

**Centenario Hospital
Miguel Hidalgo
Centro de Ciencias de la Salud**

**“DERMATITIS ATÓPICA. CALIDAD DE VIDA DEL
PACIENTE PEDIÁTRICO”**

TESIS PRESENTADA POR

Cinthya Leticia Reyna López

Para obtener el grado de especialista en
Pediatría Médica

Asesores:

**Dra. Elva Jeanett Aguado Barrera
Dra. Ana Karen Fernández Sánchez
Dr. Martín Eduardo Flores Munguía
Dr. Rodolfo Delgadillo Castañeda**

Aguascalientes, Aguascalientes. 9 de febrero del 2026.



**DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL
EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS**



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 05/02/2026

NOMBRE: REYNA LOPEZ CINTHYA LETICIA **ID** 162154
ESPECIALIDAD: PEDIATRIA MEDICA **LGAC (del posgrado):** CRECIMIENTO, DESARROLLO Y MORBIMORTALIDAD PEDIATRICA
TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico
SEDE HOSPITALARIA: CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

TITULO: DERMATITIS ATOPICA. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PEDIATRICO

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): CONTRIBUYE A MEJORAR LA PREVENCION, ENTENDIMIENTO Y ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDADES ATOPICAS Y DERMATOLOGICAS EN LA EDAD PEDIATRICA

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECIHT actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMIREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado, que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.

"DERMATITIS ATÓPICA. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO"



gigante
de México

Comunidad Hospital
Miguel Hidalgo

DR. EDWIN OSWALDO VARGAS AVILA

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL CENTENARIO
HOSPITAL MIGUEL HIDALGO.

DR. SALVADOR ISRAEL MACÍAS HERNÁNDEZ

JEFE DE INVESTIGACIÓN DEL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

DR. ROSENDO SANCHEZ ANAYA

JEFE DE DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL
HIDALGO.

DRA. ELVA JEANETT AGUADO BARRERA

TITULAR DEL POSGRADO DE PEDIATRÍA / DIRECTORA DE TESIS

DRA. ANA KAREN FERNANDEZ SÁNCHEZ
CODIRECTORA DE TESIS / ASESOR CLÍNICO

DR. MARTIN EDUARDO FLORES MUNGUÍA
CODIRECTOR DE TESIS / ASESOR CLÍNICO

DR. RODOLFO DELGADILLO CASTAÑEDA
ASESOR METODOLÓGICO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES



**El gigante
de México**

**Centenario Hospital
Miguel Hidalgo**

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

CEI-CI/109/25

Aguascalientes, Ags., a 07 de Agosto de 2025

DRA. ELVA JANETT AGUADO BARRERA
INVESTIGADORA RESPONSABLE
PRESENTE:

Por medio de la presente se da constancia que el protocolo titulado:

"DERMATITIS ATÓPICA. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO"

Autores:

DRA. CINTHYA LETICIA REYNA LÓPEZ
DRA. ANA KAREN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
DR. MARTIN EDUARDO FLORES MUNGUÍA
DR. RODOLFO DELGADILLO CASTAÑEDA

En virtud de que se cumplió con los requisitos establecidos por ambos comités por cual se otorga el número de registro: 2025-R-28

Con tiempo de vigencia: 6 meses de agosto de 2025 a febrero de 2026

Sin otro particular, se solicita a los investigadores ajustarse a su periodo de vigencia del proyecto, reportar avance del proyecto de forma semestral en el mes de diciembre mediante el formato de "Avances de protocolos" y al concluirse, reportar estado del estudio, incidencias y eventos, además entregar resumen de resultados obtenidos y de los productos generados.

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR ISRAEL MACÍAS HERNÁNDEZ
ENCARGADO DE LA PRESIDENCIA DEL COMITÉ
DE INVESTIGACIÓN

DR. JAIME SAEL LÓPEZ VALDEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
VOCAL SECRETARIO DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



ELVA/SIM/IMV/DGPG



4494 94 67 70



www.issat.gob.mx



E. Miguel Alemán Morales S. Col. Estación Atomado.
C.P. 20257. Aguascalientes, Ags.



PRÉSENTE

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

Aguascalientes, Ags., a 20 de octubre del 2025.

Dra. Elva Jeannett Aguado Barrera
Directora de tesis

C. p. = Coordinación del Programa de Posgrado

[History/Geography Dept.](#) [History & Geography](#)
[Kinesiology Dept.](#) [School of Health/Depts. of Health/Physical](#)
[Education/Physical Education/Physical Education](#)

Copyright © 2007 John Wiley & Sons, Ltd.
J. Clin. Invest. 117: 1111–1121 (2007)
doi:10.1111/j.1365-2133.2007.03111.x

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
 DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio del presente como **DIRECTOR** designado del estudiante **CINTHYA LETICIA REYNA LÓPEZ** con ID 162154 quien realizó la tesis titulada: **"DERMATITIS ATÓPICA. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO"**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en la fracción IX del Artículo 43 del Reglamento General de Posgrados, doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 20 de octubre del 2025.



Dr. Martín Eduardo Flores Munguía
 Co-director de tesis

c.c.p.- Interesado
 c.c.p.- Coordinación del Programa de Posgrado

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio del presente como *DIRECTOR* designado del estudiante *CINTHYA LETICIA REYNA LÓPEZ* con ID 162154 quien realizó la tesis titulada: "*DERMATITIS ATÓPICA: CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO*", un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en la fracción IX del Artículo 43 del Reglamento General de Posgrados, doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 20 de octubre del 2025.

Dra. Ana Karen Fernández Sánchez
Co-directora de tesis

c.c.p. Interesado

c.c.p. Coordinación del Programa de Posgrado

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio del presente como **DIRECTOR** designado del estudiante **CINTHYA LETICIA REYNA LÓPEZ** con ID 162154 quien realizó la tesis titulada: **"DERMATITIS ATÓPICA. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO"**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en la fracción IX del Artículo 43 del Reglamento General de Posgrados, doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"Se Lumen Proferre"
Aguascalientes, Ags., a 20 de octubre del 2025.

Dr. Rodolfo Delgado Castañeda
Asesor metodológico

C.c.p. - Interesado
c.c.p. - Coordinación del Programa de Posgrado

Lux Médica

← Volver a Envíos

8554 / Reyna López / Dermatitis Atópica. Calidad de Vida del Paciente Pediátrico

Biblioteca de envío

Flujo de trabajo

Publicación

Envío

Revisión

Editorial

Producción

Archivos de envío

Q Buscar

23962

Información de autores.docx

octubre 31, 2025

Otro

23963

MANUSCRITO_LUXMEDICA.docx

octubre 31, 2025

Texto del artículo

Descargar todos los archivos

Discusiones previas a la revisión

Añadir discusión

Nombre

De

Última respuesta

Respuestas

Cerrado

No hay artículos

[LM] Acuse de recibo del envío

Recibidos x

Nery Guerrero Mojica via Revistas UAA

<cjs@edu.uaa.mx>

para mí

8:35 p.m. (hace 9 minutos)

☆

🔒

↩

⋮

Cinthy Leticia Reyna López:

Gracias por enviar el manuscrito "El Dermatitis Atópica. Calidad de Vida del Paciente Pediátrico" a Lux Médica. Con el sistema de gestión de publicaciones en línea que utilizamos podrá seguir el progreso a través del proceso editorial tras iniciar sesión en el sitio web de la publicación:

URL del manuscrito: <https://revistas.uaa.mx/luxmedica/authorDashboard/submission/8554>

Nombre de usuario/a: cinthyareylo

Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto conmigo. Gracias por elegir esta editorial para mostrar su trabajo.

Nery Guerrero Mojica

Lux Médica <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica>

← Responder

→ Reenviar

🗨

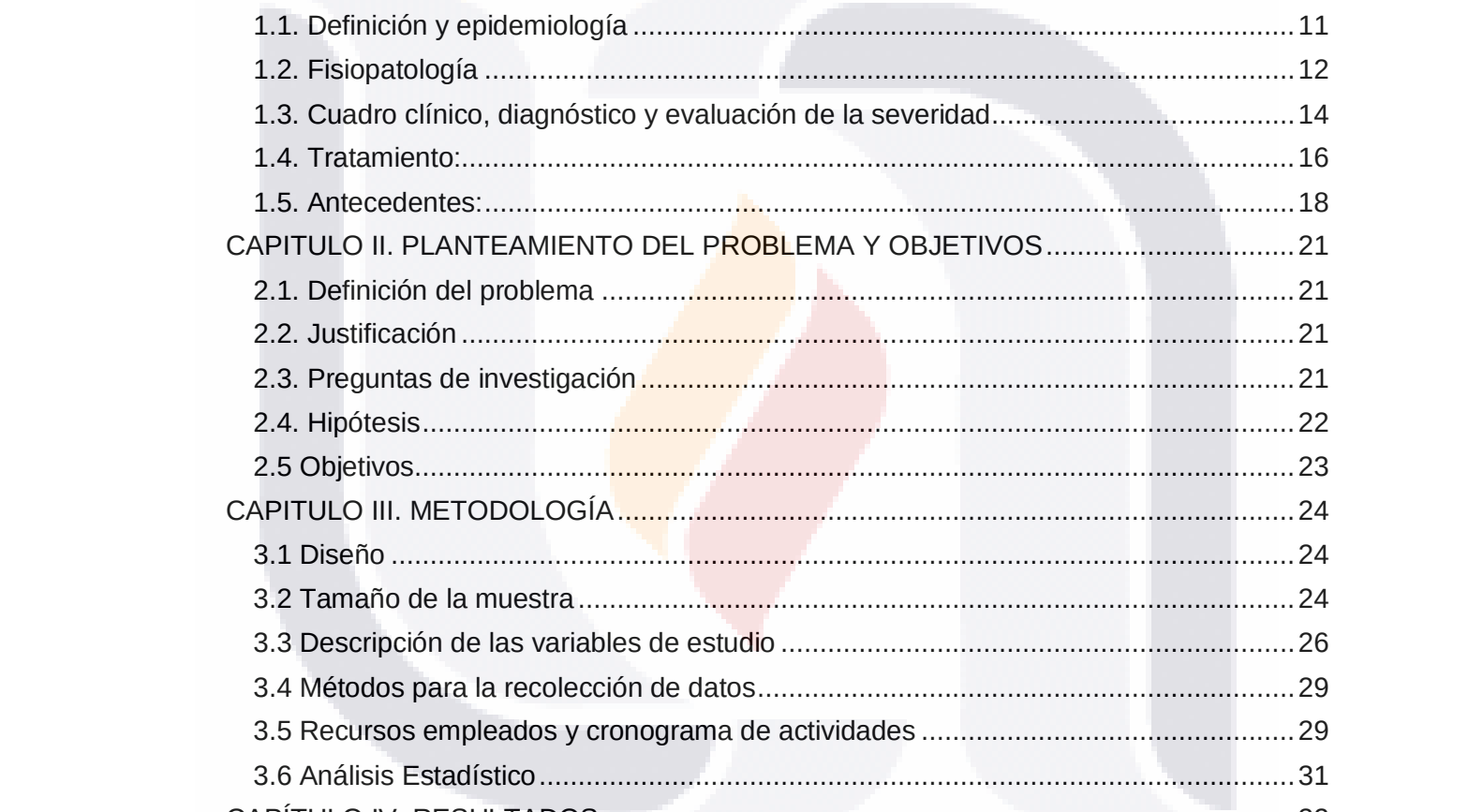
AGRADECIMIENTOS

A mis asesores, por guiarme y por mantener su compromiso a lo largo de este proyecto. Su acompañamiento no solo hizo posible la realización de este trabajo, sino que también enriqueció e inspiró mi formación profesional. Ha sido una fortuna poder aprender de ustedes no solo sobre ciencia, sino también sobre calidad humana.

A mis compañeros residentes, ahora colegas, quienes se convirtieron en amigos y compañeros de vida. Gracias por todas las horas compartidas y el apoyo incondicional, por las risas interminables, los desvelos que se convirtieron en historias y los retos que nos hicieron sentir capaces. Ustedes hicieron de este camino una aventura inolvidable. Porque entre guardias y amaneceres entendí que la medicina también se aprende con el corazón. Ha sido un placer verlos crecer como profesionistas, pues su pasión, amor al trabajo y ambición por la excelencia me han inspirado profundamente.

A mis niños, mis pacientes, a quienes debo las lecciones más valiosas. Gracias por enseñarme sobre el amor, la paciencia y la resiliencia. Por recordarme cada día el verdadero sentido de esta profesión y por ser mi mayor motivo para volver al hospital cada día. Su fortaleza, perspicacia y ternura me formaron no solo como médico, sino como persona.

A mis hermanos, por su cariño, por su compañía y por ser un recordatorio constante de que nunca camino sola. A Alan, por ser mi mayor fortaleza, por siempre hacerme sentir que puedo, por estar presente en los mejores y peores momentos, por ser paciente y por motivarme a crecer todos los días. Y especialmente a mis padres, por enseñarme con su ejemplo la vocación de servir y el valor del esfuerzo, por transmitirme la pasión por la medicina y por ser mi mayor fuente de inspiración. Porque su amor incansable y su sabiduría me han guiado no solo en el ámbito profesional.



ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	11
1.1. Definición y epidemiología	11
1.2. Fisiopatología	12
1.3. Cuadro clínico, diagnóstico y evaluación de la severidad.....	14
1.4. Tratamiento:.....	16
1.5. Antecedentes:.....	18
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.....	21
2.1. Definición del problema	21
2.2. Justificación	21
2.3. Preguntas de investigación	21
2.4. Hipótesis.....	22
2.5. Objetivos.....	23
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	24
3.1 Diseño	24
3.2 Tamaño de la muestra	24
3.3 Descripción de las variables de estudio	26
3.4 Métodos para la recolección de datos.....	29
3.5 Recursos empleados y cronograma de actividades	29
3.6 Análisis Estadístico	31
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	32
4.1. Descripción general de la población	32
4.2. Comorbilidades.....	34
4.3. Relación entre variables	36
CAPITULO V. DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	47
GLOSARIO	49
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS.....	53

ANEXO A. Instrumento para la recolección de datos	53
ANEXO B. Carta de asentimiento informado	58
ANEXO C. Formato Excel para la base de datos.....	61
ANEXO D. Consideraciones Éticas	61



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del sexo según grupo etario en pacientes pediátricos con dermatitis atópica.	32
Tabla 2. Brotes al año de acuerdo con grupo etario	33
Tabla 3. Distribución de comorbilidades atópicas según grupo etario en pacientes pediátricos con dermatitis atópica	35
Tabla 4. Comorbilidades no relacionadas con atopía en pacientes pediátricos con dermatitis atópica	35
Tabla 5. Relación entre comorbilidades atópicas y número de brotes anuales en pacientes menores de 4 años con dermatitis atópica	36
Tabla 6. Relación entre comorbilidades atópicas y número de brotes anuales en pacientes de 4 años o mayores con diagnóstico de dermatitis atópica.	36
Tabla 7. Correlación entre la severidad de la dermatitis atópica (SCORAD) y la calidad de vida (CDLQI / IDQOL) según grupo etario.	38
Tabla 8. Impacto en la calidad de vida según la principal preocupación reportada por los pacientes con dermatitis atópica.	39
Tabla 9. Comparación del puntaje SCORAD según la presencia de comorbilidades atópicas en pacientes con dermatitis atópica, estratificados por grupo etario.	39
Tabla 10. Comparación del puntaje de calidad de vida (CDLQI / IDQOL) según la presencia de comorbilidades atópicas en pacientes con dermatitis atópica, estratificados por grupo etario.	40
Tabla 11. Correlación entre la severidad clínica (SCORAD) y el número de brotes anuales en pacientes con dermatitis atópica según grupo etario.	41
Tabla 12. Correlación entre la calidad de vida y el número de brotes anuales en pacientes con dermatitis atópica, según grupo etario.	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolución clínica de la dermatitis atópica 32

Figura 2. Evolución de la dermatitis atópica según grupo etario 33

Figura 3. Comorbilidades relacionadas con atopia 34

Figura 4. Distribución de la gravedad clínica de la dermatitis atópica según puntaje
SCORAD..... 37

Figura 5. Impacto en la calidad de vida según CDLQI / IDQOL 38



RESUMEN

Introducción:

La dermatitis atópica es una dermatosis inflamatoria de evolución crónica, que afecta principalmente a la población pediátrica y disminuye la calidad de vida del paciente y su familia, por lo que identificar los factores relacionados con una mayor gravedad de la enfermedad y mayor número de brotes al año, permite realizar un abordaje integral y lograr un mejor control de la enfermedad.

Objetivo:

Evaluar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con dermatitis atópica atendidos en la consulta externa de pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Metodología:

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional, transversal y analítico, en el periodo de abril a agosto del año 2025, en donde se incluyeron 44 pacientes, de entre 28 días de vida y 16 años de edad. Se analizó la gravedad de la enfermedad (SCORAD), la calidad de vida con CDLQI (≥ 4 años) e IDQOL (< 4 años), así como otras variables clínicas como el número de brotes al año, la evolución de la enfermedad y las comorbilidades. Para el análisis se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas como Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman y se consideró significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados:

El 54.5% de los pacientes tenía ≥ 4 años; el 60% fueron del sexo masculino. Predominó la forma crónica (79.5%). Las comorbilidades atópicas más comunes fueron rinitis alérgica y asma (38.6%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre alergias alimentarias (diferentes a la APLV) y peor afectación en la calidad de vida ($p = 0.019$) y entre la rinitis alérgica y un mayor número de brotes al año ($p = 0.03$). Además, existió correlación positiva entre el puntaje de SCORAD y de CDLQI / IDQoL ($p = 0.72$, $p < 0.001$).

Conclusiones:

La dermatitis atópica afecta de forma importante la calidad de vida de los pacientes pediátricos, independientemente de la gravedad clínica. Las comorbilidades alérgicas modifican la frecuencia de brotes y tienen impacto en la esfera psicológica y social de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vida de los niños. Estos resultados señalan la importancia de un abordaje que integre el control clínico multidisciplinario.

Palabras clave: Dermatitis atópica, calidad de vida, SCORAD.



ABSTRACT

Introduction:

Atopic dermatitis is chronic, inflammatory dermatosis that primarily affects the pediatric population, diminishing the quality of life for both the patient and their family. Identifying factors associated with greater disease severity and a higher number of flare-ups per year, allows for comprehensive approach and better disease management.

Objective:

To evaluate the quality of life of pediatric patients with atopic dermatitis treated in pediatric outpatient clinic of the Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Methodology:

A prospective, observational, cross sectional, and analytical study was conducted from April to August 2025, including 44 patients diagnosed with atopic dermatitis, ranging in age from 28 days to 16 years. Disease severity was analyzed (SCORAD), and quality of life was assessed using CDLQI (≥ 4 years) and IDQOL (< 4 years). Other clinical variables were also analyzed, such as the number of flares per year, disease progression, and the relationship with atopic and non-atopic comorbidities. For the analysis, non-parametric statistical significance was considered with $p < 0.05$

Results:

54.5% of patients were ≥ 4 years old; 60% were male. The chronic form predominated (79.5%). The most common atopic comorbidities were allergic rhinitis and asthma (38.6%). A statistically significant association was found between food allergies and a worse impact on quality of life ($p = 0.019$) and between allergic rhinitis and a greater number of flares per year ($p = 0.03$). Furthermore, there was a positive correlation between the SCORAD and the scores on the quality-of-life questionnaires ($\rho = 0.72$, $p < 0.001$).

Conclusions:

Atopic dermatitis significantly affects the quality of life of pediatric patients, regardless of clinical severity. Allergic comorbidities modify the frequency of flares and have an impact on

the social aspects of children's lives. These results highlight the importance of a comprehensive approach.

Keywords: Atopic dermatitis, health-related quality of life, SCORAD score.



INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria de evolución crónica, fluctuante y recidivante, caracterizada por la presencia de brotes de eczema, prurito y piel seca, desencadenada por la interacción de factores ambientales e inmunológicos, en individuos genéticamente predispuestos (1, 2).

En la consulta pediátrica por problemas de la piel, figura entre los cinco primeros lugares ya que es una enfermedad que predomina en niños y adolescentes, iniciando en el primer año de vida en el 60% de los casos y antes de los 5 años hasta en el 85% de los pacientes. (2-4)

El 30% de los pacientes cursan con una enfermedad moderada a grave y hasta un 10% de los casos no responden al tratamiento tópico habitual. (2, 3)

La frecuente incidencia en la edad pediátrica y el potencial de recaída que caracterizan a la DA, pueden tener un fuerte impacto en la calidad de vida de los niños, a partir de la disminución en la calidad del sueño, bajo desempeño escolar, pobre interacción social, baja autoestima, desarrollo psicológico anormal, trastornos de conducta, entre otros. La evaluación de los pacientes con DA debe ser integral y abarcar diferentes dominios de la enfermedad, entre ellos la calidad de vida. (3, 4)

A pesar de que la DA constituye una de las causas más frecuentes de consulta al servicio de dermatología pediátrica del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, no existe información estadística acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes o de los factores clínicos que contribuyen al deterioro de este.

Se propone realizar un estudio observacional, transversal y descriptivo, en donde se incluyan todos los pacientes pediátricos de edad entre 28 días y 16 años con diagnóstico de dermatitis atópica, atendidos en la consulta externa de este hospital, en un periodo comprendido de 5 meses, en donde se evaluará la calidad de vida y la severidad de la enfermedad por medio de escalas y cuestionarios validados nacional e internacionalmente, lo que permitirá conocer el estado de salud de la población atendida y las principales

variables clínicas que son causa de morbilidad en los pacientes con DA, así como emitir recomendaciones para un abordaje integral que favorezca la adecuada monitorización de la respuesta al tratamiento y el control de la enfermedad a largo plazo.



CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Definición y epidemiología

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria de evolución crónica, fluctuante y recidivante, caracterizada por la presencia de brotes de eczema, prurito y piel seca, desencadenada por la interacción de factores ambientales e inmunológicos, en individuos genéticamente predispuestos (1, 2).

Es la dermatosis inflamatoria más común en el mundo, afectando hasta el 20% de la población general. En la consulta pediátrica por problemas de la piel, figura entre los cinco primeros lugares ya que es una enfermedad que predomina en niños y adolescentes, iniciando en el primer año de vida en el 60% de los casos y antes de los 5 años hasta en el 85% de los pacientes (2-4).

El 30% de los pacientes cursan con una enfermedad moderada a grave y hasta un 10% de los casos no responden al tratamiento tópico habitual (2, 3).

El factor de riesgo más importante para padecer esta enfermedad es el antecedente familiar de atopia. La presencia de cualquier enfermedad atópica en un padre incrementa el riesgo del niño de padecer DA 1.5 veces. Vivir en un entorno urbano y en regiones con baja exposición a la luz ultravioleta o de clima seco, la exposición repetida a antibióticos antes de los 5 años, un alto nivel educativo y la dieta occidental (típicamente rica en azúcares y ácidos grasos poliinsaturados), son otros factores de riesgo bien establecidos (4).

Además de los costos por atención médica ocasionados por recaída, una proporción importante de pacientes con dermatitis atópica padece comorbilidades, siendo las más comunes rinitis alérgica, asma y alergia alimentaria, que ocurren hasta en un tercio de los pacientes con dermatitis atópica (5, 6).

Se han descrito también comorbilidades no relacionadas con atopia, en particular enfermedades mentales como déficit de atención, hiperactividad, autismo, depresión o ansiedad, y en menor frecuencia queratocono, cataratas, obesidad y enfermedades

autoinmunes o inmunomediadas como enfermedad inflamatoria intestinal, nefropatía, artritis reumatoide, alopecia areata y vitíligo (3).

Los efectos de la DA se extienden mucho más allá de la piel, afectando los aspectos psicosociales de la vida de los pacientes y sus familiares, ocasionando ausentismo escolar y disminución de la productividad laboral de los cuidadores, lo que resulta en una carga económica importante para la sociedad y los sistemas de salud (3, 5, 7-8).

1.2. Fisiopatología

La dermatitis atópica es una enfermedad multifactorial producida por la interacción de factores genéticos, inmunitarios y ambientales. Se postula que la fisiopatología de la DA tiene 3 principales componentes: 1) Defectos de la barrera epidérmica, 2) Disfunción del sistema inmune, 3) inflamación psico-neurogénica (3, 9).

La piel se compone de 3 capas: epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. A su vez la epidermis se divide en 5 estratos: córneo, lucidum (en la piel de palmas y plantas), granuloso, espinoso y basal. El estrato córneo constituye una barrera que evita la pérdida transepidérmica de agua y contribuye a la defensa biológica (5-6).

Este estrato es el producto final de la diferenciación de los queratinocitos, que son células nucleadas viables desde el estrato basal hasta el granuloso y que van expresando distintas proteínas estructurales conforme maduran, sufriendo cambios profundos que provocan su transformación en células anucleadas escamosas planas, los corneocitos (5).

Al hablar de la integridad del estrato córneo, toma importancia la filagrina (o “Filament aggregating protein”, por sus siglas en inglés), proteína fibrilar hallada en los gránulos de queratohialina del estrato granuloso de la epidermis, que actúa como molde para montar filamentos de queratina en el citoesqueleto, proceso esencial para la formación del estrato córneo normal, la diferenciación epidérmica y la hidratación de la piel. En algunos pacientes existe deficiencia primaria de esta proteína estructural, por mutación del gen FLG (cromosoma 1q21), que codifica la filagrina, generando disfunción de la barrera epidérmica. Además, el defecto en la producción de ceramidas y la consecuente incapacidad de la piel

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para retener humedad observados en los pacientes con DA, incrementa la pérdida transepidérmica de agua (1, 3, 5-6).

El defecto en la barrera epidérmica facilita la entrada de microorganismo e irritantes que fungen como PAMPs (patógenos asociados a patrones moleculares), que al fijarse en sus receptores TLR/NLR en los queratinocitos, inducen la liberación de citoquinas de la inmunidad innata tipo 2 (IL-25, IL-33 y linfopoyetina estromal tímica) (1,3).

Así mismo, los antígenos que ingresan por defecto de la barrera epidérmica son capturados por las células de Langerhans y las células dendríticas y llevados a los ganglios más cercanos, iniciando la fase aguda de la enfermedad, que se caracteriza por una respuesta inflamatoria Th2, con la producción consecutiva de IgE específica y con el posterior cambio a respuesta inflamatoria Th1 en la cronicidad (3).

Las citocinas inflamatorias (IL-4, IL-31, IL-33) a su vez disminuyen la expresión de filagrina y ocludina, amplificando el defecto de la barrera cutánea. Algunas de estas interleucinas tienen además la capacidad de estimular las terminaciones nerviosas amielínicas tipo C de la epidermis y la dermis papilar, ocasionando prurito (histamina, IL-4, IL-13, IL-31, TSLP) y favoreciendo el daño mecánico por rascado de la barrera epidérmica, estableciéndose así un ciclo vicioso (3, 6).

Sin embargo, solo un 20% de los pacientes con dermatitis atópica presentan mutaciones en el gen FLG, lo que indica que no es suficiente la existencia de esta mutación para el desarrollo de la enfermedad. Se han descrito además genes asociados, que podrían contribuir a anomalías inmunitarias, afectando directamente la respuesta inmune del paciente, particularmente la señalización inmune innata y la diferenciación de células T, así como la diferenciación de células TH2. El contacto de la piel con el sudor y el frío, así como el estrés psicológico y la disbiosis del microbioma cutáneo pueden tener también un rol en la fisiopatología de la enfermedad (4). La influencia de todos estos mecanismos en la génesis de la enfermedad puede explicar la heterogeneidad clínica observada entre los pacientes, que se describe a continuación.

1.3. Cuadro clínico, diagnóstico y evaluación de la severidad

El prurito y la piel seca son los signos cardinales de la enfermedad. Clínicamente se observa una dermatosis de distribución simétrica, con remisiones y recaídas, en donde la topografía varía de acuerdo con la edad del paciente (2-3).

