

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v67i1.8547>

Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con dermatitis atópica en Colombia: primeros resultados del RENDAC

Sociodemographic and clinical characteristics of patients with atopic dermatitis in Colombia: preliminary results of RENDAC.

Lina Moyano-Tamara,^{1,2} Nelson Rafael Alvis-Zakzuk,^{1,2} Jesús D Fierro-Lozada,³ María J Sánchez-Zapata,³ Ana María Victoria Chaparro,⁴ Claudia Vanesa Cera-Coll,³ Sofía A Covo-Camacho,⁵ José Franklin-Ruiz,⁶ David Alfredo Castillo-Molina,³ Nelson Alvis-Guzmán^{1,7}

Resumen

OBJETIVO: Describir las características sociodemográficas, clínicas y los patrones de tratamiento de pacientes con dermatitis atópica en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo utilizando datos provenientes de la primera fase del Registro Nacional de Pacientes con Dermatitis Atópica en Colombia (RENDAC), recolectados durante julio y septiembre de 2021. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para la descripción de las características clínicas de los pacientes. Además, se elaboraron tablas de contingencia con el índice SCORAD que resume el nivel de severidad de la dermatitis atópica.

RESULTADOS: Se recolectaron datos de 644 pacientes de uno y otro sexo (345 de sexo femenino; 53.6%); la mayoría con residencia en el área urbana (n = 525; 81.5%). La proporción de menores de 18 años fue del 60.4% (n = 389) y la afiliación al régimen contributivo fue del 60.9% (n = 392). Se estableció la severidad de la dermatitis atópica en 305 pacientes, de los cuales 122 (40%), 132 (43.3%) y 51 (16.7%) tenían dermatitis atópica leve, moderada y severa, respectivamente. Los medicamentos más prescritos en el tratamiento de la dermatitis atópica han sido emolientes (n = 632; 98.1%); corticosteroides tópicos de baja potencia (n = 276; 42.9%) y moderada potencia (n = 235; 36.5%).

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes tienen dermatitis atópica moderada. El tratamiento más frecuente de la dermatitis atópica son los emolientes y los corticosteroides tópicos. Sin embargo, a mayor severidad de la dermatitis atópica se ha prescrito mayor variedad de medicamentos para controlar la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis atópica; eccema atópico; epidemiología; emolientes; Colombia.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the sociodemographic, clinical characteristics, and treatment patterns of patients with atopic dermatitis in Colombia.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive study was carried out. The data used was from the first phase of the National Registry of Patients with Atopic Dermatitis in Colombia (RENDAC for its acronym in Spanish). This data was collected from July

¹ ALZAK Foundation, Cartagena, Colombia.

² Grupo de Investigación ALZAK, Cartagena, Colombia.

³ Funinderma, Bogotá, Colombia.

⁴ Centro Médico Farallones, Cali, Colombia.

⁵ Departamento de Microbiología, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

⁶ Pfizer, Departamento médico, Bogotá, Colombia.

⁷ Grupo de Investigación Gestión Hospitalaria y Políticas de Salud (Universidad de la Costa), Barranquilla, Colombia.

Recibido: agosto 2022

Aceptado: agosto 2022

Correspondencia

Jesús Daniel Fierro Lozada
jesusdfierro90@gmail.com;
jfierro@alzakfoundation.org

Este artículo debe citarse como:

Moyano-Tamara L, Alvis-Zakzuk NR, Fierro-Lozada JD, Sánchez-Zapata MJ, Chaparro AMV, Cera-Coll CV, Covo-Camacho SA, Ruiz JF, Castillo-Molina DA, Alvis-Guzmán N. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con dermatitis atópica en Colombia: primeros resultados del RENDAC. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (1): 5-17.

to September 2021. Absolute and relative frequencies were estimated to describe the clinical characteristic of patients with atopic dermatitis. In addition, contingency tables were estimated using the SCORAD index, which shows the level of severity of the atopic dermatitis.

RESULTS: We collected data from a total of 644 patients of both sexes (345 females; 53.6%); most of them lived in urban areas ($n = 525$; 81.5%). The proportion of patients under 18 years was of 60.4% ($n = 389$) and 60.9% had health access by contributive regimen ($n = 392$). We established the severity of atopic dermatitis in 305 patients of those 122 (40%), 132 (43.3%) and 51 (16.7%) had mild, moderate, and severe atopic dermatitis, respectively. The drugs most prescribed for the atopic dermatitis treatment have been emollients ($n = 632$; 98.1%), low potency corticoid ($n = 276$; 42.9%), and medium potency corticoid ($n = 235$; 36.5%).

CONCLUSIONS: Most of patients have moderate atopic dermatitis. Emollients and topical corticosteroids are the drugs most prescribed for the treatment of atopic dermatitis. However, with greater severity of atopic dermatitis, a greater variety of drugs have been prescribed to control the disease.

KEYWORDS: Dermatitis, atopic; Atopic eczema; Epidemiology; Emollients; Colombia.

