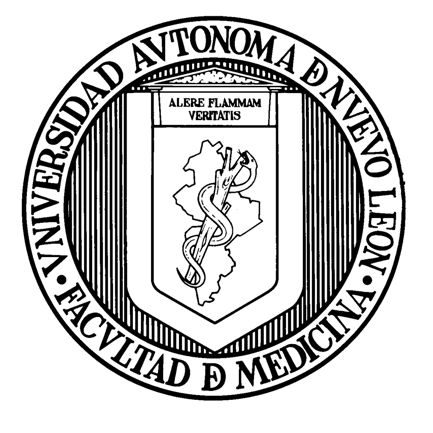
**UNIVERSIDAD AUTONÓMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**

****

**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA Y SUS FAMILIAS QUE ACUDEN AL CENTRO REGIONAL DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA**

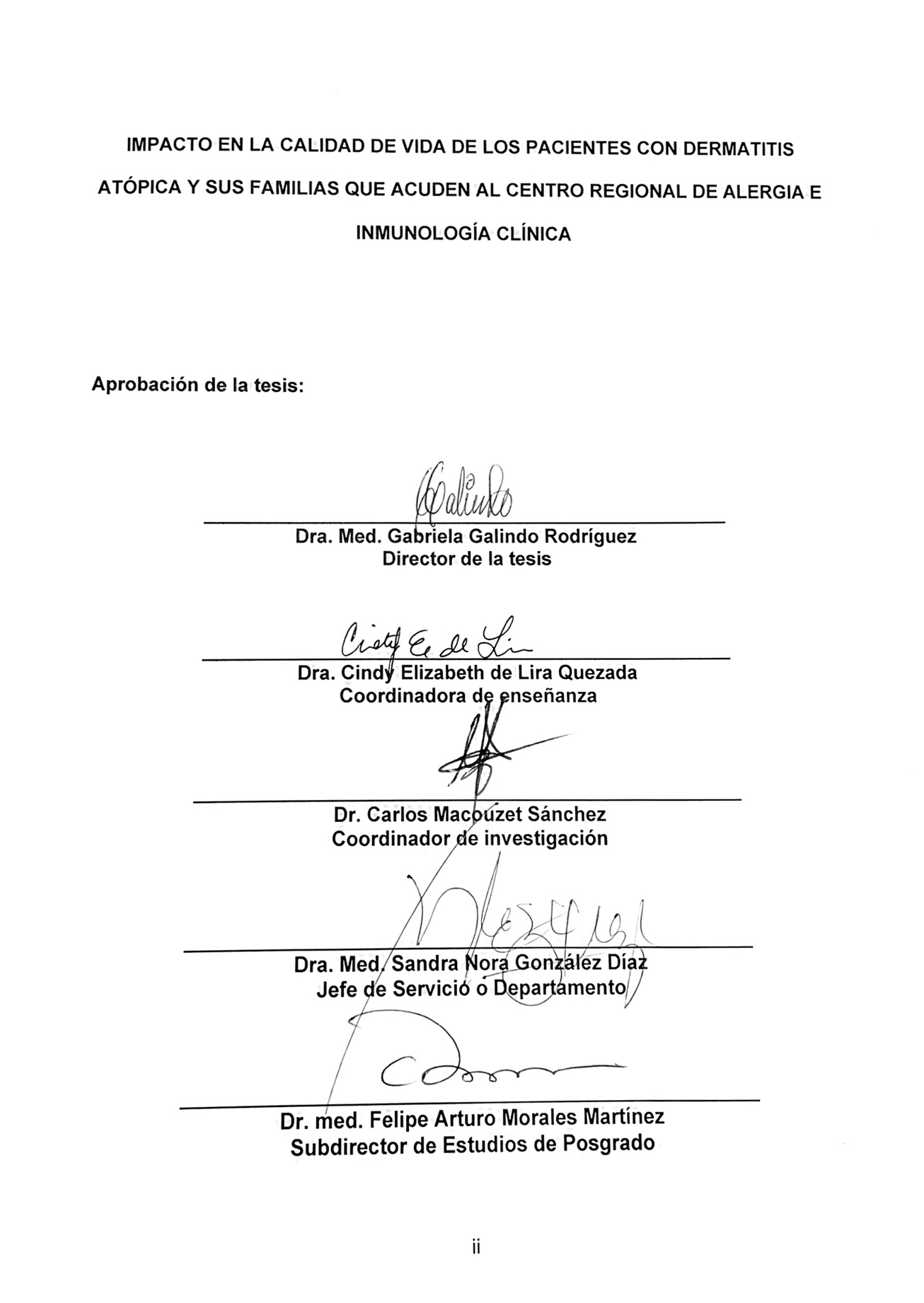
**Por:**

**DRA. WENDY JARELY SANTOS FERNÁNDEZ**

**Como requisito para obtener el grado de**

**ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA**

**Febrero 2022**

****

**DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por siempre llevarme de la mano en su camino, por ser mi sostén día con día, por darme salud y porque sin su guía, gracia y amor nada fuera posible.

Este trabajo se lo dedico con especial cariño y respeto a mi familia por su apoyo incondicional a la distancia desde lejos en Honduras y Estados Unidos, por siempre ayudarme a culminar mis metas, a mi esposo quien todos los días impulsa a salir adelante y quien es mi ejemplo de disciplina y dedicación.

Agradezco también a mi directora de tesis la Dra. Gabriela Galindo Rodríguez por su asesoría y apoyo durante estos dos años de estudio y de preparación, todo mi respeto y admiración hacia su persona. Gracias a las Dras María del Carmen Zárate Hernández y la dra Rosa Ivett Guzmán Avilán quienes también forman parte importante de este trabajo de investigación.

A cada uno de mis maestros por su tiempo, asesoría, enseñanzas y lecciones aprendidas, a cada una de mis compañeras por su amistad sincera y apoyo mútuo durante estos dos años. Por último gracias a todo el personal, asistencial y administrativo del Centro Regional de Alergia e Inmunología que desde el primer día me abrieron las puertas y me hicieron sentir en casa.

**TABLA DE CONTENIDO**

Capítulo I

1.RESUMEN ………………………………………………..………………….1

Capítulo II

2. INTRODUCCIÓN …………………………………………………………..3

Capítulo III

3.HIPÓTESIS………………..……………...………………………………....9

Capítulo IV

4. OBJETIVOS.………………………………………..……..………………10

Capítulo V

5. MATERIAL Y MÉTODOS……………………...………….…….............11

Capítulo VI

6.RESULTADOS………………………………………..……………………14

Capítulo VII

7.DISCUSIÓN..…………………………….………..…………………….....32

Capítulo VIII

8.CONCLUSIÓN.………………………………………………..……….…...35

Capítulo IX

9.ANEXOS …….…………………………………………..……..…..……….36

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA….………………..…………………..……..………..... 41

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO…………..………………….……… 44

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1

Datos demográficos de los participantes…………………….……………..15

Tabla 2

Calidad de vida de acuerdo al género en niños de 0-5 años....................19

Tabla 3

Calidad de vida de acuerdo al género en niños de 6-16 años……....……19

Tabla 4

Calidad de vida de acuerdo al género en adultos ………………………….20

Tabla 5

Correlación entre la gravedad de la enfermedad según SCORAD y calidad de vida por grupo de edad…………………………………………………………….21

