

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“Intensidad del Prurito y Calidad de Vida en Niños con Dermatitis
Atópica de 2 a 7 años en una Clínica de Lambayeque”**

Para obtener el Título Profesional de Médico(a) Cirujano(a)

Línea de Investigación: Enfermedades No Transmisibles

AUTORES

Díaz Salés, Eliana Polyta

Capuñay Capuñay, Miguel Angel

ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO

Dr. Mg. Winston Iván Maldonado Gómez

Lambayeque – Perú

2021

APROBADO POR:



Dr. Jorge Luis Sosa Flores

PRESIDENTE



Dr. Jorge Enrique Montenegro Pérez

SECRETARIO



Dra. Ingrid Rosa Quezada Nepo

VOCAL



Dr. Winston Iván Maldonado Gómez

ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO

ACTA DE SUSTENTACIÓN



124

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 019-2021-FMH-UNPRG

Siendo las 19:30 Horas del día 27 de mayo del 2021, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/bef-krog-the> los miembros de jurado evaluador designados por Decreto/Resolución N° 026-2021-UI-FMH de fecha 03 de Marzo del 2021 conformados por los siguientes docentes:

Presidente Dr. Jorge Luis Sosa Flores
Secretario Dr. Jorge Enrique Montenegro Pérez
Vocal Dra Ingrid Rosa Quetzada Nepo

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada:

" Intensidad del Prurito y calidad de Vida en niños con Dermatitis Atópica de 2 a 7 años en una Clínica de Lambayeque "

cuyo autor es el (los) bachiller (es):

Eliano Polyta Diáz Salés
Miguel Angel Capuñoy Capuñoy

Teniendo como Asesor Temático y Metodológico:

Dr. Winston Evarín Maldonado Gómez

El acto de sustentación fue autorizado por Decreto N° 126 2021 -VIRTUAL-UI-FMH de fecha 25 de Mayo del 2021

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 18 (Dieciocho) en escala vigesimal y 90 (Noventa) en la escala centesimal Nivel: Muy Bueno

Por lo que queda APTO para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 20:35 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.

Dr. Jorge L. Sosa Flores
PRESIDENTE

Dr. Jorge E. Montenegro Pérez
SECRETARIO

Dra. Ingrid R. Quetzada Nepo
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CERTIFICADO: Que, esta copia tiene el mismo tenor que su original.

NOTA: Se Legaliza el Documento sin alterar el contenido.

Lambayeque, 27 de Mayo del 2021

Dr. Juan Humberto Giles Añi
C.M.P. 11585 R.N.E. 8386
SECRETARIO VICENTE
FEDATARIO

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Eliana Polyta Díaz Salés y Miguel Angel Capuñay Capuñay investigadores principales y Dr. Mg. Winston Iván Maldonado Gómez asesor del trabajo de investigación “Intensidad del Prurito y Calidad de Vida en Niños con Dermatitis Atópica de 2 a 7 años en una Clínica de Lambayeque”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 20 de mayo del 2021



Eliana Polyta Díaz Salés
Investigador principal



Miguel Angel Capuñay Capuñay
Investigador principal



Dr. Mg. Winston Iván Maldonado Gómez
Asesor

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi abuelita que está en el cielo, mi mamá Polita, que siempre me cuida y sigue siendo una motivación en mi vida para lograr ser una mejor persona cada día. También a mis padres, María y Segundo, que siempre me brindan su apoyo incondicional en las decisiones que tomo y me alientan a seguir adelante. A mis hermanos, Melissa y Harold, que son un ejemplo para mí, en la constancia y esfuerzo que ponen cada uno en sus profesiones. Y a todas las personas que me apoyaron durante este tiempo, por su comprensión y cariño.

Eliana Polyta Díaz Salés

Dedico el presente trabajo a Dios que me guía siempre, a mis padres Margarita y Pedro que me inculcaron lo mejor de cada uno de ellos, me ayudaron a forjarme un futuro y son mi fortaleza para continuar luchando, a mi hermano Jean Carlos, por ser mi ejemplo de constancia y dedicación, por sus palabras que me motivan cada día, a mi tía Josefa que siempre está a nuestro lado y nos impulsa a continuar y a mis amigos de toda la vida que enriquecen mi vida y me ayudan a sobrellevar los obstáculos que se me presentan.

Miguel Angel Capuñay Capuñay

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por permitirnos llegar a realizar nuestros anhelos, a nuestros familiares por ayudarnos a sobrellevar esta larga carrera, sin su ayuda nada pudo ser posible.

A nuestros docentes de la Facultad de Medicina Humana de la UNPRG por inculcarnos los conocimientos necesarios para realizar la presente investigación, pero en especial al Dr. Mg. Winston Iván Maldonado Gómez por su confianza, su constante apoyo en el desarrollo del trabajo, y sus enseñanzas que nos permiten enriquecer nuestra carrera.

A nuestra compañera Jomara, por sus apoyo incondicional y desinteresado, durante la realización de nuestro trabajo de investigación. Gracias por compartir tus conocimientos, que nos ha permitido culminar con éxito nuestro estudio.

A la Clínica del Pacífico – Chiclayo por concedernos el permiso para poder captar nuestros pacientes para nuestra investigación y a los padres de familia que participaron en la investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	15
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
1.2 BASE TEÓRICA.....	20
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES.....	23
1.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES.....	25
2.1 MÉTODOS.....	25
2.1.1. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS/ PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	25
2.2 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS	26
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
3.1 RESULTADOS	30
3.2 DISCUSIÓN.....	38
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	42
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	44
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la intensidad de prurito en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica. (ISS-LIS modificada) en la Clínica del Pacífico en Mayo del 2021	32
Tabla 2. Características de la Calidad de Vida en niños menores de 4 años con Dermatitis Atópica(IDQOL) en la Clínica del Pacífico en Mayo del 2021.....	33
Tabla 3. Características de la Calidad de Vida en niños igual o mayor de 4 años con Dermatitis Atópica (CDLQI) en la Clínica del Pacífico en Mayo del 2021.....	34
Tabla 4. Puntuaciones de Intensidad de Prurito y Calidad de Vida en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico en Mayo del 2021.....	35
Tabla 5. Relación entre la intensidad del prurito y la calidad de vida en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico en Mayo del 2021.....	36
Tabla 6. Coeficiente de relación entre la intensidad del prurito y la calidad de vida, según IDQOL y CDLQI en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico en Mayo del 2021.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Prurito y Calidad de Vida en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.....	37
Gráfico 2. Prurito y Calidad de Vida según IDQOL y CDLQI con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.....	37

RESUMEN

Objetivo: Establecer la correlación entre intensidad del prurito medida con la escala ISS-LIS modificada y calidad de vida en niños con dermatitis atópica de 2 a 7 años medidas con las escalas IDQOL y CDLQI en la Clínica del Pacífico en Lambayeque.

Materiales y Métodos: Estudio Correlacional Prospectivo, se captaron 46 niños entre 2 a 7 años con dermatitis atópica, en consultorio externo de dermatología de la Clínica del Pacífico en Lambayeque, se aplicó la escala ISS-LIS modificada para determinar la intensidad del prurito y los cuestionarios para calidad de vida: IDQOL para niños menores de 4 años y CDLQI para aquellos mayores o iguales a 4 años. **Resultados:** El 43.47% fueron niños menores de 4 años y el 56.53% mayores o iguales a 4 años, la edad media fue 4.5 años. Con respecto a la escala ISS-LIS modificada, el 84.7% tuvo problemas para conciliar el sueño, 78.3% despiertan debido al prurito, el 58.7% de los niños se muestran irritables debido a la picazón, y el 41,3% presenta picazón de una a varias veces al día con una intensidad moderada. Se encontró un efecto moderado en la calidad de vida global con un 32.6%, mostrando similares resultados en la escala IDQOL con 40% en niños menores de 4 años, pero si se observa la afectación sobre la calidad de vida en la escala CDLQI solo generó un pequeño efecto con 34.6% en niños mayores e iguales a 4 años. Así mismo se encontró que la correlación es fuerte entre ambas variables ($r=0.563$), siendo estadísticamente significativa ($p<0.001$).

Conclusiones: Se concluye que la Intensidad de Prurito y la Calidad de vida se encuentran correlacionadas de manera directa o positiva es decir a medida que aumenta la puntuación de Intensidad de Prurito aumenta la puntuación de la Calidad de vida, por lo que se encontró que la correlación es fuerte entre ambas variables, siendo estadísticamente significativa.

Palabras Claves: Dermatitis atópica, prurito, calidad de vida. (DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: Set the correlation between intensity of pruritus measured with the ISS-LIS modified scale and quality of life in children with atopic dermatitis aged 2 to 7 years measured with the IDQOL and CDLQI scales at the Pacific Clinic in Lambayeque.

Materials and methods: Prospective Correlational study, 46 children between 2 to 7 years old with atopic dermatitis, captured in the dermatology consulting room of the Pacific Clinic in Lambayeque, the ISS-LIS modified scale was applied to determine the intensity of the pruritus and the quality questionnaires of life: IDQOL for children under 4 years of age and CDLQI for those over or equal to 4 years of age. **Results:** 43.47% were children under 4 years of age and 56.53% were older than or equal to 4 years, the mean age was 4.5 years. Regarding the ISS-LIS modified scale, 84.7% had problems falling asleep, 78.3% wake up due to itching, 58.7% of the children are irritable due to itching and 41.3% present itching from one to several times a day with a moderate intensity. A moderate effect on global quality of life was found with 32.6%, showing similar results on the IDQOL scale with 40% in children under 4 years of age. But if the effect on quality of life is observed in the CDLQI scale, it only generated a small effect with 34.6% in children older than and equal to 4 years. Likewise, it was found that the correlation is strong between both variables ($r = 0.563$), being statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusions: It is concluded that pruritus intensity and quality of life are directly or positively correlated, that is, as the Pruritus Intensity score increases, the quality of life score increases. Likewise, it was found that the correlation is strong between both variables, being statistically significant.

Keywords: Atopic dermatitis, pruritus, quality of life. (MeSH)

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, intensamente pruriginosa, recurrente, de aparición frecuente durante la infancia temprana y la niñez, pero puede mantenerse o iniciar en la adultez(1).

Es una afección propia de la infancia y después decrece en su prevalencia e intensidad. Su inicio es al año de vida en el 60% de los pacientes, exactamente durante los primeros seis meses, a los 5 años en el 85% y un 10% posterior a los 7 años(2). Afecta al 10-20% de los niños en países desarrollados(3) y predominante en el sexo femenino de 2/1(1).

La prevalencia de las patologías alérgicas en la infancia se ha acrecentado notablemente en los países desarrollados en las últimas 3 décadas(4); en Estados Unidos, Europa y Asia varía entre 7 al 24%(2,4-7), a nivel de Latinoamérica, usando el cuestionario ISSAC se evidenció la prevalencia en México de 10,1% y en Cuba fue 22.2 % en niños de 6 a 10 años(8); y en otros países fue 11.3%. A nivel nacional, se obtuvo 12.8% en Lima(9) y en Lambayeque fue 15.4% (10).

La clínica principal es el prurito cutáneo y el eccema sobre una base de piel seca (xerosis cutánea), cursando crónicamente o en brotes; asociado a los antecedentes de atopia, debemos mencionar que no hay lesión cutánea característica de la patología. Las lesiones varían en su morfología según en la fase del eccema (aguda, subaguda y crónica), y en su distribución, dependiendo de la edad del paciente (lactante, infantil y del adulto)(2).

El aumento de severidad del prurito tiene una relación directamente proporcional a la gravedad de la dermatitis atópica en los pacientes pediátricos e incrementa la afectación en la calidad de vida referente a salud y la prevalencia de las enfermedades mentales(11).

Dicha enfermedad genera impacto en la esfera psicosocial de los pacientes y sus familias, ya que tienen un alto riesgo de desarrollar trastornos de hiperactividad y déficit de atención a los 10 años de edad, y si además asocian problemas en el sueño, desarrollan frecuentemente trastornos emocionales y de conducta, que sumado a los altos niveles de estrés y ansiedad exacerbaban más los síntomas de la dermatitis atópica, fisiopatológicamente a través de neuropéptidos como la sustancia P o el neuropéptido Y(4).

