



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Encuesta a dermatólogos en Colombia: diagnóstico y tratamientos de preferencia en pacientes con dermatitis atópica

Marcela Cardona Salazar

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Medicina interna - dermatología
Bogotá, Colombia

2022

Encuesta a dermatólogos en Colombia: diagnóstico y tratamientos de preferencia en pacientes con dermatitis atópica

Marcela Cardona Salazar

Tesis de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Dermatóloga

Director (a):

Doctor Héctor José Castellanos Lorduy

Codirectores:

Doctora Carolina Ivette Cortés Correa

Doctor Elkin Peñaranda

Línea de Investigación:

Enfermedades autoinmunes de la piel

Grupo de Investigación:

Der+

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Medicina interna - dermatología

Bogotá, Colombia

2022

Dedicatoria

A Dios por su fidelidad y respaldo en todo el camino.

A mi familia por el amor y apoyo incondicional.

A mis docentes por su paciencia y dedicación en la academia.

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Marcela Cardona Salazar

31/01/2022

Resumen

ENCUESTA A DERMATÓLOGOS EN COLOMBIA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS DE PREFERENCIA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

***Descripción:**

La dermatitis atópica es una enfermedad inmunomediada cada vez más estudiada. El objetivo de este estudio es identificar los criterios diagnósticos, las escalas de clinimetría, los tratamientos de preferencia. Además, las causas de elección y cambio de terapia y el tiempo de espera para ver la respuesta terapéutica.

Es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se hizo por medio de una encuesta virtual distribuida durante actividades académicas, previa realización de prueba piloto.

Se encuestaron 68 dermatólogos, el 29.3% basa el diagnóstico según la clínica, seguido de los criterios de Hanifin y Rajka (23.08%). Las escalas clínicas más usadas son DLQI, EASI, y valoración clínica (29.85%). La primera línea terapéutica para la enfermedad leve son corticoesteroides de mediana potencia (52.31%). En segunda línea prefieren cambio de potencia del corticoesteroide (38.46%). Las principales causas de iniciar terapia sistémica son: 1. la clínica severa y 2. alteración severa de la calidad de vida. Para elegir terapia sistémica se tiene en cuenta la severidad clínica y la eficacia del medicamento según literatura. En la DA moderada-severa la primera opción es fototerapia (59.38%) y corticoesteroides sistémicos (25%). Como segunda opción ciclosporina (25%), fototerapia (18.75%), azatioprina (18.75%).

Conclusiones: es el primer estudio en Latinoamérica al respecto. Se encontró que no hay consenso sobre el diagnóstico y manejo de la enfermedad. En algunos casos no se está esperando el tiempo necesario para ver una respuesta clínica. Aporta información única sobre el tratamiento de dermatitis atópica y sugiere realizar actividades académicas para unificar conceptos entre especialistas.

Palabras clave: dermatitis atópica, encuesta, opciones terapéuticas, criterios diagnósticos, adultos.

Abstract

Survey of dermatologists in Colombia: diagnosis and preferred treatments in patients with atopic dermatitis

*Description:

Atopic dermatitis is an increasingly studied immune-mediated disease. The objective of this study is to identify the diagnostic criteria, the clinimetry scales, the preferred treatments, the causes of selection and change of therapy and the waiting time to see the therapeutic response.

It is an observational, descriptive cross-sectional study. It was done through a virtual survey distributed during academic activities, after carrying out a pilot test.

A total of 68 dermatologists were surveyed, 29.3% based the diagnosis on the clinic, followed by the Hanifin and Rajka criteria (23.08%). The most used clinimetric scales are DLQI, EASI, and clinical assessment (29.85%). The first-line treatment for mild disease is corticosteroids of medium potency (52.31%). For second-line treatment, they prefer a change in corticosteroid potency (38.46%). The main causes of starting systemic therapy are: 1. severe clinical symptoms and 2. severe quality of life impairment. To choose systemic therapy, the clinical severity and the efficacy of the drug according to the literature are taken into account. In moderate-severe AD, the first-line treatment is phototherapy (59.38%) and systemic corticosteroids (25%). As a second option, cyclosporine (25%), phototherapy (18.75%) and azathioprine (18.75%).

Conclusions: it is the first study in Latin America in this regard. We find there is no consensus on the diagnosis and management of the disease. In some cases, they are not waiting long enough to see a clinical response. It provides unique information on the treatment of atopic dermatitis and suggests carrying out academic activities to unify concepts among specialists.

Keywords: atopic dermatitis, survey, therapeutic options, diagnostic criteria, adults.

Contenido

INTRODUCCIÓN	11
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
JUSTIFICACION	14
OBJETIVOS	15
GENERAL.....	15
ESPECÍFICOS	15
MARCO TEÓRICO.....	16
Epidemiología.....	16
Fisiopatología	16
Alteración en la barrera cutánea, composición lipídica y microbioma.....	18
Desregulación inmune.....	18
Fase aguda vs crónica.....	19
Dermatitis atópica intrínseca vs extrínseca	19
Endotipos y fenotipos según etnias	20
Comorbilidades	20
Clínica	21
Diagnóstico.....	23
Criterios de Hanifin y Rajka (Criterios de HR).....	23
Criterios del Grupo de Trabajo para el Diagnóstico de Dermatitis Atópica del Reino Unido ...	24
Criterios de La Academia Americana de Dermatología	24
Clinimetría	27
Tratamiento.....	28
Medidas básicas	28
Tratamiento antiinflamatorio tópico	29
Fototerapia.....	30
Tratamiento sistémico.....	31
Estudios sobre tratamiento de dermatitis atópica en la práctica clínica.....	34
DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
TIPO DE ESTUDIO	35

CÁLCULO DE LA MUESTRA	35
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	35
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	35
PLAN DE ANÁLISIS	36
ASPECTOS ÉTICOS.....	37
RESULTADOS	38
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	38
Tabla 1. Número de años ejerciendo cómo especialista en dermatología	38
Tabla 2. Departamento del país donde realiza la mayor parte de su consulta dermatológica	39
Tabla 3. Régimen del sistema de salud al que pertenece la mayor parte de los pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica que atiende en su consulta.	40
PREFERENCIA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	40
Tabla 4. Para realizar el diagnóstico de Dermatitis atópica en pacientes adultos ¿Qué criterios prefiere emplear?.....	40
PREFERENCIA DE ESCALAS DE CLINIMETRÍA	41
Tabla 5. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué escalas de clinimetría prefiere usar?.....	41
PREFERENCIA TERAPEUTICA DE PRIMERA LÍNEA.....	41
Dermatitis atópica leve	41
Tabla 6. Para el tratamiento de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve ¿Cuáles son las dos opciones de terapia tópica de su preferencia? Primera opción.	42
Tabla 7. Para el tratamiento de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve ¿Cuáles son las dos opciones de terapia tópica de su preferencia? Segunda opción.	42
Tabla 8. Durante la terapia tópica exclusiva del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En cuánto tiempo espera ver un cambio clínico significativo para considerar realizar cambio de terapia? (sin incluir terapia proactiva).	42
Tabla 9. En el paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve sin mejoría a la terapia tópica de primera línea ¿Cuáles son las dos opciones de terapia de segunda línea de su preferencia? Primera opción	43
Tabla 10. En el paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve sin mejoría a la terapia tópica de primera línea ¿Cuáles son las dos opciones de terapia de segunda línea de su preferencia? Segunda opción	43
Dermatitis atópica moderada a severa	43

Tabla 11. ¿En su consulta atiende pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa?.....	43
Tabla 12. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 1	44
Tabla 13. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 2	44
Tabla 14. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 3	44
Tabla 15. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Primera opción.....	45
Tabla 16. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Segunda opción	45
Tabla 17. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Tercera opción	46
Tabla 18. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa ¿Cuáles son las dos terapias de su preferencia? Primera opción	46
Tabla 19. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa ¿Cuáles son las dos terapias de su preferencia? Segunda opción	47
Tabla 20. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica severa ¿Qué factores tiene en consideración al momento de considerar el cambio de un tratamiento sistémico no biológico a un tratamiento sistémico biológico? mencione los que considere más importantes. Primer Factor.....	48
Tabla 21. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica severa ¿Qué factores tiene en consideración al momento de considerar el cambio de un tratamiento sistémico no biológico a un tratamiento sistémico biológico? mencione los 3 que considere más importantes. Segundo Factor.....	48
DISCUSIÓN.....	50
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	50
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	51
ESCALAS DE CLINIMETRÍA	52
PREFERENCIAS TERAPEUTICAS.....	52
Dermatitis atópica leve	52
Dermatitis atópica moderada a severa	54

CONCLUSIONES	58
ANEXOS	60
Anexo 1.....	60
Anexo 2. Encabezado de la encuesta que incluye consentimiento informado.	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea crónica y recurrente que se caracteriza por lesiones eczematosas e intensamente pruriginosas en distribuciones características según la edad. Compromete niños y adultos y puede generar gran compromiso de la calidad de vida por lo que requiere tratamiento a largo plazo y cambios en el estilo de vida. Hay múltiples opciones terapéuticas según la severidad del cuadro; desde medicamentos tópicos, fototerapia, medicamentos sistémicos no biológicos y biológicos. Cada uno de ellos tiene indicaciones, contraindicaciones y tiempo esperado de acción los cuales deben ser tenidos en cuenta para elegir la terapia de inicio, de mantenimiento y definir la falta de respuesta ante un fármaco. Ante este panorama, se han creado diferentes guías nacionales e internacionales que buscan apoyar la toma de decisiones del clínico para aprovechar adecuadamente la escalera terapéutica y beneficiar al paciente.

En este trabajo se busca identificar las preferencias de los dermatólogos en Colombia al elegir el tratamiento para pacientes adultos con dermatitis atópica e identificar causas de cambio de terapia, orden de priorización de estos, y barreras generadas en el sistema que rodea al paciente para alcanzar una respuesta clínica esperada.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Existen numerosos criterios diagnósticos para la dermatitis atópica, algunos extensos que limitan su uso en la práctica diaria y asimismo hay diferentes escalas clinimétricas que permiten definir el tipo de tratamiento requerido, pero necesarios para objetivar la evolución en el tiempo. Cada terapia tiene indicaciones y tiempos de acción diferentes que deben ser conocidos por el dermatólogo.

En Colombia no existe información sobre los criterios diagnósticos, las escalas de clinimetría y el tratamiento que prefieren los dermatólogos en pacientes adultos con dermatitis atópica en la práctica clínica real y la aplicación de las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales. Por lo que consideramos de impacto poder conocer las preferencias en la atención de pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica respecto a los criterios diagnósticos, escalas de clinimetría y tratamientos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los criterios diagnósticos, las escalas de clinimetría y los tratamientos de preferencia para pacientes adultos (con edad mayor o igual a 18 años) con dermatitis atópica por parte de dermatólogos en Colombia en el año 2021?

JUSTIFICACION

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica e inflamatoria de la piel, que presenta placas de eczema y prurito en pliegues, cara, manos, entre otros. Su prevalencia viene en aumento, y aunque inicialmente se creía que era una patología casi exclusiva de los niños, ahora se sabe que puede permanecer hasta la edad adulta o iniciar *de novo*. Tiene un componente genético importante que, asociado a disfunción de la barrera cutánea, lleva al desarrollo de placas eritemato-descamativas en zonas características según la edad y acompañadas por prurito como síntoma cardinal (1). Al ser una enfermedad crónica y recurrente que puede llegar a comprometer la calidad de vida. Se han desarrollado guías de práctica clínica a nivel mundial y nacional las cuales buscan que se tomen las decisiones acertadas según el escenario. Esto no siempre se cumple debido a que la decisión sobre el tratamiento está influenciado por la experiencia del médico tratante y de las diferentes condiciones clínicas y sociales de cada paciente que pueden no estar contempladas en las guías (2).

El estudio busca conocer las preferencias en la atención de pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica respecto a los criterios diagnósticos, escalas de clinimetría y tratamientos en la práctica clínica actual de especialistas en el país, permitirá dar cuenta de la existencia de variabilidad clínica, la necesidad de implementar estrategias de educación con el fin de mejorar el cumplimiento a las recomendaciones dadas en guías de práctica clínica, plantear la necesidad de actualizar dichas recomendaciones.

Por lo que este estudio de características descriptivas podrá ser el origen de hipótesis para futuros estudios.

OBJETIVOS

GENERAL

Describir las preferencias de los especialistas en dermatología que ejercen actualmente en el país respecto a los criterios diagnósticos, las escalas de clinimetría y tratamientos empleados en pacientes adultos (con edad mayor o igual a 18 años) con dermatitis atópica.

ESPECÍFICOS

1. Realizar una caracterización sociodemográfica de los especialistas en dermatología del país (años como especialista en dermatología, departamento del país donde realiza consulta, atención actual a pacientes con dermatitis atópica, el régimen en que con más frecuencia atienden pacientes con dermatitis atópica).
2. Describir los criterios diagnósticos para dermatitis atópica en adultos empleados con mayor frecuencia en la práctica clínica actual por especialistas en dermatología en el país.
3. Describir las escalas de clinimetría para dermatitis atópica en adultos empleados con mayor frecuencia en la práctica clínica actual por especialistas en dermatología en el país.
4. Describir los tratamientos empleados con mayor frecuencia como primera línea en la práctica clínica actual por especialistas en dermatología en el país para el manejo de la dermatitis atópica en adultos.
5. Describir los tratamientos empleados con mayor frecuencia ante el fracaso o progresión de la enfermedad, en la práctica clínica actual por especialistas en dermatología en el país para el manejo de la dermatitis atópica en adultos.
6. Describir los factores para la elección y cambios de tratamiento por parte de especialistas en dermatólogos en Colombia para el manejo de pacientes con dermatitis atópica en adultos.