Tabla 6

Actividades afectadas en niños de 0-5 años ………………………………22

Tabla 7

Tiempo promedio para conciliar el sueño en niños de 0-5 años……………24

Tabla 8

Tiempo promedio de despertares nocturnos en niños de 0-5 años………25

Tabla 9

Áreas y actividades afectadas en niños de 6-16 años………………………26

Tabla 10

Áreas y actividades afectadas en adultos…………………………………...28

Tabla 11

Áreas y actividades afectadas en los familiares de pacientes con DA…...29

Tabla 12

Tratamiento actual para DA…………………………………………………..30

Tabla 13

Correlación entre calidad de vida y tratamiento……………………………31

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1

Flujograma de participantes en el estudio…………………………………14

Figura 2

Efecto en la calidad de vida de pacientes con DA y sus familiares …..16

Figura 3

Efecto en la calidad de vida en niños de 0-5 años………..…………….17

Figura 4

Efecto en la calidad de vida en niños de 6-16 años …………………..17

Figura 5

Efecto en la calidad de vida en adultos……………..………………….18

Figura 6

Efecto en la calidad de vida en familiares..………..………………….18

Figura 7

Gravedad de la enfermedad según SCORAD..………..………………21

Figura 8

Gravedad percibida por familiar en niños de 0-5 años…..……………23

Figura 9

Evaluación del prurito en niños de 0-5 años……………..……………23

Figura 10

Humor y llanto en niños de 0-5 años……………..……………………24

Figura 11

Evaluación del prurito en niños de 6-16 años……………..………….25

Figura 12

Evaluación del prurito en adultos……………..……………………….27

**LISTA DE ABREVIATURAS**

DA: Dermatitis atópica

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

CV: Calidad de vida

ISAAC: Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia

FLG: Gen de la filagrina

PAM: Péptidos antimicrobianos

ILC-2: Células linfoides innatas de tipo 2

TLR: Receptores tipos Toll

IL-22: Interleucina 22

FDA: Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos

PDE4: Fosfodiesterasa-4

DFIQ: Cuestionario sobre el Impacto de la Dermatitis en la Familia

CDLQI: Cuestionario Dermatológico de Calidad de vida en niños

IDQOL: Índice de Calidad de Vida para infantes con Dermatitis

DLQI: Cuestionario sobre Calidad de Vida en Dermatología

**CAPITULO I**

**RESUMEN**

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente que inicia en la edad temprana pero que a menudo persiste hasta la edad adulta. Es una enfermedad heterogénea y la etiología es multifactorial que involucra factores ambientales, genéticos y una barrera cutánea deteriorada la cual puede estar determinada por una mutación en el gen de la filagrina.

Los pacientes con DA suelen valorar su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por debajo de la población general, y sufren un mayor distrés psicológico. Se ha observado que la calidad de vida se ve más afectada cuanto mayor es la gravedad de sus lesiones en piel y el sitio en donde se localizan dichas lesiones.

El objetivo general

Conocer el impacto en la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica y sus familias que acuden al Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica.

Materiales y métodos

Fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal de pacientes de ambos géneros, y de todas las edades con diagnóstico de dermatitis atópica que acudieron a la consulta del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en Monterrey, México en un periodo de un año. Se registraron datos generales y se aplicó un cuestionario que evalúa la calidad de vida de acuerdo a la edad. El análisis estadístico se realizó mediante medición de frecuencias y medidas de tendencia central. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25

Resultados

Se analizaron los resutados de 61 pacientes con dermatitis atópica, los cuales se dividieron en tres grupos según la edad. Grupo I fueron niños de 0-5 años (n=9), grupo II niños de 6-16 años (n=25), adultos mayores de 17 años (n=27) y 43 familiares de primer grado. En general el efecto en la calidad de vida de los pacientes con DA y sus familiares fue bajo en un 35.6%, seguido por un efecto moderado del 26%, un 9.6% un efecto extremadamente grande, mientras que el 14.4% refieren que la DA no afecta en su calidad de vida. Los 3 rubros más afectados en niños de 0-5 años fueron el prurito, el humor y el tiempo que tarda en dormirse. En los niños de 6-16 años fue el prurito y molestias ocasionadas por el tratamiento. En adultos, los ítems con mayor puntuación fueron el prurito, el sentirse avergonzado o cohibido y problemas para la elección de ropa. En los familiares/cuidadores principales los 3 rubros más afectados fueron los gastos económicos relacionados al tratamiento, el estado emocional o angustia y dificultades con las tareas del hogar. La correlación de la calidad de vida fue negativa en aquellos pacientes que usan esteroides tópicos y sistémicos.

Conclusión

El impacto en la calidad de vida de los pacientes con DA fue bajo o pequeño, pero pesar que la mayoría de los pacientes tenían DA leve la carga de la enfermedad sigue causando un impacto negativo en la vida diaria.

**CAPITULO II**

**INTRODUCCIÓN**

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad heterogénea y multifactorial caracterizada por diferentes fenotipos clínicos los cuales están determinadas por diferentes interacciones entre genes susceptibles, diversos factores ambientales, integridad de la barrea cutánea deteriorada y desregulación inmune (1). Las exacerbaciones agudas, así como las lesiones cutáneas eccematosas crónicas, la piel seca, y el prurito intenso caracterizan el curso de la enfermedad (2).

La DA con mayor frecuencia comienza en la infancia, aproximadamente el 90% de los casos aparecen en los primeros 5 años de vida, el cual es un período crítico para el desarrollo psicosocial (3). Sin embargo, entre el 60 y 75% de los casos en niños van a resolverse antes de los 16 años, y el 15-40% restante persiste en la edad adulta (4).

Los niños presentan con frecuencia problemas de comportamiento, una mayor dependencia, temor, limitaciones en la participación en deportes y alteraciones del sueño que conlleva a somnolencia diurna y dificultades en el aprendizaje (5). Investigaciones previas en el entorno familiar de pacientes con DA concluyen que la calidad de vida de la familia está profundamente relacionada con la gravedad de DA, más que con la calidad de vida de los niños señalando el profundo impacto de esta enfermedad en la familia (6).

**Prevalencia**

En una encuesta internacional, transversal y basada en la web que se realizó en el 2018 en los Estados Unidos, Canadá, Japón, Francia, y otros países de Europa como Alemania, Italia, España, Reino Unido, se reportó que entre los participantes por región la prevalencia puntual de la DA adulta en la población total tratada fue de 4.9%/3.9% en los EE. UU., 3.5%/2.6% en Canadá, 4.4%/3.5% en la Unión Europea y 2.1%/1,5% en Japón (9). Otros datos de prevalencia de DA provienen del Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC) en el que se reveló que más del 20% de los niños se ven afectados por la DA en algunos países, pero que la prevalencia varía mucho en todo el mundo. Para el grupo de edad de 6 a 7 años, los datos mostraron que la prevalencia de DA variaba del 0.9% en India al 22.5% en Ecuador, y los nuevos datos muestran prevalencias altas en Asia y Latinoamérica (7).