Se describen tres fases cronológicas, la fase del lactante en donde las lesiones predominan en la cara, las mejillas y la frente, típicamente respetando el triángulo centrofacial, pudiendo extenderse a piel cabelluda, pliegues retroauriculares, tronco y área del pañal e incluso generalizarse. En la fase del escolar las lesiones afectan los pliegues de flexión de los codos, los huecos poplíteos, el cuello, párpados, región peri oral, manos y pies en dorso o en forma de dermatitis plantar juvenil (1-3).

En una buena proporción de pacientes (hasta 90%), la enfermedad parece ceder de manera espontánea al llegar a la adolescencia, sin embargo, cuando persiste en la edad adulta, se manifiesta en pezones, superficies de flexión de las extremidades, el cuello, la nuca, dorso de las manos o genitales (2-3).

De forma similar, la morfología de las lesiones varía con respecto a la temporalidad. La etapa aguda histológicamente se caracteriza por la presencia de espongiosis y edema intercelular epidérmico con formación de vesículas, por lo que en la clínica se observa piel llorosa, lesiones húmedas y eccema (2-3, 6).

En la etapa subaguda, se produce infiltrado linfocitario en la dermis, por lo que se observan pápulas puntiformes agrupadas en placas más grandes, de acuerdo con el proceso inflamatorio persistente. Por último, en la etapa crónica (cuando persiste por más de dos meses en pacientes menores de 12 años y más de 6 meses en los adolescentes y adultos según la guía japonesa) predomina la hiperqueratosis y liquenificación por el rascado crónico y la resequedad (2-3, 6, 10).

Además, es importante reconocer complicaciones asociadas, que podrían modificar la evolución natural y la morfología típica de las lesiones, ya que de acuerdo con los defectos de barrera epidérmica y el rascado constante antes mencionados, los pacientes con dermatitis atópica tienen mayor predisposición al desarrollo de infecciones bacterianas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como impetiginización por *S. aureus*, o virales como la erupción variceliforme de Kaposi por herpes simple o la infección por molusco contagioso (1, 2, 6).

Así mismo, en la edad pediátrica, es importante considerar diagnósticos diferenciales que se presentan con lesiones de morfología y evolución similar, tales como inmunodeficiencias, sobre todo cuando el paciente no responde al tratamiento habitual (3).

La guía japonesa propone se sospeche el diagnóstico de dermatitis atópica cuando el paciente presente una dermatosis de distribución simétrica, de evolución crónica y recidivante, con lesiones de morfología y distribución típicas de acuerdo con la temporalidad de aparición de estas y de la edad del paciente (1, 10).

Para confirmar el diagnóstico se han descrito varios criterios. Los primeros fueron de Hanifin y Rajka, acordados por consenso de expertos en 1980. La guía mexicana (GUIDAMEX), propone que se utilicen los criterios de Williams et al. de 1994, ya que han sido evaluados respecto a su validez y reproducibilidad. En niños, se ha estimado que tienen una sensibilidad del 85%, con especificidad de 96% y un valor predictivo negativo de 97%, siendo estos valores similares en poblaciones de diferentes etnias y nacionalidades (3).

Aunque se han descrito algunos recursos o marcadores de inflamación que se pueden utilizar para esclarecer el diagnóstico, establecer la presencia de atopia y hacer diagnóstico diferencial con otras entidades, el diagnóstico de dermatitis atópica es meramente clínico y conviene clasificar la gravedad de la enfermedad en la primera consulta, ya que lo anterior permitirá evaluar la mejoría antes y durante el tratamiento (10-12).

Ante la falta de criterios para evaluar la gravedad de la DA, en 1993 el “European Task Force on Atopic Dermatitis” desarrolló un método que permite una evaluación objetiva y estandarizada de la severidad del cuadro clínico, mediante un índice llamado SCORAD (por sus siglas en inglés Scoring Atopic Dermatitis). Diversas reuniones celebradas desde entonces han dado lugar a la determinación de su reproducibilidad en pacientes adultos y niños (3, 12).

El índice de SCORAD considera para la evaluación 3 aspectos importantes. La extensión

de las lesiones (A), la intensidad de la enfermedad (B) y la presencia de dos principales síntomas, prurito e insomnio (C) (12).

Para evaluar la extensión de las lesiones, se utiliza la regla de los 9 de Wallace y se asignan de 0 a 100 puntos, de acuerdo con el porcentaje de superficie corporal afectada. La intensidad de la enfermedad se evalúa de acuerdo con la presencia de 6 elementos: eritema, edema/presencia de pápulas, excoriación, liquenificación, supuración/costra y xerosis. A cada elemento se le pueden asignar de 0-3 puntos, en donde 0 es ausente, 1 es leve, 2 es moderado y 3 es grave. Se debe considerar la lesión más representativa. La xerosis se evalúa en áreas de la piel sin eccema. A los síntomas de prurito e insomnio se les asigna una puntuación de 0-10 en una escala visual-análoga, de acuerdo con la intensidad referida por el paciente en las últimas 3 noches. Posteriormente la fórmula se sustituye de la siguiente manera: $A/5 + 7B/2 + C$. El puntaje máximo es de 103 puntos y de acuerdo con el puntaje obtenido, se clasifica la DA en leve (menos de 25 puntos), moderada (25-50 puntos) y grave (>50 puntos) (12).

1.4. Tratamiento:

El tratamiento inicia desde la educación en los cuidados de la piel, por lo que se deberá asesorar al paciente en la técnica correcta de baño y el uso de emolientes, ya que las medidas generales y el tratamiento de primera línea, constituyen el manejo básico de la dermatitis atópica (3).

El baño deberá realizarse de 2 a 7 veces por semana, con una duración de 5 minutos en la fase aguda de la enfermedad en la que predominan las lesiones húmedas, y de no más de 10 minutos en las fases crónicas. Se deberá optar por una temperatura agradable para el paciente que no supere los 38°C, ya que el prurito se induce a una temperatura de la piel de 42°C o más. El baño deberá realizarse con un dermolimpiador con pH entre 4.5 y 5.75, libre de colorantes, perfumes y otros irritantes, empleando únicamente las manos, evitando utilizar cualquier material que genere fricción y daño mecánico sobre la piel, como esponjas o estropajos. Al terminar el baño, se indica la paciente secar la piel con cuidado y posteriormente, en los tres minutos siguientes a la conclusión del baño, se deberán aplicar productos emolientes (técnica empapa y sella), lo que mejora el contenido de agua del

estrato córneo, disminuye la pérdida transepidérmica de agua y previene la penetración de alérgenos e irritantes (1, 3, 10).

Los emolientes deben aplicarse dos a cuatro veces al día en toda la piel, y se prefiere en ungüento o crema, siempre y cuando no predominen las lesiones húmedas, ya que se puede producir ardor o prurito. En lesiones agudas, conviene utilizar un antiinflamatorio tópico sobre la piel y posteriormente aplicar emoliente en loción (3).

Los corticosteroides tópicos son los antiinflamatorios principales para el manejo de la DA y de acuerdo con la evolución de la enfermedad, se describe su uso (de baja a mediana potencia) en las diferentes guías nacionales e internacionales para el manejo reactivo, durante los brotes, una o dos veces al día por 3 a 4 semanas (1, 3, 10).

El uso prolongado de corticosteroides tópicos, sobre todo cuando se aplican en áreas extensas de la piel o en pliegues y si son de alta o muy alta potencia, en ungüento o si se utilizan bajo oclusión, puede favorecer la aparición de efectos adversos como adelgazamiento cutáneo, ardor, eritema, estría, telangiectasia o absorción sistémica. Por lo que para áreas específicas con alto riesgo de atrofia u otros efectos adversos, se sugiere iniciar con un esteroide tópico por 7 a 10 días y luego cambiar a un inhibidor tópico de calcineurina (pimecrolimus 0.1%, tacrolimus 0.03 o 0.1%) (3).

Los corticosteroides tópicos no deben suspenderse de forma inmediata al alcanzar el control de la inflamación. Se debe considerar la terapia proactiva con uso intermitente de esteroides o tacrolimus 2 veces al día, 2 veces por semana, en pacientes con DA moderada a severa, susceptibles a brotes repetidos, para mantener la remisión (3, 10).

El crisaborole es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, con efecto antiinflamatorio tópico leve, recientemente aprobado para su uso en México, en paciente mayores de dos años con DA leve a moderada, durante los brotes, dos veces al día por 28 días (3).

En pacientes con DA de moderada a grave, en quienes no se logra un adecuado control de la enfermedad con terapia tópica y cuidados generales o en quienes presentan 1 o más brotes al mes, se recomienda iniciar tratamiento sistémico con Ciclosporina A como primera

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

opción en paciente mayores de 12 años, así como con metotrexato y azatioprina en orden de preferencia en niños menores. En pacientes mayores de 6 años, se ha estudiado además el uso de Dupilumab como terapia sistémica de primera elección, siempre considerando la disponibilidad y el costo (3, 10).

1.5. Antecedentes:

Se define calidad de vida relacionada con la salud como la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente o sus cuidadores. Son tres las dimensiones fundamentales las que evalúa el concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Los aspectos físicos, que incluyen la limitación funcional y los síntomas causados por la enfermedad misma o por su tratamiento, los aspectos psicológicos que abarcan estados emocionales y funciones intelectuales como la memoria y la atención, y por último los aspectos sociales, haciendo hincapié en el aislamiento y en la autoestima, asociados al rol social de las enfermedades crónicas (11, 13).

La frecuente incidencia en la edad pediátrica y el potencial de recaída que caracterizan a la DA, pueden tener un fuerte impacto en la calidad de vida de los niños, a partir de la disminución en la calidad del sueño, bajo desempeño escolar, pobre interacción social, baja autoestima, desarrollo psicológico anormal, trastornos de conducta, entre otros (3, 11).

Por lo anterior, múltiples directrices, nacionales e internacionales, recomiendan la evaluación de la calidad de vida del paciente con enfermedades dermatológicas, e incluso contienen recomendaciones detalladas sobre los objetivos del tratamiento basados en la puntuación de los cuestionarios de calidad de vida (3, 10).

La creación por Finlay y Khan en 1994 del cuestionario Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI, por sus siglas en inglés) facilitó numerosos estudios sobre el impacto de las enfermedades cutáneas en la calidad de vida de los pacientes. El uso de este instrumento se difundió rápidamente y se utilizó en ensayos clínicos para evaluar la eficacia del tratamiento, junto con medidas de gravedad clínica. El DLQI se tradujo a diferentes idiomas y dio paso a que se desarrollaran muchos otros instrumentos de calidad de vida para enfermedades dermatológicas específicas y para utilizarse en poblaciones especiales

(9).

Los cuestionarios CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) y el IDQoL (Infants Dermatitis Quality of life index) fueron diseñados y validados en 1994 y 2001, por Finlay y Cols. para utilizarse en pacientes pediátricos, entre 4 a 16 años y en menores de 4 años de edad respectivamente (8, 9).

Ambos cuestionarios constan de 10 preguntas simples, para completarse en un promedio de 2 minutos. En el cuestionario para niños mayores de 4 años, cada pregunta consta de 4 posibles respuestas que miden el impacto en la calidad de vida del paciente en la última semana, en ámbitos como síntomas y sentimientos, ocio, la escuela o vacaciones, relaciones personales, el sueño y el tratamiento. El IDQoL, explora actividades como la alimentación, el sueño, la recreación, así como el estado emocional y el tratamiento. Además, este último consta de una pregunta adicional que registra la gravedad de la enfermedad, de acuerdo con la percepción del padre o cuidador, dicha respuesta no se incluye en el puntaje final del cuestionario. Para ambos, el puntaje total va de 0-30 y a mayor puntaje, mayor afectación de la calidad de vida (8-9, 14).

Estos cuestionarios han sido traducidos en muchos idiomas y validados en múltiples países, lo que ha permitido que sean utilizados tanto en estudios de investigación como en escenarios clínicos, en donde se han demostrado sus propiedades psicométricas, confiabilidad test-re-test, consistencia interna, validez y respuesta al cambio, proporcionando al médico una forma objetiva de medir la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedades dermatológicas (9, 14).

Se estima que, en México, el 10% de la población padece DA. Lo anterior implica que podrían existir aproximadamente 12 millones de personas viviendo con DA, cifra similar a la de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus en México (15).

Por lo anterior, entre 2021 y 2022, la Fundación IDEA, en conjunto con la Fundación Mexicana para la dermatología y la Fundación IMSS, desarrollaron dos cuestionarios digitales para recabar información sobre las cuatro dimensiones (física, psicológica, social y económica) en que la DA impacta en la calidad de vida de los pacientes y de sus

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuidadores. La población total de participantes del estudio fue de 632 personas, de las cuales el 60% fueron pacientes con diagnóstico de DA y el 40% cuidadores. El 89% de los pacientes tenían un nivel de gravedad de la DA de leve a moderado al momento de la recolección de la información, 72% reportó tener comorbilidades como asma (13%), rinitis alérgica (41%), alergias alimentarias (19%), ansiedad (38%), depresión (20%), TDAH (10%), insomnio (19%), obesidad y sobrepeso (16%), entre otras. Así mismo se reportó que hasta el 40% de los pacientes estudiados, destinan entre el 10-20% de los ingresos familiares para cubrir los gastos asociados a su tratamiento. Sin embargo, en este estudio solo el 6% de la población analizada tenía menos de 18 años de vida (15).

En el Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en Monterrey, se realizó un estudio (febrero 2022) observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en donde se analizaron los resultados de 61 pacientes de ambos géneros, con diagnóstico de dermatitis atópica, a los que se les dividió por grupos etarios. En el grupo de los pacientes de edad entre 0 y 5 años los tres rubros más afectados fueron el prurito, el humor y el sueño. En los niños entre los 6 y los 16 años fueron el prurito y las molestias ocasionadas por el propio tratamiento, y en los niños de 17 años o mayores, los ítems con mayor puntuación fueron el prurito, los problemas para la elección de la ropa y el sentimiento de vergüenza. Así mismo se reportó un efecto en la calidad de vida bajo en 35.6%, moderado en 26% y grave en 9.6% de los niños (16).

En Aguascalientes no existe información detallada sobre la epidemiología de la DA, ni sobre los impactos en la calidad de vida del paciente pediátrico, lo que hace difícil estimar la carga que impone esta enfermedad a la salud pública, limitando esto, el desarrollo de estrategias adecuadas para su detección, atención, tratamiento y seguimiento.