MARCO TEÓRICO

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta gente de todas las razas y edades, se caracteriza por presentar placas eritematosas y descamativas (eczematosas) asociadas a prurito (1).

Epidemiología

Es una enfermedad inflamatorias de la piel que afecta aproximadamente 13-30% de niños y 3-10% de adultos en Estados Unidos (3)(4). Según encuestas, entre el 10-20% de adultos con DA cursan con enfermedad severa (1). La estadística estimada mundial muestra que la prevalencia ha aumentado en las últimas décadas en países industrializados (5). La incidencia en adultos mayores es menor pero aun así viene en aumento (6).

El 80-90% de los casos son diagnosticados antes de los 5 años de vida y con frecuencia es la primera enfermedad atópica que aparece, posterior a la cual se pueden desarrollar la rinitis alérgica y/o el asma (5). Aproximadamente 53% de casos resuelven antes de los 16 años. Del 9-24% de casos iniciarán *de novo* en la adultez con un pico de incidencia entre los 20 y 40 años. Entre 20 y 30% persistirán en la edad adulta, y 12.2% recurrirán después de haber presentado una resolución aparentemente completa de la enfermedad (6).

En Colombia se describen prevalencias entre 5.7% y 16.1% que varía según la ciudad. Además de una relación 2.5 a 9 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino (7).

Fisiopatología

Su etiología es multifactorial, interactúan factores genéticos, inmunológicos y ambientales. La exposición a productos exógenos, la alteración de barrera cutánea adquirida o heredada y la disregulación inmune en una persona con predisposición genética lleva a manifestaciones clínicas de la enfermedad (5).

Predisposición genética

La primera mutación genética descubierta, y hasta ahora el factor de riesgo genético más importante en la población europea y asiática, es la mutación por pérdida de función del gen *FLG*. Este gen se encarga de la producción de la profilagrina que está compuesta por unidades repetidas de filagrina (FLG), se encuentra guardada en gránulos de queratohialina de los queratinocitos del estrato granuloso. Más adelante la FLG se cliva generando agregación de filamentos de queratina y contribuyendo al aplanamiento de los corneocitos (8)(9). Además, su degradación vía proteasas como caspasa-14, calpaina-1 e hidrolasa de bleomicina degradan la filagrina en aminoácidos incluyendo histidina y glutamina que posteriormente se metabolizan en ácido urocánico y ácido carboxílico-5-pirrolidona, conocidos como el "factor humectante natural", que ayudan a la acidificación del estrato córneo y a la protección contra radiación ultravioleta (RUV). Esta acidificación favorece un ambiente adecuado para la formación de ceramidas que son importantes en la composición de la matriz lipídica intercelular(9).

Por lo tanto la mutación del gen *FLG* lleva a menor número de gránulos de queratohialina, menos filagrina, y menos productos de su degradación, afectando la acidificación del estrato córneo por la vía clásica previamente descrita, altera la morfología de los corneocitos, no favorece el ambiente adecuado para la producción de ceramidas, favoreciendo mayor exposición de microorganismos y alérgenos a la piel(9). La penetrancia de la mutación es aproximadamente 40% cuando hay un solo alelo afectado y 90% cuando dos alelos están mutados (10).

Los niños africanos y afroamericanos con dermatitis atópica no presentan con tanta frecuencia la mutación por pérdida de función de *FLG*, se ha planteado que ellos pueden tener mutación del gen *FLG2* que tiene una función similar a la filagrina (9). Otros genes implicados son *SPRR3*, *SPINK5*, *CLDN1*, *TMEM79* (8).

Alteración en la barrera cutánea, composición lipídica y microbioma

Los cambios en la composición de lípidos del espacio intercelular en la capa córnea hacen parte de la fisiopatología de la enfermedad. Normalmente los cuerpos lamelares de los queratinocitos de la capa espinosa y granulosa contienen lípidos importantes para la formación del estrato córneo previniendo la pérdida excesiva de agua corporal e impidiendo la entrada de compuestos externos (11). Su contenido es vertido al espacio extracelular de la capa córnea donde se unen de manera termino-terminal entre ellas para formar hojas alargadas de lípidos que rodean a los corneocitos. La composición de esta matriz lipídica está en una relación 1:1:1 en radio molar de ceramidas, colesterol y ácidos grasos libres principalmente saturados de cadena muy larga (11). Cualquier cambio en la proporción de estos lípidos genera alteración de la barrera cutánea. La piel lesional y no lesional de pacientes con dermatitis atópica tienen disminución de estos lípidos, aumentando la permeabilidad del estrato córneo, la pérdida transepidérmica de agua, y facilitando la entrada de alérgenos y microorganismos. También tienen disminución de péptidos antimicrobianos (algunos producidos en los cuerpos lamelares) como catelicidinas (LL-37) y beta-defensinas, disminución de la variedad de la diversidad del microbioma y aumento de la presencia de *Staphylococcus*, principalmente *S. aureus* que coloniza al 90% de los pacientes con dermatitis atópica, además de disminución de *Streptococcus*, *Propionibacterium* y *Acinetobacter* los cuales se restablecen al dar tratamiento y disminuir el eczema (8)(12). La presencia de *S. aureus* predomina en pacientes con enfermedad más severa y juega un papel importante en el desarrollo de exacerbaciones, mientras que el *S. epidermidis* predomina en enfermedad menos severa(12).

Desregulación inmune

Los queratinocitos responden a dos tipos de estímulos: a los factores externos (defecto de barrera, proteasas, toxinas, estrés físico, hongos, *S. aureus*) y a los factores internos (IL4, IL13, IL31) lo que lleva a un asa de coestimulación entre células epiteliales y sistema inmune (13).

La disfunción en la barrera cutánea por los cambios descritos y por el rascado permite la entrada de antígenos. No se sabe exactamente por qué predomina la respuesta tipo 2 pero se plantea una combinación de factores que, ante la exposición a alérgenos, proteasas o agentes infecciosos, estimula a las células epiteliales para liberar citoquinas tipo 2 como la linfopoyetina tímica estromal (TSLP), IL33, factor estimulante de colonias-granulocitos macrófagos (GM-CSF) e IL25; esto activa basófilos, células linfoides innatas tipo 2 (ILC2), células dendríticas e inducen producción de más citoquinas tipo 2 (13)(8).

Las células presentadoras de antígeno (CPA) promueven el desarrollo de linfocitos T helper 2 (LTh2) a partir de LT vírgenes. Los LTh2 producen IL4 que hace regulación a la baja de la respuesta inmune tipo 1 y apoya al cambio de inmunoglobulina por parte de los linfocitos B (LB) para que sea tipo IgE (14). También producen IL13, ambas interleucinas comparten la subunidad IL4R α de su receptor y generan reducción de la expresión de moléculas requeridas para la cornificación (ejemplo: FLG, involucrina y loricrina) y producción de cuerpos lamelares; pueden inducir la producción de calicreína por parte de los queratinocitos promoviendo la descamación de corneocitos y empeorando la pérdida transepidérmica de agua (14).

Fase aguda vs crónica

La dermatitis atópica es una enfermedad dinámica en el tiempo. Se ha encontrado que en la fase aguda predomina la respuesta Th2, Th22 y Th17. Mientras que en la fase crónica hay polarización hacia la respuesta Th1, Th2 y Th22 con aumento de producción de Interferón gamma (IFN γ), remodelación tisular y fibrosis (14)(15).

Dermatitis atópica intrínseca vs extrínseca

El fenotipo extrínseco es el clásico y más frecuente (80%), donde hay una alta tasa de mutación del gen *FLG*, antecedente personal o familiar de atopia, niveles elevados de eosinófilos e IgE, y tienen mayor respuesta inmune tipo 2 (16).

Mientras que el fenotipo intrínseco es el 20% de los casos, predomina en mujeres en la edad adulta, no presentan mutación del gen *FLG*, la barrera cutánea no está tan afectada, no tienen aumento de la IgE y no se asocian a atopia. Tienen mayor

respuesta inmune tipo Th1, Th17 y Th22, y comparten algunas vías en común con la psoriasis como la IL22, IL36, IL36RN, CCL20 (16).

Endotipos y fenotipos según etnias

Los asiáticos tienen mayor cantidad de interleucinas tipo Th17 como la IL17A, IL19 y CCL20, tienen mayor hiperplasia epidérmica y paraqueratosis a la histología; también tienen mayor cantidad de IL22 comparados con los europeos. Su función de barrera no está tan afectada como los europeos, y tienen menor expresión de citoquinas Th1 (16).

Los europeos no tienen activación de linfocitos Th17 pero si de LTh1. Los chinos tienen alta expresión de citoquinas Th2, Th17/IL23 y Th17/Th22 (16).

Los afroamericanos tienen alta incidencia de dermatitis atópica con poca mutación de *FLG*, mayor respuesta Th2 y Th22, esta última se asocia a más hiperqueratosis, hiperplasia, proliferación de queratinocitos generando una limitada respuesta al tratamiento (16).

Comorbilidades

Las comorbilidades más asociadas son las otras patologías atópicas: asma y rinitis alérgica. El desarrollo de estas enfermedades en un orden específico se conoce como marcha atópica, donde se desarrolla primero la dermatitis atópica, posteriormente el asma y finalmente la rinitis alérgica. Se han realizado múltiples estudios para confirmar la asociación entre estas enfermedades y algunos sugieren una posible asociación entre dermatitis atópica de inicio antes del año y medio de edad y asma con un OR 2.4, y de dermatitis atópica y rinitis alérgica a los 12 años con un OR 4.32. Otros estudios no han encontrado asociación suficiente sobre todo al aplicar criterios diagnósticos estrictos para las patologías (17).

Se plantea que se ha sobreestimado la prevalencia y subestimando la complejidad de la marcha atópica. Al hablar de la marcha atópica como el desarrollo de las 3 enfermedades, solo el 3.1% de pacientes la desarrollará mientras que si se

incluyen pacientes con dermatitis atópica que desarrollen cualquiera de las otras dos enfermedades este porcentaje aumenta a 10.5% (17).

Hay algunas características de los pacientes con dermatitis atópica que acarrearán más riesgo para desarrollar asma, entre esos se encuentran tener dermatitis atópica extrínseca, inicio antes de los 2 años de edad, enfermedad moderada a severa, que persista por más de tres años y tener mutaciones genéticas de *FLG* y *TSLP* (17).

Algunos grupos incluyen la alergia alimentaria dentro de la marcha atópica, esta puede ocurrir después de la dermatitis atópica y antes del asma. Los niños con dermatitis atópica tienen seis veces más probabilidad de desarrollarla que los controles sanos (18). Cuando se miden niveles de IgE específica para alimentos se pueden detectar desde los primeros meses de vida y llegan a un pico en el primer año de vida. Llama la atención que esto ocurra antes de empezar la alimentación complementaria, lo que sugiere una sensibilización a los alimentos a través de la piel inflamada (18). Además, se ha correlacionado el uso de cremas que contienen maní o trigo con la alergia a estos mismos (18).

También tienen alteraciones del sueño tipo ansiedad para dormir, resistencia para dormir, parasomnias, somnolencia diurna comparado con controles sanos (19).

Otras enfermedades se han asociado, aunque en múltiples ocasiones el OR pierde significancia estadística al ajustar los datos con otras variables. Algunas de estas enfermedades son obesidad, ataques cerebrovasculares, angina, hipertensión arterial, enfermedad arterial periférica, linfomas (sobre todo linfoma no Hodgkin en paciente inmunosuprimido), carcinoma basocelular, depresión, ansiedad, ideación suicida, déficit de atención o hiperactividad, autismo, conjuntivitis, queratitis, queratocono, entre otros (20).

Clínica

La clínica es altamente variable según la edad, etnia y severidad de la enfermedad.

Se caracteriza por tener exacerbaciones agudas de placas eritematodescamativas, exudativas y pruriginosas sobre una piel seca (5). Con frecuencia inician a temprana edad y tienen antecedente personal o familiar de atopía (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica) (1).

Las lesiones varían según la edad, los lactantes presentan lesiones más agudas con placas eritematosas y exudativas en mejillas, superficies extensoras de extremidades y tronco, pero respeta el área del pañal (1). Los niños mayores de 2 años presentan lesiones más localizadas en áreas flexoras como fosas antecubitales y poplíteas con áreas de liquenificación.

Los adolescentes y adultos tienen también predominio en flexuras, liquenificadas y excoriadas, pueden tener compromiso de áreas localizadas como manos, párpados y "cabeza y cuello", este último también compromete parte superior del tronco, hombros y cuero cabelludo (1). En el adulto se debe diferenciar el que debuta en la adultez y el que tiene un curso crónico o recurrente de una dermatitis atópica de la infancia (6)(21). El que tiene un curso crónico persistente desde la niñez es el más identificado y son aproximadamente 20-30% de los pacientes con diagnóstico en edades tempranas, y el que debuta en la adultez es aproximadamente 18.5% del total de casos de dermatitis atópica aunque es de diagnóstico más difícil (6)(21). En general no hay diferencia significativa entre la distribución de las lesiones de ambos grupos pero el segundo se asocia a menos xerodermia, niveles de IgE normales y menor severidad (21)(22)(16).

Los adultos mayores de 60 años tienden a comprometer más la parte superior del cuerpo, pero con el signo reverso de eczema liquenificado donde los pliegues no se afectan, pero sí sus alrededores. También pueden presentar eritema facial refractario al tratamiento, signo de Hartoghe, eczema en el cuello, eczema numular, eczema tipo prurigo nodular, eritrodermia, y mayor compromiso en glúteos y genitales (23).