En un estudio realizado en México sobre la epidemiología de DA, se reporta que los pacientes adultos con DA grave presentan casi el doble de prevalencia que la población pediátrica y concuerda con otros estudios previos en los que se reporta que la prevalencia de DA grave aumenta con la edad (8). En el año 2006, en Morelia Michoacán se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de DA en niños de 6 a 14 años donde se reportó una prevalencia de 10.1 y 5.4% entre niños de 6 a 10 años y en adolescentes de 11-14 años de forma respectiva (9).

**Fisiopatología**

La patogénesis de la DA resulta es compleja y como se menciona antes, es una interacción de factores genéticos, ambientales e inmunológicos. La disfunción de la barrea cutánea es de los factores más importantes y la asociación genética más fuerte con DA hasta ahora, son las mutaciones de pérdida de la función en el gen de la filagrina (FLG), que codifica la proteína de barrera (pro) filagrina. La filagrina desempeña un papel importante en el estrato córnea ya que agrega filamentos de queratina en haces compactas y modifica la composición de los queratinocitos y la capa de células granulares. Interactúa además con cuerpos laminares y cuando hay disponibilidad reducida de metabolitos de filagrina, llevan a cambios en la hidratación y el pH de la piel (10).

La desregulación de los sistemas inmunes innatos y adaptativos están involucrados en la DA. Los queratinocitos, los péptidos antimicrobianos (PAM), las células linfoides innatas del grupo 2 (ILC-2) y los receptores tipo Toll (TLR) son los principales componentes del brazo innato. El reciente descubrimiento de los subconjuntos Th17/Th22 de linfocitos T cooperadores han añadido información sobre la importancia del brazo adaptativo de la patogénesis de DA, avanzando desde modelos antiguos que perciben la DA como una enfermedad bifásica con fenotipo Th1/Th2, en el actual concepto de un trastorno de ejes de múltiples citocinas (1).La DA se define en adultos como una enfermedad con activación combinada de citocinas TH2 y TH22 tanto en la piel como en la sangre, y la DA de inicio temprano comienza como una enfermedad TH2. Además, en la DA pediátrica temprana, el desequilibrio de TH2 se limita a los subconjuntos de células T dirigidas hacia la piel. En los adultos, la activación de las células T se extiende a las células T antígeno linfocítico sistémico/cutáneo negativo y CD8+, así como a las células T productoras de interleucina -22 (IL-22) (11).

**Manifestaciones clínicas**

La presentación clínica de la DA incluye variaciones en cuanto a la morfología de las lesiones cutáneas, los pacientes tienden a presentar piel seca o xerosis secundario al bajo contenido de agua y a la pérdida excesiva de agua a través de la epidermis. La piel es pálida por la presión aumentada en los capilares dérmicos y la capacidad para sudar se encuentra reducida (12). Los hallazgos a la exploración física incluyen lesiones cutáneas agudas y subagudas, se observan sobre todo en niños más pequeños y se caracterizan por lesiones papulovesiculares eritematosas intensamente pruriginosas, asociadas a excoriación y exudado seroso, las zonas más afectadas son las áreas de flexión, cara y cuello. En adultos la DA se caracteriza por liquenificación, pápulas y excoriaciones, afectando más las áreas de extensión, cara y tronco (13).

**Diagnóstico**

No existe una prueba de laboratorio definitiva que confirme el diagnóstico, por lo cual este se basa en la presencia y el patrón de distribución de las lesiones, con características morfológicas específicas, hallazgos clínicos asociados e historia personal o familiar de atopia. Los criterios más utilizados y reconocidos para el diagnóstico de DA son los criterios de Hanifin-Rajka, introducidos en 1980, que siguen siendo uno de los más utilizados en el entorno hospitalario actual. Este modelo exige que se cumplan al menos 3 de 4 criterios mayores junto con al menos 3 de 23 criterios menores. Los criterios mayores son prurito, morfología típica y distribución de la afección (compromiso facial y superficies extensoras en niños; liquenificación de áreas de flexión en adultos), un curso recidivante crónico y antecedentes personales o familiares de atopia (14).

**Tratamiento**

El Consenso de la Asociación Dermatológica de Taiwán para el tratamiento de la dermatitis atópica realizó en el 2020 una actualización sobre las diferentes recomendaciones para la DA, dentro de las cuales se incluyen la terapia emoliente regular como un componente esencial en la estrategia del manejo de DA. Los corticoesteroides tópicos se recomiendan para las personas afectadas por DA que no han respondido al buen cuidado de la piel y al uso regular de emolientes solos. Los corticoesteroides tópicos son efectivos y seguros cuando se usan apropiadamente y bajo supervisión adecuada y deben usarse hasta que los brotes de la piel estén bajo control. No hay suficiente evidencia para recomendar el uso general de antihistamínicos como parte del tratamiento de la DA. En cuanto a los inhibidores tópicos de la calcineurina como tacrólimus y primecrólimus se recomiendan y son efectivos para el tratamiento agudo y crónico, junto con el mantenimiento, en pacientes con DA, y son útiles en situaciones clínicas como la recidiva a los esteroides, áreas sensibles (cara, anogenital y pliegues de la piel), atrofia inducida por esteroides y como terapia proactiva para evitar recaídas (15).

La DA moderada a grave a menudo es refractaria a los tratamientos tópicos de primera línea; En dichas situaciones, los inmunosupresores sistémicos como ciclosporina, son eficaces, pero tienen efectos adversos significativos (16). Los fármacos biológicos son avances recientes que tienen importancia clínica en el tratamiento de la DA moderada a grave, y el Dupilumab que es un anticuerpo monoclonal ha sido efectivo para tratar pacientes con enfermedad grave aprobado desde el 2017 (17). En el 2016 la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó un inhibidor tópico de la fosfodiesterasa 4 (PDE4), crisaborole, para la DA leve a moderada.

**Gravedad de la enfermedad y calidad de vida**

Aunque la mayoría de los casos de DA se consideran leves, tanto en niños como en adultos, el 10-18% sufren de DA grave (19). Se ha observado que la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes se ve más afectada cuanto mayor gravedad tengan las lesiones de DA, de forma independiente del lugar donde se localizan las lesiones (5). En las últimas décadas, se reconoce mejor la importancia de evaluar el impacto de la calidad de vida (CV) en las condiciones médicas de los pacientes.

La CV es un concepto amplio que incluye el nivel de vida, la comunidad y la vida familiar, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) incluye el bienestar emocional, físico, social y funcional relacionado con la salud, de forma particular en las enfermedades crónicas (18).

La DA no es solo una enfermedad de la piel, sus efectos se extienden mucho más allá del prurito y el daño de la piel, afectando los aspectos psicosociales de la vida de los pacientes y sus familias. Cuidar a los niños afectados por DA puede ser una tarea que consume mucho tiempo y puede afectar las relaciones personales, disminuir el funcionamiento psicosocial y causar pérdida de sueño entre los otros miembros de la familia de los pacientes afectados. Además, la DA puede resultar en ausencia laboral o disminución de la productividad laboral para los cuidadores (19). Los pacientes, tanto pediátricos como adultos, con mayor presencia e intensidad de prurito presentan una mayor afectación en la CVRS. En un estudio previo se demostró que el prurito crónico se relaciona de forma inversa con la CVRS de los pacientes que lo sufren, comparándolo con la forma en que lo hace el dolor crónico (5).