ANTECEDENTES

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por lesiones recurrentes y pruriginosas. Suele asociarse con altas concentraciones de inmunoglobulina E (IgE) y otras alteraciones de la respuesta inmunitaria.^{1,2} La aparición de síntomas, por lo general, ocurre entre los 3 y 6 meses de vida, y el 60% de los pacientes inician los síntomas durante el primer año de vida y hasta un 90% entre los primeros cinco años.^{3,4} Sin embargo, este trastorno puede aparecer a cualquier edad, aunque el número de pacientes afectados tiende a disminuir en el transcurso de la infancia hacia la adolescencia, alcanzando cifras más estables durante la etapa de la adultez.^{5,6}

La prevalencia global de dermatitis atópica es de alrededor del 20% en población pediátrica, con variaciones considerables entre países, mientras que en adultos se estima en hasta el 10%.⁷ En

todo el mundo la prevalencia de la dermatitis atópica ha venido aumentando.⁸ En Colombia, en un estudio realizado entre 1998 y 2000, se reportó una prevalencia global del 3.9% (IC95%: 3.4%-4.4%) obtenida de una muestra de 6092 personas con edades entre 1 y 59 años y residentes en seis ciudades capitales.⁹ Entre 2009 y 2010, se realizó una actualización de dicha estimación en una muestra de 5978 personas y se obtuvo una prevalencia global del 13.9% (IC95%: 12.5%-15.3%).⁵

Por otro lado, la evidencia científica muestra que existe una asociación entre tener antecedentes personales o familiares de atopia como condicionante de la aparición de dermatitis atópica, en especial, antecedentes de rinitis alérgica, asma y alergia a alimentos.^{2,9} Asimismo, se han identificado factores como las temperaturas extremas, la humedad, la radiación, los irritantes, los hábitos de limpieza y ciertos aeroalergenos como los principales

factores exógenos o ambientales asociados con la aparición de dermatitis atópica.¹⁰

Al tener en cuenta que la dermatitis atópica es una enfermedad que repercute en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, se han usado diferentes escalas para evaluar la severidad de la enfermedad, entre ellas, las usadas con más frecuencia son el *Scoring Atopic Dermatitis* (SCORAD) para la evaluación de la extensión y severidad de la dermatitis atópica, el Índice de Severidad y Área del Eccema (EASI), y la Medición del Eccema Orientada al Paciente (POEM). Estas herramientas se incluyeron en la recomendación para la evaluación de la severidad y la calidad de vida en pacientes en la guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia.¹¹

Se puede decir, en cuanto a los estudios realizados en Colombia para conocer las características sociodemográficas, clínicas y patrones de tratamiento de pacientes con dermatitis atópica, que han sido escasos. Estos se han enfocado principalmente en poblaciones de las ciudades de Bogotá y Medellín, utilizando como método para la recolección de datos la realización de encuestas a los pacientes. También, la población objetivo se ha restringido a grupos de edad específicos.^{12,13}

Teniendo en cuenta lo anterior, los registros de pacientes con enfermedades crónicas se han convertido en un recurso importante que contribuye a dimensionar el comportamiento epidemiológico y clínico a mayor escala. Respecto a registros de pacientes con dermatitis atópica, una experiencia relevante es la alemana, que incluye pacientes con dermatitis atópica moderada y severa, y que ha servido de base para generar conocimiento de la dermatitis atópica en varios países de la Unión Europea.¹⁴ Por su parte, en Colombia, en junio de 2021 se puso en marcha el Registro Nacional de Pacientes

con Dermatitis Atópica (RENDAC), con el fin de conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad en el país. A partir de este registro, se realizó este estudio cuyo objetivo es describir las características sociodemográficas y clínicas y los patrones de tratamiento de pacientes diagnosticados con dermatitis atópica en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal para caracterizar la población de pacientes incluidos en el RENDAC.

Se incluyeron pacientes de todas las edades, de uno y otro sexo con diagnóstico de dermatitis atópica leve, moderada y severa en Colombia (Códigos CIE-10 L208 y L209) que hubieran recibido cualquier tratamiento por lo menos durante cuatro meses y que fueron atendidos por un médico dermatólogo en su consulta.

La fuente de información utilizada corresponde a los registros de la primera fase del RENDAC. La información se recolectó mediante la revisión de registros clínicos de pacientes, diligenciados por el especialista en dermatología. Se construyó una herramienta de recolección de datos en la plataforma KoBoToolbox®, con base en la guía colombiana para el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica¹¹ y la experiencia de tres clínicos expertos, especialistas en dermatología, que participaron de la construcción del registro. Los datos se recolectaron entre el 22 de julio y el 22 de septiembre de 2021 en cinco ciudades del país: Bogotá, Cali, Cartagena, Medellín y Barranquilla.