Diagnóstico

Hay una amplia lista de criterios diagnósticos, los más mencionados son los de Hanifin y Rajka de 1980, los del Grupo de Trabajo del Reino Unido de 1994 y los de la Academia Americana de Dermatología del 2014.

Criterios de Hanifin y Rajka (Criterios de HR) (24)(4)

Requiere la presencia de tres criterios mayores y tres criterios menores.

Criterios mayores (debe haber tres presentes):

- Prurito
- Distribución y morfología típica (liquenificación en flexuras o linealidad en adultos, compromiso facial y extensor en lactantes y niños)
- Cuadro crónico o crónicamente recurrente
- Antecedente familiar o personal de atopia (dermatitis atópica, asma, rinitis alérgica).

Criterios menores (debe haber tres o más presentes):

- Xerosis
- Ictiosis/hiperlinearidad palmar/queratosis pilaris
- Niveles séricos de IgE elevados
- Inicio a edad temprana
- Tendencia a infecciones cutáneas
- Eczema del pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recurrente
- Tendencia a dermatitis no específica de manos o pies
- Edad de inicio temprano
- Reactividad inmediata (tipo I) en pruebas cutáneas
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono

- Cataratas anteriores subcapsulares
- Oscurecimiento orbitario
- Eritema facial/palidez facial
- Pliegues anteriores del cuello
- Prurito al sudar
- Intolerancia a la lana y solventes lipídicos
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a alimentos
- Curso influenciado por factores ambientales/emocionales
- Dermografismo blanco/blanqueamiento tardío a agentes colinérgicos.

Criterios del Grupo de Trabajo para el Diagnóstico de Dermatitis Atópica del Reino Unido (25)

Tiene que estar presente el criterio obligatorio que es una condición pruriginosa en la piel más tres de los siguientes criterios:

- Historia de compromiso de los pliegues como fosas antecubitales, fosas poplíteas, delante de los tobillos o alrededor del cuello (incluyendo las mejillas en los menores de 10 años)
- Una historia personal de asma o fiebre del heno (o historia de enfermedad atópica en familiar de primer grado en el menor de 4 años)
- Historia de xerodermia generalizada en el último año
- Eczema flexural visible (o eczema que compromete las mejillas/frente y la parte externa de las extremidades en menores de 4 años)
- Inicio antes de los 2 años (este no aplica si el niño es menor de 4 años).

Criterios de La Academia Americana de Dermatología (26)(10)

Característica esencial (deben estar presentes y son suficientes para el diagnóstico):

- Prurito
- Eczema (agudo, subagudo o crónico)
- Morfología típica y patrón específico para la edad
- Crónico o historia de recurrencia.

Características importantes (visto en la mayoría de los casos, son un soporte adicional al diagnóstico):

- Edad temprana de inicio
- Atopia
- Historia familiar y/o personal
- Reactividad de inmunoglobulina E
- Xerosis

Características asociadas (ayudan a sugerir el diagnóstico de dermatitis atópica, pero son muy inespecíficas para ser usadas como definición o detección de dermatitis atópica en estudios de investigación y epidemiológicos):

- Respuesta vascular atípica (ejemplo: palidez facial, dermografismo blanco, blanqueamiento tardío)
- Queratosis pilaris/pitiriasis alba/hiperlinealidad palmar/ictiosis
- Cambios oculares/periorbitales
- Otros hallazgos regionales (ejemplo: cambios prioriales/lesiones periauriculares)
- Acentuación perifolicular/liquenificación/lesiones de prurigo

Condiciones de exclusión (el diagnóstico de dermatitis atópica depende de la exclusión de condiciones cómo):

- Escabiosis
- Dermatitis seborreica
- Dermatitis de contacto
- Ictiosis

- Linfoma cutáneo de células T
- Psoriasis
- Dermatitis fotosensibles
- Enfermedades por deficiencia inmune
- Otras causas de eritrodermia

Una revisión sistemática del 2018 encontró que se usaron 10 diferentes criterios diagnósticos entre los estudios aleatorizados controlados publicados del 2007 al 2016. Los criterios diagnósticos más usados fueron los de Hanifin y Rajka (65.4%) seguidos por los criterios del Reino Unido (14.3%), los japoneses (6.7%), los de la Academia Americana de Dermatología (6%), y los demás criterios en menor porcentaje. Los criterios de HR predominaban en Asia, Europa, Norte América, Australia y Sur América. Esta diferencia podría limitar la interpretación y comparación de los resultados de los estudios, sin mencionar que muchos de ellos no especifican qué criterios usaron para la definición de enfermedad (27).

En 2018 se publicó la *Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia* (28). Se recomienda realizar el diagnóstico de dermatitis atópica cuando un niño o adulto presenta prurito en la piel y tres o más de las siguientes:

- Dermatitis evidente en áreas de flexión, como los pliegues antecubitales o fosas poplíteas. En niños menores de 24 meses: dermatitis visible en las mejillas y/o áreas extensoras.
- Antecedente personal de dermatitis en área de flexión (o en niños menores de 18 meses dermatitis en las mejillas y/o áreas extensoras).
- En los últimos 12 meses historia personal de xerosis.
- Antecedente personal de asma o rinitis alérgica (o antecedente de atopia en un familiar de primer grado si el niño es menor de 4 años).
- Aparición de signos y síntomas antes de los 2 años (este criterio no debe utilizarse en menores de 4 años).

En caso de duda diagnóstica se deberá tomar biopsia de piel y se deben considerar los diagnósticos diferenciales mencionados en los criterios de la Academia Americana de Dermatología (28).

Clinimetría

Para objetivar la severidad de la enfermedad, el compromiso de la calidad de vida y la respuesta al tratamiento se han desarrollado varias escalas. La GPC recomienda usar la Puntuación de Dermatitis Atópica (SCORAD), Índice de Gravedad y Área de Eczema (EASI), Medida de Eczema Orientado al Paciente (POEM), y otras escalas para pediatría (28). Además, para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con patología dermatológica de 16 años o más se recomienda el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI).

El EASI da mayor importancia al área comprometida, evalúa área y severidad en cuatro diferentes regiones del cuerpo, analiza el eritema, edema, liquenificación y excoriación (29).

El SCORAD tiene un componente objetivo donde el evaluador reporta el área de superficie corporal comprometida y los signos de severidad dando mayor importancia a este último punto, haciéndolo más práctico para medir lesiones localizadas (29). El otro componente es el subjetivo, donde el paciente reporta el prurito y las alteraciones del sueño(29). El área comprometida la evalúa con la regla de los nueve y analiza los cuatro componentes del EASI pero también la exudación/costras y xerosis en piel no lesional. El resultado se clasifica en leve, moderado y severo (29).

El IGA (Investigatos´s Global Assessments) es un instrumento ampliamente usado en los estudios clínicos. Los criterios más usados en dermatitis atópica son el eritema, pápulas/edema, secreción/humedad, costras. Es una de las escalas más fáciles de realizar en consulta, pero no está estandarizada ni validada. Esto dificulta la comparación entre estudios y clínicos (30).

La Medida de Eczema Orientada al Paciente (POEM: Patient-Oriented Eczema Measure) es una encuesta que el paciente debe llenar donde abarca los dominios de prurito, alteración del sueño, secreción/humedad, agrietamiento, descamación, xerosis/piel áspera. Tiene un estudio de validación(30).

El Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI: Dermatology Life quality Index) tiene una consistencia interna buena, pero tiene poca capacidad de detectar alteraciones de la salud mental y emocional del paciente. además, tiene poca sensibilidad al cambio lo que dificulta notar la mejoría clínica en los pacientes (31)(32). Aun así, es una escala de fácil aplicación que el paciente realiza en la consulta.

La escala numérica del prurito está validada para estudios clínicos, pero no para el uso clínico. A pesar de eso, se usa en la clínica por ser sencilla de usar y por qué los valores se correlacionan con la severidad de la enfermedad (33).

Debido a que la dermatitis atópica, sobre todo la moderada y severa/muy severa, se asocian a mayor prevalencia de ansiedad y depresión, algunos sugieren realizar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión-ansiedad (HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale-anxiety) y -depresión (HADS-D) (34).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es mejorar síntomas y tener control de la enfermedad a largo plazo (1).

Este se define según la severidad, en general las dermatitis atópicas leves se pueden controlar con las medidas básicas y tratamiento tópico. Los cuadros más severos posiblemente requieran fototerapia y/o terapia inmunomoduladora (1).

Medidas básicas

Se debe evitar desencadenantes de las crisis centrado en cada paciente ya que no hay recomendaciones basadas en evidencia para establecer medidas

generalizables. Esto incluye irritantes como telas de lana o detergentes alcalinos, factores climáticos, estrés psicológico, ciertos alimentos (1).

También, deben usar cremas hidratantes para restaurar la barrera cutánea. Estas tienen diferentes componentes que las hace más emolientes, oclusivas o humectantes los cuales se deben aplicar al menos 2 veces al día (1). No mejoran el eczema por si solas, pero ayudan a disminuir el prurito, previenen exacerbaciones, aumentan el tiempo entre exacerbaciones, y disminuyen la cantidad de corticoide tópico cuando se usan en combinación (35).

Tratamiento antiinflamatorio tópico Corticoesteroides tópicos

Los corticoesteroides tópicos son la primer línea terapéutica antiinflamatoria como terapia reactiva donde se da manejo antiinflamatorio, vienen de diferentes potencias y en diferentes vehículos, la elección dependerá de la edad del paciente, la severidad y localización de la lesión (36). Se debe iniciar el tratamiento con los primeros síntomas de exacerbación y la resolución del prurito es lo que mejor indica la buena respuesta (36). Los corticoides de baja potencia se deben aplicar en paciente con cuadro leve, los de moderada potencia para cuadros moderados y los de alta potencia para dermatitis atópicas severas (28). En la cara y cuello se debe usar de baja potencia o por tiempo máximo de 5 días se podrá usar de mediana potencia cuando el cuadro sea severo. También de mediana potencia se podrá usar por tiempo máximo de 14 días para axilas e ingles (28). Esto se hace de manera reactiva, lo que indica que al momento de la exacerbación se da manejo antiinflamatorio.

Los efectos adversos locales son múltiples entre los que se encuentran la presencia de púrpura, telangiectasias, atrofia, estrías, hipopigmentación, erupciones acneiformes (37). La más frecuente es la atrofia cutánea. Con los corticoides de alta potencia existe un riesgo de absorción sistémica e inhibición de eje hipotálamo-hipófisis-adrenal el cual aumenta con el uso prolongado del medicamento (38).

Inhibidores de calcineurina tópicos

Hay dos inhibidores de calcineurina tópicos, pimecrolimus y tacrolimus, en Colombia está disponible el segundo. Tienen eficacia similar a corticoesteroides de baja y mediana potencia pero mayor costo y se asocian a más efectos secundarios tipo ardor y prurito en el momento de la aplicación que los corticoesteroides (39). Es la primera línea para el tratamiento de zonas sensibles como los párpados, áreas ocluidas o que requieren tratamiento por periodos largos. Y la segunda línea de antiinflamatorios tópicos en caso de no mejoría con el corticoesteroide (28).

Al controlar el cuadro se puede iniciar terapia proactiva que es un tratamiento a largo plazo con dosis bajas donde se busca controlar la enfermedad residual con el uso mínimo de medicamentos antiinflamatorios tópicos (40)(36). Usualmente se hace con corticoide tópico de mediana potencia una a dos veces por semana o con inhibidor de calcineurina dos a tres veces por semana, este esquema requiere una reevaluación a los tres a seis meses (28). Se justifica ya que los pacientes con piel aparentemente sana persisten con alteraciones en la barrera e inflamación subclínica (41).

Fototerapia

Fototerapia es usar la radiación ultravioleta (RUV) o la luz visible para tratar diferentes enfermedades (42). Se han desarrollado luces artificiales que emiten longitudes de onda seleccionadas del espectro electromagnético (42). Existen varias modalidades de fototerapia que tienen efectos y alcanzan profundidades distintas en la piel. Las más recomendadas para dermatitis atópica son la RUV B de banda estrecha (UVB-NB) y la RUV-A1 (UVA1) (28)(36)(43). En general se recomienda el uso de UVB-NB para el manejo de lesiones crónicas mientras que de UVA1 para las lesiones agudas, aunque hay estudios que sugieren que UVA1 también genera buena respuesta en pacientes con lesiones crónicas (44).

Los principales efectos secundarios a corto plazo son la presencia de eritema, prurito, quemaduras, en algunos casos exacerbación de las lesiones; y a largo

plazo el daño actínico, foto envejecimiento, despigmentación y el más temido es el cáncer de piel no melanoma sobre todo en fototerapia con UVA (45)(46).

Tratamiento sistémico

Dirigido a pacientes con enfermedad moderada a severa o que no respondieron a líneas previas. Antes de iniciarlo es importante descartar linfoma cutáneo de células T y contactantes (36). Hay dos grandes grupos de medicamentos: los de acción rápida que incluye a la ciclosporina A y los corticoesteroides sistémicos; y los de acción lenta que incluye al metotrexate (MTX), azatioprina (Aza), y micofenolato mofetilo (MFM). Además, se incluye el dupilumab como primer medicamento biológico para la enfermedad.

Corticoesteroides sistémicos

Aunque hay pocos estudios de su uso en dermatitis atópica, si hay consenso de expertos donde recomiendan su uso limitado a algunas situaciones como ausencia de otras opciones terapéuticas, puente a otras terapias sistémicas o fototerapia, exacerbaciones agudas donde se requiere alivio inmediato (47). Esto es porque a largo plazo los efectos adversos superan el beneficio. Debe hacerse un desmonte lento ya que en caso contrario puede haber rebote (36).