Existen una variedad de instrumentos diferentes a disposición de los médicos para la medición de la calidad de vida. Los instrumentos se centran en patrones específicos dependiendo de la enfermedad a evaluar. Estas herramientas varían con respecto a la edad de las poblaciones objetivo, los dominios evaluados y los algoritmos de puntuación. Las más utilizadas son el Índice de Calidad de Vida de Dermatología infantil (IDQOL), el Índice de Calidad de Vida para Dermatitis en niños (CDLQI) y el cuestionario sobre el Impacto de la Dermatitis en la Familia. (DFIQ) (20).

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La DA es una de las enfermedades crónicas más comunes que afecta de manera principal a la población pediátrica pero que a menudo persiste en la edad adulta. Se ha convertido en un problema de salud global ya que se asocia con costos económicos elevados y deterioro en la calidad de vida no solo del paciente si no también de la familia, interfiere en las actividades cotidianas, afectando la vida social, provocando alteraciones del sueño, problemas de comportamiento entre otros. Además, el prurito y la gravedad de la enfermedad se relacionan con trastornos del estado de ánimo, así como ansiedad y depresión

**JUSTIFICACIÓN**

Se requiere evaluar y conocer el impacto que ocasiona en la calidad de vida tanto de los pacientes con esta enfermedad como de sus familias, ya que de esta manera se pueden establecer nuevas estrategias de apoyo y educación específica a la población afectada y como un tratamiento multidisciplinario. En nuestro centro de estudio no se cuenta con estudios recientes que evalúen el impacto en la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica y sus familias y/o cuidadores.

**CAPITULO III**

**HIPOTESIS ALTERNA**

La calidad de vida se ve afectada en los pacientes con dermatitis atópica.

**HIPOTESIS NULA**

La calidad de vida no se ve afectada en los pacientes con dermatitis atópica.

**CAPITULO IV**

**OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL**

Conocer el impacto en la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica y sus familias que acuden al Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica.

**OBJETIVOS SECUNDARIOS**

* Comparar la calidad de vida de acuerdo a la edad y género.
* Relacionar la gravedad de la enfermedad con el nivel de impacto en la calidad de vida de los pacientes con DA.
* Identificar que rubros son los más afectados y su impacto en la calidad de vida de los pacientes con DA y sus familiares.
* Describir el grado de afectación de la DA mediante puntuaciones de gravedad en nuestra población.
* Conocer las comorbilidades más comunes de DA en la población de estudio.

**CAPITULO V**

**MATERIAL Y METODOS**

**Población de estudio**

Fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal de pacientes de ambos géneros, y de todas las edades con diagnóstico de dermatitis atópica que acudieron a la consulta del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en Monterrey, Nuevo León, México en un periodo de un año, desde diciembre del 2020 hasta diciembre del 2021, en donde se aplicó una encuesta para evaluar el impacto en la calidad de vida de acuerdo al grupo etario.

Para la selección de sujetos se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes de ambos géneros y de todas las edades que acudan a consulta al Centro Regional de Alergia e Inmunología clínica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” con diagnóstico de DA de al menos 4 meses de evolución.

Familiares de primer grado o cuidadores que convivan con el paciente.

Se excluyeron Familiares que no convivan con el paciente y pacientes que presentaban otra enfermedad cutánea concomitante.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DA de al menos 4 meses de evolución que acuden con sus familiares de primer grado a seguimiento en la consulta de Alergia e Inmnunología Clínica del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en los cuales se les haya realizado el diagnóstico de DA mediante los criterios clínicos propuestos por Hanifin and Rajka. Se interrogaron datos personales como nombre completo, la edad, escolaridad, lugar de residencia, teléfono y correo electrónico, también se revisó en el expediente el tiempo de evolución desde el diagnóstico y el tratamiento actual de los pacientes.

Se evaluó la gravedad de la enfermedad mediante la Puntuación de Dermatitis Atópica (SCORAD) por sus siglas en inglés, el cual se clasifica en leve < 25 puntos, moderado 26-50 puntos y grave > 51 puntos

A los familiares que participaron se les aplicó el ¨*Cuestionario sobre el Impacto de la Dermatitis en la Familia¨* (DFIQ) adaptado y validado al español (licencia número CUQoL2678) el cual tiene como finalidad medir el grado en el que el problema de la piel del paciente afecta a la familia.

A los pacientes pediátricos se les aplicó el ¨*Cuestionario Dermatológico de Calidad de vida en niños¨* (CDLQI) adaptado y validado al español (licencia CUQoL2676 )el cual puede ser contestado a partir de los 6 años de edad.

Para los niños < 6 años se aplicó el cuestionario el *¨Índice de Calidad de Vida para infantes con Dermatitis¨* (IDQOL) adaptado y validado al español, (licencia CUQoL2677) está diseñado para ser respondido por los padres o cuidadores.

Y finalmente a los adultos > 16 años se aplicó el ¨*Cuestionario sobre Calidad de Vida en Dermatología* (DLQI) validado y adaptado al español (licencia CUQoL2675). Dichos cuestionarios constan de 10 preguntas relacionadas con las actividades (alimentación, sueño, recreación), el estado emocional y el tratamiento del paciente con DA, cada ítem tiene cuatro respuestas que se califican como muchísimo (3 puntos), mucho o bastante (2 puntos), un poco (1 punto), para nada o en lo absoluto (0 puntos) y las respuestas se refieren a la última semana, y el puntaje va del 0 al 30, a mayor puntaje mayor afección de CV.

El tamaño de muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador.

**Análisis estadístico**

Para el análisis descriptivo se determinaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, mientras que para las variables numéricas se reportarán medidas de tendencia central y dispersión (media/mediana; desviación estándar/rango intercuartil).

En la estadística inferencial se evaluó la distribución de la muestra por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para comparar las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson.

Todo valor de *p* < 0.05 se consideró significativo de forma estadística.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

**CAPITULO VI**

**RESULTADOS**

Se analizaron los resutados de las encuestas que evalúan el impacto en la calidad de vida de 61 pacientes con dermatitis atópica, de los cuales 9 fueron niños de 0-5 años, 25 niños de 6-16 años, 27 adultos y 43 familiares de primer grado que acudieron a la consulta de Alergia e Inmunología Clínica.

*Figura 1*. Flujograma de participantes en el estudio

En los tres grupos etarios, la mayoría fueron género femenino con un 66.7%, 56% y 59.3% en las edades de 0-5 años, 6-16 años y adultos respectivamente.