La dermatitis atópica constituye un incremento en la demanda económica en las familias como en los sistemas de salud(12). En un estudio ejecutado en Alemania, el promedio en costos económicos es de 123 euros por paciente durante un episodio de dermatitis atópica, y anual es de 1.425 euros, variando entre leves y graves en 956 y 2.068 euros respectivamente(13). Otra investigación realizada en infantes del Reino Unido encontró costos anuales de 79,59 libras esterlinas por persona, designando el mayor porcentaje a las consultas realizadas por el sistema nacional de salud (28,62 libras/niño/año) y a las prescripciones (22,03 libras/niño/año), correspondiendo el 76 % de los costos a emolientes y productos de higiene y baño(14). Y en un estudio en EE.UU. comparó los costos obteniendo una media de 219 dólares por persona al año en dermatitis atópica; 627 dólares, en asma y 57 dólares, en rinoconjuntivitis(15).

Por todo lo mencionado, lograr un óptimo control de la dermatitis atópica es de suma importancia, especialmente durante la infancia y niñez, permitiendo así su normal desarrollo personal y social(4), es por lo que creemos importante realizar la investigación en torno a esta patología y las repercusiones que representa.

En este presente trabajo se plantea la hipótesis, que a mayor intensidad de prurito existe mayor afectación en la calidad de vida de los niños con dermatitis atópica.

Para probar la hipótesis, se tiene como objetivo principal: Establecer la correlación entre la intensidad del prurito medida con la escala ISS-LIS modificada y calidad de vida en niños con dermatitis atópica de 2 a 7 años medidas con las escalas IDQOL y CDLQI en la Clínica del Pacífico en Lambayeque en Mayo del 2021.

Además como objetivos específicos:

1. Evaluar la intensidad de prurito en niños con dermatitis atópica de 2 a 7 años medida con la escala ISS-LIS modificada en la Clínica del Pacífico en Lambayeque en Mayo del 2021.
2. Evaluar la calidad de vida en niños con dermatitis atópica de 2 a 7 años en la Clínica del Pacífico en Lambayeque en Mayo del 2021 utilizando las escalas IDQOL para menores de 4 años y CDLQI a partir de 4 años.

La dermatitis atópica, por lo tanto, es un problema de salud mundial que genera altos costos de tratamiento, deterioro de la calidad de vida y tiene una carga de enfermedad comparable a otras enfermedades crónicas (epilepsia, diabetes mellitus y fibrosis quística)(3,16); razón por la cual, se elige esta patología como tema de investigación.

Además, la dermatitis atópica se presenta en el 50% de los atópicos a la edad de dos años y 80%, a la edad de cinco años; asimismo a los siete años con el inicio de la alergia respiratoria, se pierde la atopia cutánea(17). Estos estudios determinaron que se dirija la investigación al rango de 2 a 7 años de edad.

Además el prurito propio de esta enfermedad, conlleva a estrés y alteración del sueño, afectando el bienestar de los niños y su calidad en su desarrollo adolescente(18,19).

He aquí la importancia de conocer la intensidad del prurito y la afectación en la calidad de vida en la población pediátrica lambayecana con dermatitis atópica, especialmente en menores de 7 años, ya que no se ha realizado estudios en la región sobre dicho tema; y sumado a investigaciones futuras sobre el tema, conseguir un mejor control de la dermatitis atópica, permitiendo así en los niños un normal desarrollo personal y social(4).

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Alanne S et al.(18) en un estudio prospectivo en Turku, en el 2011, Finlandia en 134 lactantes desde su nacimiento hasta los 24 meses, que tenían historia familiar alérgico (madre, padre o hermano mayor). A las edades de 6, 12 y 24 meses, se realizó el examen clínico a los niños y sus padres completaron un cuestionario (índices de calidad de vida de bebés y niños pequeños- IDQoL). Se dividió en dos grupos: niños sanos y aquellos con dermatitis atópica, obteniéndose los siguientes resultados: Las puntuaciones del IDQoL de los lactantes con dermatitis atópica fueron 4,15 (DE 2,96), 3,89 (DE 3,62) y 3,23 (DE 2,71) a los 6, 12 y 24 meses respectivamente; y que la calidad de vida fue significativamente más pobre en los bebés con dermatitis atópica que los niños sanos a las edades de 6 meses ($p < 0,001$, IC 95%; 0,84 - 0,21) y 12 meses ($p = 0,01$, IC 95%; 0,71 - 0,095); pero que no hubo diferencia a los 24 meses ($p = 0,28$, IC 95%; 0,59 - 0,17). Las principales alteraciones fueron picazón, rascado y alteraciones del sueño a los 6 y 12 meses y dificultades de tratamiento a los 6 meses. Además los niños con dermatitis atópica asociada con alergia alimentaria tenían una calidad de vida significativamente más pobre ($p = 0,005$) a los 12 meses en comparación con aquellos con dermatitis atópica pero sin alergia alimentaria.

Sur M et al.(20) realizaron un estudio analítico observacional en Rumania, en el 2020, en 64 pacientes diagnosticados con dermatitis atópica de 3 meses a 16 años, dividiéndose en 3 grupos etarios, 3 meses a 4 años, 5 a 9 años y 10 a 16 años en quienes se evaluaron los índices de calidad de vida (IDQoL y CDLQI); además, la correlación de estos índices con la gravedad de dermatitis atópica (índice SCORAD). Se obtuvieron los siguientes resultados: en los índices de calidad de vida, el grupo más afectado fue de 5-9 años (puntuación media $19,46 \pm 5,5$), seguido de 10-16 años (puntuación media $16,53 \pm 5,83$) y de 0 -4 años (puntuación media fue de $14,75 \pm 6,64$). La correlación más significativa se observó entre los puntajes CDLQI y SCORAD en los 5-9 años grupo de edad (0,89) y correlación moderada en los otros 2 grupos de edad (0-4 años, 0,59 y 10-16 años, 0,43).

Chernyshov P et al.(21) en un estudio descriptivo, en 5 países (europeos y asiáticos), en el 2016, en 72 pacientes de 5 a 16 años con dermatitis atópica (36 niños, 36 niñas), encontraron que en el ítem sobre la vergüenza debido a su piel en CDLQI, fue significativamente más alto en mujeres que en los varones ($0,78 \pm 0,93$ para los niños y $1,14 \pm 0,93$ para las niñas, $P < 0,05$). Dos ítems en CDLQI en niños (sobre prurito $r = 0,60$, $P < 0,01$ y vergüenza debido a su piel $r = 0,41$, $P = 0,01$) y cinco ítems en niñas (vergüenza debido a su piel $r = 0,39$, $P = 0,02$; amistades $r = 0,45$, $P < 0,01$; prurito $r = 0,59$, $P < 0,01$; afectado pasatiempos $r = 0,45$, $P < 0,01$ y afectado hacer deporte $r = 0,43$, $P < 0,01$) se correlacionaron significativamente con la gravedad de la dermatitis atópica. El ítem sobre el sueño se correlacionó significativamente con la edad de los niños ($r = 0,38$, $P = 0,02$) y el ítem sobre trabajo escolar / vacaciones con la edad de las niñas ($r = 0,59$, $P < 0,01$).

Weisshaar E et al.(22) en un estudio de ensayo clínico aleatorizado controlado, prospectivo, en Alemania, en el 2008, en 823 participantes entre niños (0 a 12 años) y adolescentes(13 a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica. Estudiaron si la gravedad del prurito obtenida en la puntuación de la dermatitis atópica (SCORAD) se correlaciona con la calidad de vida y el comportamiento de afrontamiento en los niños y padres. El comportamiento de afrontamiento de los padres en relación al prurito se correlacionó mucho más en niños de 0 a 7 años ($r = 0,19-0,28$) que en los de 8-12 años ($r = 0,13-0,18$). La correlación entre el SCORAD objetivo (extensión y severidad) y la intensidad del prurito subjetivo mostró correlaciones positivas significativas en un grado bajo, y las correlaciones de prurito caracterizándose en “insomnio” con Dermatitis Atópica en niños de 0 a 7 años $r=0.450$ ($p<0.001$).

Kim D et al.(23) en un estudio descriptivo en Corea, en el 2012, en 415 pacientes (107 sólo con dermatitis atópica y 308 asociados a otra atopia) , se evaluó la gravedad de la enfermedad (SCORAD) y la calidad de vida en niños menores de 5 años(IDQOL), de 5 a 16 años(CDLQI) y mayores de 16 años(DLQI); encontrándose que en IDQOL las variables que impactaron más negativamente en la calidad de vida fueron “picor y rascado” (media \pm DE: $1,6 \pm 0,8$), “estado de ánimo del niño” ($1,2 \pm 0,8$) y “Tiempo para que el niño se duerma” ($1,0 \pm 0,7$), mientras que el de menor puntaje fue “problemas causados por el tratamiento” ($0,3 \pm 0,6$). En CDLQI las puntuaciones más altas fueron “picazón, picazón, dolor o dolor” ($1,7 \pm 0,7$), “problema de sueño” ($1,0 \pm 0,9$) y “vergüenza, cohibición, malestar o triste por

la piel” ($0,9 \pm 0,9$), mientras que la variable con menor puntuación fue “insultar, burlarse, intimidar, hacer preguntas o evitar” ($0,4 \pm 0,7$). La correlación entre SCORAD y calidad de vida (IDQOL, CDLQI) fue significativa, siendo de 0-4 años $r_s=0.596$, $P < 0,001$ (asociado a otra atopía: 0.413 , $P = 0,007$; sólo dermatitis atópica: 0.807 , $P < 0,001$) y de 5 -16 años $r_s= 0.365$, $P < 0,001$ (asociado a otra atopía: 0.381 , $P < 0,001$; sólo dermatitis atópica: 0.312 , $P = 0,039$).

Alzolibani A(24) en un estudio descriptivo transversal, en Arabia Saudita, en el 2014, en 630 pacientes (332 sólo con dermatitis atópica y 298 asociado a otras atopías) de 0 a 4 años, se valoró el índice SCORAD y la calidad de vida (IDQOL). Se concluyó el que 53,5% de los niños presentaba dermatitis atópica leve (SCORAD <15), el 31,6% moderada (SCORAD 16-40) y el 14,9% grave (SCORAD 41-103). Además se observó que el valor más alto de la puntuación de IDQoL estaba en el grupo grave ($p = 0,000$ para grupos leves versus moderados y severos, y $p = 0,02$ para el grupo moderado versus grave) y la correlación entre SCORAD y IDQOL fue significativamente positiva (valor $r = 0,596$ en el total de casos, $p = 0,000$). Además las puntuaciones más altas del cuestionario IDQoL fueron: “picazón y rascado”, “estado de ánimo del niño” y “tiempo para lograr que el niño dormir”, y la puntuación más baja fue “problemas causados por el tratamiento” siendo significativamente más alto en el grupo grave comparándolo con los grupos moderado y leve respectivamente (pags- valor $0,001$ o $0,000$). No se presentó diferencias significativas en las puntuaciones medias de IDQOL comparando pacientes con sólo dermatitis atópica, con aquellos que asociados con otra enfermedad atópica ($p = 0,79$).

Sánchez J et al.(11) en un estudio descriptivo prospectivo, en España, en el 2011, en 151 pacientes pediátricos de 2 a 17 años con dermatitis atópica de más de un año de evolución, dónde se utilizó los cuestionarios de escala de severidad del prurito (ISS) y CDLQI. Este estudio dio como resultados: la puntuación del ISS aumenta con el grado de severidad de la enfermedad ($p < 0,05$); el 79% presentaban dificultad para conciliar el sueño y 63 % despiertan debido al prurito. Al analizar las puntuaciones del CDLQI según las categorías preestablecidas para definir la afectación de la enfermedad en la vida de los pacientes, se obtiene que en el 10,6% de los niños la DA no tiene afectación en la vida, en el 33,3% tiene un efecto mínimo, en el 34,1% un efecto moderado, en el 18,2% un efecto muy importante y en el 3,8% un efecto extremadamente importante. En población pediátrica se obtuvo un

coeficiente de correlación entre la puntuación global del ISS y la puntuación global del CDLQI de 0,69.