La edad se categorizó en los siguientes grupos: niños de 0 a 2 años y de 3 a 11 años, de 12 a 17 años (adolescentes) y mayores de 18 (adultos). La agrupación se hizo atendiendo a las edades asociadas con los niveles educativos. El tipo de

afiliación al sistema de atención en salud se clasificó de acuerdo con los tres componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS): régimen contributivo dirigido a quienes tienen capacidad de pago, régimen subsidiado referente a los que no tienen capacidad de pago y régimen especial dirigido a los empleados de algunas entidades del Estado y, finalmente, quienes no pertenecen a ninguno de los grupos mencionados.¹⁵

En lo relativo al tipo de medicamentos, éstos se agruparon en siete categorías: emolientes, corticosteroide tópico de baja potencia, corticosteroide tópico de moderada potencia, corticosteroide tópico de alta potencia, inhibidor tópico de calcineurina, tratamiento sistémico (metotrexato, azatioprina, ciclosporina, biológicos y corticosteroides sistémicos) y otro tipo de tratamiento de la dermatitis atópica. En lo que respecta a antecedentes familiares de atopia, se tuvo en cuenta: asma, rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica y dermatitis atópica. La severidad de la dermatitis atópica se midió a través del SCORAD, contemplando tres categorías: leve (< 25), moderada (25-50) y severa (\geq 50).^{16,17}

Las variables categóricas se describieron mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas. Las variables continuas se describieron con las principales medidas de tendencia central con sus respectivas medidas de dispersión. Todos los análisis se desarrollaron utilizando el programa Stata® versión 16.0.

Consideraciones éticas

Debido a que el estudio es retrospectivo y no intervencional, se categoriza como sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993.¹⁸ La información de los pacientes fue anonimizada para garantizar la confidencialidad de los datos. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética e investigaciones del Instituto

Médico de Alta Tecnología Oncomédica SA (IMAT) el 5 de mayo de 2021 bajo el código ONC-CEI-CEI-280.2021.

RESULTADOS

A la fecha de corte, 644 pacientes del registro RENDAC tenían por lo menos 4 meses de tratamiento. Como se observa en el **Cuadro 1**, la distribución de la población por sexo es equilibrada con un discreto predominio de mujeres (53.6%). La media de edad fue de 21 ± 20.6 años y la mediana de 13 años, sin diferencias por sexo. La edad promedio del diagnóstico es de 16.7 ± 19.3 años y la mediana de 8 años, y el tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 6 ± 7.3 años con mediana de 4 años. Seis de cada 10 pacientes del registro tenían menos de 18 años.

Casi la mitad de los pacientes (47.4%, $n = 305$) contaba con información acerca de la severidad de la enfermedad (**Cuadro 2**). En orden descendente, el 43.3% tenía dermatitis atópica moderada, seguida por dermatitis atópica leve (40%) y enfermedad severa (16.7%). Al analizar la distribución por sexo, se observa que, en el grupo de adultos, especialmente en mujeres, la proporción de pacientes con dermatitis atópica severa fue mayor (29.2%) en comparación con los hombres (25.6%). Además, se observa que a mayor edad fue mayor la proporción de pacientes con dermatitis atópica severa en ambos sexos. También se observa que, en población pediátrica, el 46.7, 42.6 y 10.7% tenían dermatitis atópica leve, moderada y severa, respectivamente, mientras que en población adulta la mayoría de los pacientes tenían dermatitis atópica moderada (44.4%) y la proporción de pacientes con dermatitis atópica leve y severa fue la misma con un 27.8%.

Respecto a signos, síntomas y localización de las lesiones (**Cuadro 3**), el principal síntoma fue el

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes con dermatitis atópica (n = 644)

Variable	
Sexo, núm. (%)	
Hombre	299 (46.4)
Mujer	345 (53.6)
Edad en años (promedio ± DE)	
Hombre	20.9 ± 21.7
Mujer	21 (19.6)
Ambos sexos	21 (20.6)
Edad del diagnóstico en años (promedio ± DE)^a	
Hombre	17.2 (22.2)
Mujer	16.3 (19.3)
Ambos sexos	16.7 (20.7)
Tiempo de evolución de la enfermedad en años (promedio ± DE)^b	
Hombre	5.4 ± 7.2
Mujer	6.5 ± 7.4
Ambos sexos	6.0 ± 7.3
Zona de residencia, núm. (%)	
Urbano	525 (81.5)
Rural	110 (17.1)
Sin información	9 (1.4)
Grupo de edad, núm. (%)	
0 a 2 años	48 (7.5)
3 a 11 años	244 (37.9)
12 a 17 años	97 (15.1)
18 o más	255 (39.6)
Régimen de afiliación a la seguridad social, núm. (%)	
Contributivo	392 (60.9)
Subsidiado	140 (21.7)
Especial	66 (10.3)
No asegurado	34 (5.3)
Sin información	12 (1.9)

^a El promedio de la edad de diagnóstico se calculó sobre una muestra de 612 pacientes.

^b El promedio del tiempo de evolución se calculó sobre una muestra de 600 pacientes.

Fuente: Cálculos propios a partir de RENDAC.

prurito, especialmente en mujeres. Las placas y excoriaciones afectaron a más del 50% de los pacientes sin distinción de sexo. La afectación de áreas de extensión y áreas flexoras estuvo presente en más del 60% de los pacientes. Además, uno de cada cuatro pacientes tenía lesiones en la cara y más del 40% de los pacientes manifestaron daño en las extremidades.