La comorbilidad más frecuente fue RA en un 23%, 48% y 41% respectivamente

*Tabla 1*. Datos demográficos de los participantes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Niños 0-5 años (%)** | **Niños 6-16 años (%)** | **Adultos (%)** |
| **Género**  -Masculino  -Femenino | 3 (33.3)  6 (66.7)) | 11 (44)  14 (56) | 11 (40.7)  16 (59.3) |
| **Edad (años) [media ± SD]** | 2.3 | 10.56 | 28.5 |
| **Tiempo de evolución al diagnóstico en años (media**) | 2 | 4.8 | 9.44 |
| **Residencia**  Monterrey  Guadalupe  San Nicolás  Escobedo  Apodaca  Santa Catarina  Juárez  Otro | 2 (22.2)  2 (22.2)  2 (22.2)  1 (11.1)  2 (22.9)  -  -  - | 4 (16)  3 (12)  2 (8)  6 (24)  4 (16)  6 (24)  -  - | 9 (33.3)  6 (22.2)  2 (7.4)  1 (3.7)  1 (3.7)  8 (29.6)  -  - |
| **Escolaridad**  Ninguna  Primaria  Secundaria  Preparatoria  Licenciatura | 9 (100) | 2 (8)  16 (64)  6 (24)  1 (4) | 2 (7.4)  2 (7.4)  11 (40.7)  12 (44.4) |
| **Comorbilidades**  -Rinitis alérgica  -Asma  -Asma /Rinitis alérgica  -Alergia alimentaria  -Rinoconjuntivitis alérgica  -Otras | 2 (22.2)  3 (33.3) | 12 (48)  1 (4)  9 (36)  1 (4) | 11 (40.7)  1 (3.7)  7 (25.9)  1 (3.7)  3 (11.1)  2 (7.4) |

En general el efecto en la calidad de vida de los pacientes con DA y sus familiares fue bajo en un 35.6%, seguido por un efecto moderado del 26%, un 9.6% un efecto extremadamente grande, mientras que el 14.4% refieren que la DA no afecta en su calidad de vida

*Figura 2*. Efecto en la calidad de vida de pacientes con DA y sus familiares

Se evaluó de forma individual de acuerdo al grupo etario. En los niños de 0-5 años (n=9) se encontró que 4 pacientes tienen un efecto moderado en la calidad de vida lo que equivale a 44.4% y un 33.3% un efecto bajo.

En el grupo de niños de 6-16 años, se encontró que 12 pacientes (48%) tuvieron un efecto bajo en la calidad de vida, seguido por el 28% con un efecto moderado y un 8% con efecto extremadamente grande. Se obtuvo una media del puntaje de 7.36 puntos.

En los adultos a diferencia de los otros grupos, se encontró que el 33% tienen un efecto moderado en su calidad de vida y un 14.8% un efecto extremadamente grande, el puntaje medio obtenido fue de 7.85.

En los familiares de primer grado que contestaron la encuesta (n=43) 18 de ellos, lo cual equivale a un 42% tuvieron un efecto bajo en la calidad de vida y por el contrario el 25.6% refieren tener un efecto muy grande, con un puntaje medio de 7.5.

*Figura 3*. Efecto en la calidad de vida en niños de 0-5 años

*Figura 4*. Efecto en la calidad de vida en niños de 6-16 años

*Figura 5*. Efecto en la calidad de vida en adultos

*Figura 6*. Efecto en la calidad de vida en familiares

Se describió el efecto en la calidad de vida de acuerdo al género y por grupo de edad, en los niños de 0-5 años, de las 6 mujeres, tres tuvieron un efecto bajo y de los 3 hombres, 2 tuvieron un efecto moderado.

En el grupo de niños de 6-16 años, 14 fueron mujeres de las cuales, 5 tuvieron un efecto bajo y 5 un efecto moderado en la calidad de vida. De los 11 hombres, 7 tuvieron un efecto bajo y 2 un efecto moderado.

En los adultos 16 fueron mujeres y 5 de ellas tuvieron un efecto moderado en la calidad de vida 3 un efecto extremadamente grande. En cuanto al género masculino, 4 tuvieron un efecto bajo y 4 un efecto moderado. No hubo significancia estadística en ninguno de los grupos de edad

*Tabla 2.* Calidad de vida de acuerdo al género en niños de 0-5 años

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Género |  | Total |
| Calidad de vida | Femenino | Masculino |  |
| Bajo | 3 | 0 | 3 |
| Extremadamente grande | 0 | 1 | 1 |
| Moderado | 2 | 2 | 4 |
| Muy grande | 1 | 0 | 1 |
| Total | 6 | 3 | 9 |

*Tabla 3.* Calidad de vida de acuerdo al género en niños de 6-16 años

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Género |  | Total |
| Calidad de vida | Femenino | Masculino |  |
| Bajo | 5 | 7 | 12 |
| Extremadamente grande | 1 | 1 | 2 |
| Moderado | 5 | 2 | 7 |
| Muy grande | 0 | 1 | 1 |
| Ninguno | 3 | 0 | 3 |
| Total | 14 | 11 | 25 |

*Tabla 4.* Calidad de vida de acuerdo al género en adultos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Género |  | Total |
| Calidad de vida | Femenino | Masculino |  |
| Bajo | 3 | 4 | 7 |
| Extremadamente grande | 3 | 1 | 4 |
| Moderado | 5 | 4 | 9 |
| Muy grande | 1 | 1 | 2 |
| Ninguno | 4 | 1 | 5 |
| Total | 16 | 11 | 27 |

Se evaluó la gravedad de los pacientes con DA mediante la puntuación de SCORAD, en la que el 57.3% (n=35) de los pacientes encuestados tienen DA leve, el 36.1% (n=22) moderada y solo el 6.5% (4) una enfermedad grave.

En los niños de 0-5 años, el 55.6% tuvieron DA leve, 33.3% DA moderada y 11.1% DA grave. En los niños de 6-16 años el 64% cursan con DA leve,

Se correlacionó la gravedad de la DA con el efecto en la calidad de vida mediante la prueba de Spearman, la cual fue positiva para los pacientes con enfermedad moderada con significancia estadística y un valor *p* de .001

*Figura 7*. Gravedad de la enfermedad según SCORAD

*Tabla 5*. Correlación entre gravedad de la enfermedad según SCORAD y calidad de vida por grupo de edad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SCORAD/ edad | Niños 0-5 años (%) | Niños 6-16 años (%) | Adultos (%) | Calidad de vida/ valor P |
| Leve | 5 (56) | 16 (64) | 15 (56) | 0.70 |
| Moderada | 3 (33) | 7 (28) | 12 (44) | 0.001 |
| Grave | 1 (11) | 2 (8) | - | 0.667 |

Se evaluaron las diferentes variables de cada una de los cuestionarios para determinado grupo de edad.

En el grupo de 0-5 años el 56% de los pacientes, refirieron problemas con la vestimenta y con el baño, mientras que el resto de las actividades no se vió afectada en la mayoría de los pacientes.

*Tabla 6*. Actividades afectadas en niños de 0-5 años

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividades | Nada (%) | Poco (%) | Mucho (%) | Muchísimo (%) |
| Juegos | 3 (33) | 3 (33) | 2 (22) | 1 (11) |
| Participación en actividades familiares | 5 (56) | 3 (33) | - | 1 (11) |
| Problemas a la hora de comer | 5 (56) | 3 (33) | 1(11) | - |
| Problemas causados por el tratamiento | 5 (56) | 3 (33) | 1 (11) | 0 |
| Incomodidad al vestirlo y desvestirlo | 2 (22) | 5 (56) | 1 (11) | 1 (11) |
| Baño | 2 (22) | 5 (56) | 1 (11) | 1 (11) |

La gravedad de la enfermedad percibida por los familiares en los niños de 0-5 años fue de acuerdo a que tan roja, escamosa o inflamada se econtraba la piel de los pacientes en la última semana y el 34% la refirieron como regular y el 33% como extremadamente grave.