Ciclosporina

Es considerada entre las opciones de primera línea para pacientes con enfermedad severa. La media de mejoría a las 6 a 8 semanas es del 53%, su inicio de acción al darse dosis altas es tan rápido como 2 semanas, pero así mismo el 50% recae a las 2 semanas de suspenderlo (28). Requiere monitoreo de función renal, perfil lipídico, ionograma y toma de presión arterial. Al igual que los corticoesteroides sistémicos debe usarse como terapia puente para otros medicamentos de acción lenta. En general su uso se recomienda por 1 año, máximo 2 años (46).

Los efectos secundarios más serios son nefrotoxicidad irreversible, hipertensión arterial y cáncer de piel no melanoma (46). Por lo último es que algunas guías no recomiendan su combinación con fototerapia por el riesgo aumentado de cáncer de piel (28).

Metotrexato

Es una opción terapéutica para la dermatitis atópica moderada a severa y/o refractaria a otros tratamientos, con pocos estudios a largo plazo, pero prometedores. La dosis recomendada es entre 7.5-25mg/semana, requiere asociación con suplemento de folato y seguimiento con hemograma y función hepática antes y durante el tratamiento además de método de planificación familiar ya que es teratogénico. Puede usarse concomitantemente con fototerapia (28). Su máxima eficacia se ve a las 8 a 12 semanas de iniciado por lo cual puede requerir tratamiento asociado en las primera semanas (36).

A dosis de 10-22mg/semana mejora el SCORAD en 42% a las 12 semanas y mejora los índices de calidad de vida en 26% (48). Con una sobrevida pos-medicamento (tiempo sin tratamiento inmunosupresor posterior a la terminación del medicamento) de aproximadamente 12 meses vs 2 meses de ciclosporina (49).

Azatioprina

Es otra opción terapéutica en casos severos o refractarios a otros tratamientos, con efecto clínico visible a las 8 a 12 semanas. La dosis inicial es de 50 mg al día en busca de efectos adversos idiosincráticos hepáticos, hematológicos o gastrointestinales. De haber tolerancia en las primeras dos semanas se aumentará la dosis paulatinamente hasta alcanzar 2-3mg/kg/día (28)(46).

Dosis de 1.5-2.5mg/kg/día tiene una mejoría del SCORAD en un 37% a las 12 semanas de uso (48). Lo que concuerda con otro estudio que mostró reducción relativa del SCORAD de 39% a las 12 semanas y de 53% a los dos años (50).

Micofenolato mofetilo

Es un medicamento restringido en nuestro país, pero es efectivo en dermatitis atópica, la dosis usual es de 2 gr/día; el micofenolato sódico con cubierta entérica también se usa a dosis de 1440mg/día. Este último es igual de efectivo que ciclosporina A. Pueden dar efectos adversos gastrointestinales y hematológicos pero en general son seguros pero teratogénicos (36).

Dupilumab

Primer medicamento biológico creado para la dermatitis atópica. Es un anticuerpo monoclonal humano dirigido contra la porción IL-4R alfa del receptor de la IL4 e IL13. Es recomendado para los pacientes con dermatitis atópica severa que no responden a otras terapias (28). En Colombia está aprobado para adultos y niños de 12 años o más. En adultos requiere dosis de carga de 600mg subcutáneos y posteriormente 300mg subcutáneos cada 14 días por tiempo indefinido.

A las 16 semanas de tratamiento 51% de pacientes alcanzan un EASI75 al darse tratamiento exclusivo con dupilumab (51). Al darse la misma dosis junto con corticoesteroides tópicos y/o inhibidores de calcineurina tópica a necesidad se alcanza un EASI75 a las 16 semanas en el 69% que es mantenido hasta por un año (65%) (52). El 69% de pacientes con enfermedad severa, efectos secundarios, contraindicación o falta de respuesta a ciclosporina A alcanzan un EASI75 a las 16 semanas (53). Los principales efectos secundarios son conjuntivitis e infecciones cutáneas.

De los tratamientos sistémicos únicamente los corticoesteroides y el dupilumab están aprobados por la FDA, los demás son de uso off-label (54)(55). En Colombia está aprobada la ciclosporina para el manejo de pacientes con dermatitis atópica grave y el dupilumab (56).

Estudios sobre tratamiento de dermatitis atópica en la práctica clínica

En la búsqueda realizada hasta la actualidad no se encontraron estudios sobre la preferencia de tratamientos usados en adultos con DA. Europa, sobre todo el Reino Unido, ha hecho algunas encuestas sobre este tema. En el 2020 se publicó una encuesta sobre las prácticas en la prescripción de fototerapia y terapia sistémica en pacientes con DA moderada a severa. En la primera línea de tratamiento está la fototerapia (41.5%), seguido por cuidados básicos diarios (39.3%) y terapia sistémica (26.6%). De segunda línea prefieren terapia sistémica (49.8%) y fototerapia (38.4%) (57).

Dentro de los tratamientos sistémicos primera línea se encontraban la ciclosporina (54.1%), corticoesteroides orales (32.6%) y metotrexate (30.7%). Mientras que azatioprina y micofenolato mofetilo se elegían en menor frecuencia (5.5% y 1.8% respectivamente). Y en segunda línea se encuentra metotrexate (40.8%), azatioprina (30.7%) y ciclosporina (22.5%) (57).

También encontraron diferencias según los países estudiados. Por ejemplo, los dermatólogos de Dinamarca e Irlanda tienden a prescribir más metotrexate de primera línea (88% y 91% respectivamente), mientras que Países Bajos prefieren un 87% el uso de ciclosporina como primera línea (57). En el año 2013, se realizó una encuesta a dermatólogos del Reino Unido sobre el tratamiento de pacientes adultos con dermatitis atópica moderada a severa. Allí encontraron que la fototerapia es la modalidad terapéutica de preferencia de primera línea para este grupo de pacientes mientras que los medicamentos sistémicos se elegían en un 36% (58).

De segunda línea el tratamiento sistémico fue elegido por la mayoría de encuestados (49%). Y, de estos, La azatioprina fue la más escogida de los medicamentos sistémicos, el más usado por los encuestados fue la azatioprina (aproximadamente 45%) seguido de corticoesteroides orales (aproximadamente 40%) y ciclosporina (38%) (58).

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, de corte transversal.

CÁLCULO DE LA MUESTRA

De acuerdo con el tipo de estudio, el cual es de tipo no probabilístico, y a que la muestra va a conveniencia del investigador, no requiere cálculo de muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Dermatólogos graduados, que trabajen en Colombia, que acepten los términos y condiciones de la encuesta, que respondan la encuesta completa hasta donde corresponda.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Dermatólogos que actualmente no estén ejerciendo.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el estudio se realizó una encuesta virtual mediante enlace para acceder a la misma el cual será distribuido de manera masiva en el 1er Congreso de Dermatología de Filiales y Capítulos Regionales "Porque AsocolDerma somos Todos" realizado en marzo el 2021. Además, de distribuirse en diferentes actividades académicas del gremio.

El enlace se dejará disponible para el diligenciamiento de la encuesta por un tiempo de 6 meses. La encuesta fue diseñada teniendo en cuenta las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las Guías de Práctica Clínica actuales (28)(36). Ver Anexo 1.

Se realizó la encuesta piloto para evaluar si las preguntas eran difíciles de responder, confusas, difíciles de entender, molestas u ofensivas, o se proponen formular de manera distinta.

PLAN DE ANÁLISIS

Las características socio demográficas serán resumidas por medio de estadísticos descriptivos. Las variables categóricas se resumirán por medio de porcentajes y las variables numéricas por medio de la media y la desviación estándar, o de la mediana y el rango intercuartílico, dependiendo de las características de distribución de la variable. Se analizará mediante el paquete estadístico Stata.

- Proporciones de preferencias estratificadas por la región geográfica, años de experiencia, régimen de afiliación de los pacientes, etc.
 - Intervalos de confianza del 95% para las proporciones de las preferencias.

ASPECTOS ÉTICOS

La autora del trabajo declara no tener ningún conflicto de interés en la realización de esta investigación y tampoco ningún tipo de financiación. La presente investigación se clasifica de acuerdo con la Declaración Internacional de Helsinki, el informe Belmont y la Resolución Colombiana 008430 de 1993 del Ministerio De Salud; Título II, Artículo 11, como una investigación sin riesgo, por tratarse de un cuestionario sin ningún tipo de intervención, ni modificación en los participantes del estudio. No se recolectarán datos críticos. Los datos recogidos serán migrados a Excel y a Stata dónde estarán bajo custodia de los investigadores. No se usarán datos de pacientes.

Requiere de la firma de consentimiento informado, el cual se realiza como la primera pregunta del cuestionario, de no ser aceptado, la encuesta se termina en ese punto. En caso de ser aceptado, la encuesta continua.

Para ver el encabezado dirigirse al [Anexo 2](#).

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 26 de marzo al 26 de septiembre de 2021 se recogieron 68 encuestas, diligenciadas de manera anónima y a través del enlace enviado durante las diferentes actividades académicas.

Únicamente 1 persona no aceptó los términos y condiciones por lo cual en total se analizaron 67 encuestas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El grupo de encuestados con mayor participación corresponde a los que tienen más de 10 años ejerciendo como dermatólogos con un total de 47.76% (n=32), seguido de los que tienen 3 a 5 años de graduados de la especialidad con un 16.43% (n=11), posteriormente 1 a 2 años de experiencia con un 13.43% (n=9) de encuestas, menos de 1 año con 11.94% (n=8) y finalmente 6-10 años de experiencia con 10.45% (n=7) (tabla 1).

Tabla 1. Número de años ejerciendo cómo especialista en dermatología

	N	%
Número de años ejerciendo cómo especialista en dermatología	67	100.00%
1. Menos de 1 año	8	11.94%
2. 1-2 años	9	13.43%
3. 3-5 años	11	16.42%
4. 6-10 años	7	10.45%
5. Más de 10 años	32	47.76%

Los departamentos representados por parte de los encuestados corresponden en orden de mayor a menor a Bogotá D.C. (72.73%, n=48), Antioquia (12.12%, n=9), Valle del Cauca (9.09%, n=6), seguido por Cauca, Cundinamarca, Huila y Norte de Santander con 1 participante por departamento (1.52% cada uno, n=1) (tabla 2).

Tabla 2. Departamento del país donde realiza la mayor parte de su consulta dermatológica

Departamento del país donde realiza la mayor parte de su consulta dermatológica	67	100.00%
Antioquia	9	12.12%
Bogotá D.C.	48	72.73%
Cauca	1	1.52%
Cundinamarca	1	1.52%
Huila	1	1.52%
Norte de Santander	1	1.52%
Valle del Cauca	6	9.09%

Únicamente el 2.99% (n=2) de encuestados no atiende pacientes con dermatitis atópica. El 59.7% (n=38) atiende 6 o más pacientes adultos con dermatitis atópica por mes, y el porcentaje restante atiende menos de 5 pacientes con la patología en estudio por mes.

Número aproximado de pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica que atiende en su consulta por mes	67	100.00%
1. ninguno	2	2.99%
2. Menos de 5	25	37.31%
3. 6 a 10	21	31.34%
4. 11 o más	19	28.36%

El régimen del sistema de salud más atendido por parte de los encuestados en orden de frecuencia es el contributivo/subsidiado con un 55.38% (n=36), planes voluntarios de salud (23.08%, n=15), atención particular (15.38%, n=10).

El segundo más atendido en orden de frecuencia es la atención particular con un 40% (n=26), planes voluntarios de salud (26%, n=17), afiliados al régimen contributivo/subsidiado (18.46%, n=12) (tabla 3).

Tabla 3. Régimen del sistema de salud al que pertenece la mayor parte de los pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica que atiende en su consulta.

Régimen del sistema de salud al que pertenece la mayor parte de los pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica que atiende en su consulta.		
	65	100.00%
1. Afiliados al régimen contributivo/subsidiado.	36	55.38%
2. Planes voluntarios de salud (plan complementario, medicina prepagada, pólizas de salud).	15	23.08%
3. Atención particular.	10	15.38%
4. Regímenes especiales (fuerzas militares, profesores, policía).	2	3.08%
5. Vinculado.	2	3.08%
Régimen del sistema de salud al que pertenece la mayor parte de los pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica que atiende en su consulta. Segundo más atendido		
	65	100.00%
1. Afiliados al régimen contributivo/subsidiado.	12	18.46%
2. Planes voluntarios de salud (plan complementario, medicina prepagada, pólizas de salud).	17	26.15%
3. Atención particular.	26	40.00%
4. Regímenes especiales (fuerzas militares, profesores, policía).	4	6.15%
5. Vinculado.	6	9.23%

PREFERENCIA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El 29.23% (n=19) de encuestados basa su diagnóstico en la presentación clínica de la enfermedad y no en criterios diagnósticos. Seguido por los criterios de Hanifin y Rajka de 1980 y los criterios de la Academia Americana de Dermatología de 2014, cada una con un 23.08% (n=15) de respuestas. En tercer lugar, se encuentran los Criterios de la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia 2018 con un 20% (n=13) de encuestados. Y, por último, se encuentran los criterios del Grupo de Trabajo para el Diagnóstico de Dermatitis Atópica del Reino Unido (Williams) de 1994 (tabla 4).

Tabla 4. Para realizar el diagnóstico de Dermatitis atópica en pacientes adultos ¿Qué criterios prefiere emplear?