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

2.1. Definición del problema

La dermatitis atópica es una causa importante de morbilidad en la población pediátrica y se asocia a comorbilidades alérgicas y no alérgicas, afectando los aspectos psicosociales de la vida de los pacientes y sus familiares (9, 15). A pesar de que constituye una de las causas más frecuentes de consulta al servicio de pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, no existe información estadística acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes o de los factores clínicos que contribuyen al deterioro de esta.

2.2. Justificación

Es imprescindible medir el impacto de la DA en quienes la padecen, ya que estudiar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes permitirá al médico identificar factores que puedan modificar la severidad del cuadro clínico, así como evaluar la respuesta al tratamiento y tomar decisiones clínicas en cuanto al manejo como establecer nuevas estrategias de educación al paciente e implementar un adecuado abordaje multidisciplinario, disminuir el número de brotes, lograr el control de la enfermedad y reducir los costos por atención médica.

2.3. Preguntas de investigación

- **Principal:** ¿Cuál es el impacto de la DA en la calidad de vida de los pacientes pediátricos que acuden a las consultas de dermatología e inmunología del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, evaluado mediante un cuestionario validado?
- **Secundarias:**

- ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes pediátricos con dermatitis atópica incluidos en el estudio?
- ¿Existe una asociación entre la severidad de la dermatitis atópica (evaluada mediante el índice de SCORAD) y la calidad de vida de los pacientes pediátricos?
- ¿Cuáles son las comorbilidades más comunes en los pacientes con dermatitis atópica y como influyen en su calidad de vida?
- ¿Las comorbilidades se asocian con un mayor número de brotes de DA al año?
- ¿La evolución temporal de la enfermedad tiene impacto en la calidad de vida de los pacientes con DA?

2.4. Hipótesis

Hipótesis Alternativa:

- **General (Ha):** Existe una asociación significativa entre el puntaje de SCORAD y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dermatitis atópica.
- **Específicas:**
 - Ha1: La presencia de comorbilidades se asocia con mayor severidad y peor calidad de vida
 - Ha2: La presencia de comorbilidades se asocia con mayor número de brotes al año.
 - Ha3: La evolución temporal prolongada de la dermatitis atópica se relaciona con menores puntajes en los cuestionarios de calidad de vida.

Hipótesis Nula:

- **General (H0):** No existe una asociación significativa entre el puntaje de SCORAD y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dermatitis atópica.
- **Específicas:**
 - H01: La presencia de comorbilidades no se asocia con mayor severidad de la dermatitis atópica ni con una peor calidad de vida relacionada con la salud.
 - H02: La presencia de comorbilidades no se asocia con un mayor número de brotes al año en pacientes con dermatitis atópica.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- H03: La evolución temporal prolongada de la dermatitis atópica, no se asocia de manera significativa con los puntajes de los cuestionarios de calidad de vida.

2.5 Objetivos

General:

- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica atendidos en la consulta externa de pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Específicos:

- Describir las características demográficas de los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica.
- Describir la asociación existente entre el puntaje de SCORAD y el puntaje de los cuestionarios que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con DA (CDLQI/IDQoL).
- Determinar qué variable clínica, de las analizadas en el puntaje de SCORAD (extensión, intensidad, prurito, insomnio) tienen mayor impacto en la calidad de vida del paciente.
- Determinar el porcentaje de pacientes con evolución aguda, subaguda y crónica, y si la evolución temporal de la dermatitis atópica guarda relación con el puntaje de los cuestionarios CDLQI/IDQoL.
- Describir cuales son las comorbilidades asociadas a la dermatitis atópica más frecuentes y si su presencia se correlaciona con mayor severidad de la enfermedad y a un menor puntaje de calidad de vida.
- Describir si existe relación entre el número de brotes al año y la presencia de comorbilidades y cuál de las comorbilidades estudiadas se asocia con mayor número de brotes al año.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Tipo de estudio.

- Se realizó un estudio prospectivo observacional, transversal y analítico

Descripción del universo de trabajo.

- Todos los pacientes pediátricos de edad entre 28 días y 16 años con diagnóstico de dermatitis atópica, atendidos en la consulta externa de pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Criterios de Inclusión.

- Pacientes de cualquier sexo
- Edad comprendida entre 28 días y 16 años
- Con diagnóstico de dermatitis atópica por Criterios de Williams

Criterios de exclusión.

- Pacientes cuyos padres o tutores no autoricen mediante consentimiento informado su inclusión en este estudio o la realización de la encuesta.

Criterios de eliminación.

- Retiro del consentimiento verbal o escrito en cualquier etapa de la investigación

3.2 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró una población total final estimada de 108 pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis atópica, atendidos durante un año en la consulta externa de pediatría del hospital. Esta cifra se obtuvo a partir del promedio mensual de nueve pacientes reportado por el departamento de estadística, multiplicado por los 12 meses del año.

Se empleó un nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$), un margen de error del 5% (0.05) y una proporción esperada del 50% ($p = 0.5$), dado que no se contaba con datos previos específicos sobre la prevalencia de la variable principal. Con estos parámetros, el tamaño

de muestra inicial calculado fue de 85 pacientes.

Sin embargo, debido a la disponibilidad real de pacientes en la consulta y al periodo limitado de recolección de datos (abril a agosto del 2025), se ajustó el tamaño de muestra en función de la proyección de casos atendidos durante los meses previos, obteniéndose un total alcanzable de 44 pacientes. Bajo estas condiciones, y manteniendo un nivel de confianza del 94% y una proporción esperada del 50%, el margen de error ajustado fue de $\pm 14.6\%$, considerado aceptable para estudios observacionales en contexto clínico.

Esta reducción en el tamaño de la muestra reconoce una limitación metodológica, la cual se declara y considera en la interpretación y generalización de los resultados.

El muestreo se realizó de forma estratificada y balanceada por grupo etario. La población se dividió en dos estratos:

- Niños menores de 4 años (evaluados con el cuestionario Infant's Dermatology Quality of Life Index)
- Niños de 4 años o mayores (evaluados con el Children's Dermatology Life Quality Index).

Dentro de cada estrato se asignaron número aleatorios generados en Microsoft Excel mediante la función = Aleatorio (). Los registros fueron ordenados de menor a mayor y se seleccionaron los primeros 22 participantes menores de 4 años y 22 de 4 años o mayores. En caso de no cumplir criterios o no aceptar participar, se sustituyó al participante por el siguiente en la lista aleatoria correspondiente.

En los casos en que la disponibilidad de pacientes en alguno de los estratos impidiera alcanzar la cuota prevista, se incluyeron todos los participantes elegibles del grupo afectado y se completó el tamaño total con pacientes del otro estrato, manteniendo el análisis estadístico estratificado por edad.

No se aplicó un muestreo proporcional a la distribución real de pacientes por edad, debido a la ausencia de registros previos que permitieran estimar con precisión el porcentaje de

casos según grupo etario.

3.3 Descripción de las variables de estudio

Variable dependiente			
Variable	Definición operacional	Tipo	Medición
Calidad de vida relacionada con la salud	Percepción de la salud en los ámbitos físico, psicológico y social, experimentada y declarada por el paciente o sus cuidadores.	Variable cualitativa	Ordinal (Puntaje CDLQI / IDQOL): No impacta: 0-1 puntos Impacto leve: 2-6 puntos Impacto moderado: 7-12 puntos Impacto considerable: 13-18 puntos Impacto muy considerable: 19-30 puntos)
Variables independientes			
Variable	Definición operacional	Tipo	Medición
Dermatitis Atópica	Dermatosis inflamatoria crónica, caracterizada por brotes de eccema, prurito y piel seca	Variable Cualitativa	Nomina dicotómica (Si/No cumple con criterios de Williams)
Edad	Tiempo expresado en meses que ha vivido el paciente, desde su nacimiento hasta el momento de la recolección de datos de este estudio	Variable Cualitativa	Nominal dicotómica (masculino/femenino)

Sexo	Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas del paciente que lo definen como hombre o mujer	Variable Cualitativa	Nominal dicotómica (masculino/femenino)
Comorbilidades	Se refiere a la coexistencia de otras enfermedades en el paciente con dermatitis atópica. Se evaluará la coexistencia de las siguientes condiciones médicas diagnosticadas previamente: rinitis alérgica, alergia alimentaria, asma, otras no relacionadas con atopia.	Variable cualitativa	Nominal dicotómica (si/no para cada comorbilidad)
Número de brotes al año	Cantidad de episodios de 12 meses, en que el paciente presenta síntomas agudos ocasionados por DA (prurito, eczema, exudado, edema)	Variable cuantitativa	Discreta
Evolución de la enfermedad	Curso temporal que sigue la dermatitis atópica, medido en semanas, desde la fecha de diagnóstico, hasta el momento de la recolección de datos	Variable cualitativa	Ordinal: Aguda: menos de 4 semana Subaguda: entre 4 semanas y 4 meses Crónica: más de 4 meses.
Gravedad del cuadro clínico	Magnitud de la alteración que causa una enfermedad en un órgano o en su función. Se evaluará a través del índice de SCORAD.	Variable cualitativa	Ordinal: Leve: 0-25 puntos Moderada: 25-50 puntos Grave: más de 50 puntos
Extensión	Porcentaje de	Variable	Discreta

	superficie corporal afectada	cuantitativa	
Intensidad:	Gravedad con que se manifiestan los siguientes hallazgos dermatológicos: 1. Eritema: enrojecimiento de la piel 2. Edema: aumento de volumen 3. Excoriación: solución de continuidad de la piel 4. Liquenificación: engrosamiento y endurecimiento 5. Costra: masa sólida formada por la desecación de exudado o sangre 6. Xerosis: piel seca	Variable cualitativa	Ordinal: 0: ausente 1: leve 2: moderado 3: grave
Prurito	Sensación de picazón en la piel, que provoca el deseo de rascarse	Variable cuantitativa	Discreta: escala visual análoga de 0-10
Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño	Variable cuantitativa	Discreta: escala visual análoga de 0-10

3.4 Métodos para la recolección de datos

La información se obtuvo a través de un formato impreso (ANEXO A), en donde se recopilaron los siguientes datos durante la consulta médica: nombre del paciente, edad, sexo, comorbilidades, evolución de la enfermedad, número de brotes al año, tratamiento actual, puntaje SCORAD, variable clínica de SCORAD que más le preocupa al paciente (Intensidad, extensión, prurito o insomnio), puntaje de calidad de vida, medido a través de los cuestionarios Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) e Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQoL), instrumentos validados en población pediátrica y ampliamente empleados en estudios clínicos. (13, 17). Para el presente trabajo, se utilizaron las versiones lingüísticas validadas al español y adaptadas para población mexicana.

Para la utilización de los cuestionarios antes mencionados, se solicitó previamente a la Universidad de Cardiff la licencia correspondiente para su uso (ID CUQoL2922 / ID CUQoL2923, para CDLQI / IDQoL respectivamente), a nombre del investigador responsable del estudio, la Dra. Elva Jeanett Aguado Barrera (directora de tesis) como lo solicita la institución.

Para calcular el puntaje de SCORAD, se utilizó un cuestionario previamente formulado, basado en el artículo "Severity of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology 1993; 186:23-31" modificado por SANOFI Genzyme. Obtenido de: <https://www.campus.sanofi/dam/jcr:b11d69a6-2251-4e80-9b95-0dcf590ab308/4b-Escala%20SCORAD.pdf>

3.5 Recursos empleados y cronograma de actividades

Recursos materiales: Este proyecto no necesita financiamiento externo. Los recursos financieros serán cubiertos por los investigadores:

- Computadora \$20,000.00
- Microsoft Office 365 Personal \$799.00
- Impresora HP LaserJet P1102w \$ 1,800.00
- Material de oficina (bolígrafos, lápices, goma, hojas tamaño carta, copias): \$500.00
- Asesorías: sin costo

Costo Total: \$23,099.00

Recursos Humanos.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FUNCIONES DENTRO DEL PROTOCOLO
DRA. CINTHYA LETICIA REYNA LÓPEZ	Tesista. Médico residente de tercer año de la especialidad de pediatría médica en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Encargada de la revisión bibliográfica, elaboración del protocolo, inclusión de los sujetos en estudio, análisis de los resultados y la elaboración del documento final.
DRA. ELVA JEANETT AGUADO BARRERA	Directora de Tesis. Pediatra y jefa del posgrado de pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Encargada de la asesoría en la elaboración del protocolo, en los aspectos clínicos del mismo, del análisis de los resultados y la elaboración del documento final.
DRA. ANA KAREN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ	Codirectora de Tesis. Pediatra y subespecialista en dermatología pediátrica, adscrito al Departamento de Pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Encargada de la asesoría en la elaboración del protocolo, en los aspectos clínicos del mismo, del análisis de los resultados y de la elaboración del documento final.
DR. MARTIN EDUARDO FLORES MUNGUÍA	Asesor clínico. Pediatra y subespecialista en alergología e inmunología pediátrica, adscrito al Departamento de Pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Encargado de la asesoría en la elaboración del protocolo, en los aspectos clínicos del mismo, del análisis de los resultados y de la elaboración del documento final.
DR. RODOLFO DELGADILLO CASTAÑEDA	Asesor metodológico. Pediatra, subespecialista en nefrología pediátrica, adscrito al Departamento de Pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Encargado de la asesoría para la corrección metodológica, el análisis estadístico y la redacción e interpretación de resultados.

Cronograma:

ETAPA	OBJETIVOS
Primera etapa Enero-marzo 2025	Revisión en la literatura para la conformación del marco teórico y la búsqueda de los antecedentes. Diseño metodológico.
Segunda etapa Abril-agosto	Recolección de información, de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, para la formulación de la base de datos.

2025	
Tercera etapa Septiembre 2025	Análisis estadístico e interpretación de los datos obtenidos
Cuarta etapa Octubre 2025	Reporte de resultados y conclusiones del estudio.

3.6 Análisis Estadístico

Los datos se registraron y procesaron en el programa Jamovi versión X.X. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico), así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Para evaluar la relación entre las variables clínicas y de calidad de vida, se emplearon pruebas no paramétricas, debido a que las variables no mostraron distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk.