*Figura 8*. Gravedad percibida por familiar en niños de 0-5 años

El prurito se evaluó mediante la frecuencia de rascado en la última semana en niños de 0-5 años, de los cuales el 56% (n=5) refirieron tener mucha comezón, el 33% (n=3) tuvieron comezón todo el tiempo y el 11% (n=1) solo un poco. Puntaje total de 20 puntos con una media de 2.2 puntos.

*Figura 9.* Evaluación del prurito en niños de 0-5 años

El humor se evaluó mediante la irritabilidad del niño a través del llanto, se encontró que el 11% estuvo siempre llorando y el 44.4% refirieron estar ligeramente irritable o muy irritable. Puntaje total de 15 puntos con una media de 1.6 puntos

*Figura 10.* Humor y llanto en niños de 0-5 años

La afectación del sueño se evaluó mediante el tiempo aproximado en promedio que toma dormir a los niños pequeños en las noches, se encontró que el 33% (n=3) tarda de 15 minutos a una hora.

La afectación del sueño también se evaluó mediante el tiempo aproximado en el que el niño se despertó durante la noche. El 56% (n=5) se despertó < 1 hora durante la noche, el 33% (n=3) de 1 a 2 horas y el 11% (n=1) de 3 a 4 horas. Puntaje total de 13 puntos con una media de 1.4 puntos

*Tabla 7.* Tiempo promedio para conciliar el sueño en niños de 0-5 años

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Horas/minutos | Frecuencia | Porcentaje |
| 0-15 minutos | 2 | 22.2 |
| 15 minutos-1 hora | 3 | 33.3 |
| 1-2 horas | 2 | 22.2 |
| > 2 horas | 2 | 22.2 |

*Tabla 8.* Tiempo promedio de despertares nocturnos en niños de 0-5 años

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Horas | Frecuencia | Porcentaje |
| < 1 hora | 5 | 56 |
| 1-2 horas | 3 | 33 |
| 3-4 horas | 1 | 11 |

Se midió la gravedad del prurito en niños de 6-16 años quienes contestaron por su propia cuenta el cuestionario y el 48% (n=12) refirieron tener un poco de comezón, ardor o dolor en su piel en la última semana, el 28% (n=7) informaron mucha comezón y el 16% (n=4) reportaron tener muchísima comezón en la piel durante la semana.

*Figura 11*. Evaluación del prurito en niños de 6-16 años

Se evaluó la afectación de las diferentes actividades realizadas por niños de 6 a 16 años, en los cuales se encontró que el 40% (n=10) refieren sentirse un poco apenados, avergonzados o enojados consigo mismo, el 16% (n=4) refirieron mucho uso o cambio de ropa y/o zapatos debido a la condición de la piel, en el 32% (n=8) se vieron un poco afectadas las salidas, juegos y pasatiempos, el 40% (n=10) evitaron un poco nadar o realizar otro tipo de deporte. Solo el 12% (n=3) tuvieron mucho problema para dormir y el tratamiento fue un poco molesto en el 52% (n=13) de los pacientes.

*Tabla 9*. Rubros y actividades afectadas en niños de 6-16 años

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variables | Nada (%) | Poco (%) | Mucho (%) | Muchísimo (%) |
| Avergonzado, apenado, enojado o triste | 12 (48) | 10 (40) | 1 (4) | 2 (8) |
| Relaciones con amigos | 21 (84) | 1 (4) | 2 (8) | 1 (4) |
| Vestimenta o zapatos distintos o especiales | 12 (48) | 9 (36) | 4 (16) | - |
| Salidad, juegos y pasatiempos | 12 (48) | 8 (32) | 4 (16) | 1 (4) |
| Deportes | 12 (48) | 10 (40) | - | 3 (12) |
| Actividades escolares | 21 (84) | 2 (8) | 1 (4) | 1 (4) |
| Problemas interpersonales | 20 (80) | 3 (12) | - | 2(8) |
| Sueño | 14 (56) | 6 (24) | 3 (12) | 2 (8) |
| Tratamiento | 8 (32) | 13 (52) | 2 (8) | 2 (8) |

Con respecto al prurito en los adultos se reportó que 6 de los 27 pacientes refieren tener muchísima comezón (22%), 5 de ellos (7%) mucha comezón y por el contrario, 14 pacientes (52%) refieren tener solo un poco de comezón, ardor o dolor en la piel durante la última semana.

*Figura 12*. Evaluación del prurito en adultos

Se evaluó la afectación de las diferentes actividades realizadas en adultos, en los cuales se encontró que el 37% (n=10) se sienten un poco avergonzados o cohibidos, el 11.1% (n=3) refirieron mucha molestia a causa de la condición de la piel para hacer compras u ocuparse de la casa o jardín, en el 48.1% (n=13) la enfermedad de la piel no influye en la vestimenta, en el 29.6% (n=8) ha influido poco en las actividades sociales y recreativas.

El 25.9% (n=7) tuvieron pocos problemas con la pareja, amigos íntimos o familiares. El 81% (n=22) refieren no tener problema en la vida sexual y el tratamiento fue un poco molesto en el 22.2% (n=6) de los pacientes.

*Tabla 10*. Rubros y actividades afectadas en adultos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variables | Nada (%) | Poco (%) | Mucho (%) | Muchísimo (%) |
| Avergonzado, cohibido | 9 (33) | 10 (37) | 2 (7.4) | 6 (22.2) |
| Compras, casa o jardín | 17 (63) | 4 (14.8) | 3 (11.1) | 3 (11.1) |
| Vestimenta | 13 (48.1) | 6 (22.2) | 2 (7.4) | 6 (22.2) |
| Actividades sociales o recreativas | 14 (51.9) | 8 (29.6) | 2 (7.4) | 3 (11.1) |
| Deportes | 16 (59.3) | 8 (29.6) | 2 (7.4) | 1 (3.7) |
| Trabajar o estudiar | 18 (66.7) | 4 (14.8) | 1 (3.7) | 4 (14.8) |
| Problemas con pareja, amigos o familiares | 19 (70.4) | 7 (25.9) | 1 (3.7) | - |
| Vida sexual | 22 (81.5) | 2 (7.4) | 2 (7.4) | 1 (3.7) |
| Tratamiento | 17 (63) | 6 (22.2) | 3 (11.1) | 1 (3.7) |

Se evaluó el impacto de la dermatitis en las familias de pacientes con DA. Se encontró mucha afectación en las tareas del hogar en el 18.6% (n=8) mientras que el 30.2% (n=13) refieren no hubo ninguna afectación en las tareas domésticas. En el 25.6% (n=11) se afectó mucho la preparación de la comida y la alimentación. Hubo muchos problemas del sueño de otros miembros de la familia en el 23.3% (n=10). Por el contrario, en el 55.8% (n=24) no se afectaron las actividades de ocio familiares.

Los gastos económicos se vieron poco afectados en el 48.8% (n=21) de las familias y el 20.9% (n=9) tuvieron muchos gastos relacionados con el tratamiento de la enfermedad. Además, el 44.2% (n=19) refieren un poco de cansancio y agotamiento y el 21% (n=9) refieren mucha angustia y cansancio emocional, mientras que esta se ve afectada un poco en el 23.3% (n=10). El ayudar con el tratamiento de su familiar afecta mucho en un 14% (n=6) y solo un poco en el 35% (n= 15).