Para realizar el diagnóstico de Dermatitis atópica en pacientes adultos ¿Qué criterios prefiere emplear?		
	65	100.00%
1. Criterios de Hanifin y Rajka de 1980	15	23.08%
2. Criterios del Grupo de Trabajo para el Diagnóstico de Dermatitis Atópica del Reino Unido (Williams) de 1994.	3	4.62%
3. Criterios de la Academia Americana de Dermatología de 2014	15	23.08%
4. Criterios de la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia 2018.	13	20.00%
5. Ninguno de los anteriores, lo hago según valoración clínica.	19	29.23%

PREFERENCIA DE ESCALAS DE CLINIMETRÍA

En esta pregunta se permitieron múltiples respuestas obteniendo la escala que con mayor frecuencia usan en la práctica clínica es el DLQI 46.27% (n=31), seguida por la escala EASI 38.81% (n=26) y en tercer lugar se encontró que emplean la valoración clínica 29.85% (n=20). Otras escalas usadas son la escala numérica del prurito 14.93% (n=10) y la escala IGA 2.99% (n=2).

Según los encuestados, no se hace uso de la escala SCORAD, HADS, ni otras diferentes a las propuestas en la encuesta al momento de hacer la clinimetría de los pacientes adultos con dermatitis atópica (tabla 5).

Tabla 5. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué escalas de clinimetría prefiere usar?

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué escalas de clinimetría prefiere usar?	67	100.00%
1.EASI	26	38.81%
2.SCORAD	0	0.00%
3.DLQI	31	46.27%
4.POEM	6	8.96%
5.HADS	0	0.00%
6.Escala numérica del prurito	10	14.93%
7.IGA	2	2.99%
8.Otras	0	0.00%
9. Ninguna de los anteriores, empleo la valoración clínica	20	29.85%

PREFERENCIA TERAPEUTICA DE PRIMERA LÍNEA

Dermatitis atópica leve

Las dos primera opciones cómo terapias de primera línea en pacientes adultos con dermatitis atópica leve son los corticoesteroides de mediana potencia 52.31% (n=34) y los *soft* esteroides 26.15% (n=17) (tabla 6).

Las dos segundas opciones de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve son los inhibidores de calcineurina 70.77% (n=46) (tabla 7).

Tabla 6. Para el tratamiento de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve ¿Cuáles son las dos opciones de terapia tópica de su preferencia? Primera opción.

Para el tratamiento de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve ¿Cuáles son las dos opciones de terapia tópica de su preferencia? Primera opción.	65	100.00%
1. Corticoesteroide de alta potencia.	14	21.54%
2. Corticoesteroide de mediana potencia.	34	52.31%
3. Inhibidor de calcineurina.	0	0.00%
4. Soft esteroide.	17	26.15%
5. Antibiótico tópico.	0	0.00%

Tabla 7. Para el tratamiento de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve ¿Cuáles son las dos opciones de terapia tópica de su preferencia? Segunda opción.

Para el tratamiento de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve ¿Cuáles son las dos opciones de terapia tópica de su preferencia? Segunda opción.	65	100.00%
1. Corticoesteroide de alta potencia.	5	7.69%
2. Corticoesteroide de mediana potencia.	8	12.31%
3. Inhibidor de calcineurina.	46	70.77%
4. Soft esteroide.	5	7.69%
5. Antibiótico tópico.	1	1.54%

La mayoría de los dermatólogos encuestados esperan ver respuesta clínica significativa a las 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento tópico (47.69%, n=31) seguido de un tiempo de espera de 5-6 semanas (38.46%, n=25). Los demás dermatólogos esperan 7 o más semanas para ver una respuesta clínica significativa (13.85, n=9). Posterior a este tiempo consideran realizar cambio de terapia (tabla 8).

Tabla 8. Durante la terapia tópica exclusiva del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En cuánto tiempo espera ver un cambio clínico significativo para considerar realizar cambio de terapia? (sin incluir terapia proactiva).

Durante la terapia tópica exclusiva del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En cuánto tiempo espera ver un cambio clínico significativo para considerar realizar cambio de terapia? (sin incluir terapia proactiva)	65	100.00%
1. 2 a 4 semanas	31	47.69%
2. 5 a 6 semanas	25	38.46%
3. 7 a 8 semanas	7	10.77%
4. Más de 8 semanas	2	3.08%

Ante la no mejoría clínica con la terapia tópica de primera línea, la mayoría de los dermatólogos prefiere como primera opción aumentar la potencia del corticoide tópico (38.46%, n=25), seguido de inicio de fototerapia en un 32.31% (n=21) e inicio de medicamento sistémico no biológico (15.38%, n=10) (tabla 9).

Como segunda opción, el 33.85% (n=22) inicia medicamento sistémico no biológico seguido de fototerapia por el 27.69% (n=18) e inhibidor de calcineurina tópico (20%, n=13). Una minoría opta por cambio de potencia de corticoide tópico (12.31%, n=8), antibiótico tópico (3.08%, n=2) e inicio de medicamento sistémico biológico (3.08%, n=2) (tabla 10).

Tabla 9. En el paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve sin mejoría a la terapia tópica de primera línea ¿Cuáles son las dos opciones de terapia de segunda línea de su preferencia? Primera opción

En el paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve sin mejoría a la terapia tópica de primera línea ¿Cuáles son las dos opciones de terapia de segunda línea de su preferencia? Primera opción	65	100.00%
1. Cambio de potencia de Corticoesteroide tópico	25	38.46%
2. Inhibidor de calcineurina tópico	9	13.85%
3. Antibiótico tópico	0	0.00%
4. Fototerapia	21	32.31%
5. Medicamento sistémico no biológico	10	15.38%
6. Medicamento sistémico biológico	0	0.00%

Tabla 10. En el paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve sin mejoría a la terapia tópica de primera línea ¿Cuáles son las dos opciones de terapia de segunda línea de su preferencia? Segunda opción

En el paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve sin mejoría a la terapia tópica de primera línea ¿Cuáles son las dos opciones de terapia de segunda línea de su preferencia? Segunda opción	65	100.00%
1. Cambio de potencia de Corticoesteroide tópico	8	12.31%
2. Inhibidor de calcineurina tópico	13	20.00%
3. Antibiótico tópico	2	3.08%
4. Fototerapia	18	27.69%
5. Medicamento sistémico no biológico	22	33.85%
6. Medicamento sistémico biológico	2	3.08%

Dermatitis atópica moderada a severa

El 84.62% de los encuestados (n=55) atiende pacientes adultos con dermatitis atópica moderada a severa (tabla 11).

Tabla 11. ¿En su consulta atiende pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa?

¿En su consulta atiende pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa?	65	100.00%
Si	55	84.62%
No	10	15.38%

Los dermatólogos encuestados consideran iniciar terapia sistémica no biológica en estos 3 casos:

El caso más importante mencionado por los encuestados para decidir iniciar el uso de medicamentos sistémicos no biológicos es la presencia de una clínica severa incluso sin haber pasado primero por terapia tópica (65.45%, n=36), seguido de la alteración severa de calidad de vida sin importar la extensión clínica (50.91%, n=28) y en tercer lugar se encuentra el fracaso a terapia tópica sin importar la extensión clínica (40%, n=22) (Tabla 12, 13, 14).

Tabla 12. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 1

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica		
¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 1	55	100.00%
1. Clínica severa (sin pasar antes por terapia tópica).	36	65.45%
2. Alteración severa de calidad de vida (sin importar extensión clínica).	8	14.55%
3. Comorbilidades del paciente (ejemplo: asma severa, conjuntivitis, etc).	0	0.00%
4. Si fracaso a la terapia tópica (sin importar extensión clínica).	11	20.00%

Tabla 13. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 2

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica		
¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 2	55	100.00%
1. Clínica severa (sin pasar antes por terapia tópica).	12	21.82%
2. Alteración severa de calidad de vida (sin importar extensión clínica).	28	50.91%
3. Comorbilidades del paciente (ejemplo: asma severa, conjuntivitis, etc).	2	3.64%
4. Si fracaso a la terapia tópica (sin importar extensión clínica).	13	23.64%

Tabla 14. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 3

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica		
¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos no biológicos? mencione los 3 que considere más importantes. Caso 3	55	100.00%
1. Clínica severa (sin pasar antes por terapia tópica).	6	10.91%
2. Alteración severa de calidad de vida (sin importar extensión clínica).	15	27.27%
3. Comorbilidades del paciente (ejemplo: asma severa, conjuntivitis, etc).	12	21.82%
4. Si fracaso a la terapia tópica (sin importar extensión clínica).	22	40.00%

El factor considerado más importante a tener en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico es la severidad del cuadro clínico (52.73%, n=29) (tabla 15).

En el segundo factor más importante a tener presente hay tres opciones seleccionadas por igual número de encuestados con 9 respuestas en cada una (16.36%) e incluye nuevamente la severidad del cuadro clínico, la eficacia del

medicamento según la literatura y la seguridad del medicamento según la literatura. Estos tres abarcan el 49.08% de votos (n=27) (tabla 16).

El tercer factor que tienen presente los dermatólogos encuestados al momento de seleccionar un tratamiento sistémico no biológico es la disponibilidad de tiempo del paciente para asegurar una adecuada respuesta y seguimiento de este (23.64%, n=13) (tabla 17).

Tabla 15. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Primera opción

Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Primera opción

	55	100.00%
1. Velocidad de acción	3	5.45%
2. Severidad del cuadro clínico	29	52.73%
3. Antecedentes personales (ejemplo: hepatopatía, malignidad, etc)	0	0.00%
4. Edad fértil	0	0.00%
5. Eficacia del medicamento según literatura	13	23.64%
6. Seguridad del medicamento según literatura	5	9.09%
7. Posibilidad de usarlo por periodos prolongados	1	1.82%
8. Disponibilidad de tiempo del paciente (ejemplo: para asistir a fototerapia o a controles de laboratorios)	2	3.64%
9. Acceso al tratamiento (ejemplo: disponibilidad de fototerapia en su ciudad)	2	3.64%

Tabla 16. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Segunda opción

Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Segunda opción

	55	100.00%
1. Velocidad de acción	7	12.73%
2. Severidad del cuadro clínico	9	16.36%
3. Antecedentes personales (ejemplo: hepatopatía, malignidad, etc)	4	7.27%
4. Edad fértil	0	0.00%
5. Eficacia del medicamento según literatura	9	16.36%
6. Seguridad del medicamento según literatura	9	16.36%
7. Posibilidad de usarlo por periodos prolongados	6	10.91%
8. Disponibilidad de tiempo del paciente (ejemplo: para asistir a fototerapia o a controles de laboratorios)	6	10.91%
9. Acceso al tratamiento (ejemplo: disponibilidad de fototerapia en su ciudad)	5	9.09%

Tabla 17. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Tercera opción

Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes. Tercera opción

	55	100.00%
1. Velocidad de acción	4	7.27%
2. Severidad del cuadro clínico	8	14.55%
3. Antecedentes personales (ejemplo: hepatopatía, malignidad, etc)	1	1.82%
4. Edad fértil	0	0.00%
5. Eficacia del medicamento según literatura	12	21.82%
6. Seguridad del medicamento según literatura	5	9.09%
7. Posibilidad de usarlo por periodos prolongados	6	10.91%
8. Disponibilidad de tiempo del paciente (ejemplo: para asistir a fototerapia o a controles de laboratorios)	13	23.64%
9. Acceso al tratamiento (ejemplo: disponibilidad de fototerapia en su ciudad)	6	10.91%

Para el paciente adulto con dermatitis atópica moderada a severa el tratamiento preferido como primera opción por los dermatólogos encuestados es la fototerapia (59.38%, n=19), seguido por los corticoesteroides sistémicos (25%). Y en segunda opción la preferida es la ciclosporina (25%) (tabla 18).

Tabla 18. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa ¿Cuáles son las dos terapias de su preferencia?

Primera opción

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa ¿Cuáles son las dos terapias de su preferencia? Primera opción

	55	100.00%
1. Fototerapia	19	59.38%
2. Corticoesteroide sistémico	8	25.00%
3. Micofenolato mofetilo	0	0.00%
4. Azatioprina	1	3.13%
5. Metotrexate	1	3.13%
6. Ciclosporina	2	6.25%
7. Dupilumab	1	3.13%

Tabla 19. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa ¿Cuáles son las dos terapias de su preferencia?

Segunda opción

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa ¿Cuáles son las dos terapias de su preferencia? Segunda opción		32	100.00%
1.	Fototerapia	6	18.75%
2.	Corticoesteroide sistémico	1	3.13%
3.	Micofenolato mofetilo	1	3.13%
4.	Azatioprina	6	18.75%
5.	Metotrexate	5	15.63%
6.	Ciclosporina	8	25.00%
7.	Dupilumab	5	15.63%

El tiempo en que se espera ver una respuesta clínica con el uso de cada terapia sistémica no biológica según cada terapia:

- Fototerapia: el 75% de encuestados espera 4 u 8 semanas (37.5% para cada opción de respuesta).
- Corticoides sistémicos: 53.13% espera ver respuesta a las 2 semanas de iniciado el tratamiento.
- Ciclosporina: 34.38% espera ver respuesta clínica significativa a las 2 semanas y 31.25% a las 4 semanas.
- Metotrexate/azatioprina: 46.88% espera 8 semanas para ver respuesta clínica significativa y 25% espera 12 semanas. Ninguno espera más de 12 semanas.

De los dermatólogos encuestados, 18 (26.8%) emplean medicamentos biológicos para el tratamiento de dermatitis atópica del adulto.

Los principales factores tenidos en cuenta para cambiar de terapia sistémica no biológica a terapia sistémica biológica (dupilumab) son el fallo a un tratamiento sistémico no biológico (55.56%, n=10) seguido por efectos secundarios o eventos adversos (66.67%, n=12) (tabla 20 y 21).