En lo referente al tratamiento, los emolientes se han prescrito en el 98.1% de los pacientes, seguidos por los corticosteroides tópicos de baja potencia con un 42.9%, mientras que el tratamiento sistémico fue el menos frecuente con un 7.3%. En esta última categoría, el medicamento más prescrito fue el metotrexato con un 5.1% de los pacientes, seguido por los biológicos con un 2.3% (**Cuadro 4**). Cabe anotar que de los 15 pacientes que han recibido biológicos, 13 pacientes recibieron dupilumab y dos pacientes omalizumab.

En quienes se estableció la severidad (n = 305) se identificaron los principales medicamentos prescritos. En general, dos de cada cinco pacientes del registro han recibido solamente emolientes más corticosteroides tópicos como parte del tratamiento de la dermatitis atópica. Para los pacientes con cuadros severos fueron muy importantes los corticosteroides tópicos de moderada y alta potencia. Además, se observó mayor proporción de pacientes con dermatitis atópica severa que habían recibido tratamiento sistémico (43.1%) en comparación con los pacientes con dermatitis atópica leve y moderada (0.8 vs 13.6%). Solamente el 2.3 y 15.7% de los pacientes con dermatitis atópica moderada y severa, respectivamente, habían recibido biológicos (**Cuadro 5**). Sin embargo, si sólo se tiene en cuenta la población mayor a 12 años con dermatitis atópica moderada a severa, contra la cual estos medicamentos podrían ser indicados, se encontró que esta proporción aumentó al 4.2%

Cuadro 2. Distribución (%) de pacientes por grado de severidad de la dermatitis atópica, sexo y grupo etario

Sexo/edad (años)	Leve, núm. (%)	Moderada, núm. (%)	Severa, núm. (%)	Total
Hombre	61 (43)	59 (41.5)	22 (15.5)	142
0 a 2	4 (66.7)	2 (33.3)	0	6
3 a 11	39 (54.2)	24 (33.3)	9 (12.5)	72
12 a 17	5 (23.8)	14 (66.7)	2 (9.5)	21
Más de 18	13 (30.2)	19 (44.2)	11 (25.6)	43
Mujer	61 (37.4)	73 (44.8)	29 (17.8)	163
0 a 2	5 (45.5)	6 (54.5)	0	11
3 a 11	30 (49.2)	24 (39.3)	7 (11.5)	61
12 a 17	9 (34.6)	14 (53.8)	3 (11.5)	26
Más de 18	17 (26.2)	29 (44.6)	19 (29.2)	65
Total	122 (40)	132 (43.3)	51 (16.7)	305
Menos de 18	92 (46.7)	84 (42.6)	21 (10.7)	197
18 o más	30 (27.8)	48 (44.4)	30 (27.8)	108

Fuente: Cálculos propios a partir de RENDAC.

Cuadro 3. Principales signos, síntomas y áreas afectadas en pacientes con dermatitis atópica en la población del RENDAC, 2021

Signo o síntoma	Hombre, núm. (%)	Mujer, núm. (%)	Total, núm. (%)	Núm.
Prurito	258 (86.6)	311 (90.7)	569 (88.8)	641
Excoriaciones	180 (60.4)	192 (56)	372 (58)	641
Pápulas	98 (32.9)	133 (39.5)	231 (36.4)	635
Placas	210 (70.9)	255 (74.3)	465 (72.8)	639
Liquenificación	106 (35.7)	128 (37.6)	234 (36.7)	637
Área afectada				
Zonas de extensión	213 (72.4)	225 (66.6)	438 (69.3)	632
Áreas flexoras	179 (61.3)	212 (62.4)	391 (61.9)	632
Cara	70 (24.1)	94 (27.5)	164 (25.9)	632
Tronco	120 (41.4)	131 (38.3)	251 (39.7)	632
Cuello	82 (28.3)	112 (32.7)	194 (30.7)	632
Miembros inferiores	128 (44.1)	157 (45.9)	285 (45.1)	632
Miembros superiores	132 (45.5)	176 (51.5)	308 (48.7)	632

Fuente: Cálculos propios a partir de RENDAC.

Cuadro 4. Principales medicamentos prescritos a pacientes con dermatitis atópica en el RENDAC, 2021 (n = 644)

Medicamentos	Núm. (%)
Emolientes	632 (98.1)
Corticosteroide tópico de baja potencia	276 (42.9)
Corticosteroide tópico de moderada potencia	235 (36.5)
Corticosteroide tópico de alta potencia	163 (25.3)
Inhibidor tópico de calcineurina	149 (23.1)
Tratamiento sistémico	47 (7.3)
Metotrexato	33 (5.1)
Azatioprina	5 (0.8)
Ciclosporina	5 (0.8)
Biológicos	15 (2.3)
Corticostereoides sistémicos	8 (1.2)
Otro	50 (7.8)

Fuente: Cálculos propios a partir de RENDAC.

en pacientes con dermatitis atópica moderada y al 23.5% en sujetos con dermatitis atópica severa y un porcentaje global del 10.6%.