Campos A et al.(25) realizaron un estudio descriptivo transversal en Brasil, en el 2017, en 51 pacientes de 5 a 16 años y sus tutores, a los que se les aplicaron dos cuestionarios sobre la calidad de vida (CDLQI) e Impacto familiar de dermatitis (DFI), y para evaluar la gravedad de dermatitis atópica utilizaron el índice SCORAD. Se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto al CDLQI se encontró que un 45% generaba un pequeño efecto en la calidad de vida, en segundo lugar, un 23.5% no presentó efecto y un 21.6% un efecto moderado. Los instrumentos (CDLQI y DFI) por la correlación de Pearson mostró la existencia de correlación positiva y moderada ($r = 0,619$; $p < 0,001$) entre las puntuaciones de ambos instrumentos. (CDLQI y SCORAD) se realizó mediante correlación lineal de Pearson, lo que resultó en $p < 0,001$, certificando la existencia de correlación positiva y moderada ($r = 0,680$) entre puntuaciones de los instrumentos CDLQI y SCORAD. Además que puntaje el CDLQI promedio era más alto para los niños más pequeños en comparación con los niños mayores.

Alvarenga T, Caldeira A(26) en un estudio observacional en Brazil, en el 2009, en 42 niños con dermatitis atópica y 44 de control con otro tipo de dermatosis (dermatomycosis, impétigo, molusco contagioso, verruga vulgar y trastornos de las glándulas sudoríparas); se evaluó la correlación entre el IDQOL y la gravedad de la dermatosis según la evaluación dermatológica (EASI) y la correlación entre EASI y el impacto de la dermatitis atópica en la familia según la DFI. Dando los siguientes resultados: $r = 0.219$ (EASI x IDQOL) y $r = 0.337$ (EASI x DFI). También se concluyó que los pacientes en su mayoría tenían formas leves de dermatosis, con puntuaciones < 20 (media de 9,2). Además, los cuestionarios IDQOL para dermatitis atópica revelaron que los ítems más afectados fueron: el picor (media \pm DE: $1,62 \pm 0,70$), los cambios de humor ($1,05 \pm 0,66$), los problemas con el tratamiento ($1,10 \pm 0,66$); y menos afectados: participación en actividades familiares y el tiempo que tardaban en poder irse a dormir. Las puntuaciones más altas en la escala DFI se relacionaron con los costes de la enfermedad ($1,24 \pm 0,62$).

Ramirez R et al.(27) en un estudio observacional descriptivo transversal en Colombia, en el 2018, en 28 pacientes pediátricos con dermatitis atópica, que contestaron al índice IDQOL; encontrándose una mediana en IDQOL en los pacientes pediátricos con monitorización ($n =$

18) de 6.5 puntos; 75 % de las puntuaciones del IDQOL en los niños que acudían a su primera consulta en el servicio de alergología (n = 10) fue ≤ 16 puntos. Además se halló una correlación moderada entre la severidad del de las lesiones dérmicas y los valores del IDQOL ($r= 0.537$, $p = 0.003$). De estos resultados se concluyó que los niños que asistían a monitorización y tenían tratamiento, presentaron puntuaciones del IDQOL menores a las de los niños que acudían por primera vez al especialista. Este estudio recalca la importancia de educar a los padres sobre el cuidado y manejo de la enfermedad, lo que permite disminuir la severidad y el deterioro de la calidad de vida de sus niños.

Flores D et al.(28) en un estudio analítico transversal, tipo validación de instrumento, en Perú, en el 2018, la validación estuvo a cargo de 5 expertos y fue aplicado en 39 pacientes con dermatitis atópica de 2 a 7 años. El instrumento que se validó se basó en 2 cuestionarios: ISS pediátrico y LIS, generando un cuestionario de 9 ítems. Los resultados fue un coeficiente de Kendall de 0.63, validez de contenido y constructo fue evaluado por análisis factorial, obteniéndose dos dimensiones que dieron explicación al 60% de la variancia. La confiabilidad con un alfa de Cronbach =0.82 y la consistencia interna = 0.84 y 0.60 para cada dimensión. Por lo tanto, se concluyó que el instrumento ISS-LIS modificado es válido, confiable y bidimensional para hallar la severidad del prurito en niños con dermatitis atópica.

1.2 BASE TEÓRICA

La dermatitis atópica (DA) es definida por la Guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) como una enfermedad inflamatoria crónica pruriginosa, desarrollada en los primeros años de vida, de curso intermitente y multifactorial(29,30), afecta principalmente en la infancia, sin embargo puede persistir o iniciarse en el adulto (30). En la mayoría de los casos se presentan el 45% dentro de los primeros 6 meses, el 60% durante el primer año y el 85% antes de los 5 años(31).

Aunque la dermatitis atópica prevalece en países de elevados ingresos, continúa incrementándose en los países con ingresos bajos y medios (32).

Existen diversos factores que pueden provocar, desencadenar o agravar la dermatitis atópica; entre los cuales tenemos: la dieta, microorganismos y factores ambientales (33). Está en discusión el rol de la dieta dentro de las causas de esta enfermedad, ya que los alimentos relacionados con esta patología incrementaron su tolerancia en años posteriores (34); en cambio, microorganismos como *Staphylococcus aureus* y *Malassezia furfur* a través de mecanismos mediados por IgE favorecen la evolución de DA ,produce diversas exotoxinas que inducen hipersensibilidad tipo I(35).

Esta interrelación de factores favorece las respuestas de células T en la piel con la liberación resultante de quimiocinas y citocinas proinflamatorias (a saber, TSLP e IL-4) que promueven producción de inmunoglobulina E (IgE), inflamación cutánea y sistémica, y niveles elevados de IL-31 que provocan prurito severo(36).

La dermatitis atópica se caracteriza por episodios agudos de lesiones pruriginosas eccematosas o supurantes sobre piel seca. Las lesiones crónicas incluyen parches rojos o parduscos de piel seca, agrietada o escamosa con liquenificación y nódulos de prurigo. La picazón, sobre todo nocturna, provoca alteración del sueño y fatiga, y afecta la salud mental(3,37,38).

El prurito, o picazón, es el síntoma dermatológico predominante y es un desafío terapéutico en el manejo, ya que la DA afecta al 8% -20% de los niños en todo el mundo(32).

La fisiopatología precisa del prurito asociado a la DA como una vía distinta y compleja se encuentra bajo investigación activa. Se sabe que la patogenia de los trastornos cutáneos

agravados por el estrés, como la EA, implica neuropéptidos con actividad tanto a nivel dérmico como cerebral(39,40). El prurito puede estar mediado por diversos estímulos inflamatorios y no inflamatorios, que incluyen histamina, proteasas, péptido liberador de gastrina (GRP), opiáceos, sustancia P e interleucina 31 (IL-31)(41). Los receptores específicos del prurito desempeñan un papel en la transmisión del prurito tanto en el sistema nervioso central (receptor GRP, receptor de neuroquinina 1) como en las fibras C sensoriales localizadas en la epidermis [Miembro A del receptor acoplado a proteína G relacionado con Mas (MRGPRA) y oncostatina M Receptor Beta (OSMR-beta)](42).

El desarrollo de las lesiones cutáneas de la DA está determinado por la expresión tisular local de citocinas proinflamatorias y quimiocinas, ya que desempeñan una función importante en la definición de la naturaleza de este infiltrado inflamatorio en la DA(43).

La mayoría de los pacientes pediátricos son remitidos a un dermatólogo solo cuando la DA es grave o refractaria a los tratamientos de primera línea. De manera similar, la evaluación del impacto psicológico de la DA rara vez se realiza o busca la asistencia psiquiátrica oportuna en el tratamiento habitual. Sin embargo, cuando no se logra un inmediato alivio y eficaz de los síntomas, la prolongación de los mismos y la progresión patológica a una etapa más grave de la DA afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y de las personas dedicadas a su cuidado(19).

El diagnóstico de Dermatitis Atópica se basa en la clínica, teniendo en cuenta antecedentes, morfología, distribución de las lesiones cutáneas y signos clínicos asociados(29,44,45), Hanifin JM y Rajka RG propusieron una serie de criterios mayores y menores con el fin de homogenizar el diagnóstico de dermatitis atópica para la práctica clínica y son los más usados en la población pediátrica(46). El grupo de trabajo de Reino Unido simplificó los criterios mencionados para el diagnóstico de dermatitis atópica(44).

Entre los cuestionarios usados en dermatitis atópica para identificar gravedad de lesiones, prurito y la repercusión en la calidad de vida, tenemos: SCORAD, ISS, IDQOL y CDLQI respectivamente.

El Itch Severity Scale (ISS) es un cuestionario que evalúa la intensidad del prurito objetivamente y permite observar la repercusión que este tiene en el paciente; además, dicho instrumento también favorece la evaluación de la efectividad del tratamiento y realizar

comparaciones entre grupos poblacionales. Dado la utilidad que esta herramienta podía significar en la práctica médica o en la investigación, se planteó el estudio PSEDA para la adaptación cultural y validar el cuestionario ISS en población pediátrica española y adulta con dermatitis atópica (47). A nivel de región Lambayeque, Flores D. et al.(28) realizó una validación de la escala ISS y LIS para niños de 2 a 7 años con dermatitis atópica.

El índice SCORAD fue diseñado por la European Task Force on Atopic Dermatitis como un instrumento para la valoración de la severidad de la enfermedad (48).

El cuestionario (IDQOL) The Infants Dermatology Quality of Life Index fue creado por Lewis-Jones, Finlay y Dykes en el año 2001. Dicho instrumento contiene 10 preguntas relacionadas con el estado emocional, las actividades (alimentación, sueño, recreación), y el tratamiento del niño con DA menor de cuatro años. Las respuestas se refieren a la última semana, y el puntaje va del 0 al 30, a mayor puntaje mayor es la afección en la calidad de vida. El IDQOL es usado en 18 países y ha sido traducido a 21 idiomas; más de 31 estudios han reflejado sus cualidades psicométricas, confiabilidad, consistencia interna, validez, y respuesta al cambio(49). Una investigación realizado en México tradujo y adaptó culturalmente el IDQOL al español, de la misma forma demostró su validez y confiabilidad, al medir su consistencia interna y compararla con el SCORAD(50).

El cuestionario Children's Dermatology Life Quality Index o Índice de calidad de vida en dermatología infantil (CDLQI) está diseñado para su uso en niños, es decir, pacientes de 4 a 16 años de edad. Se explica por sí mismo y se puede entregar fácilmente al paciente a quien se le pide que lo complete con la ayuda de los padres o cuidador(51).

El DLQI y IDQOL son los instrumentos de calidad de vida más empleados en la DA, teniendo en cuenta los diferentes dominios de la enfermedad, en particular los signos y síntomas; calidad de sueño; desempeño laboral y bienestar social y emocional; cuantificar los diferentes aspectos de la carga individual de DA en un entorno del mundo real(52–54).

El tratamiento se dirige a calmar los síntomas, disminuir la gravedad y la duración de las exacerbaciones agudas, además de proteger y mantener la barrera cutánea. Es por esto que los pilares del tratamiento son la hidratación óptima en la piel, manejo de las erupciones y evitar los factores que exacerbaban la patología(19). Existe un enfoque escalonado según

Akdis(55), que inicia con el manejo de alérgenos alimentarios y ambientales junto con el uso de emolientes, seguido de corticoides tópicos que siguen siendo los medicamentos de elección para el tratamiento.

Con respecto a la medidas preventivas y educativas a realizar en los pacientes, se han descrito programas de formación y educación sobre la DA específicos para el prurito diseñados para fomentar estrategias activas de afrontamiento (es decir, manejo del estrés, relajación, manejo de los trastornos del sueño, manejo de la picazón y el rascado, adherencia a la rutina del cuidado de la piel) entre pacientes pediátricos y cuidadores y pueden mejorar significativamente las características clínicas y la calidad de vida(18,56–59).

Los programas educativos, además tienen como objetivo mejorar el conocimiento de la enfermedad y los riesgos que puede generar la misma. La implementación efectiva de programas como este, puede restaurar la dinámica familiar, incrementar la capacidad de afrontamiento del paciente y la familia y reducir significativamente el efecto de la dermatitis atópica infantil en la calidad de vida(19).

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **CALIDAD DE VIDA EN DERMATITIS ATÓPICA:** Grado de afectación en las condiciones de vida del paciente con DA, según las siguiente escalas: Índice de calidad de vida en dermatología en infantes (IDQOL) que abarca hasta menores de 4 años e índice de calidad de vida en dermatología en niños (CDLQI) que abarca desde los 4 a los 16 años. La interpretación dependiendo del puntaje es: 0-1:sin efecto, 2-6 = efecto pequeño, 7-12 = efecto moderado, 13-18 = efecto muy grande, 19-30 = efecto extremadamente grande (50,51).
- **INTENSIDAD DEL PRURITO:** De acuerdo a la Escala de severidad de prurito en niños con dermatitis atópica (ISS-LIS modificada) de dos años de edad a más. Se considera prurito leve cuando se obtenga un puntaje de 9-18, moderado: 19-27 y severo: 28-36(28).