Tabla 20. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica severa ¿Qué factores tiene en consideración al momento de considerar el cambio de un tratamiento sistémico no biológico a un tratamiento sistémico biológico? mencione los que considere más importantes. Primer Factor

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica severa ¿Qué factores tiene en consideración al momento de considerar el cambio de un tratamiento sistémico no biológico a un tratamiento sistémico biológico? mencione los que considere más importantes. Primer Factor		
	18	100.00%
1. Fallo a 1 tratamiento sistémico no biológico.	10	55.56%
2. Fallo a 2 tratamientos sistémicos no biológicos.	8	44.44%
3. Efectos secundarios / evento adverso.	0	0.00%
4. Presencia de comorbilidades (ejemplo: asma severa, conjuntivitis, etc).	0	0.00%
5. Alteración severa y persistente de la calidad de vida a pesar de mejoría clínica.	0	0.00%
6. Considero el empleo de terapia biológica (sin pasar primero por terapia sistémica no biológica).	0	0.00%

Tabla 21. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica severa ¿Qué factores tiene en consideración al momento de considerar el cambio de un tratamiento sistémico no biológico a un tratamiento sistémico biológico? mencione los 3 que considere más importantes. Segundo Factor

Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica severa ¿Qué factores tiene en consideración al momento de considerar el cambio de un tratamiento sistémico no biológico a un tratamiento sistémico biológico? mencione los 3 que considere más importantes. Segundo Factor		
	18	100.00%
1. Fallo a 1 tratamiento sistémico no biológico.	0	0.00%
2. Fallo a 2 tratamientos sistémicos no biológicos.	0	0.00%
3. Efectos secundarios / evento adverso.	12	66.67%
4. Presencia de comorbilidades (ejemplo: asma severa, conjuntivitis, etc).	0	0.00%
5. Alteración severa y persistente de la calidad de vida a pesar de mejoría clínica.	6	33.33%
6. Considero el empleo de terapia biológica (sin pasar primero por terapia sistémica no biológica).	0	0.00%

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha aumentado la investigación en enfermedades inmunomediadas, este nuevo conocimiento ha llevado a un mayor diagnóstico de dermatitis atópica, aumentando su relevancia y la necesidad de un conocimiento amplio por parte del médico tratante. Esto para hacer un uso adecuado de medicamentos y recursos que generen un impacto positivo en el desenlace clínico del paciente y de los gastos para el sistema de salud. Hay un estudio colombiano que muestra la respuesta que presenta este grupo de pacientes al ser tratados según las guías establecidas por ese estudio durante dos años (59). Pero en la búsqueda realizada son pocos los estudios que buscan mostrar las prácticas en la vida real de los dermatólogos para el manejo de pacientes con dermatitis atópica. Este es el primer estudio en Latinoamérica que se centra en conocer las prácticas clínicas reales en el manejo de adultos con dermatitis atópica. Lo que abre un nuevo panorama al identificar puntos clave de mejora de la atención de este grupo de pacientes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La encuesta fue respondida por dermatólogos que trabajan en Colombia, hubo representación de los cinco grupos de años de experiencia. De los 32 departamentos de Colombia la mayoría trabajan principalmente en Bogotá D.C. (72.73%), también hubo representación de Antioquia (12.12%), Valle del Cauca (9.09%), Cauca, Cundinamarca, Huila y Norte de Santander.

La mayoría de los dermatólogos atienden pacientes afiliados al régimen contributivo/subsidiado, seguido de planes voluntarios de salud y de atención particular. Esto se correlaciona con los grupos poblacionales donde la mayoría de

los pacientes tienen acceso al especialista por medio de su afiliación al sistema de salud.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se encontró que el 29.23% de los encuestados hace el diagnóstico de dermatitis atópica basándose en la valoración clínica y no en criterios diagnósticos. En segundo lugar, usan los Criterios de la academia Americana de Dermatología del 2014 y los criterios de Hanifin y Rajka. En tercer lugar, usan los criterios de la guía de Práctica clínica colombiana y en menor número los Criterios del Grupo de Trabajo del Reino Unido. Esto no es nuevo, la falta de uniformidad está presente en todo el mundo y se evidencia con la heterogeneidad de criterios usados en los estudios clínicos y el gran número de criterios donde al menos existen mínimo 11 validados y muchos otros no validados(24)(27). Incluso las guías colombianas no se han unificado aún pues son la combinación de diferentes criterios de guías internacionales.

Simpson y col. evaluaron la definición de dermatitis atópica en 102 estudios y encontraron que los Criterios de Hanifin y Rajka se usaban en un 27%, y que un 19.6% se basaban en diagnóstico por parte del médico o del investigador sin un criterio específico, similar a lo encontrado en nuestro estudio(60).

Al usar diferentes criterios diagnósticos en los estudios clínicos aleatorizados puede generar inclusión de poblaciones con diferentes fenotipos, lo que lleva a alteración de la validez externa (27). De los criterios mencionados en esta encuesta, los que tienen validación son los Criterios de Hanifin y Rajka y los criterios del Grupo de Trabajo para el Diagnóstico de dermatitis atópica del Reino Unido. Los primeros con una sensibilidad de 93-96% y especificidad de 78-94%, los segundos con 19 estudios de validación mostrando una sensibilidad de 10-100% y especificidad de 89-99% (24).

ESCALAS DE CLINIMETRÍA

Las escalas de clinimetría más usadas son EASI, DLQI, escala numérica del prurito, pero casi un 30% de clínicos se basa únicamente en la valoración clínica. Lo que dificulta dar un panorama objetivo y comparable entre observadores en el tiempo. Esto cobra importancia cuando se tiene presente que las decisiones terapéuticas y la evaluación de respuesta a tratamientos debe hacerse basado en escalas clinimétricas. Durante la búsqueda de literatura no se encontraron estudios que midieran la adherencia o preferencia de escalas clinimétricas en la vida real. Con los resultados se muestra que la visión de la enfermedad por parte del paciente y la esfera mental no son evaluadas con frecuencia en la práctica clínica diaria. Esto puede deberse a la limitante del tiempo para cada consulta ya que realizar cada escala de clinimetría consume tiempo; también puede ser por falta de entrenamiento en realizar o analizar algunas de ellas puesto que algunas son complejas o miden características de manera subjetiva (ej: eritema). Por eso consideramos que es necesario buscar el motivo del poco uso de estas herramientas e iniciar procesos educativos a los especialistas.

PREFERENCIAS TERAPEUTICAS

Dermatitis atópica leve

Para la dermatitis atópica leve, los dermatólogos encuestados usan como primera opción terapéutica los corticoesteroides de mediana potencia y los *soft* esteroides (también conocidos como corticoesteroides de cuarta generación). Y como segunda opción prefieren los inhibidores de calcineurina. Las guías a nivel mundial varían respecto a las indicaciones del uso de corticosteroides tópicos. La guía colombiana indica que la dermatitis atópica leve debe manejarse con corticoides de baja potencia, la moderada debe manejarse con corticoesteroides de moderada potencia y la severa con corticoesteroides de alta potencia (28). Por otro lado, la guía europea sugiere usar corticoesteroides clase II (corresponden a corticoides de alta potencia) o según la localización, inhibidores de calcineurina, de manera reactiva en dermatitis atópica leve(36). Esto sugiere que aun teniendo múltiples guías de las cuales el dermatólogo puede apoyarse, no están siendo

implementadas. Sugerimos que se podría llevarse a cabo un estudio donde se indague el motivo de la falta de adherencia a las guías, que podría ser por falta de difusión de la información, falta de validez externa, entre otros.

En cuanto al tiempo esperado para ver una respuesta con el tratamiento tópico instaurado, las preferencias fueron divididas, la mayoría de los dermatólogos espera 2 a 4 semanas (47.69%) seguido de 5 a 6 semanas (38.46%) y en menor cantidad esperan 7 o más semanas. Las guías no especifican cuánto tiempo se debe esperar para ver una respuesta clínica pero si advierten que los corticoesteroides de alta potencia deben usarse de 3 a 14 días (28)(36)(38). Otros estudios de revisión muestran que las investigaciones sobre el tiempo en que se emplean los corticoesteroides tópicos oscilan entre 1-4 semanas de uso sin incluir la terapia proactiva (61). Y otros sugieren que en caso de no presentar mejoría después de 10 a 14 días de uso se debe verificar que el paciente tenga adecuada adherencia, descartar sobreinfección o considerar otros posibles diagnósticos (62). Esto sugiere que el 52.31% de encuestados esperan más tiempo para ver una respuesta y considerar cambio de terapia que lo propuesto en estudios, prolongando el tiempo para escalar la terapia.

Cómo segunda línea terapéutica para la dermatitis atópica leve, el 38.46% de encuestados prefiere cambiar de potencia de corticoesteroide y el 32.31% prefiere iniciar fototerapia. Como segunda opción el 33.85% prefiere iniciar un medicamento sistémico no biológico y el 27.69% fototerapia. La guía colombiana sugiere que la fototerapia sea usada cuando hay fracaso ante la terapia tópica o en dermatitis atópica moderada(28). Mientras que los medicamentos sistémicos no biológicos, como azatioprina y metotrexate, se recomiendan para la dermatitis atópica severa o refractaria a otros tratamientos como fototerapia(28). La guía europea sugiere usar fototerapia para cuadros crónicos y no en crisis agudas de la enfermedad por riesgo de exacerbarla; respecto a los medicamentos sistémicos no biológicos sugiere que se inicien cuando no hay adecuada respuesta a fototerapia o cuando el paciente requiere uso prolongado de corticoesteroides tópicos en áreas extensas y así lograr disminuir la exposición al tópico(36). La

guía americana indica que la fototerapia se debe usar como segunda línea ante la falla terapéutica al tratamiento tópico, y los medicamentos sistémicos no biológicos deben usarse al no alcanzar respuesta clínica adecuada con el manejo tópico y la fototerapia o ante un gran compromiso de calidad de vida (63).

En nuestro análisis se puede intuir que la fototerapia no fue primera opción debido a que la cámara de fototerapia no es ofrecida por todas las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Y aún en una ciudad donde está la cámara disponible, muchos pacientes no tienen la posibilidad de asistir dos a tres veces por semana durante varios meses por limitantes de desplazamiento o laborales.

Dermatitis atópica moderada a severa

El 84.62% de encuestados atiende pacientes con dermatitis atópica moderada a severa quienes consideran los tres principales factores para iniciar medicamento sistémico no biológico en orden de mayor a menor frecuencia: clínica severa (65.45%), alteración severa de la calidad de vida sin importar extensión clínica (50.01%), el fracaso a la terapia tópica sin importar la extensión clínica (40%).

El primer factor que tienen presente la mayoría de los dermatólogos encuestados para elegir el medicamento específico es la severidad de cuadro clínico (52.73%). Para el segundo factor más importante casi la mitad de los especialistas coincide en estos tres puntos: severidad del cuadro clínico, eficacia del medicamento según la literatura y seguridad del medicamento según la literatura (26.36% para cada uno). El tercer factor que más tienen presente es la disponibilidad de tiempo del paciente ya sea para asistir a las citas de fototerapia que en general son de dos a tres veces por semana, a realizar paraclínicos de control o asistir a las consultas de control.

El tratamiento sistémico que prefieren los dermatólogos encuestados para tratar pacientes adultos con dermatitis atópica moderada a severa es la fototerapia

(59.38%) seguido de corticoesteroides sistémicos (25%). La preferencia de fototerapia concuerda con una encuesta realizada en el Reino Unido sobre el tratamiento en adultos con dermatitis atópica, allí la mayoría de dermatólogos prefería usar fototerapia/PUVA (49%) como primera línea en pacientes con un cuadro moderado a severo (58). También concuerda con la encuesta realizada en Europa en el año 2020 donde 95 participantes (41.5%) prefería fototerapia (57).

La segunda opción para el tratamiento de este grupo de pacientes está dividida en similar medida entre ciclosporina (25%), fototerapia (18.75%) y azatioprina (18.75%). El 15.63% de encuestados prefieren de segunda opción el metotrexate, este está descrito en guías nacionales e internacionales pero no está aprobado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) lo cual genera limitaciones en la entrega del fármaco según el modelo de atención en que se encuentren (64). En la encuesta realizada en el Reino Unido descrita previamente, el 36% de dermatólogos prefería medicamentos sistémicos como primera línea en dermatitis atópica moderada a severa (menos que fototerapia), pero eran la primera opción como segunda línea (49%).

En nuestra encuesta se presentan resultados diferentes respecto a la preferencia de los medicamentos sistémicos. Llama la atención que en el Reino Unido prefieren la azatioprina seguida de corticoesteroides sistémicos, ciclosporina, y metotrexate (58). Además, prefieren la azatioprina aun habiendo otros medicamentos con mayor evidencia como la ciclosporina. Pero se encuentran similitudes con la encuesta realizada en Europa donde cómo segunda opción para dermatitis atópica moderada a severa prefieren terapia sistémica (49.8%) y fototerapia (38.4%) (57). En la primera línea ellos prefieren ciclosporina (54.1%), corticoesteroides orales (32.6%) y metotrexate (30.7%); en segunda línea prefieren metotrexate (40.8%), azatioprina (30.7%), y ciclosporina (22.5%) (57).

Aunque la fototerapia es el tratamiento de primera línea de elección por los encuestados para tratar dermatitis atópica moderada a severa, el 37.5% espera ver un resultado clínico a las 4 semanas de uso pero según diferentes estudios los resultados clínicos adecuados se ven después de 6 a 12 semanas realizando 2 a

3 sesiones semanales (28)(65)(66)(44). El 56.25% espera entre 8 y 12 semanas lo que es acorde con la literatura.

No hay estudios claros que indiquen qué dosis y cuánto tiempo deben ser usados los corticoesteroides sistémicos, pero las guías y los consensos sugieren que se usen por tiempo corto (47). El Task Force europeo del 2020 sugiere dar máximo una dosis de 0.5mg/kg/día de metilprednisolona por 1-2 semanas con desmonte durante 1 mes (36). En esta encuesta los dermatólogos que trabajan en Colombia suelen esperar 2 semanas para ver la respuesta terapéutica (53.13%), el 25% indica que no los ordena, y el 21.88% refiere que espera 4 semanas para ver la respuesta.