Respecto a los patrones de tratamiento en relación con los grupos etarios (**Cuadro 6**), la mayoría de los pacientes había recibido una combinación de emolientes más corticosteroides tópicos (47.2%). Sin embargo, en menores de dos años la monoterapia con emolientes fue el segundo tipo de tratamiento más prescrito (31.3%), mientras que en adultos esta proporción se redujo al 17.3%.

En las historias clínicas revisadas que muestran información de los antecedentes familiares de alergia se encontró que la rinitis alérgica y la dermatitis atópica fueron las afecciones más frecuentes. En los niños entre 0 y 2 años y los mayores de 18 años el antecedente familiar de atopia más frecuente fue la dermatitis atópica, mientras que en los otros grupos de edad fue la rinitis alérgica. La existencia de al menos un antecedente familiar de atopia fue mayor en hombres que en mujeres. **Cuadro 7**

El **Cuadro 8** muestra que el 33.2% de los pacientes con dermatitis atópica tenían otra enfermedad relacionada con la piel, principalmente acné (11.3%) y dermatitis seborreica (10%). Los adolescentes y las mujeres con dermatitis atópica tuvieron mayor frecuencia de comorbilidades relacionadas con la piel.

DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio que describe características sociodemográficas, clínicas y patrones de tratamiento a partir de un registro nacional de pacientes con dermatitis atópica en Colombia. Así como en la evidencia expuesta por Dennis y su grupo,⁵ los resultados aquí obtenidos muestran que existe mayor proporción de mujeres con la enfermedad y coincide con los resultados de otros estudios realizados en población colombiana que incluyen población pediátrica y adulta.^{12,13} Por su parte, Silverberg y colaboradores¹⁹ realizaron un estudio de la prevalencia de la dermatitis atópica en población pediátrica en 18 países, incluido Colombia, en el que se reportó mayor prevalencia de dermatitis atópica en mujeres en 9 de los 18 países incluidos; sin embargo, para Colombia la prevalencia fue mayor en hombres en comparación con mujeres (11.2 vs 10.4%). En otro estudio, realizado por Barbarot y su grupo, se encontró que en la población adulta de ocho países de ingresos altos, la prevalencia de dermatitis atópica fue mayor en mujeres en siete de los ocho países incluidos.²⁰

Nuestros resultados mostraron que el promedio de la duración de la enfermedad es mayor en las mujeres que en los hombres. Éstos coinciden con lo expuesto en otros estudios, donde indican que, además de la edad, el sexo femenino es un factor endógeno de riesgo de dermatitis atópica debido a que las mujeres, en especial en la adolescencia y adultez, tienen mayor susceptibilidad individual por el efecto de las hormonas en el curso de la dermatitis atópica.^{6,21}

Cuadro 5. Proporción de administración de medicamentos en pacientes con dermatitis atópica, por grado de severidad (SCORAD) en el RENDAC, 2021

Medicamentos (%)	Leve N = 122	Moderada N = 132	Severa N = 51	Total N = 305
Emolientes	97.5	99.2	98.0	98.4
Corticosteroide tópico de baja potencia	79.5	62.1	29.4	63.6
Corticosteroide tópico de moderada potencia	30.3	62.9	52.9	48.2
Corticosteroide tópico de alta potencia	3.3	28.8	39.2	20.3
Inhibidor tópico de calcineurina	31.1	55.3	27.5	41
Tratamiento sistémico	0.8	13.6	43.1	13.4
Metotrexato	0.8	12.1	29.4	10.5
Azatioprina	0	1.5	5.9	1.6
Ciclosporina	0	1.5	2	1
Biológicos	0	2.3	15.7	3.6
Corticosteroides sistémicos	0	1.5	9.8	2.3
Otro	3.3	18.2	11.8	11.1
Tipos de tratamiento (%)				
Monoterapia emoliente	2.5	7.6	7.8	5.6
Monoterapia inhibidor tópico de calcineurina	0	0.8	0	0.3
Monoterapia corticosteroide tópico	2.5	0	0	1
Emoliente más corticosteroide tópico	63.9	28	29.4	42.6
Emoliente más inhibidor tópico de calcineurina	7.4	2.3	2.0	4.3
Emoliente más medicamento sistémico más corticosteroide tópico	0	3.8	17.6	4.6
Emoliente más corticosteroide tópico más inhibidor tópico de calcineurina	19.7	32.6	13.7	24.3
Otras combinaciones	4.1	25	29.4	17.4

Fuente: Cálculos propios a partir de RENDAC.