Se aplicaron las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para la comparación de medianas entre grupos independientes, y el coeficiente de correlación de Spearman para el análisis de correlaciones.

Se consideró significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Descripción general de la población

Se analizó una muestra de 44 pacientes, con diagnóstico de dermatitis atópica atendidos en consulta externa. De estos, 18 pacientes (40.9%) eran niñas y 26 (59.1%) niños. La mediana de edad de toda la población fue de 66 meses (rango de 12-132 meses), con una mediana de 68.5 meses para las niñas y de 65 meses para los niños.

Al estratificar por edad, el 45.5% de los pacientes tenían menos de 4 años de vida y 54.5% tenían 4 años o más, lo que indica una distribución relativamente equilibrada entre los grupos de edad y sexo.

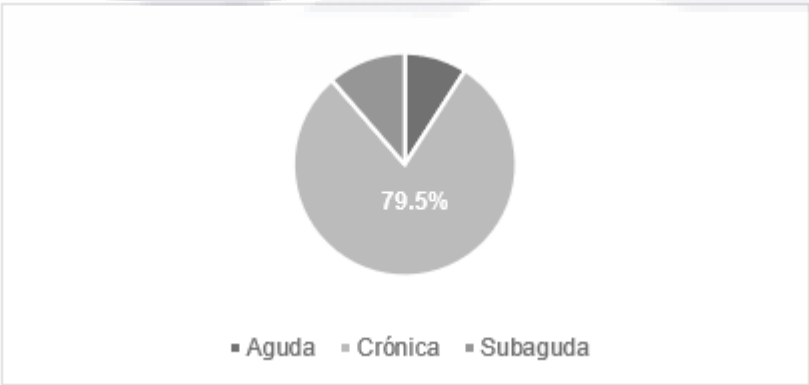
Tabla 1. Distribución del sexo según grupo etario en pacientes pediátricos con dermatitis atópica.

Sexo	<4 años n (%)	≥4 años n (%)	Total, n (%)
Femenino	7 (15.9%)	11 (25.0%)	18 (40.4%)
Masculino	13 (29.5%)	13 (29.5%)	26 (60.0%)
Total	20 (45.5%)	24 (54.5%)	44 (100%)

Se observa un predominio del sexo masculino tanto en el grupo de menores de 4 años (29.5%) como en el de 4 años o mayores (29.5%), con una proporción global del 60.0% de pacientes masculinos.

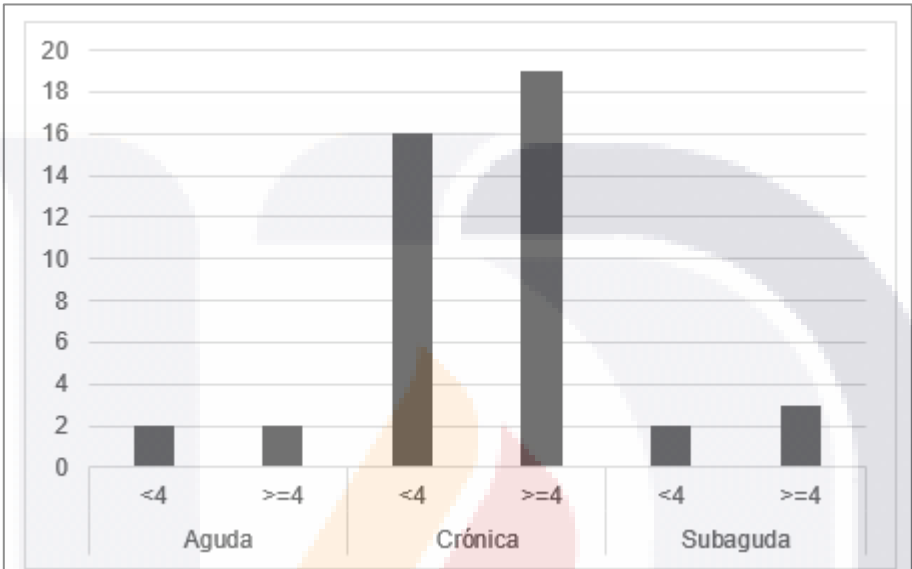
Al analizar la evolución, se observó que el 79.5% (35) del total de los pacientes presentaban evolución crónica.

Figura 1. Evolución clínica de la dermatitis atópica



Distribución de los pacientes según la evolución clínica de la dermatitis atópica. Se observó un predominio de la forma crónica (79.5%), seguida por las formas subaguda (11.4%) y aguda (9.1%), lo que refleja el carácter persistente y recidivante de la enfermedad.

Figura 2. Evolución de la dermatitis atópica según grupo etario



Se observa predominio de evolución crónica en ambos grupos etarios.

Tabla 2. Brotes al año de acuerdo con grupo etario

Numero de brotes al año					
Grupo etario		Mediana	RIC	Mínimo	Máximo
	<4	2.5	2	1	12
	>4	3	4.5	1	15

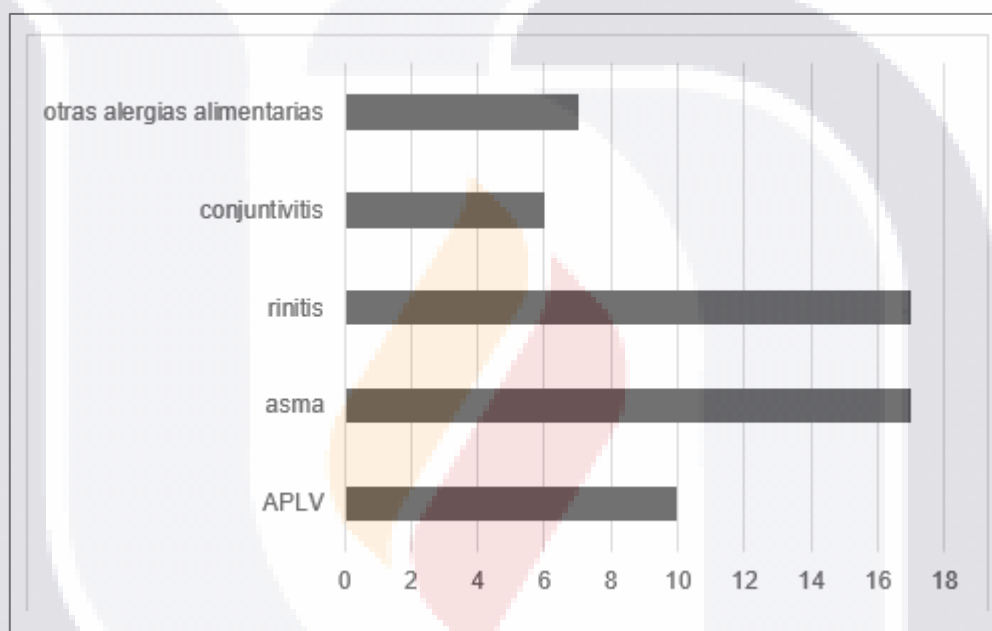
Al analizar el número de brotes anuales entre los grupos etarios, los pacientes menores de 4 años presentaron una mediana de 2.5 brotes anuales (RIC 2.0), mientras que en los pacientes de 4 años o mayores la mediana fue de 3.0 brotes (RIC 4.5).

Esta diferencia no fue estadísticamente significativa de acuerdo con la prueba de Mann-Whitney U (U = 181, p = 0.156).

4.2. Comorbilidades

El 68.18% (30) del total de los pacientes tenían al menos una comorbilidad relacionada con atopia, de las cuales, las más frecuentes fueron rinitis alérgica (38.6%) y asma (38.6%), seguidas de alergia a la proteína de la leche de vaca (22.7%) y otras alergias alimentarias (15.9%). Solo 13.6% de los pacientes tenían conjuntivitis alérgica, siendo esta la comorbilidad alérgica menos frecuente.

Figura 3. Comorbilidades relacionadas con atopia



Se observa la distribución de las comorbilidades atópicas en la población estudiada. Las más frecuentes fueron rinitis alérgica y el asma (ambas con 38.6%), seguidas de alergia a la proteína de la leche de vaca (22.7%) y otras alergias alimentarias (15.9%).

Al hacer el análisis por grupo etario, se observó que la comorbilidad relacionada con atópica más frecuente en niños menores de 4 años fue asma (20.5%), mientras que en el grupo etario de niños de 4 años o mayores fue rinitis alérgica (20.5%).

Tabla 3. Distribución de comorbilidades atópicas según grupo etario en pacientes pediátricos con dermatitis atópica

	Grupo etario			
	<4 años		>4 años	
Comorbilidad	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Alergia a la proteína de la leche de vaca	6	13.6%	4	9.1%
Asma	9	20.5%	8	18.2%
Rinitis alérgica	8	18.2%	9	20.5%
Conjuntivitis	1	2.3%	5	11.4%
Otras alergias alimentarias	1	2.27%	6	13.6%

Las comorbilidades más frecuentes en ambos grupos fueron rinitis alérgica y asma, seguidas de alergia a la proteína de la leche de vaca.

Así mismo, el 50% del total de los pacientes tenían comorbilidades no relacionadas con atopia, siendo las más frecuentes, las comorbilidades neurológicas (22.7%), seguidas de las nefrológicas/urológicas (11.4%)

Tabla 4. Comorbilidades no relacionadas con atopia en pacientes pediátricos con dermatitis atópica

Comorbilidades no relacionadas con atopia	% del total	Recuento
Gastrointestinal	2.30%	1
Hematológica	2.30%	1
Malformaciones congénitas	6.80%	3
Nefrológica/urológica	11.40%	5
Neurológica	22.70%	10
Ninguna	50%	22
Oncológica	2.30%	1

Las comorbilidades neurológicas fueron las más frecuentes (22.7%), seguidas de las nefrológicas/urológicas (11.4%) y las malformaciones congénitas (6.8%). El 50% de los pacientes no presentaron comorbilidades no atópicas.

4.3. Relación entre variables

Tabla 5. Relación entre comorbilidades atópicas y número de brotes anuales en pacientes menores de 4 años con dermatitis atópica

Grupo etario	Comorbilidad	n brotes (Sí)	Mediana / RIC (Sí)	n brotes (No)	Mediana / RIC (No)	U de Mann-Whitney	p
<4 años	Asma	9	2 / 4	11	3 / 1.5	49.5	1.0
	Rinitis	8	3 / 3.25	12	2 / 2	34.0	0.27
	Conjuntivitis	1	2 / 0	19	3 / 2	8.00	0.85
	APLV	6	2 / 1.5	14	3 / 3.5	32.0	0.41
	Otras alergias alimentarias	1	5 / 0	19	2 / 2	2.00	0.20

Los valores se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC). La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de U de Mann-Whitney. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Aunque en los niños menores de 4 años, algunos grupos presentaron medianas ligeramente más altas (pacientes con asma y otras alergias alimentarias diferentes a la APLV), las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La interpretación de algunos resultados debe hacerse con cautela debido al tamaño reducido de ciertos subgrupos.

Tabla 6. Relación entre comorbilidades atópicas y número de brotes anuales en pacientes de 4 años o mayores con diagnóstico de dermatitis atópica.

Grupo etario	Comorbilidad	n brotes (Sí)	Mediana / RIC (Sí)	n brotes (No)	Mediana / RIC (No)	U de Mann-Whitney	p
>4 años	Asma	8	3.5 / 10.3	16	2.5 / 4	58.0	0.73
	Rinitis	9	6 / 9	15	2 / 2	32.0	0.03
	Conjuntivitis	5	8 / 9	19	2 / 3	24.5	0.10
	APLV	4	4 / 5.75	20	3 / 4.5	39.5	1.00
	Otras alergias alimentarias	6	12 / 3	18	2 / 1	6.00	0.001

En el grupo de pacientes de 4 años o mayores, se encontró una asociación significativa entre la presencia de rinitis alérgica y un mayor número de brotes anuales ($p= 0.03$), así como una relación inversa con alergias alimentarias (diferentes a la APLV), en las que los pacientes sin alergias presentaron un número mayor de brotes anuales.

En las siguientes gráficas se observa la distribución de la severidad clínica de la dermatitis atópica según el puntaje SCORAD, así como el impacto en la calidad de vida de los pacientes, evaluado por los cuestionarios CDLQI / IDQOL

El 47.7% de los pacientes presentó una forma grave de la enfermedad, el 36.6% curso con una enfermedad moderada mientras que solo el 15.9% presentaba una presentación leve de esta

Figura 4. Distribución de la gravedad clínica de la dermatitis atópica según puntaje SCORAD