1.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDIDAS	TIPOS DE VARIABLE SEGÚN NATURALEZ A	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Puntaje de Calidad de vida en dermatitis atópica	PSICOSOCIAL	Escala IDQOL Escala CDLQI	Puntaje de escalas: ✓ IDQOL: <4 años ✓ CDLQI: 4-16 años Puntaje: 0-30 puntos	Cuantitativo	Intervalo	Puntaje de IDQOL (Anexo N°2) y CDLQI(Anexo N°3)
Puntaje Intensidad del prurito	CLÍNICA	Prurito	Puntaje de escala: 9-36 puntos	Cuantitativo	Intervalo	Puntaje de ISS-LIS modificada (Anexo N° 4)

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

2.1 MÉTODOS

2.1.1. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS/ PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LA INVESTIGACIÓN

Estudio tipo Correlacional Prospectivo

2.1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de estudio la conformaron todos los niños de 2 a 7 años atendidos en consultorio externo de dermatología de la Clínica del Pacífico en Lambayeque en Mayo del 2021.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada niño de 2 a 7 años con dermatitis atópica, atendido en consultorio externo de dermatología de la Clínica del Pacífico en Lambayeque.

MUESTRA Y MUESTREO

Se aplicó la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para el cálculo del coeficiente de correlación entre dos variables, usando un nivel de confianza de 95% y una poder estadístico de 80%, la magnitud de correlación $r=0.450$ (22) entre pérdida del sueño a causa de prurito y presencia de dermatitis atópica.

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{1.960 + 0.842}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+0.450}{1-0.450} \right)} \right)^2 + 3$$

n=36

Sin embargo, dado el contexto actual, se considera un 20% de posibles pérdidas de información.

$$n' = \frac{36}{1 - 0.20} = 46$$

Tamaño muestral: 46 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión:

- Niños de 2 a 7 años captados en consultorio externo de dermatología de la Clínica del Pacífico en Lambayeque diagnosticados con dermatitis atópica.

Criterios de exclusión:

- Niños que padecían otra patología dermatológica agregada.
- Niños que presentaron otra enfermedad atópica.

2.2 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS

Para medir las variables la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Se realizó 2 cuestionarios: intensidad de prurito (ISS –LIS modificado) y calidad de vida (IDQOL o CDLQI).

- **CALIDAD DE VIDA:** Se realizó el cuestionario dependiendo de la edad del menor. De 2 años a menor de 4 años se usó el IDQOL; y si tenía de 4 a 7 años, el CDLQI.
 - ✓ IDQOL: Contiene 10 preguntas relacionadas con el estado emocional, las actividades (alimentación, sueño, recreación), y el tratamiento del niño con DA menor de cuatro años. Las respuestas se refieren a la última semana, y el puntaje va del 0 al 30, a mayor puntaje mayor es la afección en la calidad de vida. Existe una pregunta adicional que mide la severidad de la enfermedad relacionada a la percepción del padre o el cuidador, dicha respuesta no se considera en el puntaje final del cuestionario(50).
 - ✓ CDLQI: Consta de 10 preguntas, que incluyen los siguientes temas: intensidad de prurito, sentimientos sobre sus lesiones, vestimenta, actividades físicas, trabajo escolar/vacaciones, relaciones interpersonales, sueño y tratamiento. Todas ellas valoradas como nada, sólo un poco, bastante y muchísimo; con un puntaje de 0 al 3 en ese orden(51).
- **ISS-LIS MODIFICADA:** Es un cuestionario que tiene nueve preguntas y cada alternativa está valorada ordinalmente según Likert del 1 al 4, por lo que el puntaje mínimo sería 9 y el máximo 36. Se divide la escala en terciles, de manera que la graduación final sea cuantificada de la siguiente forma: leve de 9 a 18 puntos, moderado de 19 a 27 puntos y severo de 28 a 36 puntos(28).

En cuanto al procedimiento, se desarrolló de la siguiente manera:

- A. Se captó pacientes en consultorio externo de dermatología de la Clínica del Pacífico - Chiclayo – Lambayeque, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión correspondientes. Se informó los aspectos más importantes de la investigación, para que decidiera libremente participar, y al finalizar la consulta médica se obtuvo los siguientes datos: el nombre completo de padre, madre o cuidador, un número telefónico de referencia y nombre completo y edad del menor.
- B. Fueron contactados por vía telefónica para obtener su consentimiento virtual de participación en la investigación, y se envió las encuestas en Formularios Google

por el mismo medio; dicho formulario constaba de un consentimiento informado (Anexo N°1) que al ser aceptado por los padres o cuidadores, dirigía a los cuestionarios (Anexo N°2/3 y 4).

- C. En el caso que los padres y/o tutores del niño(a) tuvieran dificultades para llenar los formularios, los investigadores les realizaron vía telefónica las preguntas de los cuestionarios y paralelamente los iban llenando de acuerdo a sus respuestas.

2.2.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se realizó la estadística descriptiva, reportando las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas. En cuanto a las variables cuantitativas se verificó la normalidad de la distribución con la prueba de Shapiro Wilk, obteniéndose una distribución no normal y a razón de ello, se consideró aplicar la correlación de Spearman para encontrar la correlación entre las variables objeto de estudio.

En todas la pruebas estadísticas se usó un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Los datos recolectados fueron ingresados a la programa MSEXcel 2010, para identificar datos ausentes en algunas de las preguntas y el análisis se realizó con el programa Stata versión 14.

2.2.2 ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue autorizado por el director de la Clínica del Pacífico, para captar los pacientes durante la consulta externa de dermatología durante el turno del asesor de esta investigación. Teniendo en cuenta el principio de autonomía, se brindó información necesaria a los padres de los participantes sobre el proyecto de investigación; quienes decidieron de forma voluntaria la participación de su menor hijo en el proyecto, aceptando el consentimiento informado (Anexo 1) pudiendo retirarlo, a su menor hijo, del estudio en el momento que deseara. Los datos recolectados fueron codificados y custodiados por los investigadores con las medidas de seguridad apropiadas. Finalizado el estudio, se elaboró un informe final que fue entregado a la Facultad de Medicina Humana-UNPRG y los datos obtenidos no fueron usados para fines distintos a la investigación. Posteriormente se eliminó dicha información.

Con respecto al principio de justicia, los participantes y padres de los participantes fueron tratados con cortesía y respeto independientemente de la decisión que tomaron de participar o no del estudio.

Cumpliendo con el principio de no maleficencia, se evitó el contacto físico entre los investigadores y los participantes (menores, padres y/o tutores), debido al contexto de pandemia por COVID-19, y así evitar el contagio por esta enfermedad.

Cumpliendo con el principio de beneficencia, se informó los resultados a los padres de familia que participaron en el proyecto, además se brindó charlas informativas acerca de la enfermedad, factores ambientales que la exacerbaban y adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

Se incluyeron 46 pacientes, niños con diagnóstico de dermatitis atópica de 2-7 años de edad, de los cuales el 50% fueron del sexo femenino, teniendo edades menores de 4 años (n=20, 43.47%) y a partir de 4 años(n=26, 56.53%).

En la tabla 1 en la que se describe las características de la intensidad del prurito, se observa que la mediana de edad fue de 4.5 años con un rango intercuartílico de 3 a 5 años de edad. Además con respecto a la escala ISS-LIS modificado, el 84.7% tuvo problemas para conciliar el sueño, 78.3% despertaban debido al prurito, el 58.7% de los niños se mostraron irritables debido a la picazón, y el 41,3% presentaba picazón de una a varias veces al día con una intensidad moderada.

En la tabla 2, se muestra las características de la encuesta IDQOL, que se aplica a menores de 4 años, se observa el mayor puntaje lo obtuvo: “tiempo para dormir” (1.25 ± 1.01), “estado de humor” (1.25 ± 0.78) y “comezón o rascado” (1.15 ± 0.93). Por el contrario, “problemas causados por el tratamiento” (0 [0-1]), obtuvo la menor puntuación.

En la tabla 3, que muestra las características de la encuesta CDLQI, que se aplica a partir de 4 años, se observa que las puntuaciones más altas lo obtuvieron: “comezón o rascado” (1.61 ± 0.69), los que tuvieron que realizar varios “cambios de ropa” (1.30 ± 0.78) durante la semana, el ítem “ha afectado salir y jugar” (1.03 ± 0.82) y “se ha sentido avergonzado” (0.92 ± 0.74) por su problema dérmico. Por el contrario el puntaje más bajo fue “problemas causados por el tratamiento” (0.61 ± 0.75).

En la Tabla 4, se muestra que la puntuación mediana global de la escala de prurito en los niños del estudio fue de 22.5 puntos con un rango intercuartílico de 16 a 27 puntos. Presentando el 50%(n=23) una intensidad moderada, 26.1%(n=12) y 23.9%(n=11) en una intensidad leve y severa respectivamente. En cuanto al score de calidad de vida global se encontró una puntuación

media de 9.2 con una desviación estándar de 5.7 puntos. Siendo el 32.6%(n=15) un efecto moderado en la calidad de vida, seguido de un pequeño efecto y efecto muy grande con un 26.1%(n=12) cada uno; mostró similares resultados en la escala IDQOL con 40%(n=8) en niños menores de 4 años, en cambio, la afectación sobre la calidad de vida en la escala CDLQI solo generó un pequeño efecto con 34.6%(n=9) en niños mayores e iguales a 4 años.

En la relación entre la Intensidad de Prurito y la Calidad de vida(Tabla 5), se encontró que ambas variables se encontraban correlacionadas de manera directa o positiva, ya que a medida que aumentaba la puntuación de Intensidad de Prurito aumentaba la puntuación de la Calidad de vida. Es decir que a mayor intensidad de prurito, hubo mayor afectación en la calidad de vida. Así mismo se encontró que la correlación era fuerte entre ambas variables ($r=0.563$), siendo estadísticamente significativa ($p<0.001$), Por otro lado al explorar el análisis de manera categórica o cualitativa, se encontró asociación entre ambas variables ($p<0.001$, $p=0.023$ y $p=0.006$) y diferencias entre las categorías para la escala de Intensidad de Prurito.

La tabla 6, muestra el coeficiente de relación entre la intensidad del prurito y la calidad de vida, según IDQOL mostró una relación fuerte entre las variables ($r=0.586$, $p=0.007$), y en la escala CDLQI fue similar el coeficiente de relación ($r=0.599$, $p=0.001$).

Tabla 1. Características de la intensidad de prurito en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica (ISS-LIS modificada) en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021 .

ISS-LIS modificada	n	%
Edad en años cumplidos*	4.5 [3 - 5]	
Sexo		
Femenino	23	50
Masculino	23	50
Cuando aparece picazón		
Por la mañana	13	28.3
Al atardecer	5	10.9
Por la noche	13	28.3
Durante todo el día	15	32.6
Frecuencia de picazón		
Una a varias veces al mes	15	32.6
Varias veces a la semana	9	19.6
Una a varias veces al día	19	41.3
Siempre	3	6.5
Se rasca al retirarse la ropa		
Nunca	4	8.7
Una a algunas veces al mes	9	19.6
Una a algunas veces a la semana	19	41.3
Casi siempre	14	30.4
Intensidad de la Picazón		
Muy Leve	9	19.6
Leve	16	34.8
Moderado	19	41.3
Severo	2	4.4
Cambios de ánimo debido a la picazón		
Ningún cambio	11	23.9
Triste	4	8.7
Irritable	27	58.7
Enojado	4	8.7
Tiene dificultad para conciliar el sueño		
Nunca	7	15.2
Una a algunas veces al mes	16	34.8
Una a algunas veces a la semana	18	39.1
Casi siempre	5	10.8
Se rasca sobre la ropa estando dormido		
Nunca	5	10.9
Una a algunas veces al mes	15	32.6
Una a algunas veces a la semana	18	39.1
Casi siempre	8	17.4
Se despierta debido a la picazón		
Nunca	10	21.7
Una a algunas veces al mes	13	28.3
Una a algunas veces a la semana	22	47.8
Todos los días	1	2.2
La picazón le interrumpe o no le permite jugar		
Nunca	13	28.3
Una a algunas veces al mes	10	21.7
Una a algunas veces a la semana	17	37.0
Casi siempre	6	13.0

Fuente: Instrumento Itch Severity Scale and Leuven Itch Scale modified

* Mediana [RIC]

Tabla 2. Características de la Calidad de Vida en niños menores de 4 años con Dermatitis Atópica(IDQOL) en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.