Este estudio incluyó población urbana y rural con resultados similares a los de otros estudios en lo referente a mayor frecuencia de dermatitis atópica en el ámbito urbano.^{13,19} Lo anterior podría explicarse por una mayor exposición a agentes desencadenantes de alergias e irritantes de la piel.⁶ Respecto al ámbito rural, Moreno-López y colaboradores²² reportaron una prevalencia de dermatitis atópica en dos municipios rurales en Colombia del 6.13%, mientras que Silverberg y su grupo reportaron una prevalencia del 8.6% en población pediátrica, equivalente al 3.7% de los pacientes con dermatitis atópica.¹⁹ En nuestro estudio, el 17.1% de los pacientes con

dermatitis atópica residían en zonas rurales, lo que también es superior a lo reportado por Hernández y Laignelet¹³ (5.1%) y podría indicar que los resultados del RENDAC son representativos tanto en el ámbito urbano como en el rural.

Por otro lado, en esta investigación se observó mayor proporción de pacientes con dermatitis atópica severa en la población adulta. Esto coincide con lo indicado por Sacotte y colaboradores,⁶ que señalan que la dermatitis atópica moderada a severa tiende a ser más persistente en el tiempo en comparación con la dermatitis atópica leve. También se observó que la pro-

Cuadro 6. Principales medicamentos prescritos a pacientes con dermatitis atópica, por grupo etario, en el RENDAC, 2021

Medicamentos (%)	0-2 N = 48	3 -11 N = 244	12-17 N = 97	18 o más N = 255	Total
Emolientes	100	98	99	97.6	98.1
Corticosteroide tópico de baja potencia	45.8	53.3	38.1	34.1	42.9
Corticosteroide tópico de moderada potencia	6.3	32.0	45.4	43.1	36.5
Corticosteroide tópico de alta potencia	6.3	10.2	29.9	41.6	25.3
Inhibidor tópico de calcineurina	20.8	23.4	32.0	20.0	23.1
Tratamiento sistémico	0	1.2	6.2	14.9	7.3
Metotrexato	0	0.8	4.1	10.6	5.1
Azatioprina	0	0	0	2	0.8
Ciclosporina	0	0.4	0	1.6	0.8
Biológicos	0	0	1.0	5.5	2.3
Corticosteroides sistémicos	0	0.4	1	2.4	1.2
Otro	0	8.2	12.4	7.1	7.8
Tipos de tratamiento (%)					
Monoterapia emoliente	31.3	24.6	18.6	17.3	21.3
Monoterapia inhibidor tópico de calcineurina	0	0	1	0.4	0.3
Monoterapia corticosteroide tópico	0	2	0	1.2	1.2
Emoliente más corticosteroide tópico	47.9	46.7	39.2	50.6	47.2
Emoliente más inhibidor tópico de calcineurina	14.6	14.6	4.1	1.6	3.1
Emoliente más medicamento sistémico más corticosteroide tópico	0	0	3.1	5.1	2.6
Emoliente más corticosteroide tópico más inhibidor tópico de calcineurina	6.3	6.3	19.6	9.4	12.9
Otras combinaciones	0	0	14.4	14.5	11.3

Fuente: Cálculos propios a partir de RENDAC.

Cuadro 7. Proporción de pacientes con dermatitis atópica con antecedentes familiares de atopia, por grupo etario y sexo, en el RENDAC, 2021

Antecedentes	0 a 2 N = 47	3 a 11 N = 243	12 a 17 N = 96	18 o más N = 249	Hombres N = 296	Mujeres N = 339	Total N = 635
Al menos un antecedente de atopia	53.2	53.9	46.9	29.7	44.6	42.2	43.3
Asma	17	14.4	16.7	12.4	14.2	14.2	14.2
Rinitis alérgica	27.7	30.9	28.1	12.9	23	23.3	23.1
Conjuntivitis alérgica	2.1	2.5	5.2	4.4	4.1	3.2	3.6
Dermatitis atópica	31.9	20.6	12.5	14.9	17.9	18	18
Ninguno	46.8	46.1	53.1	70.3	55.4	57.8	56.7

Fuente: Cálculos propios a partir de RENDAC.

Cuadro 8. Distribución de pacientes (%) con comorbilidades dermatológicas por grupo de edad y sexo

Comorbilidad dermatológica	0 a 2 N = 43	3 a 11 N = 238	12 a 17 N = 97	18 o más N = 240	Hombres N = 287	Mujeres N = 331	Total N = 618
Al menos una comorbilidad dermatológica	16.3	19.7	54.6	40.8	28.9	36.9	33.2
Acné	0	0.8	30.9	15.8	9.8	12.7	11.3
Dermatitis seborreica	9.3	5	13.4	13.8	9.4	10.6	10
Rosácea	0	0	5.2	4.2	0.7	3.9	2.4
Otros	7	13.9	19.6	17.1	14.6	14.6	15.5
Ninguna	83.7	80.3	45.4	59.2	71.1	63.1	66.8

Fuente: elaboración propia con información del RENDAC.