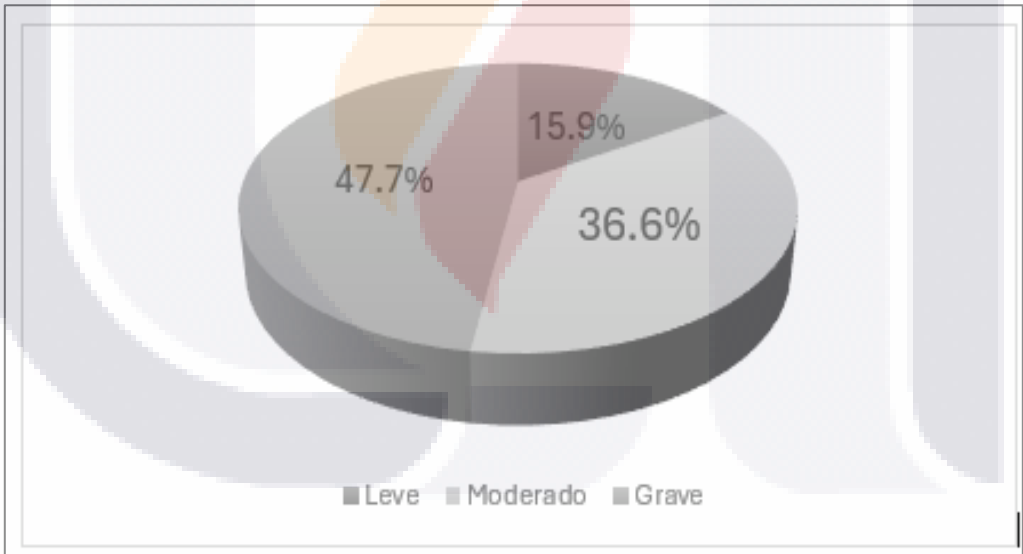
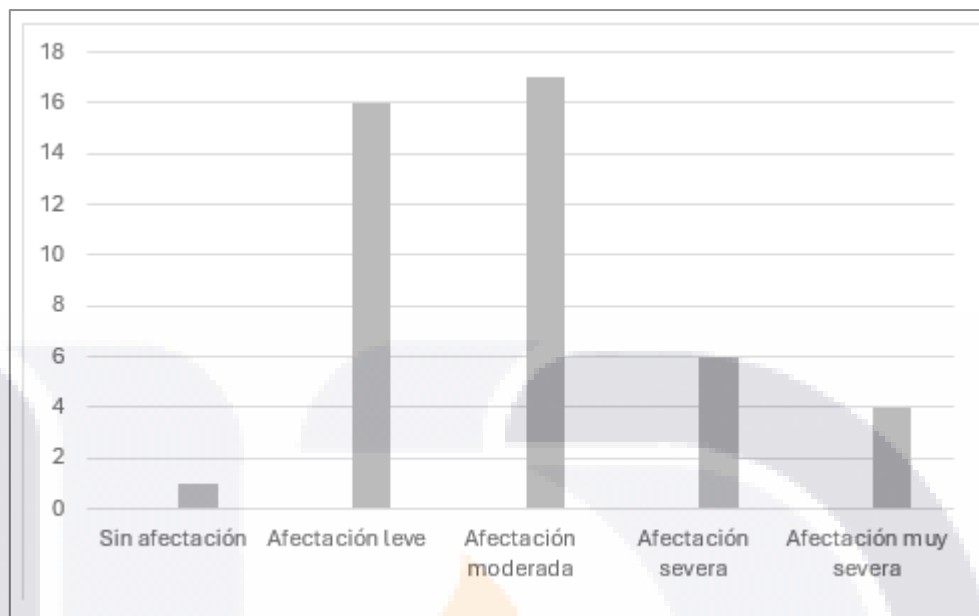


Figura 5. Impacto en la calidad de vida según CDLQI / IDQOL



La mayoría de los pacientes presentó afectación leve o moderada en la calidad de vida, mientras que un menor porcentaje reportó afectación severa o muy severa.

Se evaluó la relación entre la gravedad de la dermatitis atópica, medida mediante el puntaje SCORAD, y la calidad de vida relacionada con la salud, evaluada con los cuestionarios CDLQI en pacientes de 4 años o mayores e IDQOL en menores de 4 años. En la tabla que se muestra a continuación se observa que se encontró una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre la gravedad de la enfermedad y la afectación de la calidad de vida.

Tabla 7. Correlación entre la severidad de la dermatitis atópica (SCORAD) y la calidad de vida (CDLQI / IDQOL) según grupo etario.

Variable 1	Variable 2	Coefficiente de Spearman (p)	p	gl
SCORAD	CDLQI (>4 años)	0.718	<0.001	22
SCORAD	IDQOL (<4 años)	0.723	<0.001	18
La correlación se evaluó mediante el coeficiente de Spearman (p). Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la severidad de la DA y la afectación en la calidad de vida para ambos grupos etarios. (p <0.001)				

Además, se compararon los puntajes promedio de CDLQI / IDQOL entre los pacientes según el aspecto de la enfermedad que identificaron como su principal motivo de preocupación (intensidad, prurito, insomnio o extensión), utilizando la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis. Aunque las mediadas en los cuestionarios de calidad de vida, fueron ligeramente más altas en los pacientes que señalaron prurito como su principal molestia, la diferencia no alcanzó significancia estadística.

Tabla 8. Impacto en la calidad de vida según la principal preocupación reportada por los pacientes con dermatitis atópica.

Variable de preocupación principal	n	Mediana CDLQI/IDQOL	RIC	Hde Kruskal-Wallis	p	Interpretación
Intensidad	16	8.06	5.41	1.5	0.683	No significativo
Prurito	20	10.2	6.61			
Insomnio	3	7.67	6.35			
Extensión	5	7.6	4.83			
Los valores se expresan como mediana y RIC. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.						

Posteriormente se analizó si la coexistencia de otras enfermedades atópicas podría influir en la gravedad clínica de la DA medida según puntaje SCORAD. Para ello, se compararon los valores promedio de SCORAD entre los pacientes que presentaban cada comorbilidad y aquellos que no, utilizando la prueba de Mann-Whitney U.

Tabla 9. Comparación del puntaje SCORAD según la presencia de comorbilidades atópicas en pacientes con dermatitis atópica, estratificados por grupo etario.

Grupo etario	Comorbilidad	n (Sí)	SCORAD Mediana / RIC (Sí)	n (No)	SCORAD Mediana / RIC (No)	U de Mann-Whitney	p
<4 años	Asma	9	31.0 / 27.1	11	44.4 / 22.5	41.0	0.54
	Rinitis	8	36.3 / 36.9	12	46.6 / 30.8	45.0	0.84
	Conjuntivitis	1	34.9 / 0.00	19	44.4 / 31.8	7.00	0.72
	APLV	6	36.3 / 15.3	14	46.6 / 34.9	34.0	0.53
	Otras alergias alimentarias	1	87.3 / 0.00	19	38.3 / 27.6	1.00	0.16
>4 años	Asma	8	57.6 / 28.2	16	49.0 / 27.3	51.0	0.44
	Rinitis	9	56.3 / 27.1	15	47.7 / 25.3	57.0	0.55

	Conjuntivitis	5	55.0 / 18.9	19	50.3 / 26.8	39.0	0.57
	APLV	4	52.0 / 14.7	20	52.6 / 29.6	36.0	0.78
	Otras alergias alimentarias	6	64.8 / 42.4	18	49.0 / 22.4	38.0	0.30
Los valores se expresan como mediana y RIC. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de U de Mann-Whitney. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos etarios ($p > 0.05$).							

Tanto en los pacientes menores de 4 años, como en aquellos de 4 años o mayores, las medianas de SCORAD fueron ligeramente más altas en quienes presentaban comorbilidades como rinitis, conjuntivitis alérgica u otras alergias alimentarias; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje SCORAD según la presencia o ausencia de comorbilidades ($p > 0.05$ en todos los casos) en ninguno de los dos grupos etarios.

Así mismo se analizó la relación entre la presencia de comorbilidades atópicas y la calidad de vida de los pacientes con dermatitis atópica, mediante el puntaje de los cuestionarios CDLQI e IDQOL. En los menores de 4 años, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de calidad de vida entre los pacientes con y sin comorbilidades ($p > 0.05$). De forma similar, en los pacientes de 4 años o mayores, la mayoría de las comorbilidades no mostraron asociación con la afectación de la calidad de vida. Sin embargo, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes con otras alergias alimentarias (diferentes a la APLV), quienes presentaron puntajes promedio de CDLQI más elevados.

Tabla 10. Comparación del puntaje de calidad de vida (CDLQI / IDQOL) según la presencia de comorbilidades atópicas en pacientes con dermatitis atópica, estratificados por grupo etario.

Grupo etario	Comorbilidad	n (Sí)	Puntaje CDLQI/IDQOL Mediana / RIC (Sí)	n (No)	Puntaje CDLQI/IDQOL Mediana / RIC (No)	U de Mann-Whitney	p
<4 años	Asma	9	7.00 / 7.00	11	9.00 / 5.50	31.0	0.17
	Rinitis	8	9.50 / 5.44	12	8.00 / 4.50	44.5	0.81
	Conjuntivitis	1	10.0 / 0.00	19	8.00 / 6.00	5.50	0.54
	APLV	6	7.50 / 3.25	14	9.00 / 9.00	32.0	0.43
	Otras alergias alimentarias	1	14.0 / 0.00	19	8.00 / 5.50	3.00	0.29
>4	Asma	8	7.00 / 7.00	16	7.50 / 7.75	59.0	0.78

años	Rinitis	9	7.00 / 7.00	15	7.00 / 8.50	62.0	0.76
	Conjuntivitis	5	7.00 / 7.00	19	7.00 / 8.50	45.0	0.88
	APLV	4	11.0 / 2.50	20	7.00 / 8.50	32.5	0.58
	Otras alergias alimentarias	6	15.5 / 7.75	18	6.50 / 5.50	18.5	0.019
Los valores se expresan como mediana y RIC. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de U de Mann-Whitney. Solo se observó una diferencia estadísticamente significativa en los pacientes de 4 años o mayores con otras alergias alimentarias ($p = 0.019$), quienes presentaron una mayor afectación en la calidad de vida							

Así mismo se utilizó la correlación de Spearman para analizar si el número de brotes al año guarda relación con puntajes más elevados de SCORAD y de CDLQI / IDQOL.

Tabla 11. Correlación entre la severidad clínica (SCORAD) y el número de brotes anuales en pacientes con dermatitis atópica según grupo etario.

Grupo etario	Variable 1	Variable 2	p	p	Interpretación
<4 años	SCORAD	Número de brotes	0.656	0.002	Correlación positiva fuerte
>4 años	SCORAD	Número de brotes	0.505	0.012	Correlación positiva moderada
La correlación se evaluó mediante el coeficiente de Spearman (p). Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la severidad clínica, medida por el puntaje SCORAD, y la frecuencia de brotes anuales, tanto en los pacientes menores de 4 años ($p = 0.002$) como en los de 4 años o mayores ($p = 0.012$).					

Tabla 12. Correlación entre la calidad de vida y el número de brotes anuales en pacientes con dermatitis atópica, según grupo etario.

Grupo etario	Variable 1	Variable 2	p	p	Interpretación
<4 años	IDQOL	Número de brotes	0.596	0.006	Correlación positiva moderada
>4 años	CDLQI	Número de brotes	0.467	0.021	Correlación positiva moderada
La correlación se evaluó mediante el coeficiente de Spearman (p). Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la afectación de la calidad de vida y el número de brotes anuales, tanto en paciente menores de 4 años ($p = 0.006$) como en aquellos de 4 años o mayores ($p = 0.021$).					

Finalmente, se analizó la posible relación entre la evolución de la dermatitis atópica (fase aguda, subaguda o crónica) y los puntajes de calidad de vida. Para ello se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, debido a que las variables no presentaron una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

distribución normal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.492$ y $P = 0.976$ para los menores de 4 años y los de 4 años o mayores, respectivamente).



CAPITULO V. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se estudiaron las características demográficas y la calidad de vida en pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis atópica (DA) atendidos en la consulta externa del Centenarios Hospital Miguel Hidalgo.

La muestra estudiada se conformó por 44 pacientes pediátricos menores de 16 años, distribuidos equitativamente en dos grupos de acuerdo con la edad: 45.5% menos de 4 años y 54.5% de 4 a 16 años. Se encontró un leve predominio del sexo masculino (60%), con una edad promedio de 66 meses, lo cual coincide con la literatura, en donde se menciona que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino y en etapas tempranas de la vida, posiblemente debido a factores hormonales, inmunológicos y de exposición ambiental (3).

En cuanto a la evolución clínica, el 79.5% de los pacientes tenían una forma crónica de la enfermedad, siendo menos frecuentes las formas subagudas (11.4%) y agudas (9.1%). Este resultado concuerda con otros estudios, que destacan la naturaleza recurrente y persistente de la enfermedad secundaria a la alteración de la barrera cutánea y la sensibilización inmunológica continua (3, 5). La gran proporción de casos crónicos justifica la necesidad de estrategias de manejo a largo plazo y seguimiento constante para prevenir exacerbaciones y disminuir el impacto en la calidad de vida.

Como ya es reconocido en la literatura, en el presente estudio se encontró una alta frecuencia de comorbilidades atópicas asociadas, mismas que se reportaron en el 68.18% de los pacientes. Las más frecuentes fueron rinitis alérgica y asma (prevalencia de 38.6% cada una), seguidas de alergia a la proteína de la leche de vaca y por otras alergias alimentarias. Este hallazgo concuerda con lo que se describió previamente en el marco teórico, donde se comenta que estas enfermedades se pueden manifestar hasta en un tercio de los pacientes con DA por la base inmunológica y genética que comparten las distintas manifestaciones del espectro atópico.

La presencia de comorbilidades respiratorias, como la rinitis alérgica y el asma, se ha asociado con una mayor gravedad y recurrencia de los brotes, en concordancia con los

hallazgos del presente estudio, donde la rinitis alérgica se asoció a un mayor número de brotes anales ($p = 0.03$) en el grupo de niños de 4 años o mayores. Estos hallazgos apoyan la idea de que la exposición constante a aeroalérgenos puede favorecer un estado inflamatorio sistémico y la tendencia a mayor reactividad cutánea (3, 6).

Por otro lado, se encontró una asociación inversa entre las alergias alimentarias (excluyendo APLV) y el número de brotes al año, siendo los pacientes sin alergias quienes presentaron mayor número de exacerbaciones. Una posible explicación es que los pacientes que tienen diagnóstico de alergias alimentarias llevan un manejo médico y dietético más estrecho, lo cual podría mejorar también el curso clínico de la DA.

Además, se observó que los pacientes de 4 años o mayores que tienen alergias alimentarias tienen también peores puntajes de calidad de vida que los que no tienen alergias alimentarias ($p = 0.019$). Este hallazgo es llamativo, ya que, en el análisis previo, estos mismos pacientes mostraron tener un menor número de brotes anuales, lo que podría reflejar un mejor control clínico, pero un mayor impacto psicosocial.

Esta aparente contradicción entre un menor número de brotes, pero un mayor impacto en la calidad de vida en pacientes con alergias alimentarias podría deberse al estrés psicológico y social que conlleva el manejo de las alergias alimentarias por las restricciones dietéticas, el temor a reacciones adversas y la vigilancia constante durante las comidas. Diversos estudios han informado que las alergias alimentarias se asocian con mayor riesgo de ansiedad, aislamiento y menor calidad de vida, incluso en paciente con buena evolución dermatológica (3, 6, 12).

Estos resultados son clínicamente significativos por que apoyan la idea de que la calidad de vida es un componente independiente de la gravedad clínica, pues demuestra que el control de la enfermedad dermatológica no siempre se traduce en un mejor bienestar emocional, por lo que necesario incorporar la evaluación de calidad de vida dentro del seguimiento habitual de estos pacientes y de implementar intervenciones multidisciplinarias con apoyo psicológico.