IDQOL	n	%	Media ± DS
Ha sentido comezón o se ha rascado			1.15 ± 0.93
Nada	6	30.0	
Bastante bien	6	30.0	
Mucho	7	35.0	
Todo el tiempo	1	5.0	
Estado de humor			1.25 ± 0.78
Contento	3	15.0	
Ligeramente irritable	10	50.0	
Muy irritable	6	30.0	
Siempre llorando, sumamente difícil	1	5.0	
Tiempo que le ha tomado dormir			1.25 ± 1.01
0-15 minutos	6	30.0	
15 minutos - 1 hora	5	25.0	
1 - 2 horas	7	35.0	
Más de 2 horas	2	10.0	
Tiempo que estuvo despierto*			1 [0-1]
Menos 1 hora	8	40.0	
1 - 2 horas	10	50.0	
3 - 4 horas	1	5.0	
5 horas a más	1	5.0	
Ha interferido en sus juegos			1.1 ± 0.85
Nada	5	25.0	
Sólo un poco	9	45.0	
Bastante	5	25.0	
Muchísimo	1	5.0	
Ha interferido en actividades familiares			0.95 ± 0.82
Nada	6	30.0	
Sólo un poco	10	50.0	
Bastante	3	15.0	
Muchísimo	1	5.0	
Problemas a la hora de comer*			1 [0-1]
Nada	9	45.0	
Sólo un poco	7	35.0	
Bastante	3	15.0	
Muchísimo	1	5.0	
Problemas causados por el tratamiento*			0 [0-1]
Nada	11	55.0	
Sólo un poco	8	40.0	
Bastante	1	5.0	
Se incomoda al vestirlo y desvestirlo			1.05 ± 0.88
Nada	6	30.0	
Sólo un poco	8	40.0	
Bastante	5	25.0	
Muchísimo	1	5.0	
Problemas a la hora del baño			1.05 ± 0.82
Nada	5	25.0	
Sólo un poco	10	50.0	
Bastante	4	20.0	
Muchísimo	1	5.0	

Fuente: Instrumento Infants Dermatology Quality of Life Index

*Mediana[RI]

Tabla 3. Características de la Calidad de Vida en niños igual o mayor de 4 años con Dermatitis Atópica(CDLQI) en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.

CDLQI	n	%	Media ± DS
Ha sentido comezón o se ha rascado			1.61±0.69
Nada	1	3.8	
Sólo un poco	10	38.5	
Bastante	13	50.0	
Muchísimo	2	7.7	
Se ha sentido avergonzado			0.92±0.74
Nada	7	26.9	
Sólo un poco	15	57.7	
Bastante	3	11.5	
Muchísimo	1	3.9	
Ha afectado en su entorno*			0.5[0-1]
Nada	13	50.0	
Sólo un poco	12	46.1	
Bastante	1	3.9	
Se ha cambiado de ropa			1.30 ± 0.78
Nada	4	15.4	
Sólo un poco	11	42.3	
Bastante	10	38.4	
Muchísimo	1	3.9	
Ha afectado en salir, jugar, etc.			1.03 ± 0.82
Nada	8	30.8	
Sólo un poco	9	34.6	
Bastante	9	34.6	
Ha evitado nadar o practicar otros deportes*			1[0-1]
Nada	12	46.2	
Sólo un poco	11	42.3	
Bastante	2	7.7	
Muchísimo	1	3.8	
Afectó en el trabajo escolar*			0.5[0-1]
Nada	13	50.0	
Sólo un poco	12	46.1	
Bastante	1	3.9	
Ha tenido problemas con otras personas*			0.5[0-1]
Nada	13	50.0	
Sólo un poco	12	46.1	
Bastante	1	3.9	
Ha afectado el sueño			0.80 ± 0.69
Nada	9	34.6	
Sólo un poco	13	50.0	
Bastante	4	15.4	
El tratamiento ha causado problemas			0.61 ± 0.75
Nada	14	53.8	
Sólo un poco	8	30.8	
Bastante	4	15.4	

Fuente: Instrumento Children's Dermatology Life Quality Index

*Mediana[RI]

Tabla 4. Puntuaciones de Intensidad de Prurito y Calidad de Vida en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.

Características	n	%
Intensidad de Prurito global*	22.5 [16 - 27]	
Intensidad de Prurito Categórico		
Leve	12	26.1
Moderado	23	50.0
Severo	11	23.9
Calidad de Vida Global**	9.2 ± 5.7	
Calidad de Vida Global <4**	9.8 ± 6.5	
Calidad de Vida Global ≥4**	8.6 ± 5.0	
Calidad de Vida categórico		
Sin efecto en la vida del niño	5	10.9
Pequeño Efecto	12	26.1
Efecto Moderado	15	32.6
Efecto muy grande	12	26.1
Efecto extremadamente grande	2	4.3
IDQOL		
Sin efecto en la vida del niño	3	15.0
Pequeño Efecto	3	15.0
Efecto Moderado	8	40.0
Efecto muy grande	4	20.0
Efecto extremadamente grande	2	10.0
CDLQI		
Sin efecto en la vida del niño	2	7.7
Pequeño Efecto	9	34.6
Efecto Moderado	7	26.9
Efecto muy grande	8	30.8

Fuente: Instrumentos Itch Severity Scale and Leuven Itch Scale modified, Infants Dermatology Quality of Life Index y Children's Dermatology Life Quality Index

* Mediana [RIC], ** Media ± Desviación Estándar

Tabla 5. Relación entre la intensidad del prurito y la calidad de vida en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.

Características	Calidad de Vida Global	p-valor	Calidad de Vida Categórico		p-valor
			Sin o pequeño efecto	Efecto Moderado a Extremadamente grande	
Edad en años cumplidos*	0.019	0.902	5 [2 - 6]	4 [3 - 5]	0.643
Sexo					
Femenino	9.7 ± 6.1	0.491	8 (47.1)	15 (51.8)	0.760
Masculino	8.6 ± 5.3		9 (52.9)	14 (48.3)	
Intensidad de Prurito global*	0.563	<0.001**	16 [14 - 24]	25 [21 - 29]	0.023†
Intensidad de Prurito Categórico					
Leve	4.5 ± 4.5	<0.001^	9 (52.9)	3 (10.3)	0.009‡
Moderado	9.3 ± 4.1		6 (35.3)	17 (58.6)	
Severo	13.8 ± 6.1		2 (11.8)	9 (31.0)	
Leve ~ Moderado		0.018‡			
Leve ~ Severo		<0.001‡			
Moderado ~ Severo		0.040‡			
Intensidad de Prurito global < 4*	0.586	0.007**	19 [11 - 19]	25.5 [20 - 29]	0.230
Intensidad de Prurito Categórico < 4					
Leve	5.8 ± 5.3	0.059	3 (50.0)	2 (14.3)	0.378
Moderado	8.9 ± 4.8		2 (33.3)	7 (50.0)	
Severo	14.7 ± 7.6		1 (16.7)	5 (35.7)	
Intensidad de Prurito global ≥ 4*	0.599	0.001**	16 [14 - 25]	25 [22 - 28]	0.040†
Intensidad de Prurito Categórico ≥ 4					
Leve	3.6 ± 4.0	0.001^	6 (54.6)	1 (6.7)	0.030‡
Moderado	9.6 ± 3.8		4 (36.4)	10 (66.7)	
Severo	12.8 ± 4.3		1 (9.1)	4 (26.7)	
Leve ~ Moderado		0.008‡			
Leve ~ Severo		0.002‡			
Moderado ~ Severo		0.405			

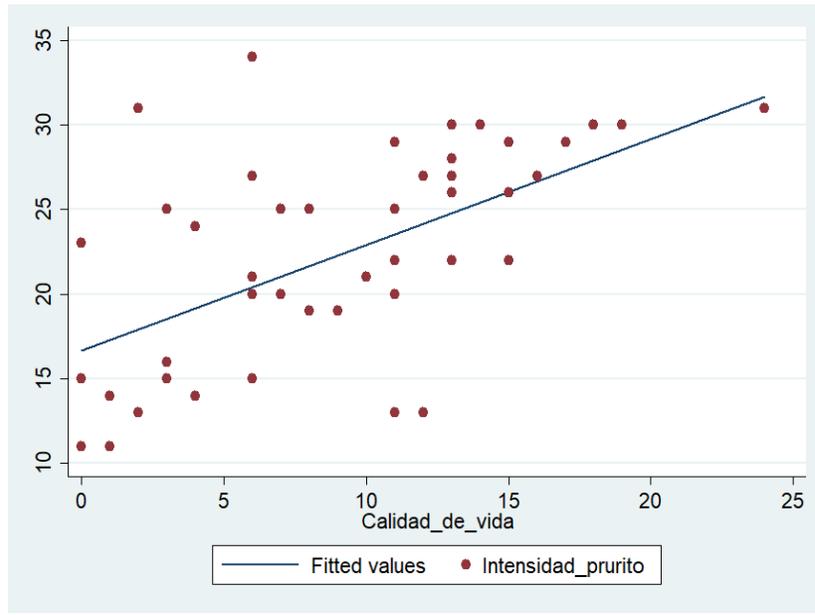
(*) Mediana [RIC], (**) Spearman, (†) U de Mann-Whitney, (‡) Fisher, (‡) Bonferroni, (^) Anova

Tabla 6. Coeficiente de relación entre la intensidad del prurito y la calidad de vida, según IDQOL y CDLQI en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.

Intensidad de prurito global	Calidad de vida global		Calidad de vida según IDQOL(<4 años)		-Calidad de vida según CDLQI (≥4 años)	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
	0.563	<0.01	0.586	0.007	0.599	0.001

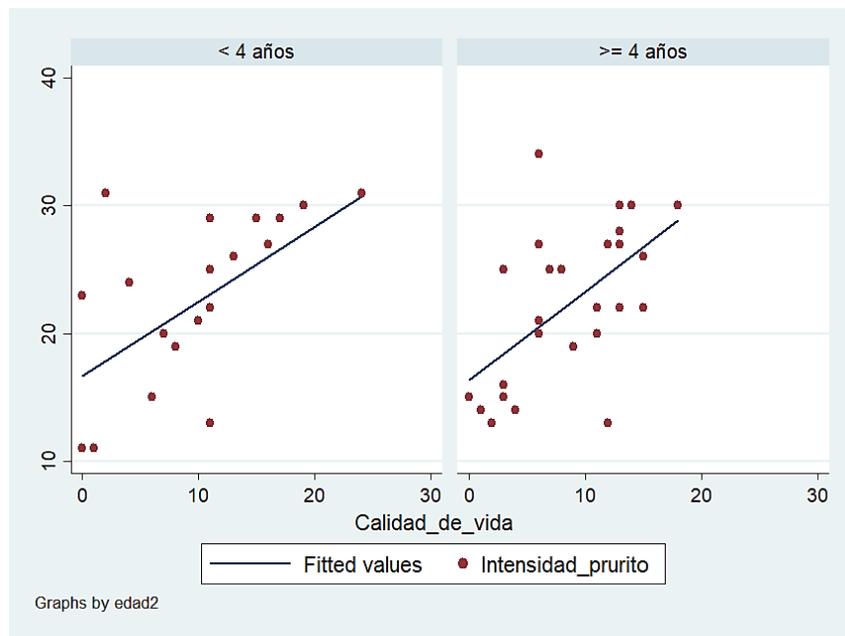
Fuente: Instrumentos Itch Severity Scale and Leuven Itch Scale modified, Infants Dermatology Quality of Life Index y Children's Dermatology Life Quality Index

Gráfico 1. Prurito y Calidad de Vida en niños de 2 a 7 años con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.



Fuente: Instrumentos Itch Severity Scale and Leuven Itch Scale modified, Infants Dermatology Quality of Life Index y Children's Dermatology Life Quality Index

Gráfico 2. Prurito y Calidad de Vida según IDQOL y CDLQI con Dermatitis Atópica en la Clínica del Pacífico-Lambayeque en Mayo del 2021.



