatology Life Quality Index (CDLQI)

Nombre:

Puntaje CDLQI:

El objetivo de este cuestionario es medir cuánto te ha afectado la enfermedad de tu piel, DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.

Por favor marque con  la casilla que corresponda con cada pregunta.

1. Durante la última semana, ¿cuánta **comezón, ardor o dolor** has sentido en la piel dañada?

Demasiado	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

2. Durante la última semana ¿qué tan **avergonzado, apenado, enojado o triste** te has sentido debido a la condición de tu piel?

Demasiado	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

3. Durante la última semana, ¿qué tanto ha afectado la condición de tu piel las **relaciones con tus amigos**?

Demasiado	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

4. Durante la última semana, ¿qué tanto has cambiado o usado **ropa o zapatos distintos o especiales** debido a la condición de tu piel?

Demasiado	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

5. Durante la última semana, ¿qué tanto el problema de tu piel ha afectado tus **salidas, tus juegos y pasatiempos**?

Demasiado	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

6. Durante la última semana, ¿qué tanto has evitado **nadar o hacer otros deportes** debido al problema de tu piel? Demasiado
Bastante
Poco
Nada
7. La última semana, ¿fue **período escolar**? Falté a la escuela
Demasiado
Bastante
Poco
Nada
 ⇒ Si fue **período escolar**: Durante la última semana, ¿qué tanto afectó la condición de tu piel tus **actividades escolares**?
- O
¿fue **día festivo o vacaciones**? Demasiado
Bastante
Poco
Nada
 ⇒ Si fue **día festivo o vacaciones**: Durante la última semana, ¿qué tanto problema tuviste para disfrutar tus **vacaciones** debido a la condición de tu piel.
8. Durante la última semana, ¿qué tanto problema has tenido con otras personas porque te ponen **apodos, te molestan, te hacen sentir miedo, te hacen preguntas o te evitan** debido a la condición de tu piel? Demasiado
Bastante
Poco
Nada
9. Durante la última semana, ¿qué tantos problemas has tenido para **dormir** debido a la condición de tu piel? Demasiado
Bastante
Poco
Nada
10. Durante la última semana, ¿qué tan molesto ha sido el **tratamiento** para tu piel? Demasiado
Bastante
Poco
Nada

Por favor revisa que hayas respondido a **TODAS** las preguntas. Muchas gracias.
© M S Lewis-Jones,A Y Finlay, May 1993

Valores en puntaje de las opciones de cada pregunta	
Demasiado	3
Bastante	2
Poco	1
Nada	0
Pregunta no contestada	0
Pregunta 7a Falte a la escuela	3
Rangos de severidad	
0-1	No afecta la vida del niño
2-6	Afección mínima
7-12	Afección moderada
13-18	gran efecto sobre la calidad de vida
19-30	efecto extremadamente grande sobre la calidad de vida

Cuadro tomado de Department of dermatology and wound healing, school of medicine Cardiff University, section of dermatology. Children's dermatology life quality index articles describing the use. Enlace (<http://www.dermatology.org.uk/quality/cdlqi/quality-cdlqi-publications.html>)

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA

Dermatology Life Quality Index (DLQI)

Nombre:

Puntaje DLQI:

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una una casilla para cada pregunta.

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Durante la última semana, ¿cuánta picazón, dolor, ardor o comezón ha sentido en la piel? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Durante la última semana, ¿cuán avergonzado/a , o cohibido/a se ha sentido debido a su problema de piel? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Durante la última semana, ¿cuánto le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable <input type="checkbox"/> | |
| 4. Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable <input type="checkbox"/> | |
| 5. Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable <input type="checkbox"/> | |
| 6. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable <input type="checkbox"/> | |
| 7. Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar ? | Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/> | No aplicable <input type="checkbox"/> | |
| Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios? | Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | | |

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 8. | Durante la última semana, ¿en qué medida su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual ? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, porque le toma tiempo o porque ensucia o desordena su casa? | Muchísimo <input type="checkbox"/>
Mucho <input type="checkbox"/>
Un poco <input type="checkbox"/>
Nada <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> |

Por favor verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias.

0: nada/no aplicable

1: un poco

2: mucho

3: muchísimo.

Después de sumar todo:

0-1: no afecta en nada la vida del paciente

2-5: pequeño efecto en la vida del paciente

6-10: moderado efecto en la vida del paciente

11-20: gran efecto en la vida del paciente

21-30: extremadamente gran efecto en la vida del paciente.

3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CALIDAD DE VIDA EN DERMATITIS ATÓPICA
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018

El objetivo de esta investigación es determinar la calidad de vida y la severidad de la enfermedad en pacientes con dermatitis atópica.

Yo _____ identificado con el DNI _____ he leído la información que se me ha entregado, he tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre el estudio y he recibido respuestas satisfactorias. He tenido la oportunidad de hablar con el investigador entendiendo que la participación es voluntaria. También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente que los datos personales que se contienen en este consentimiento y la hoja de recolección de datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento, no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Investigador:

DNI: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente:

DNI: _____

Firma: _____

Apoderado del paciente:

DNI: _____

Firma: _____

Fecha: _____