La ciclosporina se caracteriza por presentar un inicio de acción rápido, puede presentar mejoría incluso en las primeras dos semanas de uso y usualmente la eficacia clínica máxima es a las 6 a 8 semanas de uso (67). Como resultado se encontró que el 65.63% de dermatólogos encuestados espera 2 y 4 semanas para ver la respuesta máxima del medicamento, el 6.25% espera 6 semanas y 28.13% no la ordena. Este medicamento está aprobado por entes internacionales y por el Invima. El no uso puede deberse a temor por los efectos secundarios temidos por los especialistas como nefrotoxicidad irreversible, hipertensión arterial y cáncer de piel no melanoma (46). Con estos resultados se puede considerar realizar actividades educativas a los especialistas para fomentar el uso en los pacientes que lo requieran y no tengan contraindicaciones.

El metotrexate y la azatioprina alcanzan su eficacia clínica máxima en 8-12 semanas y el 71.88% de los encuestados espera ese tiempo para definir la respuesta al tratamiento. Llama la atención que 18.75% de encuestados espera cuatro semanas lo que puede llevarlos a suspender el medicamento sin haber llegado a su pico de respuesta, de esta manera limitar el arsenal terapéutico para este grupo de pacientes.

De los dermatólogos que atienden dermatitis atópica moderada a severa, el 32% atiende pacientes que están recibiendo medicamentos biológicos (dupilumab).

Los estudios publicados sobre las preferencias de los dermatólogos para tratar pacientes con dermatitis atópica no abarcan los factores que tienen en cuenta para escalar a terapia biológica. En esta encuesta se encuentra que todos los médicos intentan al menos un tratamiento sistémico no biológico ya que el primer factor que tienen en consideración es haber fallado a 1 tratamiento sistémico (55.56%) seguido de haber fallado a 2 tratamientos sistémicos (44.44%). Y el segundo factor que tienen presente es haber presentado efectos secundarios o eventos adversos (66.67%) seguido de presentar alteración severa y persistente de la calidad de vida a pesar de tener mejoría clínica.

CONCLUSIONES

A medida que aumentan los estudios de enfermedades inmunomediadas se ha aumentado el número de pacientes con la enfermedad por mejoría del diagnóstico por parte del médico. Esta encuesta permite ver un panorama sobre cómo los dermatólogos que trabajan en Colombia abordan la enfermedad desde el diagnóstico hasta el tratamiento según la severidad del cuadro. Pese a que hay muchas guías internacionales y una nacional, no hay un consenso absoluto sobre el manejo de la enfermedad. Donde sí se encuentra concordancia entre dermatólogos y guías es en el tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve.

Llama la atención que para varios tratamientos sistémicos no biológicos no se da la espera adecuada para que alcance el punto máximo de respuesta lo que puede generar suspensión del medicamento y cambio de terapia sin haber indicación. Además, se muestra un porcentaje significativo de encuestados que no usa ciclosporina para el tratamiento de dermatitis atópica moderada a severa a pesar de estar aprobado por entidades regulatorias nacionales e internacionales y tener suficiente evidencia para su uso. Sugerimos que, con los hallazgos, donde se ve poca adherencia a las guías, se deben realizar nuevos estudios donde se busque el motivo de algunas de las preferencias terapéuticas y promover educación médica continuada sobre estos temas. Esto podría cambiar con procesos educativos a los especialistas, para mejorar el acceso a terapias sistémicas.

Como limitaciones este estudio tiene una muestra pequeña respecto al número de dermatólogos en Colombia y debido a que las encuestas no fueron enviadas de manera aleatoria puede tener un sesgo de selección. Aun así, abre un panorama antes no conocido en Colombia y en Latinoamérica sobre las decisiones de los dermatólogos cuanto están ante pacientes adultos con dermatitis atópica.

Teniendo en cuenta que gran parte de dermatólogos en Colombia hacen énfasis en dermatología estética, en este estudio se tiene un número importante de especialistas que atienden pacientes adultos con dermatitis atópica. Por lo cual aporta información única sobre el uso de criterios diagnósticos, escalas de clinimetría y preferencias terapéuticas en este grupo de pacientes.

ANEXOS

Anexo 1

1. Número de años ejerciendo cómo especialista en dermatología
 - Menos de 1 año
 - 1 a 2 años
 - 3 a 5 años
 - 6 a 10 años
 - Más de 10 años

2. Departamento del país donde realiza la mayor parte de su consulta dermatológica
 - Se dará la opción en un desplegable con todos los departamentos de Colombia.

3. Número aproximado de pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica que atiende en su consulta por mes
 - Ninguno
 - Menos de 5
 - 6 a 10
 - 11 o más

4. Régimen del sistema de salud al que pertenece la mayor parte de los pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con diagnóstico de dermatitis atópica que atiende en su consulta
 - 1er régimen más atendido
 - Afiliados al régimen contributivo/subsidiado
 - Planes voluntarios de salud (plan complementario, medicina prepagada, pólizas de salud)
 - Atención particular
 - Regímenes especiales (fuerzas militares, profesores, policía)
 - Vinculado

 - 2do régimen más atendido
 - No aplica
 - Afiliados al régimen contributivo/subsidiado

Planes voluntarios de salud (plan complementario, medicina prepagada, pólizas de salud)
Atención particular
Regímenes especiales (fuerzas militares, profesores, policía)
Vinculado

5. Para realizar el diagnóstico de Dermatitis atópica en pacientes adultos
¿Qué criterios prefiere emplear?
Criterios de Hanifin y Rajka de 1980
Criterios del Grupo de Trabajo para el Diagnóstico de Dermatitis Atópica del Reino Unido (Williams) de 1994
Criterios de la Academia Americana de Dermatología de 2014
Criterios de la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia 2018
Ninguno de los anteriores, lo hago según valoración clínica
6. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué escalas de clinimetría prefiere usar?
EASI
SCORAD
DLQI
POEM
HADS
Escala numérica del prurito
IGA
Otra
Ninguna de los anteriores, empleo la valoración clínica
7. Para el tratamiento de primera línea del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica leve ¿Cuáles son las dos opciones de terapia tópica de su preferencia?
- 1era opción
Corticoesteroide de alta potencia
Corticoesteroide de mediana potencia
Inhibidor de calcineurina
Soft esteroide
Antibiótico tópico
- 2da opción
Corticoesteroide de alta potencia
Corticoesteroide de mediana potencia
Inhibidor de calcineurina
Soft esteroide

Antibiótico tópico

8. Durante la terapia tópica exclusiva del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En cuánto tiempo espera ver un cambio clínico significativo para considerar realizar cambio de terapia? (sin incluir terapia proactiva)
- 2 a 4 semanas
 - 4 a 6 semanas
 - 7 a 8 semanas
 - Más de 8 semanas

9. En el paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica sin mejoría a la terapia tópica de primera línea ¿Cuáles son las dos opciones de terapia de segunda línea de su preferencia?

1era opción

- Cambio de potencia de corticoesteroide tópico
- Inhibidor de calcineurina tópico
- Antibiótico tópico
- Fototerapia
- Medicamento sistémico no biológico
- Medicamento sistémico biológico

2da opción

- Cambio de potencia de corticoesteroide tópico
- Inhibidor de calcineurina tópico
- Antibiótico tópico
- Fototerapia
- Medicamento sistémico no biológico
- Medicamento sistémico biológico

10. ¿En su consulta atiende pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa?

- Sí
- No

11. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En qué casos considera el uso de medicamentos sistémicos NO biológicos? mencione los 3 que considere más importantes.

1er caso

- Clínica severa (sin pasar antes por terapia tópica)

Alteración severa de calidad de vida (sin importar extensión clínica)
Comorbilidades del paciente (ejemplo: asma severa, conjuntivitis,
etc)
Si fracasó a la terapia tópica (sin importar extensión clínica)

2do caso

Clínica severa (sin pasar antes por terapia tópica)
Alteración severa de calidad de vida (sin importar extensión clínica)
Comorbilidades del paciente (ejemplo: asma severa, conjuntivitis,
etc)
Si fracasó a la terapia tópica (sin importar extensión clínica)

3er caso

Clínica severa (sin pasar antes por terapia tópica)
Alteración severa de calidad de vida (sin importar extensión clínica)
Comorbilidades del paciente (ejemplo: asma severa, conjuntivitis,
etc)
Si fracasó a la terapia tópica (sin importar extensión clínica)

12. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿Qué factores tiene en consideración al momento de elegir un tratamiento sistémico? mencione los 3 que considere más importantes.

1er factor

Velocidad de acción
Severidad del cuadro clínico
Antecedentes personales (ejemplo: hepatopatía, malignidad, etc)
Edad fértil
Eficacia del medicamento según literatura
Seguridad del medicamento según literatura
Posibilidad de usarlo por periodos prolongados
Disponibilidad de tiempo del paciente (ejemplo: para asistir a fototerapia o a controles de laboratorios)
Acceso al tratamiento (ejemplo: disponibilidad de fototerapia en su ciudad)

2do factor

Velocidad de acción
Severidad del cuadro clínico
Antecedentes personales (ejemplo: hepatopatía, malignidad, etc)
Edad fértil
Eficacia del medicamento según literatura
Seguridad del medicamento según literatura

Posibilidad de usarlo por periodos prolongados
Disponibilidad de tiempo del paciente (ejemplo: para asistir a fototerapia o a controles de laboratorios)
Acceso al tratamiento (ejemplo: disponibilidad de fototerapia en su ciudad)

3er factor

Velocidad de acción
Severidad del cuadro clínico
Antecedentes personales (ejemplo: hepatopatía, malignidad, etc)
Edad fértil
Eficacia del medicamento según literatura
Seguridad del medicamento según literatura
Posibilidad de usarlo por periodos prolongados
Disponibilidad de tiempo del paciente (ejemplo: para asistir a fototerapia o a controles de laboratorios)
Acceso al tratamiento (ejemplo: disponibilidad de fototerapia en su ciudad)

13. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa ¿Cuáles son las dos terapias de su preferencia?

1era opción

Fototerapia
Corticoesteroide sistémico
Micofenolato mofetilo
Azatioprina
Metotrexate
Ciclosporina
Dupilumab

2da opción

Fototerapia
Corticoesteroide sistémico
Micofenolato mofetilo
Azatioprina
Metotrexate
Ciclosporina
Dupilumab

14. Durante el tratamiento del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica ¿En cuánto tiempo esperaría ver una respuesta clínica significativa empleando las siguientes opciones terapéuticas en monoterapia?

Fototerapia

- No la ordeno/no hay disponibilidad en la ciudad
- 4 semanas
- 8 semanas
- 12 semanas
- Más de 12 semanas

Corticoesteroide sistémico

- No los ordeno
- 2 semanas
- 4 semanas
- 6 semanas
- 8 semanas

Ciclosporina

- No la ordeno
- 2 semanas
- 4 semanas
- 6 semanas
- 8 semanas

Metotrexate/Azatioprina

- No los ordeno
- 4 semanas
- 8 semanas
- 12 semanas
- Más de 12 semanas

15. ¿En su atención a pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica emplea medicamentos biológicos (dupilumab)?

- Si
- No

16. Durante la atención del paciente adulto con diagnóstico de dermatitis atópica severa ¿Qué factores tiene en consideración al momento de considerar el cambio de un tratamiento sistémico NO biológico a un tratamiento sistémico biológico? mencione los que considere más importantes.

1er factor

Fallo a 1 tratamiento sistémico no biológico

Fallo a 2 tratamientos sistémicos no biológicos

Efectos secundarios / evento adverso

Presencia de comorbilidades (ejemplo: asma severa, conjuntivitis,

etc)

Alteración severa y persistente de la calidad de vida a pesar de mejoría clínica

Considero el empleo de terapia biológica (sin pasar primero por terapia sistémica no biológica)

2do factor

Fallo a 1 tratamiento sistémico no biológico

Fallo a 2 tratamientos sistémicos no biológicos

Efectos secundarios / evento adverso

Presencia de comorbilidades (ejemplo: asma severa, conjuntivitis,

etc)

Alteración severa y persistente de la calidad de vida a pesar de mejoría clínica

Considero el empleo de terapia biológica (sin pasar primero por terapia sistémica no biológica)

Anexo 2. Encabezado de la encuesta que incluye consentimiento informado.

Lo invitamos a realizar la siguiente encuesta dirigida a todos los especialistas en Dermatología que ejercen actualmente en Colombia, la cual es realizada por el grupo Derm+ del Hospital Universitario de la Samaritana (investigadores: Dr. Héctor José Castellanos, Dra. Carolina Cortés, Dr. Elkin Peñaranda, Dra. Marcela Cardona), cuyo objetivo es identificar en la práctica clínica diaria realizada por especialistas en dermatología en el país los criterios diagnósticos, las escalas de Clinimetría, y tratamientos de preferencia para pacientes adultos (edad \geq a 18 años) con Dermatitis Atópica.

En caso de actualmente no realizar atención médica a pacientes adultos con diagnóstico de dermatitis atópica lo invitamos a diligenciar las 3 primeras preguntas de la encuesta, como información valiosa desde el punto de vista académico.

Esta no es una encuesta de conocimientos, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas, y le solicitamos cordialmente responder de la manera más cercana a su realidad en la práctica clínica diaria. Le recordamos que la encuesta es anónima por lo que invitamos a cada especialista a realizar la encuesta una sola vez.