Fuente: Instrumentos Itch Severity Scale and Leuven Itch Scale modified, Infants Dermatology Quality of Life Index y Children's Dermatology Life Quality Index

3.2 DISCUSIÓN

La dermatitis atópica, como ya se ha mencionado, es una enfermedad que afecta no sólo al niño sino también a su entorno más cercano como su familia, debido al prurito intenso, seguido del estrés y alteraciones del sueño; lo que conlleva a una afectación en su calidad de vida, así como en el desarrollo social y mental(18,19).

En el presente trabajo de investigación, según la puntuación de la escala ISS-LIS modificada se encontró que el mayor porcentaje de los niños 50% presentaron una intensidad de prurito moderada, de la misma forma encontramos que el 84.7 % presenta dificultad para conciliar el sueño y 78.3 % despiertan debido al prurito, lo cual coincide con lo encontrado por Sánchez J et al.(11), donde el 79% presentaban dificultad para conciliar el sueño y 63 % despiertan debido al prurito.

En cuanto a la calidad de vida global se encontró una puntuación media de 9.2 ± 5.7 , dentro de la cual se obtuvo principalmente un efecto moderado en la calidad de vida con un 32.6 % y esto es reforzado por Aguirre I et al.(60) quien refiere que la calidad de vida es afectada desfavorablemente y está relacionado directamente por la gravedad de la dermatitis, cuyo síntoma prioritario es el prurito, el cual a su vez es el responsable de la carga física y psicosocial soportada por los pacientes y sus familias, y es expresada como la pérdida de sueño y la vergüenza social que puede conllevar a su vez a trastornos más severos y crónicos(61), lo mencionado anteriormente se reafirma con un análisis de datos de más de 90,000 niños de la Encuesta Nacional de Salud Infantil realizado en los Estados Unidos, el cual evidenció que la prevalencia de ansiedad y depresión fue mayor entre los niños con dermatitis atópica que en aquellos que no la presentaban (7.3 frente a un 4.1% y 6.5 frente a 3.4%), que por lo tanto tuvo una repercusión significativa en la calidad de vida de los niños y su entorno familiar y social(60).

Con respecto a las características de la calidad de vida en niños menores de cuatro años con dermatitis atópica en los cuales se aplicó el cuestionario IDQOL, se evidenció que los mayores puntajes lo obtuvieron “tiempo para dormir” (1.25 ± 1.01), seguido de “estado de humor” (1.25 ± 0.78) y “comezón o rascado” (1.15 ± 0.93) y la puntuación más baja fue “problemas causados

por el tratamiento” (0 [0-1]); lo que concuerda parcialmente con Kim D et al.(23); quienes encontraron que en IDQOL las variables que impactaron más negativamente en la calidad de vida fueron “picor y rascado” (media \pm DS: $1,6 \pm 0,8$), “estado de ánimo del niño” ($1,2 \pm 0,8$) y “Tiempo para que el niño se duerma” (1.0 ± 0.7), mientras que el menor puntaje fue “problemas causados por el tratamiento” (0.3 ± 0.6); muy similar a lo encontrado por Alzolibani A(24). En contraposición, Alvarenga T, Caldeira A(26) encontró que los ítems más afectados fueron: el picor ($1,62 \pm 0,70$) los cambios de humor ($1,05 \pm 0,66$), los problemas con el tratamiento ($1,10 \pm 0,66$) y menos puntuación: “participación en actividades familiares” y el “tiempo que tardaban en poder irse a dormir”.

Kim D et al.(23) también evidenció en su estudio, que las puntuaciones más altas en el CDLQI fueron “picañón, picañón, dolor o dolor” ($1,7 \pm 0,7$), “problema de sueño” ($1,0 \pm 0,9$) y “vergüenza, cohibición, malestar o triste por la piel” ($0,9 \pm 0,9$), lo que se contrapone parcialmente a lo encontrado en nuestra investigación, que fue el ítem de “comezón o rascado” quien obtuvo el puntaje más alto (1.61 ± 0.69), seguido del ítem “cambiado de ropa” debido a las lesiones en su piel (1.30 ± 0.78), “ha afectado salir y jugar” (1.03 ± 0.82) y “se ha sentido avergonzado” (0.92 ± 0.74); en un puntaje menor fue “problemas causados por el tratamiento” (0.61 ± 0.75); mientras que en el estudio citado(23) la variable con menor puntuación fue “insultar, burlarse, intimidar, hacer preguntas o evitar” ($0,4 \pm 0,7$). Además se encontró en el CDLQI, que el pequeño efecto en la calidad de vida representó el mayor porcentaje, seguido de efecto muy grande y luego efecto moderado; lo cual es similar a lo obtenido por Campos A et al.(25) que encontró que un 45% generaba un pequeño efecto en la calidad de vida, en segundo lugar, un 23.5% no presentó efecto y un 21.6% un efecto moderado. Por el contrario, Sánchez J et al.(11) encontró que el efecto moderado fue de 34.1%, seguido de efecto pequeño 33.3% y efecto muy grande 18.2%.

Al relacionar la edad y la calidad de vida global, a pesar que se encontró sin efecto ésta relación con un valor de 0.019, no se puede concluir en este estudio que la edad influya en la calidad de vida ($p=0.902$); en contraposición con lo que encontró Campos A et al.(25), que el puntaje del CDLQI (4 a 16 años) promedio era más alto para los niños más pequeños en comparación con los niños mayores. Siendo una limitación para nuestro trabajo, debido ya que sólo consideramos

a niños de 4 a 7 años para dicho índice. Además se refuerza con lo encontrado por Chernyshov et al.(21) sobre el ítem sobre la vergüenza debido a su piel en CDLQI, fue significativamente más alto en mujeres que en los varones ($0,78 \pm 0,93$ para los niños y $1,14 \pm 0,93$ para las niñas, $P < 0,05$); el ítem sobre el sueño se correlacionó significativamente con la edad de los niños ($r = 0,38$, $P = 0,02$) y el ítem sobre trabajo escolar / vacaciones con la edad de las niñas ($r = 0,59$, $P < 0,01$).

El coeficiente de relación entre la intensidad del prurito y la calidad de vida, según IDQOL mostró una relación fuerte entre las variables de $r=0.586$ ($p=0.007$), resultados similares encontró Ramírez R et al.(27), con una correlación moderada-fuerte entre la severidad del eccema y los valores del IDQOL con $r = 0.537$ ($p = 0.003$). Dicha correlación fuerte también se cumplió en nuestro estudio con la escala CDLQI con coeficiente de relación de $r=0.599$ ($p=0.001$), y es corroborado por la investigación de Sánchez J et al.(11), quién obtuvo un coeficiente de correlación ($r=0,69$), por lo que concluimos que ambas escalas son útiles para poder predecir la variación directa entre la intensidad del prurito y la calidad de vida.

Finalmente, al analizar la asociación entre la Intensidad de Prurito y la Calidad de vida, se encontró una correlación directa o positiva, así como una correlación fuerte entre ambas variables ($r=0.563$), siendo estadísticamente significativa ($p<0.001$), lo que se corrobora con lo encontrado por Sánchez J et al.(11), ya que según su estudio la presencia e intensidad del prurito (según puntuación global del cuestionario ISS) se mostró altamente relacionada con la CVRS de los pacientes.

Cabe mencionar que como investigadores, y sumado al contexto que atravesamos, tuvimos algunas limitantes; destacando la dificultad en la captación de los pacientes, por lo que se optó en utilizar dos escalas de calidad de vida IDQOL y CDLQI, y así ampliar nuestra muestra, ya que metodológicamente hubiese sido más factible realizar un trabajo de investigación por separado en el cual se utilice la escala ISS-LIS modificada y una de las escalas que evalúa la calidad de vida (IDQOL o CDLQI).

Otra limitación fue adaptar los instrumentos de manera virtual, lo cual obstaculizó el llenado de las mismas, optándose por realizarlo vía telefónica, donde uno de los investigadores le realizaban las preguntas a los padres y/o tutores y paralelamente se completaban los formularios, se aprovechó la oportunidad para orientar a los padres acerca de los cuidados en el hogar y factores exacerbantes de la patología. Así mismo, sobre los mecanismos de afrontamiento de los padres frente a la enfermedad de su menor hijo, animándoles a realizar actividades que favorezcan el manejo del estrés, la ansiedad y el control de emociones.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. La Intensidad de Prurito y la Calidad de vida se encuentran correlacionadas de manera directa o positiva, así mismo se encontró que la correlación es fuerte entre ambas variables y se mantiene en las escalas evaluadas ISS – LIS modificada, IDQOL y CDLQI
2. La intensidad del prurito global fue en su mayoría moderado en el grupo de estudio de 2 a 7 años de edad con dermatitis atópica, durante el último mes; además se encontró similar resultado con respecto a la intensidad del prurito categórico en el 50% de los participantes.
3. Según la escala IDQOL el efecto moderado en la calidad de vida estuvo representado por un 40% de los niños menores de 4 años, seguido del efecto muy grande; y según el CDLQI se obtuvo un pequeño efecto en la calidad de vida en el 34.6% de los niños de 4 años a más.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

Recomendamos se realicen más proyectos de investigación referente a este tema, ya que como mencionamos existen múltiples complicaciones que van desde afectación física hasta trastornos mentales, que no solo afectan a los niños que la padecen sino también a las personas que se encuentran a su alrededor. Por lo tanto sería importante considerar estudiar otros aspectos (factores exacerbantes, relación con otras atopias, etc) en futuras investigaciones; partiendo de este estudio.

Se recomienda dar soporte psicológico a los niños con dermatitis atópica y a sus familiares, para fortalecer sus mecanismos de afrontamiento, que ayudará a evitar altos niveles de estrés y ansiedad que exacerbaban aún más los síntomas de la dermatitis atópica; y ponen en riesgo de padecer trastornos de hiperactividad, déficit de atención, trastornos emocionales y de conducta a mediano o largo plazo.

Recomendamos brindar información pertinente y que se capacite periódicamente a través de talleres demostrativos a los padres y/o cuidadores, sobre los cuidados que ayuden a disminuir las exacerbaciones y el prurito, y así mejorar la calidad de vida en los niños con dermatitis atópica.

Recomendamos implementar un servicio especializado, en las instituciones de salud que traten a pacientes pediátricos con patologías alérgicas, para brindar una atención dirigida, integral y multidisciplinaria.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Méndez J, Alache H, Cerrada E. Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. *Medifam*. 2003;13:23-32.
2. Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, Wolff K. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill medical; 2012.
3. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet Lond Engl*. 12 de marzo de 2016;387(10023):1109-22.
4. López N, Pérez M, Macías V, Benítez A, Rosell I, Vega I. Sensibilización a ácaros e inmunoglobulina E total en niños alérgicos. *Medisur*. 2013;11:527-33.
5. Yu J, Lee C, Lee H-, Kim J, Han Y, Ahn K, et al. Prevalence of Atopic Dermatitis in Korea: Analysis by Using National Statistics. *J Korean Med Sci*. 2012;27(6):681.
6. Mortz C, Lauritsen J, Bindslev-Jensen C, Andersen K. Prevalence of atopic dermatitis, asthma, allergic rhinitis, and hand and contact dermatitis in adolescents. The Odense Adolescence Cohort Study on Atopic Diseases and Dermatitis. *Br J Dermatol*. marzo de 2001;144(3):523-32.
7. Ortiz F, Guerra A, Zarco C. Medición de la prevalencia de la dermatitis atópica en una población escolar madrileña. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2003;94:458-63.
8. Varona P, Fabrè D, Águila R, Corona B, Venero S, Suárez R. Prevalencia de síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003). *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2012;28:42-51.
9. Solé D, Mallo J, Wandalsen G, Aguirre V, Latin American ISAAC Phase 3 Study Group. Prevalence of symptoms of eczema in Latin America: results of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2010;20(4):311-23.
10. Poma D, Flores F. Frecuencia de Dermatitis atópica y sus características epidemiológicas en niños de 6 a 7 años en el centro del Distrito de Lambayeque. *Univ Nac Pedro Ruiz Gallo Repos Inst - CONCYTEC* [Internet]. 11 de abril de 2020 [citado 23 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/8486>
11. Sánchez J, Daudén E, Mora A, Lara N. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. enero de 2013;104(1):44-52.
12. Conde-Taboada A, González-Barcala FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. noviembre de 2008;99(9):690-700.
13. Ehlken B, Möhrenschrager M, Kugland B, Berger K, Quednau K, Ring J. Krankheitskostenstudie bei Patienten mit atopischem Ekzem in Deutschland. *Hautarzt*. diciembre de 2005;56(12):1144-51.