*Tabla 11*. Rubros y actividades afectadas en los familiares de pacientes con DA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variables | Nada (%) | Poco (%) | Mucho (%) | Muchísimo (%) |
| Tareas domésticas | 13 (30.2) | 21 (48.8) | 8 (18.6) | 1 (2.3) |
| Preparación de comida o alimentación | 21 (48.8) | 10 (23.3) | 11 (25.6) | 1 (2.3) |
| Sueño de otros miembros de la familia | 28 (65.1) | 4 (9.3) | 10 (23.3) | 1 (2.3) |
| Actividades de ocio de su familia | 24 (55.8) | 13 (30.2) | 4 (9.3) | 2 (4.7) |
| Tiempo dedicado a hacer la compra para la familia | 25 (60.5) | 14 (32.6) | 3 (7.0) | - |
| Gastos económicos | 10(23.3) | 21 (48.8) | 9 (20.9) | 3 (7) |
| Cansancio o agotamiento | 18 (41.9) | 19 (44.2) | 4 (9.3) | 2 (4.7) |
| Angustia emocional | 19 (44.2) | 10 (23.3) | 9 (20.9) | 5 (11.6) |
| Relación entre el cuidador principal y su pareja/otros hijos | 25 (58.1) | 15 (34.9) | 1 (2.3) | 2 (4.7) |
| Tratamiento | 21 (48.8) | 15 (34.9) | 6 (14.0) | 1 (2.3) |

El 100% (n=9) de los niños de 0-5, el 96% de los niños de 6-16 años y el 92.6%de los adultos usan emoliente como primera línea de tratamiento para la DA, mientras que el 78%, 32% y 52% de los niños de 0-5 años, niños de 6-16 años y adultos respectivamente usan esteroides tópicos.

*Tabla 12.* Tratamiento actual para DA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tratamiento | Niños 0-5 años (%) | Niños 6-16 años (%) | Adultos (%) |
| Emoliente | 100 | 96 | 92.6 |
| Esteroide tópico | 78 | 32 | 52 |
| Esteroide sistémico | 22 | 12 | 11 |
| Inhibidor de la calcineurina | 33 | 16 | 25.9 |
| Antihistamínico | 44 | 16 | 11 |
| Antibiótico tópico/sistémica | 11 | 8 | - |

Se correlacionó el tipo de tratamiento actual de la DA con la calidad de vida mediante pruebas de muestras independientes, la cual fue negativa para los pacientes con tratamiento tópico con significancia estadística y un valor *p* de .009 y para los paientes con esteroide sistémico con un valor *p* de 0.017.

*Tabla 13*. Correlación entre calidad de vida y tratamiento

|  |  |
| --- | --- |
| Tratamiento/calidad de vida | Valor P |
| Emoliente | 0.192 |
| Esteroide tópico | **0.009** |
| Esteroide sistémico | **0.017** |
| Inhibidor de la calcineurina | 0.590 |
| Antihistamínico | 0.062 |
| Antibiótico | 0.064 |

**CAPITULO VII**

**DISCUSIÓN**

La calidad de vida por lo general se refiere a si una enfermedad o un impedimento funcional limita la capacidad de una persona para completar las tareas diarias, pero, además se puede utilizar para evaluar la carga de la enfermedad y los resultados de los tratamientos médicos relacionados (21).

En nuestro Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica este es el primer estudio que se lleva a cabo para evaluar el impacto en la calidad de vida que tiene la DA en niños y adultos, así como también en la familia.

En este estudio se demuestra que la DA tiene un efecto pequeño o bajo en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares de primer grado o cuidadores principales, pero al estudiar los diferentes grupos etarios por separado, encontramos que los adultos tienen una mayor carga de la enfermedad en comparación con la población pediátrica.

No hubo diferencia significativa entre el género y la edad con el efecto en la calidad de vida, esto pudiera deberse a que el número de pacientes incluídos en el estudio fue pequeño ya que el confinamiento estricto durante el año 2020-2021 debido a la pandemia por el SARS-COV2 disminuyó el número de pacientes en la consulta.

En un estudio previo realizado en 415 pacientes de 10 diferentes hospitales universitarios en donde se incluyeron tanto niños como adultos, se reportó que la DA afecta la calidad de vida independientemente del género o la edad y las puntuaciones de los diferentes cuestionarios fueron muy similares a las obtenidas en el nuestro (21).

Aunque en nuestro estudio la mayoría de los pacientes tienen DA leve, la gravedad de la enfermedad determinada mediante el SCORAD se correlaciona de forma positiva con el efecto en la calidad de vida en aquellos con DA moderada.

En un estudio que incluyó 54 pacientes adultos con DA, se observó que la actividad de la enfermedad se correlacionó mejor con la calidad de vida cuando esta es menos grave y que la extensión de la enfermedad se correlaciona mejor que la gravedad (22).

Otro estudio encontró que los pacientes con DA tenían una CV significativamente más baja que controles sanos y la población en general, además los pacientes con enfermedad moderada tenían puntuaciones significativamente más altas de DLQI o CDLQI y prurito, que los pacientes con enfermedad leve y controles sanos (23).

Las 3 variables del cuestionario IDQOL para niños de 0-5 años con mayor puntuación fueron el rascado, el humor del niño y las horas que tarda el niño en conciliar el sueño por las noches. Los juegos, el baño y la incomodidad al vestir y desvestir obtuvieron puntajes similares.

Las 2 variables del cuestionario CDLQI para niños de 6-16 años con mayor puntuación fueron el prurito, y molestias con el tratamiento; la dificultad para dormir y para realizar deportes obtuvieron puntajes similares.

En cuanto al cuestionario DLQI para adultos, los ítems con mayor puntuación fueron el prurito, el sentirse avergonzado o cohibido y problemas para la elección de ropa. Las actividades sociales y recreativas, así como molestias para realizar las compras del hogar también tuvieron puntajes altos.

En el cuestionario DFIQ dirigido hacia familiares/cuidadores principales los tres rubros más afectados fueron los gastos económicos relacionados al tratamiento, el estado emocional o el sentirse angustiado y dificultades con las tareas del hogar.

Sánchez-Pérez y colaboradores llevaron a cabo un estudio prospectivo y multicéntrico en 151 pacientes pediátricos y 172 pacientes adultos con DA de más de un año de evolución, utilizando el CDLQI y el DLQI, en este estudio se encontró que la intensidad del prurito se correlaciona con una peor calidad de vida y con la gravedad de la enfermedad. También se evidenció un impacto en las alteraciones del sueño sobre todo en niños asociados al prurito y en adultos, no solo a las alteraciones del sueño, sino también a la función sexual sobre todo en aquellos con enfermedad más grave (24).

Además, está bien establecido que la carga de la enfermedad no se limita al paciente si no también al entorno familiar. En diferentes estudios se ha reportado que los padres de niños pequeños se ven más afectados sobre todo por la limitación del sueño y el tiempo requerido para el cuidado y tratamiento de la enfermedad (25).

En cuanto al tratamiento como era de esperarse, la mayoría de los pacientes usan emoliente como primera línea de tratamiento. La correlación de la calidad de vida fue negativa en aquellos pacientes que usan esteroides tópicos y sistémicos, esto se debe probablemente a que cursan con una enfermedad de moderada a grave.