También se identificaron comorbilidades no atópicas, siendo las neurológicas las más

comunes. En este estudio no se especificó con claridad el tipo de comorbilidad neurológica. Si bien esta información restringe el análisis profundo del efecto clínico, este resultado concuerda con la literatura, en la que se menciona una mayor prevalencia de trastornos del neurodesarrollo en pacientes con DA. Se ha planteado que la inflamación sistémica crónica mediada por citocinas como IL-4, IL-13 e IL-31, el prurito y las alteraciones del sueño, podrían causar síntomas como irritabilidad, alteraciones de conducta y de atención en la infancia (5-6).

En la población estudiada también se encontró una gran variabilidad en el número de exacerbaciones anuales, siendo esto más frecuente en los niños de 4 a 16 años, que aunque no fue estadísticamente significativo, refleja la naturaleza heterogénea de la enfermedad y la influencia de factores individuales como la adherencia al tratamiento o el control de factores desencadenantes, y que desde el punto de vista práctico, destaca la necesidad de intensificar las estrategias educativas y de seguimiento en esta población, especialmente en edades en que el autocuidado y la adherencia terapéutica se vuelven más relevantes.

También se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el número de brotes al año y la puntuación de SCORAD, es decir que, a mayor número de brotes, mayor gravedad clínica de la enfermedad. La correlación entre ambas variables apoya que la frecuencia de exacerbaciones puede ser un marcador indirecto del control de la enfermedad, más allá de la gravedad identificada en un momento puntual, ya que permite valorar la estabilidad clínica del paciente a lo largo del tiempo.

El control de la frecuencia de los brotes podría ser un objetivo terapéutico para plantear de forma prioritaria, ya que su reducción no solo mejora la gravedad clínica, sino también la sensación general de bienestar y la calidad de vida del paciente.

Los resultados indican que la mayoría de los pacientes tuvieron una enfermedad moderada a grave según el puntaje SCORAD, y que esta gravedad clínica se correlacionó con una mayor alteración de la calidad de vida según el puntaje de los cuestionarios CDLQI e IDQOL. Sin embargo, la afectación en la calidad de vida fue principalmente moderada, siendo el prurito y los trastornos del sueño los síntomas más molestos y con mayor impacto.

Estos hallazgos sugieren cierto grado de adaptación de algunos pacientes.

Entre las limitaciones de este estudio se reconoce el tamaño pequeño de la muestra y que se realizó en un único centro, lo que podría limitar la generalización de resultados a otras poblaciones pediátricas. Sin embargo, los resultados obtenidos pueden proporcionar información importante sobre el perfil clínico y el impacto psicosocial de la dermatitis atópica en la población infantil mexicana, poco estudiada en la literatura nacional.

Desde una perspectiva clínica, los resultados señalan la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario que abarque el control de la gravedad de la enfermedad el bienestar emocional y social del paciente. El uso combinado de instrumentos para medir el control clínico tanto de forma objetiva como subjetiva permite una evaluación más compleja del impacto de la enfermedad y puede guiar las estrategias individualizadas de tratamiento, educación familiar y seguimiento a largo plazo. Además, la identificación temprana de comorbilidades tanto atópicas como no relacionadas con atopia favorece un manejo preventivo más eficaz y mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

CONCLUSIONES

1. La dermatitis atópica es una enfermedad multifactorial, crónica y recidivante, que afecta la calidad de vida de los pacientes pediátricos. En la población estudiada, la mayoría de los casos se clasificaron según SCORAD como moderados a graves, con predominio en el sexo masculino y un promedio de edad de 66 meses, en concordancia con lo reportado en la literatura.
2. Las comorbilidades atópicas se presentaron en más de la mitad de los pacientes incluidos en este estudio, siendo la rinitis alérgica y el asma las más frecuentes. En los pacientes mayores de 4 años, padecer rinitis alérgica se asoció con un mayor número de brotes a año ($p = 0.03$), lo que sugiere que la exposición a aeroalérgenos puede favorecer la inflamación sistémica y cutánea.
3. Se observó una relación inversa entre la presencia de alergias alimentarias y la frecuencia de brotes, ya que los pacientes con alergias presentaron menos exacerbaciones, posiblemente debido a una dieta más estricta y a un seguimiento médico más estrecho. No obstante, estos mismos pacientes reportaron una mayor frecuencia de afectación en la calidad de vida ($p = 0.019$), lo que indica que las restricciones en la dieta y la ansiedad asociada pueden tener impacto psicológico y social importante.
4. Las comorbilidades no relacionadas con alergia, principalmente las neurológicas, fueron las más frecuentes, lo que coincide con estudios recientes que indican una posible relación entre la inflamación sistémica crónica, el prurito y las alteraciones de la conducta y el neurodesarrollo. Este hallazgo resalta la importancia de una valoración integral del paciente.
5. Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el número de brotes y el puntaje SCORAD, indicando que, a mayor frecuencia de exacerbaciones, mayor gravedad de la enfermedad. Así mismo se observó una correlación directa entre la severidad y la afectación de la calidad de vida.

6. La mayoría de los pacientes presentaron una afectación moderada de la calidad de vida, aunque se reportaron SCORAD graves, siendo el prurito y los trastornos del sueño los síntomas más importantes de acuerdo con lo referido por los pacientes. Este hallazgo sugiere cierto grado de adaptación de los pacientes y sus familias ante la cronicidad de la enfermedad, aunque persista un impacto importante en el bienestar cotidiano.
7. Los resultados obtenidos reflejan la necesidad de un abordaje multidisciplinario, que incluya seguimiento por los servicios de dermatología, inmunología y alergias, psicología, haciendo énfasis en la prevención de recaídas, la educación del paciente y de sus familias la evaluación frecuente de la calidad de vida como parte del seguimiento clínico.

GLOSARIO

Atopia:

Predisposición genética a desarrollar enfermedades alérgicas.

Brotes:

Períodos de empeoramiento de la dermatitis atópica, caracterizados por mayor prurito, inflamación y lesiones cutáneas eccematosas.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):

Percepción del paciente sobre la influencia de su enfermedad en su bienestar global.

CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index):

Herramienta diseñada para evaluar la calidad de vida en niños mayores de 4 años con enfermedades de la piel.

Comorbilidad:

Coexistencia de una o más enfermedades con la enfermedad primaria estudiada (dermatitis atópica).

Dermatitis atópica (DA):

Dermatosis inflamatoria crónica, recurrente y pruriginosa, que se asocia con alteraciones de la barrera cutánea y a atopia.

IDQOL (Infants' Dermatitis Quality of Life Index):

herramienta diseñada para evaluar la calidad de vida en lactantes y niños menores de 4 años con enfermedades de la piel.

Prurito:

Sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse.

RIC (Rango intercuartílico):

Medida estadística que describe la dispersión de los datos cuando estos no tienen una

distribución normal; representa el rango entre el percentil 25 y el percentil 75.

SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis):

Índice utilizado para medir la gravedad de la dermatitis atópica, considerando la extensión, intensidad y síntomas subjetivos como prurito e insomnio.

Significancia estadística:

Nivel de probabilidad que indica si los resultados observados son poco atribuibles al azar; generalmente se considera significativa cuando $p < 0.05$.

Spearman (coeficiente ρ):

Medida no paramétrica de correlación que evalúa la relación entre dos variables ordinales o no normalmente distribuidas.

U de Mann–Whitney:

Prueba estadística no paramétrica utilizada para comparar dos grupos independientes cuando los datos no siguen una distribución normal

BIBLIOGRAFÍA

1. Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, Ebihara T, Katayama I, Saeki H, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020. *Allergol Int.* 2020;69(3):356–69. doi:10.1016/j.alit.2020.02.006.
2. Arenas R, Guzmán RA. Dermatitis atópica. En: Arenas R, editor. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2013. p. 91–98.
3. Larenas-Linnemann D, et al. Guía de dermatitis atópica para México (GUIDAMEX): lineamientos usando metodología ADAPTE. *Gac Med Mex.* 2023;158:92. doi:10.24875/gmm.m22000690.
4. Blanco-Quirós A, Díaz Castella JM, Balañá Vilanova M, Valveny Llobet N. Factores de riesgo y prevalencia familiar de la dermatitis atópica en España (estudio ELIHO). *An Pediatr (Barc).* 2005;63(6):480–8. doi:10.1016/S1695-4033(5)70246-0.
5. Armengot-Carbo M, et al. Filagrina: papel en la barrera cutánea y en el desarrollo de patología. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(2):86–95. doi:10.1016/j.ad.2013.10.019.
6. Silverberg JI, Howe W. Atopic dermatitis (eczema): pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2025.
7. Alatorre AG. Calidad de vida y gravedad de la dermatitis atópica en la población pediátrica. Estudio de un hospital de tercer nivel del noreste de México [tesis]. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2024.
8. Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol.* 1995;132(6):942–9.
9. Ali F, et al. Counting the burden: atopic dermatitis and health-related quality of life. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(12):adv00161. doi:10.2340/00015555-3511.
10. Saeki H, Ohya Y, Arakawa H, Ichiyama S, Katsunuma T, Katoh N, et al. English version of clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2024. *J Dermatol.* 2024 Dec 20.
11. Kim DH, et al. Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. *J Korean Med Sci.* 2012;27(11):1327–32. doi:10.3346/jkms.2012.27.11.1327.
12. Oranje AP, et al. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *Br J Dermatol.* 2007;157(4):645–8. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x.
13. Lizán-Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria.* 2009;41(7):411–6. doi:10.1016/j.aprim.2008.10.019.

14. Maza-De Franco CA, et al. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario Infants' Dermatitis Quality of Life para niños menores de cuatro años con dermatitis atópica. *Rev Alerg Mex.* 2016;63(3):270–7. doi:10.29262/ram.v63i3.159.
15. Fundación IDEA, Fundación IMSS, Fundación Mexicana para la Dermatología. *Dermatitis atópica: más allá de la piel. Impactos a la calidad de vida en México.* México; 2024.
16. Santos-Fernández W. 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 [tesis]. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2022.
17. Lewis-Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ. The Infants' Dermatitis Quality of Life Index. *Br J Dermatol.* 2001;144(1):104–10.

ANEXOS

ANEXO A. Instrumento para la recolección de datos

PROYECTO DE TESIS. DERMATITIS ATÓPICA. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

FORMATO PARA LA RECOLECCIÓN DATOS

Ficha de Identificación:

Edad _____ Sexo: masculino / femenino

Teléfono _____ No. De expediente _____

1. Comorbilidades: Además de la dermatitis atópica ¿El paciente padece alguna enfermedad de las siguientes?
 - a. Alergia a la proteína de la leche de vaca
 - b. Asma
 - c. Rinitis alérgica
 - d. Conjuntivitis alérgica
 - e. Otras no relacionadas con atopia: _____
2. Con respecto al diagnóstico de dermatitis atópica:
 - A. El paciente debe cumplir con los criterios diagnósticos de Williams para poder ser incluido en el estudio:

Manifestación necesaria/esencial
(todos los pacientes deben tener)

Dermatitis pruriginosa (o reporte de rascado por los padres)

Manifestaciones asociadas
(ADEMÁS del anterior, tres o más de los siguientes)

1. Dermatitis visible en áreas de flexión de codos o tobillos, pliegues poplíteos, área alrededor de cuello u ojos (en niños/as menores de 4 años incluye dermatitis en mejillas, frente, y/o áreas extensoras de extremidades).
2. Antecedente o historia previa de dermatitis en áreas de flexión de codos o tobillos, pliegues poplíteos, o área alrededor de cuello u ojos.
3. Historia de sequedad cutánea generalizada en los últimos 12 meses.
4. Historia personal de asma, rinitis alérgica (o historia de enfermedades alérgicas en familiares de 1.er grado si el/la paciente es menor de 4 años).
5. Inicio de manifestaciones clínicas antes de los dos años (no válido si el/la paciente es menor de cuatro años).

- B. Evolución de la dermatosis:
- a. Aguda: menos de 4 semanas
 - b. Subaguda: de 4 semanas a 4 meses
 - c. Crónica: más de 4 meses

C. Número de brotes al año: _____

D. Tratamiento actualmente utilizado: _____

E. El médico obtiene:

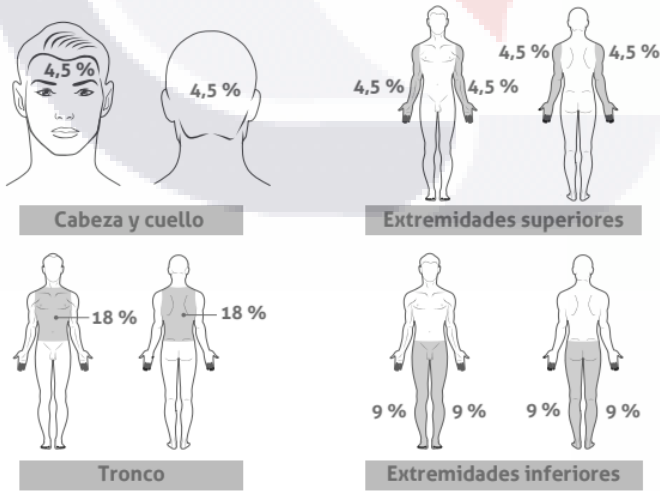
1. Puntaje SCORAD: _____

*El puntaje se calcula con la siguiente fórmula: (Puntaje de superficie corporal afectada / 5) + (Puntaje total de intensidad de los signos x 7/2) + Puntaje total de los síntomas subjetivos

Clasificación de la severidad de la DA de acuerdo con el Índice de SCORAD

- A. Leve: <25 puntos
- B. Moderada: 25-50 puntos
- C. Grave: >50 puntos

PASO 1: Estimar la extensión de la enfermedad (superficie corporal afectada)



► Se utiliza la regla del 9 para calcular el área afectada (valor máximo de 100 %)

► Se suma el porcentaje de cada área.