porción de pacientes con dermatitis atópica severa en población adulta es 2.6 veces más alta que en población pediátrica. En lo referente a población adulta, Barbarot y su grupo²⁰ reportaron la severidad en ocho países a través del PO-SCORAD, evidenciándose que en todos los países analizados la mayoría de los pacientes tenían dermatitis atópica moderada con valores que variaban entre 44 y 57%, mientras que la proporción de pacientes con dermatitis atópica leve y severa varió entre el 26 y el 39% y del 10 al 21%, respectivamente. En cuanto a la población pediátrica, Silverberg y colaboradores, utilizando la escala POEM para Colombia, reportaron que la proporción de pacientes con dermatitis atópica leve, moderada y severa fue del 57.5, 38 y 4.4%, respectivamente. En general, en los 18 países incluidos en el estudio, para las categorías leve, moderada y severa los valores fueron: 45.3-63.2%, 28.8-55% y 4-12.4%, respectivamente.¹⁹

En cuanto a los antecedentes familiares, en este estudio el 43.3% de la población con dermatitis atópica reportó por lo menos un antecedente familiar de atopia, de los cuales el 18% refirió un antecedente familiar de dermatitis atópica. Asimismo, la proporción de pacientes en edad pediátrica con antecedentes familiares de atopia fue mayor que en adultos, principalmente antecedentes de dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma. Este resultado es diferente a lo expuesto

por Blanco y colaboradores,²³ quienes señalan que en España el 40% de los pacientes con dermatitis atópica reportan antecedentes familiares de esa enfermedad. También es diferente a lo reportado por Hernández y Laignelet,¹³ quienes informaron una frecuencia de antecedentes familiares de atopia en el 79.7% de un total de 138 pacientes encuestados en las ciudades de Bogotá y Medellín, Colombia. En general, en la bibliografía se reporta que alrededor del 70% de los pacientes con dermatitis atópica tienen antecedentes familiares de atopia.²⁴ Esto pone a la vista que el componente genético tiene un papel importante en la predisposición y la aparición de dermatitis atópica.⁴ Sin embargo, la menor frecuencia en el reporte de antecedentes de atopia en el RENDAC puede deberse a falencias en el registro de este tipo de información en las historias clínicas de los pacientes, en comparación con los estudios realizados con base en la realización de encuestas a pacientes.

Respecto a los patrones de tratamiento, es importante anotar que el 98.1% de los pacientes con dermatitis atópica se han aplicado emolientes. Este resultado se ajusta a las guías de manejo, que estipulan que los emolientes son indispensables en el tratamiento de la dermatitis atópica independientemente del nivel de severidad de la misma porque evitan la pérdida de agua de las capas más superficiales de la piel, manteniendo

la humectación y evitando la penetración de irritantes.^{11,25} Este resultado coincide con el estudio de Hernández y Laignelet¹³, en el que se reporta la aplicación de emolientes y humectantes en el 98.6% de una muestra de 138 pacientes con dermatitis atópica en Colombia.

Por otro lado, se observa que a mayor severidad de la dermatitis atópica, ocurre mayor diversificación en las combinaciones de medicamentos prescritos para el tratamiento de la dermatitis atópica, lo que puede estar relacionado con mayor necesidad de realizar escalamientos terapéuticos en este grupo de pacientes debido a fallas en los tratamientos previos. De acuerdo con Hernández y su grupo, al consultar a un panel de cinco expertos clínicos colombianos, especialistas en dermatología, se refirió que el 60 y 67% de los pacientes con dermatitis atópica moderada y severa, respectivamente, había recibido más de cinco tratamientos y, a pesar de ello, el 22% de los pacientes con dermatitis atópica moderada y un 26% con dermatitis atópica severa estaban sin control de la enfermedad.²⁶ En el caso de los pacientes con dermatitis atópica leve, se observa que el 63.9% de los pacientes habían recibido solamente emolientes y corticosteroides tópicos, mientras que en los pacientes con dermatitis atópica moderada y severa esta proporción se redujo al 28 y 29.4% respectivamente.

Asimismo, en nuestro estudio se reporta que el 2.3% de los pacientes habían recibido biológicos, principalmente dupilumab. Este resultado es similar al obtenido por Hernández y Laignelet,¹³ quienes reportan un porcentaje del 2.9% en pacientes colombianos, mientras que, en un estudio realizado en Alemania, se reportó un porcentaje de apenas el 0.64%.²⁷ Cabe anotar que la terapia biológica se recomienda en pacientes con dermatitis atópica moderada a severa que no han respondido a otras terapias sistémicas.¹¹ Asimismo, se encontró que la proporción de pacientes que habían recibido tratamiento sistémico fue del

0.8% en cuadros leves y del 43.1% en pacientes con dermatitis atópica severa. Este resultado coincide con las recomendaciones mundiales para el tratamiento de la dermatitis atópica con cuadros severos.^{17,28,29} De igual forma, por grupos de edad, se observó que la proporción de pacientes que habían recibido tratamiento sistémico pasó del 0% en niños entre 0 y 2 años al 14.9% en la población adulta, lo que podría explicarse por la relación entre la edad y la severidad de la dermatitis atópica.⁶ Por el contrario, la proporción de pacientes que han sido tratados con monoterapia de emolientes se reduce a medida que aumenta la edad, pasando del 31.3% en los niños de 0 a 2 años al 17.3% en población adulta.