14. Emerson RM, Williams HC, Allen BR. What is the cost of atopic dermatitis in preschool children? *Br J Dermatol.* marzo de 2001;144(3):514-22.
15. Weinmann S, Kamtsiuris P, Henke K-D, Wickman M, Jenner A, Wahn U. The costs of atopy and asthma in children: assessment of direct costs and their determinants in a birth cohort. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol.* febrero de 2003;14(1):18-26.
16. Paller A, Jaworski JC, Simpson EL, Boguniewicz M, Russell JJ, Block JK, et al. Major Comorbidities of Atopic Dermatitis: Beyond Allergic Disorders. *Am J Clin Dermatol.* diciembre de 2018;19(6):821-38.
17. Sampson H. The evaluation and management of food allergy in atopic dermatitis. *Clin Dermatol.* junio de 2003;21(3):183-92.
18. Alanne S, Nermes M, Söderlund R, Laitinen K. Quality of life in infants with atopic dermatitis and healthy infants: a follow-up from birth to 24 months. *Acta Paediatr Oslo Nor 1992.* agosto de 2011;100(8):e65-70.
19. Blume-Peytavi U, Metz M. Atopic dermatitis in children: management of pruritus. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* noviembre de 2012;26 Suppl 6:2-8.
20. Sur M, Boca AN, Ilies RF, Floca E, Tataru A, Sur L. Correlation between quality of life and disease severity of pediatric patients with atopic dermatitis. *Exp Ther Med.* diciembre de 2020;20(6):189.
21. Chernyshov PV, Ho RC, Monti F, Jirakova A, Velitchko SS, Hercogova J, et al. Gender Differences in Self-assessed Health-related Quality of Life in Children with Atopic Dermatitis. *J Clin Aesthetic Dermatol.* agosto de 2016;9(8):19-24.
22. Weisshaar E, Diepgen TL, Bruckner T, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, et al. Itch intensity evaluated in the German Atopic Dermatitis Intervention Study (GADIS): correlations with quality of life, coping behaviour and SCORAD severity in 823 children. *Acta Derm Venereol.* 2008;88(3):234-9.
23. Kim DH, Li K, Seo SJ, Jo SJ, Yim HW, Kim CM, et al. Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. *J Korean Med Sci.* noviembre de 2012;27(11):1327-32.
24. Alzolibani AA. Impact of atopic dermatitis on the quality of life of Saudi children. *Saudi Med J.* abril de 2014;35(4):391-6.
25. Campos ALB, Araújo FM de, Santos MAL dos, Santos A de AS dos, Pires CAA. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr.* 20 de febrero de 2017;35(1):5-10.
26. Alvarenga TMM, Caldeira AP. Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica. *J Pediatr (Rio J).* octubre de 2009;85(5):415-20.
27. Ramírez R, Castelblanco I, Calvo V, Chinchilla C, Cardona R. Calidad de vida en población pediátrica con dermatitis atópica atendidos en una unidad especializada de alergología de Medellín, Colombia. *Rev Alerg Mex.* 2018;1:28.

28. Flores D, Mayo S, Maldonado W, Díaz C. Validación de una escala de severidad de prurito en pacientes de dos a siete años de edad con dermatitis atópica. *Dermatol Rev Mex.* agosto de 2018;62(4):283-292.
29. Overview | Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57>
30. Querol I. Dermatitis Atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11:317-9.
31. Bieber T. Atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 3 de abril de 2008;358(14):1483-94.
32. Williams H, Stewart A, von Mutius E, Cookson W, Anderson HR, International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups. Is eczema really on the increase worldwide? *J Allergy Clin Immunol.* abril de 2008;121(4):947-954.e15.
33. Morren M, Przybilla B, Bamelis M, Heykants B, Reynaers A, Degreef H. Atopic dermatitis: Triggering factors. *J Am Acad Dermatol.* septiembre de 2005;31(3):467-73.
34. Chung BY, Park SY, Jung MJ, Kim HO, Park CW. Effect of Evening Primrose Oil on Korean Patients With Mild Atopic Dermatitis: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Clinical Study. *Ann Dermatol.* 27 de junio de 2018;30(4):409-16.
35. Ricardo OE, Sánchez MBR, Fernández MH, González MA. Aspectos de interés sobre la etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Rev Médica Electrónica [Internet].* 21 de julio de 2018 [citado 2 de mayo de 2021];40(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2719>
36. Kapur S, Watson W, Carr S. Atopic dermatitis. *Allergy Asthma Clin Immunol Off J Can Soc Allergy Clin Immunol.* 2018;14(Suppl 2):52.
37. Waldman AR, Ahluwalia J, Udkoff J, Borok JF, Eichenfield LF. Atopic Dermatitis. *Pediatr Rev.* abril de 2018;39(4):180-93.
38. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab.* 2015;66 Suppl 1:8-16.
39. Crompton R, Clifton VL, Bisits AT, Read MA, Smith R, Wright IMR. Corticotropin-releasing hormone causes vasodilation in human skin via mast cell-dependent pathways. *J Clin Endocrinol Metab.* noviembre de 2003;88(11):5427-32.
40. Donelan J, Boucher W, Papadopoulou N, Lytinas M, Papaliadis D, Dobner P, et al. Corticotropin-releasing hormone induces skin vascular permeability through a neurotensin-dependent process. *Proc Natl Acad Sci.* 16 de mayo de 2006;103(20):7759-64.
41. Metz M, Ständer S. Chronic pruritus--pathogenesis, clinical aspects and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* noviembre de 2010;24(11):1249-60.
42. Yosipovitch G. Recent advances in pruritus - what we have learned and where are we headed. *F1000 Med Rep.* 24 de mayo de 2010;2.

43. Marcdante KJ, Kliegman R. Nelson pediatría esencial. 2019.
44. Eichenfield L, Tom W, Chamlin S, Feldman S, Hanifin J, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. febrero de 2014;70(2):338-51.
45. Management of atopic eczema in primary care. [Internet]. (SIGN Guideline No 125) - sign125.pdf. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign125.pdf>
46. Escarrer M, Guerra T. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2019;2:161-75.
47. Daudén E, Sánchez-Perez J, Prieto M, Roset M. Validación de la versión española de la escala de intensidad del picor (Cuestionario Itch Severity Scale, ISS). Estudio PSEDA. *Actas Dermosifiliográficas*. septiembre de 2011;102(7):527-36.
48. Martín Mateos MA. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño: documento de consenso, grupo de expertos. Majadahonda, Madrid: Ergón; 2011.
49. Basra MKA, Gada V, Ungaro S, Finlay AY, Salek SM. Infants' Dermatitis Quality of Life Index: a decade of experience of validation and clinical application. *Br J Dermatol*. octubre de 2013;169(4):760-8.
50. Maza-De Franco CA, Morales-Sánchez MA, Morales-Barrera ME. [Transcultural translation-adaptation to Spanish of the Infants' Dermatitis Quality of Life questionnaire for children under four years with atopic dermatitis]. *Rev Alerg Mex Tecamachalco Puebla Mex* 1993. septiembre de 2016;63(3):270-7.
51. Aguilera Godoy AA, Orbe Najera FR. Validación del cuestionario dermatológico de calidad de vida en niños (childrens dermatology life quality index CDLQI). versión en castellano, en pacientes pediátricos con dermatitis atópica, en el centro de la piel Quito - Ecuador. Pontif Univ Católica Ecuad [Internet]. 2013 [citado 2 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/5528>
52. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol*. noviembre de 2008;159(5):997-1035.
53. Hill MK, Kheirandish Pishkenari A, Braunberger TL, Armstrong AW, Dunnick CA. Recent trends in disease severity and quality of life instruments for patients with atopic dermatitis: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*. noviembre de 2016;75(5):906-17.
54. Finlay AY, Basra MKA, Piguet V, Salek MS. Dermatology life quality index (DLQI): a paradigm shift to patient-centered outcomes. *J Invest Dermatol*. octubre de 2012;132(10):2464-5.
55. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, Boguniewicz M, Eigenmann P, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *J Allergy Clin Immunol*. julio de 2006;118(1):152-69.

56. LeBovidge JS, Kelley SD, Lauretti A, Bailey EP, Timmons KG, Timmons AK, et al. Integrating medical and psychological health care for children with atopic dermatitis. *J Pediatr Psychol.* junio de 2007;32(5):617-25.
57. Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, et al. Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ.* 22 de abril de 2006;332(7547):933-8.
58. Evers AWM, Duller P, de Jong EMGJ, Otero ME, Verhaak CM, van der Valk PGM, et al. Effectiveness of a multidisciplinary itch-coping training programme in adults with atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(1):57-63.
59. Kupfer J, Gieler U, Diepgen TL, Fartasch M, Lob-Corzilius T, Ring J, et al. Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents-a multicenter, randomized controlled trial. *J Psychosom Res.* abril de 2010;68(4):353-8.
60. Aguirre IL, Hernández DM, Pérez GTL, Barrón MC. Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. 2018;27:8.
61. Asociación de afectados por la dermatitis atópica. [Internet]. 2019. Disponible en: asociacionafectadosdermatitisatopica.com.

ANEXOS

ANEXO N°1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADORES: Díaz Salés Eliana Polyta y Capuñay Capuñay Miguel Angel

TÍTULO: “Intensidad del prurito y calidad de vida en niños con dermatitis atópica de 2 a 7 años en una Clínica de Lambayeque”

FINES DEL ESTUDIO: La dermatitis atópica es una enfermedad muy frecuente en la niñez que se caracteriza por lesiones en la piel, un escozor y rascado persistente, ocasionando alteración en las actividades y desarrollo psicosocial del niño. Asimismo costos tanto a la familia como al Estado.

Esta investigación busca determinar la relación entre intensidad del prurito y calidad de vida del niño.

Procedimiento:

En el caso de aceptar participar se le pedirá que responda preguntas de 3 cuestionarios con una duración de 10 minutos cada uno.

Riesgos:

No existen riesgos en el desarrollo de la investigación.

Beneficios:

Se beneficiará de los resultados de la evaluación sin costo alguno, se realizará recomendaciones y educación para la salud, tanto en relación a dermatitis atópica como al cuidado general de la piel.

Costos e incentivos:

No pagará ningún costo por participar y no recibirá ningún incentivo económico.

Confidencialidad:

Las respuestas del cuestionario serán anónimas y sólo se usarán para los propósitos de la investigación. En el caso de ser publicados los resultados de la investigación, se evitará toda información que permita identificar a las personas a las cuales pertenece la información. No será mostrada su información a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Las fichas

de consentimiento informado y cuestionarios serán eliminados finalizado el proceso de investigación.

Uso de la información:

La información una vez procesada será eliminada.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su menor hijo(a) no participe en el estudio puede retirarse en cualquier momento, respetando su decisión y agradeciéndole el tiempo brindado. En caso de alguna duda llamar al número 978917400 (Eliana Díaz Salés) o 949795635 (Miguel Capuñay Capuñay)

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Acepto voluntariamente que mi menor hijo(a) participe en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarlo en cualquier momento sin que sea afectado de alguna manera.