Cabeza y cuello	9 % (4,5 % cada cara)
Extremidades superiores	18 % (9 % cada extremidad)
Extremidades inferiores	36 % (18 % cada extremidad)
Tronco	36 % (18 % cada cara)
Genitales	1 %

PASO 2: Intensidad de los signos

Seleccionar un área afectada por la DA que sea **representativa**. Para esta área, evaluar la severidad de los siguientes síntomas:

0	Ausente
1	Leve
2	Moderado
3	Grave

- | | |
|----------------------------------|--|
| ▶ Eritema | ▶ Excoriación |
| ▶ Edema/papulación | ▶ Liquenificación - Engrosamiento de la piel |
| ▶ Exudación/formación de costras | ▶ Xerosis: se evalúa en un área donde no hay inflamación |

Sumar el valor de gravedad para obtener el valor (valor máximo de 18).

PASO 3: Síntomas subjetivos

	Intensidad referida por el paciente*										
Prurito											
Insomnio											

*0 = intensidad nula; 10 = intensidad máxima

2. De las siguientes variables clínicas consideradas por SCORAD, cual le genera mayor preocupación al paciente.

- La extensión de las lesiones
- La intensidad de las lesiones
- La comezón (prurito)
- La dificultad para conciliar el sueño (insomnio)

3. Puntaje CDLQI / IDQoL

- Aplicar IDQoL para niños menores de 4 años de edad. La puntuación para cada respuesta se especifica en el cuestionario. Las puntuaciones de las 10 preguntas individuales se suman para proporcionar una puntuación total. Cuestionario obtenido de: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/infants-dermatitis-quality-of-life-index>.

- Aplicar CDLQI para niños entre 5 y 16 años de edad. La puntuación de cada pregunta es "Mucho" [Puntuación = 3], "Bastante" [2], "Solo un poco" [1], "Nada" [0], "En blanco" [0]. Las puntuaciones de las 10 preguntas individuales se suman para proporcionar una puntuación total; la puntuación máxima posible es 30. Cuestionario obtenido de: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/childrens-dermatology-life-quality-index>

4. Clasificación de acuerdo con el puntaje CDLQI /IDQoL

- No impacta en la calidad de vida (0-1 puntos)
- Impacto leve (2-5 puntos)
- Impacto moderado (7-12 puntos)
- Impacto considerable (13-18 puntos)
- Impacto muy considerable (19-30 puntos)

Nombre:
Dirección:

Fecha:

IDQOL
PUNTAJE

El objetivo de este formato es de registrar como ha estado la dermatitis de su niño.
Cada pregunta se refiere ÚNICAMENTE A LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor contestar cada pregunta.

Severidad de la Dermatitis

- | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|
| Durante la última semana, ¿qué tan severa cree usted que ha estado la dermatitis de su niño? | Extremadamente severa | ☐ |
| Ejemplo.-¿qué tan roja, escamosa, inflamada o extendida? | Severa | ☐ |
| | Regular | ☐ |
| | Bastante aceptable | ☐ |
| | Nada | ☐ |

Índice de Calidad de Vida

- | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Durante la última semana, ¿qué tanto ha sentido comezón o se ha rascado ? | Todo el tiempo | ☐ |
| | Mucho | ☐ |
| | Un Poco | ☐ |
| | Nada | ☐ |
| 2. Durante la última semana, ¿cómo ha estado el humor de su niño? | Siempre llorando/extremadamente | ☐ |
| | Difícil | ☐ |
| | Muy irritable | ☐ |
| | Ligeramente irritable | ☐ |
| | Feliz | ☐ |
| 3. Durante la última semana ¿aproximadamente cuánto tiempo en promedio le ha tomado dormir a su niño por la noche? | Más de 2 horas | ☐ |
| | 1 - 2 horas | ☐ |
| | 15 minutos - 1 hora | ☐ |
| | 0-15 minutos | ☐ |
| 4. Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en promedio Se despertó su niño durante la noche? | 5 horas o más | ☐ |
| | 3 - 4 horas | ☐ |
| | 1 - 2 horas | ☐ |
| | Menos de 1 hora | ☐ |
| 5. Durante la última semana ¿el eczema de su niño ha interferido con sus juegos ? | Muchísimo | ☐ |
| | Mucho | ☐ |
| | Poco | ☐ |
| | Nada | ☐ |
| 6. Durante la última semana ¿el eczema de su niño interfirió en que participara o disfrutara de actividades familiares ? | Muchísimo | ☐ |
| | Mucho | ☐ |
| | Poco | ☐ |
| | Nada | ☐ |
| 7. Durante la última semana ¿han habido problemas a la hora de comer de su niño a causa del eczema? | Muchísimo | ☐ |
| | Mucho | ☐ |
| | Poco | ☐ |
| | Nada | ☐ |
| 8. Durante la última semana, ¿han habido problemas con su niño causados por el tratamiento ? | Muchísimo | ☐ |
| | Mucho | ☐ |
| | Poco | ☐ |
| | Nada | ☐ |
| 9. Durante la última semana, ¿el eczema de su niño ha causado que vestirlo y desvestirlo sea incómodo ? | Muchísimo | ☐ |
| | Mucho | ☐ |
| | Poco | ☐ |
| | Nada | ☐ |
| 10. Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha sido el eczema de su niño para la hora del baño ? | Muchísimo | ☐ |
| | Mucho | ☐ |
| | Poco | ☐ |
| | Nada | ☐ |

Por favor revise que haya contestado cada pregunta.

© M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay Jan 2000

CUESTIONARIO DERMATOLOGICO DE CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS (CDLQI)

No. de hospital:

Diagnóstico

PUNTAJE

Nombre:

CDLQI

Edad:

Fecha:

Dirección:

El objetivo de este cuestionario es medir cuánto te ha afectado la enfermedad de tu piel, DURANTE LA ULTIMA 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 ☐
 Bastante ☐
 Poco ☐
 Nada ☐
2. Durante la última semana ¿qué tan **avergonzado, apenado, enojado o triste** te has sentido debido a la condición de tu piel?

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

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

Demasiado ☐
 Bastante ☐
 Poco ☐
 Nada ☐
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**?

- 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?

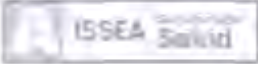
Demasiado ☐
 Bastante ☐
 Poco ☐
 Nada ☐
- 10. Durante la última semana, ¿qué tan molesto ha sido el **tratamiento** para tu piel?

Demasiado ☐
 Bastante ☐
 Poco ☐
 Nada ☐

Por favor revisa que hayas respondido a TODAS las preguntas. Muchas gracias.

M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mayo 1993. No debe reproducirse sin el permiso de los autores.

ANEXO B. Carta de asentimiento informado



Ciudad de México, a ____ de ____ de 20__

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO
[versión 1, fecha 30/03/2025]

Título de la investigación: Dermatitis Atópica. Calidad de Vida del Paciente Pediátrico

Número Registro:

Nombre del Investigador Principal: Dra. Elva Jeanett Aguado Barrera

Nombre de la persona que participará en la Investigación: _____

¡Hola! Nuestros nombres son Elva Jeanett Aguado Barrera, Cinthya Leticia Reyna López, Ana Karen Fernández Sánchez, Martín Eduardo Flores Munguía y Rodolfo Delgadillo Castañeda, trabajamos en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Actualmente estamos realizando una investigación para conocer la calidad de vida de los niños con dermatitis atópica y para ello queremos pedirte que nos ayudes.

1. ¿Tengo que hacerlo?

Tu participación en esta investigación es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en la investigación. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar ayudándonos en la investigación, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco tienes por qué hacerlo y te seguirán atendiendo en este hospital.

2. Tu participación consistiría en:

1. Responder unas preguntas sobre los síntomas y sentimientos con respecto a la Dermatitis Atópica y sobre otras enfermedades que padezcas
2. Permitir que el médico revise tus lesiones de la piel

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de investigadores y tus papás.

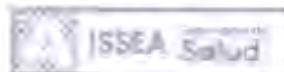
3. ¿Me va a doler?

No, no se hará ningún procedimiento que pueda producir dolor, solo es necesario que nos permitas realizar una exploración física de tus lesiones de la piel, siempre acompañado de tu familiar (mamá, papá o cuidador).

3. ¿Obtengo algo por participar en la investigación?

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN E INFORMACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Firma



No hay ninguna recompensa por participar en la investigación, sin embargo, con tu participación ayudas a que otros niños que padecen dermatitis atópica mejoren su salud. Así mismo, los resultados se los diremos a tus papás y pueden ayudarte a que tú también tengas mejor control de tu enfermedad y puedas realizar todas tus actividades diarias sin malestar.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, señala con una (✓), en el cuadrito donde dice No quiero participar y no escribas tu nombre,

☐ Sí quiero participar

☐ No quiero participar

Nombre: _____

"Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Se me ha leído la información y entiendo de qué se trata. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier situación importante que se presente durante la investigación se platicará conmigo.

Nombre, cargo y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Declaro que le he explicado al menor de edad de nombre _____ y edad de _____ años, la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que él o ella entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que el menor de edad ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del asentimiento. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador: _____

Firma _____

Nombre y firma del Padre o Tutor/ los Padres o Tutores: _____

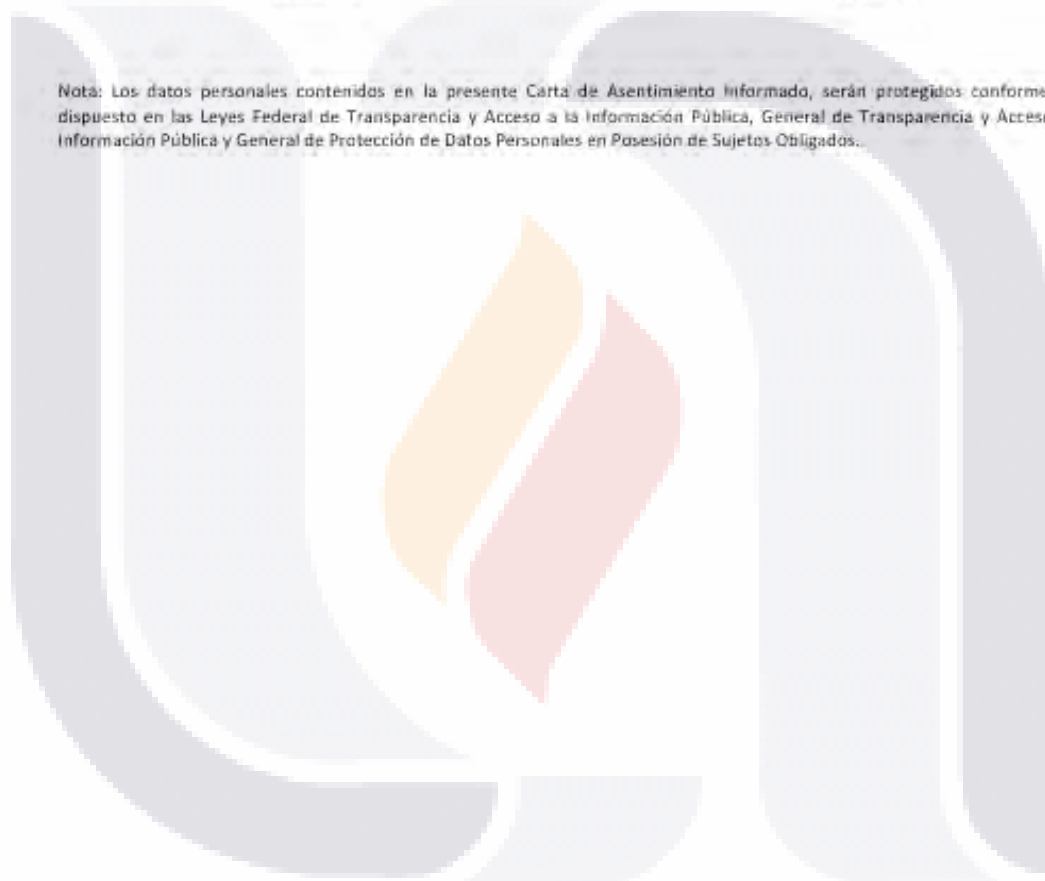


TESTIGOS

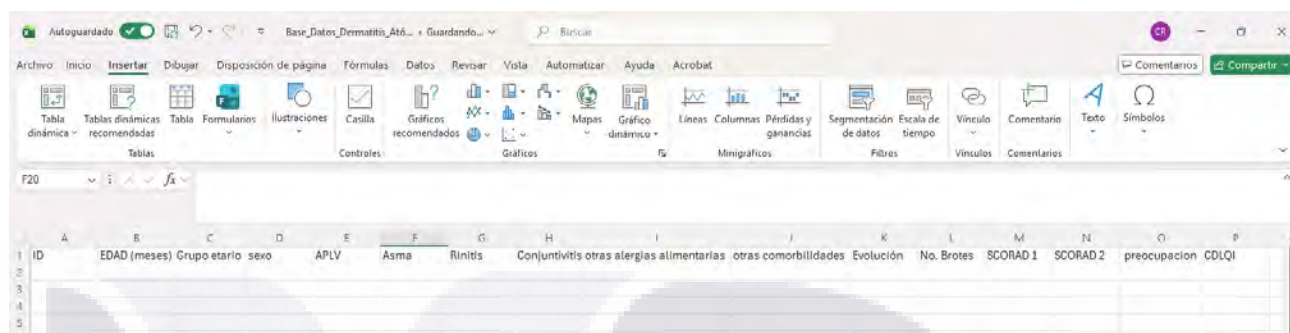
NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO
DOMICILIO

NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO
DOMICILIO

Nota: Los datos personales contenidos en la presente Carta de Asentimiento Informado, serán protegidos conforme a lo dispuesto en las Leyes Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.



ANEXO C. Formato Excel para la base de datos



ANEXO D. Consideraciones Éticas

El presente estudio se considera de riesgo mínimo, de acuerdo con la normatividad vigente, ya que se basa en la recolección de datos clínicos obtenidos durante la consulta médica habitual, sin realizar intervenciones adicionales.

La información recopilada fue manejada de manera confidencial y anónima, asignando un código a cada participante, con el fin de proteger su identidad. Los datos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación.

Previo a la inclusión de los participantes en el estudio, se obtuvo el asentamiento informado por escrito (Anexo B).

El estudio se realizó conforme a los principios éticos establecidos en las normas internacionales y de acuerdo con los dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Así mismo, el protocolo fue revisado y aprobado por el comité de ética correspondiente de la institución sede.