**CAPITULO VIII**

**CONCLUSIÓN**

El impacto en la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica y sus familias es bajo o pequeño de formal general, esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes que acudieron a nuestra consulta durante el período de estudio tenían un buen control de la enfermedad .

Sin embargo, al estudiar los grupos de acuerdo a la edad se demostró que los adultos tienen un mayor impacto en su calidad de vida siendo esta moderada.

En los niños pequeños el prurito fue el principal síntoma estando este relacionado con el humor o la irritabilidad que a su vez lleva a una limitación del sueño.

Al igual que los niños pequeños, los pacientes en edad escolar y adolescentes también se ven afectados por el prurito y las dificultades que con lleva el tratamiento, ya que este es prolongado y necesita ser constante para evitar recaídas frecuentes.

Como se mencionó anteriormente esta no es una enfermedad que se limita al paciente y a su cuidador principal si no también a otros miembros de la familia, influye no solo en el aspecto emocional y psicológico, también en los gastos económicos familiares.

Conocer la forma en la que afecta la DA a nuestros pacientes nos permite tener más conciencia sobre la carga emocional y psicológica que llevan nuestros pacientes ante una enfermedad de difícil control y que a pesar que en su mayoría tienen un fenotipo clínico leve de la enfermedad sigue causando un impacto negativo en la vida diaria.

**CAPITULO IX**

**ANEXOS**

Anexo 9.1 Cuestionario: índice de calidad de vida para infantes con dermatitis

****

Anexo 9.2 Cuestionario dermatológico de calidad de vida en niños

****

Anexo 9.3 Cuestionario sobre la calidad de vida en dermatología

****

Anexo 9.4 Cuestionario sobre el impacto de la dermatitis en la familia

****

Anexo 9.5 Hoja de recolección de datos

****

**CAPITULO X**

**BIBLIOGRAFíA**

1. Malik K, Heitmiller KD, Czarnowicki T. An update on the pathophysiology of atopic dermatitis. Dermatologic Clinics. 2017 Jul 1;35(3):317-26.
2. Peng W, Novak N. Pathogenesis of atopic dermatitis. Clinical & Experimental Allergy. 2015 Mar;45(3):566-74.
3. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. Pediatrics. 2004 Sep 1;114(3):607-11.
4. Silvestre Salvador JF, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge. J Investig Allergol Clin Immunol. 2017;27(2):78-88.
5. Sánchez-Pérez J, Daudén-Tello E, Mora AM, Surinyac NL. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2013 Jan 1;104(1):44-52.
6. Monti F, Agostini F, Gobbi F, Neri E, Schianchi S, Arcangeli F. Quality of life measures in Italian children with atopic dermatitis and their families. Ital J Pediatr. 2011;37:59.
7. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. Annals of nutrition and metabolism. 2015;66(Suppl. 1):8-16.
8. Herrera-Sánchez DA, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales IJ. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. Revista alergia México. 2019 Jun;66(2):192-204.
9. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, Margolis DJ, de Bruin‐Weller M, Eckert L. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: results from an international survey. Allergy. 2018 Jun;73(6):1284-93.
10. Orozco AR, Tapia RM. Prevalencia de Dermatitis Atópica en niños de seis a catorce años de edad en Morelia, Michoacán. Rev Alergia Mex. 2007 Jan;54(1):20-3.
11. Peng W, Novak N. Pathogenesis of atopic dermatitis. Clinical & Experimental Allergy. 2015 Mar;45(3):566-74.
12. Thomsen SF. Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. International Scholarly Research Notices. 2014;2014.
13. Schneider L, Tilles S, Lio P, Boguniewicz M, Beck L, LeBovidge J, Novak N, Bernstein D, Blessing-Moore J, Khan D, Lang D. Atopic dermatitis: a practice parameter update 2012. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2013 Feb 1;131(2):295-9.
14. Matthew R, Joe G, Matthew B. Atopic Dermatitis: A Review of Current Diagnostic Criteria and a Proposed Update to Management. Journal of drugs in dermatology: JDD. 2020 Mar 1;19(3):244-8.
15. Chan TC, Wu NL, Wong LS, Cho YT, Yang CY, Yu Y, Lai PJ, Chang YT, Shih IH, Lee CH, Chu CY. Taiwanese Dermatological Association consensus for the management of atopic dermatitis: A 2020 update. Journal of the Formosan Medical Association. 2020 Jun 19.
16. Newsom M, Bashyam AM, Balogh EA, Feldman SR, Strowd LC. New and Emerging Systemic Treatments for Atopic Dermatitis. Drugs. 2020 Jun 9:1.
17. Uppal SK, Kearns DG, Chat VS, Han G, Wu JJ. Review and analysis of biologic therapies currently in phase II and phase III clinical trials for atopic dermatitis. Journal of Dermatological Treatment. 2020 Jun 4:1-1.
18. Torres T, Ferreira E, Gonçalo M, Mendes-Bastos P, Selores M, Filipe P. Update on atopic dermatitis. Acta medica portuguesa. 2019 Sep 2;32(9):606-13.
19. Na CH, Chung J, Simpson EL. Quality of Life and Disease Impact of Atopic Dermatitis and Psoriasis on Children and Their Families. Children. 2019 Dec;6(12):133.
20. Yang E, Beck KM, Sekhon S, Buthani T, Koo J. The impact of pediatric atopic dermatitis on families: A review.Pediatric Dermatology. 2018;1
21. Kim DH, Li K, Seo SJ, Jo SJ, Yim HW, Kim CM, Kim KH, Kim MB, Kim JW, Ro YS, Park YL. Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. Journal of Korean medical science. 2012 Nov 1;27(11):1327-32.
22. Haeck IM, Ten Berge O, Van Velsen SG, de Bruin‐Weller MS, Bruijnzeel‐Koomen CA, Knol MJ. Moderate correlation between quality of life and disease activity in adult patients with atopic dermatitis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2012 Feb;26(2):236-41.
23. Holm EA, Wulf HC, Stegmann H, Jemec GB. Life quality assessment among patients with atopic eczema. British Journal of Dermatology. 2006 Apr;154(4):719-25.
24. Sánchez-Pérez J, Daudén-Tello E, Mora AM, Surinyac NL. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2013 Jan 1;104(1):44-52.
25. Drucker AM, Wang AR, Li WQ, Sevetson E, Block JK, Qureshi AA. The burden of atopic dermatitis: summary of a report for the National Eczema Association. Journal of Investigative Dermatology. 2017 Jan 1;137(1):26-30.

**CAPITULO XI**

**RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

Wendy Jarely Santos Fernández

Candidata para el Grado de Subespecialista en Alergia e Inmunología Clínica

TESIS ¨IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA Y SUS FAMILIAS QUE ACUDEN AL CENTRO REGIONAL DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA ¨

Campo de estudio: Ciencias de la salud

Biografía

Datos personales: Nacida en Santa Bárbara Honduras el 8 de julio de 1990, hija de Milton René Santos López y Cecilia Marinely Fernández Paz.

Educación:

* Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Honduras , grado obtenido Doctora en Medicina y Cirugía en 2015.
* Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey México, grado obtenido Especialista en Pediatría