Nombre del padre, madre o apoderado del menor _____

Firma del padre, madre o apoderado del menor _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el padre, madre o apoderado del menor y teniendo la oportunidad de manifestar sus dudas sobre las investigación. Confirmando que el padre, madre o apoderado del menor ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento

Informado _____(iniciales del investigador)

**ANEXO N° 2: ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA INFANTIL-
INFANTS' DERMATITIS QUALITY OF LIFE INDEX (IDQOL)**

Edad:

Sexo:

Puntaje IDQOL:

Marca con una aspa(X) en el cuadro que corresponda:

1.	Durante la última semana, ¿qué tanto ha sentido comezón o se ha rascado?	Todo el tiempo Mucho Bastante bien Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0
2.	Durante la última semana, ¿cómo ha estado el humor de su niño?	Siempre llorando, sumamente difícil Muy irritable Ligeramente irritable Contento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 3 2 1 0
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0
4.	Durante la última semana, ¿cuánto tiempo en promedio se despertó su niño durante la noche?	5 horas a más 3-4 horas 1-2 horas Menos 1 hora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0
5.	Durante la última semana ¿el eccema de su niño ha interferido con sus juegos?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0
6.	Durante la última semana ¿el eccema de su niño interfirió en que participara o disfrutara de actividades familiares?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 2 1 0

7.	Durante la última semana ¿ha habido problemas a la hora de comer de su niño a causa del eccema?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Mucho	<input type="checkbox"/>	2
		Un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
8.	Durante la última semana, ¿ha habido problemas con su niño causados por el tratamiento?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Mucho	<input type="checkbox"/>	2
		Un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
9.	Durante la última semana, ¿el eccema de su niño ha causado que vestirlo y desvestirlo sea incómodo?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Mucho	<input type="checkbox"/>	2
		Un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
10.	Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha sido el eccema de su niño para la hora del baño?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Mucho	<input type="checkbox"/>	2
		Un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0

Bandas de gravedad para las puntuaciones IDQOL:

0-1 = sin efecto en la vida del niño

2-6 = pequeño efecto

7-12 = efecto moderado

13-18 = efecto muy grande

19-30 = efecto extremadamente grande

**ANEXO N° 3: ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA EN NIÑOS-
CHILDREN'S DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX (CDLQI)**

Edad:

Sexo:

Puntaje CDLQI:

Marca con una aspa(X) en el cuadro que corresponda:

1	Durante la última semana, ¿qué tanto ha sentido comezón o se ha rascado?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Bastante	<input type="checkbox"/>	2
		Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
2.	Durante la semana pasada, ¿En qué medida te has sentido avergonzado o acomplejado, disgustado ó triste a causa de tu piel?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Bastante	<input type="checkbox"/>	2
		Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
3.	Durante la semana pasada, ¿En qué medida han afectado tus problemas de piel a las relaciones con tus amigos?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Bastante	<input type="checkbox"/>	2
		Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
4.	Durante la semana pasada, ¿Cuántas veces te has cambiado de ropa o llevado ropas / zapatos diferentes o especiales a causa de tu piel?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Bastante	<input type="checkbox"/>	2
		Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
5.	Durante la semana pasada, ¿En qué medida te ha afectado tu problema de piel en salir, jugar o realizar tus aficiones?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Bastante	<input type="checkbox"/>	2
		Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0
6.	Durante la semana pasada, ¿En qué medida has evitado nadar o practicar otros deportes a causa de tu problema de piel?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		Bastante	<input type="checkbox"/>	2
		Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
		Nada	<input type="checkbox"/>	0

7.	<u>La semana pasada,</u> Fue periodo escolar Ó	Si fue periodo escolar:	Te impidieron ir al colegio	<input type="checkbox"/>	3
		Durante la semana pasada,	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
		¿Cuánto te afectó el problema de piel a tu trabajo escolar?	Bastante	<input type="checkbox"/>	2
			Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
			Nada	<input type="checkbox"/>	0
	Fue periodo de vacaciones?	Si fue periodo de vacaciones:			3
		Durante la semana pasada,	Muchísimo	<input type="checkbox"/>	2
		¿en qué medida te ha interferido el problema de piel para disfrutar de las vacaciones?	Bastante	<input type="checkbox"/>	1
			Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	0
		Nada	<input type="checkbox"/>		
8.	Durante la semana pasada, ¿En qué medida has tenido problemas con otras personas, a causa de tu piel por meterse contigo, burlarse de ti, acosarte, hacerte preguntas o evitarte?		Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
			Bastante	<input type="checkbox"/>	2
			Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
			Nada	<input type="checkbox"/>	0
9.	Durante la semana pasada, ¿Tu problema de piel en qué medida te ha afectado el sueño?		Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
			Bastante	<input type="checkbox"/>	2
			Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
			Nada	<input type="checkbox"/>	0
10.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida el tratamiento de tu piel te ha causado problemas?		Muchísimo	<input type="checkbox"/>	3
			Bastante	<input type="checkbox"/>	2
			Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	1
			Nada	<input type="checkbox"/>	0

0-1 = sin efecto en la vida del niño

2-6 = pequeño efecto

7-12 = efecto moderado

13-18 = efecto muy grande

19-30 = efecto extremadamente grande

**ANEXO N°4: ESCALA DE SEVERIDAD DE PRURITO EN NIÑOS CON
DERMATITIS ATÓPICA- ITCH SEVERITY SCALE (ISS)**

Por favor marque con una X la opción que más se acerque a la realidad de su niño (a), durante el último mes.

Nunca: Corresponde a ningún evento o presencia.

Una a algunas veces al mes: En el último mes experimentó el evento sin que se repitiera en la misma semana.

Una a algunas veces a la semana: En la última semana presentó el evento sin que se repitiera en un mismo día.

A. Sexo: Femenino () Masculino ()

B. Edad: _____ años

Dimensión I: Frecuencia de prurito

1. ¿Cuándo aparece la picazón?

- a) Por la mañana
- b) Al atardecer
- c) Por la noche
- d) Durante todo el día

2. ¿Con qué frecuencia le pica el cuerpo?

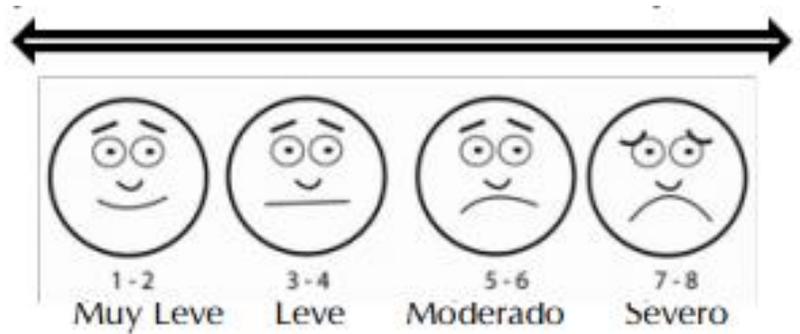
- a) Una a varias veces al mes
- b) Varias veces a la semana
- c) Una a varias veces al día
- d) Siempre

3. Indique con qué frecuencia se rasca al retirarse la ropa:

- a) Nunca
- b) Una a algunas veces al mes
- c) Una a algunas veces a la semana
- d) Casi siempre

Dimensión II: Intensidad y efecto en actividades diarias

4. ¿Cómo califica la intensidad de la picazón cuando observa a su niño teniendo en cuenta la siguiente escala (1 a 8 puntos)? Encierre en un círculo el valor que corresponda.



5. ¿Ha tenido cambios de estado de ánimo debido a la picazón?

- a) Ningún cambio
- b) Triste
- c) Irritable
- d) Enojado

6. Indique con qué frecuencia tiene dificultad para conciliar el sueño debido a la picazón:

- a) Nunca
- b) Una a algunas veces al mes
- c) Una a algunas veces a la semana
- d) Casi siempre

7. Indique con qué frecuencia debido a la picazón se rasca sobre la ropa estando dormido:

- a) Nunca
- b) Una a algunas veces al mes
- c) Una a algunas veces a la semana
- d) Casi siempre

8. Indique con qué frecuencia se despierta debido a la picazón:

- a) Nunca
- b) Una a algunas veces al mes
- c) Una a algunas veces a la semana
- d) Todos los días

9. Indique con qué frecuencia la picazón le interrumpe los juegos o no le permite jugar con otros niños:

- a) Nunca
- b) Una a algunas veces al mes
- c) Una a algunas veces a la semana
- d) Casi siempre

Puntuación final: (cada alternativa está valorada ordinalmente del 1 al 4)

- **9-18:** leve
- **19-27:** moderado
- **28-36:** severo

INFORME DE SIMILITUD DEL SOFTWARE TURNITIN

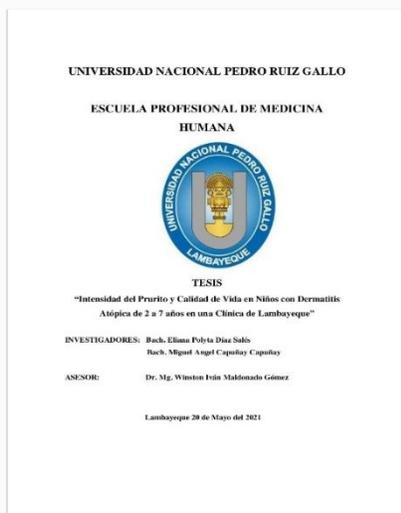


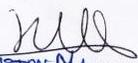
Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información de recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Miguel Capuñay Capuñay
Título del ejercicio: Tesis Pregrado
Título de la entrega: Intensidad del Prurito y Calidad de Vida en Niños con Derm...
Nombre del archivo: INFORME_DE_TESIS_FINAL_Capu_ay_Diaz.docx
Tamaño del archivo: 3.19M
Total páginas: 67
Total de palabras: 12,831
Total de caracteres: 65,317
Fecha de entrega: 26-may-2021 08:50a.m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 159458532




Winston Maldonado Gómez
Nombre y Firma

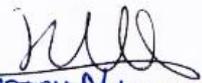
Intensidad del Prurito y Calidad de Vida en Niños con Dermatitis Atópica de 2 a 7 años en una Clínica de Lambayeque

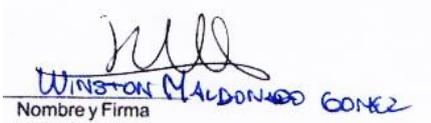
INFORME DE ORIGINALIDAD

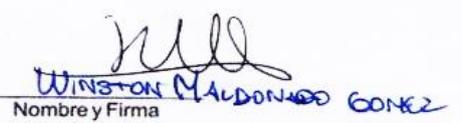


FUENTES PRIMARIAS

1	revistaalergia.mx Fuente de Internet	4%
2	www.actasdermo.org Fuente de Internet	2%
3	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%
5	repository.javeriana.edu.co Fuente de Internet	1%
6	Servando E. Marron, Javier Cebrian-Rodriguez, Víctor M. Alcalde-Herrero, Francisco Javier Garcia-Latasa de Aranibar et al. "Impacto Psicosocial en Adultos con Dermatitis Atópica: Estudio Cualitativo", Actas Dermo-Sifiliográficas, 2020 Publicación	1%


Winston Maldonado Gomez
Nombre y Firma

7	Submitted to costa rica tec Trabajo del estudiante	1 %
8	G. Garnacho-Saucedo, R. Salido-Vallejo, J.C. Moreno-Giménez. "Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación", Actas Dermo-Sifiliográficas, 2013 Publicación	<1 %
9	ballaratallergyclinic.com.au Fuente de Internet	<1 %
10	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	link.springer.com Fuente de Internet	<1 %
12	onlinelibrary.wiley.com Fuente de Internet	<1 %
13	scielo.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
14	actasdermo.org Fuente de Internet	<1 %
15	www.scielo.br Fuente de Internet	<1 %
16	docplayer.net Fuente de Internet	<1 %
	 Nombre y Firma	
17	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %

18	journals.plos.org Fuente de Internet	<1 %
19	www.revmedicaelectronica.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
20	www.pediatriaintegral.es Fuente de Internet	<1 %
21	www.aad.org Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
23	orca.cf.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
24	K B Fieten, R Schappin, W T Zijlstra, L Rijssenbeek-Nouwens, Y Meijer, S G M A Pasmans. "Predictors of treatment success in children with difficult to treat atopic dermatitis using a personalized integrative multidisciplinary treatment program (PIM)", Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2018 Publicación	<1 %
25	cetd.tmu.edu.tw Fuente de Internet	<1 %
	 Nombre y Firma	
26	Pickett, Karen, Loveman, Emma, Kalita, Neelam, Frampton, Geoff, Jones, Jeremy.	<1 %

"Educational interventions to improve quality of life in people with chronic inflammatory skin diseases: systematic reviews of clinical effectiveness and cost-effectiveness",
'National Institute for Health Research', 2015

Fuente de Internet

27	Submitted to University of Nottingham Trabajo del estudiante	<1 %
28	d-nb.info Fuente de Internet	<1 %
29	e-journal.unair.ac.id Fuente de Internet	<1 %
30	koreascience.or.kr Fuente de Internet	<1 %
31	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
32	eteze.bg.ac.rs Fuente de Internet	<1 %
33	unibe.ac.cr Fuente de Internet	<1 %
34	Submitted to Manipal University Trabajo del estudiante	<1 %
35	ijdvl.com Fuente de Internet	<1 %



Nombre y Firma