La información suministrada será empleada para fines académicos, los datos NO serán entregados a la industria farmacéutica y la encuesta NO es patrocinada.

Para todas las preguntas debe considerar que se trata de pacientes adultos (edad \geq a 18 años) que son adherentes a los cuidados de la piel atópica (ejemplo: baños cortos, cremas corporales con la frecuencia adecuada, etc) y que evitan los desencadenantes (ejemplo: cierta ropa, alimentos específicos, etc).

En caso de alguna duda favor comunicarse con Marcela Cardona Salazar al celular xxx.

¿Acepta los términos y condiciones?

BIBLIOGRAFÍA

1. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2020;396(10247):345–60.
2. de María Díaz Granados L, Quijano MA, Ramírez PA, Aguirre N, Sanclemente G. Quality assessment of atopic dermatitis clinical practice guidelines in ≤ 18 years. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2018;310(1):29–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00403-017-1791-7>
3. Sacotte R, Silverberg JI. Epidemiology of adult atopic dermatitis. *Clin Dermatol* [Internet]. 2018;36(5):595–605. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.05.007>
4. Fishbein AB, Silverberg JI, Wilson EJ, Ong PY. Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(1):91–101.
5. Torres T, Osório Ferreira E, Gonçalo M, Mendes-Bastos P, Selores M, Filipe P. Update on atopic dermatitis. *Acta Med Port*. 2019;32(9):606–13.
6. Silvestre Salvador JF, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic dermatitis in adults: A diagnostic challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2017;27(2):78–88.
7. Serna LFN, Molina TG, Ramírez MCVGV, Restrepo SCM, Mejía CC, José William Cornejo Ochoa. Prevalencia de alergias en niños entre 5 y 14 años con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Medellín, 2012. *Acta Neurol Colomb*. 2014;30(3):156–62.
8. Kraft MT, Prince BT. Atopic Dermatitis Is a Barrier Issue, Not an Allergy Issue. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2019;39(4):507–19.

9. Cabanillas B, Novak N. Atopic dermatitis and filaggrin. *Curr Opin Immunol* [Internet]. 2016;42:1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coi.2016.05.002>
10. Bologna JL, Schaffer J V, Cerroni L. Atopic Dermatitis. In: Callen JP, Cowen EW, Hruza GJ, Jorizzo JL, Lui H, Requena L, et al., editors. *Dermatology*. 4th ed. Elsevier; 2018. p. 208–27.
11. Schmuth M, Elias PM, Franz TJ, Tsai J-C, Menon GK, Feingoldpg KR. Skin Barrier. In: Callen JP, Cowen EW, Hruza GJ, Jorizzo JL, Lui H, Requena L, et al., editors. *Dermatology*. 4th ed. Elsevier; 2018. p. 2176–80.
12. Kim J, Kim BE, Leung DYM. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. *Allergy Asthma Proc*. 2019;40(2):84–92.
13. Dainichi T, Kitoh A, Otsuka A, Nakajima S, Nomura T, Kaplan DH, et al. The epithelial immune microenvironment (EIME) in atopic dermatitis and psoriasis. *Nat Immunol*. 2018;19(12):1286–98.
14. Campione E, Lanna C, Diluvio L, Cannizzaro MV, Grelli S, Galluzzo M, et al. Skin immunity and its dysregulation in atopic dermatitis, hidradenitis suppurativa and vitiligo. *Cell Cycle* [Internet]. 2020;19(3):257–67. Available from: <https://doi.org/10.1080/15384101.2019.1707455>
15. Gavrilova T. Immune Dysregulation in the Pathogenesis of Atopic Dermatitis. *Dermatitis*. 2018;29(2):57–62.
16. Czarnowicki T, He H, Krueger JG, Guttman-Yassky E. Atopic dermatitis endotypes and implications for targeted therapeutics. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2019;143(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.10.032>
17. Aw M, Penn J, Gauvreau GM, Lima H, Sehmi R. Atopic March: Collegium Internationale Allergologicum Update 2020. *Int Arch Allergy Immunol*. 2020;181(1):1–10.
18. Hill DA, Spergel JM. The atopic march Critical evidence and clinical

relevance. *Asthma Prev.* 2018;120(2018):131–7.

19. Urrutia-Pereira M, Solé D, Rosario NA, Neto HJC, Acosta V, Almendarez CF, et al. Allergologia et Sleep-related disorders in Latin-American children with atopic dermatitis: A case control study. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2017;45(3):276–82.
20. Carrascosa JM, Morillas-Lahuerta V. Comorbidities in Atopic Dermatitis: An Update and Review of Controversies. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(6):481–6.
21. Vakharia PP, Silverberg JI. Adult-Onset Atopic Dermatitis: Characteristics and Management. *Am J Clin Dermatol*. 2019;20(6):771–9.
22. Bieber T, D’Erme AM, Akdis CA, Traidl-Hoffmann C, Lauener R, Schäppi G, et al. Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: Where are we, and where should we go? *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139(4):S58–64.
23. Tanei R. Atopic Dermatitis in Older Adults: A Review of Treatment Options. *Drugs and Aging [Internet]*. 2020;37(3):149–60. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00750-5>
24. Andersen RM, Thyssen JP, Maibach HI. Qualitative vs. quantitative atopic dermatitis criteria - In historical and present perspectives. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2016;30(4):604–18.
25. Williams HC, Burney PGJ, Pembrokef AC, Hay RJ. The U . K . Working Party ’ s Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis . III . Independent hospital validation. 1994;406–16.
26. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis Work Group. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):338–51.
27. Vakharia PP, Chopra R, Silverberg JI. Systematic Review of Diagnostic

Criteria Used in Atopic Dermatitis Randomized Controlled Trials. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19:15–22.

28. Claudia Patricia Ordoñez, Tamayo LM, Gamboa LA, Pradilla MT, Hernández Mantilla N, Candía MPN, et al. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.* 2018. p. 1–250.
29. Barbarot S, Wollenberg A, Silverberg JI, Deleuran M, Pellacani G, Armario-Hita JC, et al. Dupilumab provides rapid and sustained improvement in SCORAD outcomes in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: combined results of four randomized phase 3 trials. *J Dermatolog Treat.* 2020;Jun 8:1–12.
30. Yang YB, Lynde CW, Fleming P. Common Atopic Dermatitis Rating Scales: A Practical Approach and Brief Review. *J Cutan Med Surg.* 2020;24(4):399–404.
31. Saclemente G, helena Lugo L, Medina L, Jones-Cabellero M, Garcia HI, Lugo L helena, et al. Preprueba para la adaptación cultural de la versión española del instrumento de calidad de vida dermatológico Skindex-29, en Colombia. *Rev Asoc Colomb Dermatología Cirugía Dermatológica.* 2011;19:273–9.
32. Restrepo C, Escobar Valencia C, Mejía Giraldo AM, Tamayo Arango S, García García HI, Lugo Agudelo LH, et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *Iatreia.* 2013;26(4):467–75.
33. Gooderham MJ, Bissonnette R, Grewal P, Lansang P, Papp KA, Hong CH. Approach to the Assessment and Management of Adult Patients With Atopic Dermatitis: A Consensus Document. Section II: Tools for Assessing the Severity of Atopic Dermatitis. *J Cutan Med Surg.* 2018;22(supple 1):10s-16s.
34. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, et al. Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic

- dermatitis in U.S. adults. *Br J Dermatol*. 2019;181(3):554–65.
35. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, Lavrijsen AP, Arents BWM. Emollients and moisturisers for eczema. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2017. p. 1465–858.
 36. Wollenberg A, Christen-Zach S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, Bruin-Weller M de, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2020;34(12):2717–44.
 37. Schadt CR, Jackson SM. Glucocorticoids. In: Callen JP, Cowen EW, Hruza GJ, Jorizzo JL, Lui H, Requena L, et al., editors. *Dermatology*. 4th ed. Elsevier; 2018. p. 2186–98.
 38. Mayba JN, Gooderham MJ. Review of atopic dermatitis and topical therapies. *J Cutan Med Surg*. 2017;21(3):227–36.
 39. Broeders JA, Ahmed Ali U, Fischer G. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials (RCTs) comparing topical calcineurin inhibitors with topical corticosteroids for atopic dermatitis: A 15-year experience. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2016;75(2):410-419.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.1228>
 40. Wollenberg A, Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis - An emerging concept. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2009;64(2):276–8.
 41. Chung BY, Kim HO, Kim JH, Cho SI, Lee CH, Park CW. The proactive treatment of atopic dermatitis with tacrolimus ointment in Korean patients: A comparative study between once-weekly and thrice-weekly applications. *Br J Dermatol*. 2013;168(4):908–10.
 42. Kemény L, Varga E, Novak Z. Advances in phototherapy for psoriasis and atopic dermatitis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2019;15(11):1205–14. Available from: <https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1672537>
 43. Chan TC, Wu NL, Wong LS, Cho YT, Yang CY, Yu Y, et al. Taiwanese

Dermatological Association consensus for the management of atopic dermatitis: A 2020 update. *J Formos Med Assoc.* 2020;(xxxx).

44. Ordóñez Rubiano MF, Arenas CM, Chalela JG. UVA-1 phototherapy for the management of atopic dermatitis: a large retrospective study conducted in a low-middle income country. *Int J Dermatol.* 2018;57(7):799–803.
45. Ortiz-Salvador JM, Pérez-Ferriols A. Phototherapy in atopic dermatitis. In: *Advances in Experimental Medicine and Biology.* Springer, Cham; 2017. p. 279–86.
46. Prezzano JC, Beck LA. Long-Term Treatment of Atopic Dermatitis. *Dermatol Clin.* 2017;35(3):335–49.
47. Drucker AM, Eyerich K, Bruin-Weller MS de, Thyssen JP, Spuls PI, Irvine AD, et al. Use of systemic corticosteroids for atopic dermatitis: International Eczema Council consensus statement. *Br J Dermatol.* 2017;178(3):768–75.
48. Schram ME, Roekevisch E, Leeflang MMG, Bos JD, Schmitt J, Spuls PI. A randomized trial of methotrexate versus azathioprine for severe atopic eczema. *J Allergy Clin Immunol [Internet].* 2011;128(2):353–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2011.03.024>
49. Law Ping Man S, Bouzillé G, Beneton N, Safa G, Dupuy A, Droitcourt C. Drug survival and postdrug survival of first-line immunosuppressive treatments for atopic dermatitis: comparison between methotrexate and cyclosporine. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2018;32(8):1327–35.
50. Gerbens LAA, Hamann SAS, Brouwer MWD, Roekevisch E, Leeflang MMG, Spuls PI. Methotrexate and azathioprine for severe atopic dermatitis: a 5-year follow-up study of a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2018;178(6):1288–96.
51. Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, Beck LA, Blauvelt A, Cork MJ, et al. Two Phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis. *N Engl J Med.* 2016;375(24):2335–48.

52. Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M, Cather JC, Weisman J, Pariser D, et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2017;389(10086):2287–303.
53. de Bruin-Weller M, Thaçi D, Smith CH, Reich K, Cork MJ, Radin A, et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial. *Br J Dermatol*. 2018;178(5):1083–101.
54. Saini S, Pansare M. New Insights and Treatments in Atopic Dermatitis. *Pediatr Clin North Am*. 2019;66(5):1021–33.
55. Aldredge LM. Atopic Dermatitis With a Focus on Moderate to Severe Disease. *J Nurse Pract*. 2020;(xxxx).
56. Ministerio de Salud y Protección Social. CICLOSPORINA CÓDIGO ATC: L04AD01 [Internet]. Available from: <http://www.medicamentosauclic.gov.co/Consultas/frmBusquedas.aspx?idPpio=frmBusquedasIfrm.aspx?idPpio=559>
57. Vermeulen FM, Gerbens LAA, Schmitt J, Deleuran M, Irvine AD, Logan K, et al. The European TREATment of ATopic eczema (TREAT) Registry Taskforce survey: prescribing practices in Europe for phototherapy and systemic therapy in adult patients with moderate-to-severe atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2020;183(6):1073–82.
58. Taylor K, Swan DJ, Affleck A, Flohr C, Reynolds NJ. Treatment of moderate-to-severe atopic eczema in adults within the U.K.: results of a national survey of dermatologists. *Br J Dermatol*. 2017;176(6):1617–23.
59. Sánchez J, Toro Y, Cardona R. Clinical impact in the real life of guidelines recommendations for atopic dermatitis in a tropical population (TECCEMA cohort). *Rev Alerg Mex*. 2017;64(3):260–9.

60. Simpson EL, Keck LE, Chalmers JR, Williams HC. How should an incident case of atopic dermatitis be defined? A systematic review of primary prevention studies. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;130(1):137–44.
61. Torrelo A. Methylprednisolone aceponate for atopic dermatitis. *Int J Dermatol*. 2017;56(6):691–7.
62. Waldman AR, Ahluwalia J, Udkoff J, Borok JF, Eichenfield LF. Atopic dermatitis. *Pediatr Rev*. 2018;39(4):180–93.
63. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(2):327–49.
64. (Invima) IN de V de N y A. CONSULTA DATOS DE PRODUCTOS [Internet]. 2007. Available from: http://consultaregistro.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp
65. Majoie IML, Oldhoff JM, van Weelden H, Laaper-Ertmann M, Bousema MT, Sigurdsson V, et al. Narrowband ultraviolet B and medium-dose ultraviolet A1 are equally effective in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(1):77–84.
66. Rodenbeck DL, Silverberg JI, Silverberg NB. Phototherapy for atopic dermatitis. *Clin Dermatol* [Internet]. 2016;34(5):607–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.05.011>
67. Davari DR, Nieman EL, McShane DB, Morrell DS. Current perspectives on the systemic management of atopic dermatitis. *J Asthma Allergy*. 2021;14:595–607.