Como limitación del estudio destaca que sólo pudo establecerse la severidad de la dermatitis atópica en el 47.4% de los pacientes. Lo anterior indica la necesidad de seguir sensibilizando a los dermatólogos en el uso de las escalas para evaluar la severidad de la enfermedad y la inclusión de este tipo de datos en las historias clínicas de los pacientes. Asimismo, este registro puede no ser representativo de toda la población colombiana, pues depende de los médicos dermatólogos que aceptaron formar parte de éste. También en el registro se excluyeron factores ambientales, como la existencia de mascotas (perros), el uso de alfombras en la habitación del niño y la cantidad de aseos a la semana en los hogares. Estos factores pueden incluirse en futuros levantamientos de información para explicar de manera más comprensiva la dermatitis atópica en el caso colombiano debido a que, de acuerdo con Cork y su grupo,³ éstos condicionan la exposición a los alérgenos y evitarlos puede modificar el papel en el tratamiento de la dermatitis atópica. En lo referente al tratamiento, la administración de corticosteroides sistémicos podría estar subestimada debido a que sólo se indagó por su prescripción en tratamientos previos, pero no en el tratamiento actual de la dermatitis atópica.

Entre las fortalezas del estudio destaca que se utilizó un tamaño de muestra considerable, balanceada por sexo y se incluyeron pacientes con dermatitis atópica de cinco ciudades capitales sin restricciones de edad. Además, se realizaron comparaciones de las características clínicas y patrones de tratamiento de población pediátrica y adulta, discriminando por grupos de edad, sexo y severidad de la dermatitis atópica, lo cual, hasta donde llega nuestro conocimiento, no se había realizado en estudios previos en Colombia.^{12,13,26} Asimismo, este estudio permite tener un panorama de la práctica clínica real en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica en Colombia y tiene un tamaño de muestra considerable de pacientes a los que se les pudo determinar la severidad de la enfermedad, lo que puede constituirse en una base para hacer estudios de costos de la enfermedad. Cabe anotar que es necesario seguir aumentando el tamaño de la muestra para tener una mejor aproximación a la epidemiología de la dermatitis atópica en el país.

CONCLUSIONES

Según datos del RENDAC, se observa mayor proporción de pacientes con dermatitis atópica afiliados al régimen contributivo y residentes en zonas urbanas. Sin embargo, respecto al régimen de afiliación, debe destacarse la dificultad que tienen los pacientes pertenecientes al régimen subsidiado para acceder a los servicios de salud, por lo que la prevalencia de dermatitis atópica podría no tener datos precisos. En la población pediátrica, la mayoría de los pacientes tienen dermatitis atópica leve, mientras que en la población adulta la mayoría tienen dermatitis atópica moderada. Aproximadamente dos de cada cinco pacientes con dermatitis atópica tienen al menos un antecedente familiar de atopía y uno de cada seis pacientes muestra un estado severo de la enfermedad. Los tratamientos prescritos con mayor frecuencia son los emolientes y los

corticosteroides tópicos. Asimismo, los patrones de tratamiento reflejan que a mayor severidad de la dermatitis atópica, mayor diversidad de medicamentos se han prescrito para controlar la enfermedad, entre ellos destaca mayor participación de los tratamientos sistémicos. Por último, consideramos necesario realizar más estudios de caracterización con poblaciones más grandes, tanto en Colombia como en Latinoamérica, que permitan conocer el comportamiento y las características sociodemográficas y clínicas de esta enfermedad.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los médicos dermatólogos que otorgaron el acceso a las historias clínicas de sus pacientes.

Conflicto de intereses

Este trabajo fue financiado por parte de laboratorios Pfizer de Colombia; los autores declaran que trabajaron de manera independiente en el diseño del estudio, recolección de la información e interpretación de los resultados.

REFERENCIAS

1. Querol I. Dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009; 11: 317-29.
2. Solé D, Mallol J, Wandalsen GF, Aguirre V. Prevalence of symptoms of eczema in Latin America: Results of the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) phase 3. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2010; 20 (4).
3. Cork MJ, Danby SG, Ogg GS. Atopic dermatitis epidemiology and unmet need in the United Kingdom. *J Dermatol Treat* 2020; 31: 801-809. doi: 10.1080/09546634.2019.1655137.
4. 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. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.010.
5. Dennis RJ, Caraballo L, García E, Rojas MX, Rondon MA, Pérez A, et al. Prevalence of asthma and other allergic conditions in Colombia 2009-2010: a cross-sectional study. *BMC Pulmonary Medicine*. 2012 May 2;12.

6. Sacotte R, Silverberg JI. Epidemiology of adult atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2018; 36 (5). <https://doi.org/10.1186/1471-2466-12-17>.
7. Laughter MR, Maymone MBC, Mashayekhi S, Arents BWM, Karimkhani C, Langan SM, et al. The global burden of atopic dermatitis: lessons from the Global Burden of Disease Study 1990-2017*. *Br J Dermatol* 2021; 184 (2). <https://doi.org/10.1111/bjd.19580>.
8. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* 2014; 134 (6). doi: 10.1038/jid.2013.446.
9. Dennis R, Caraballo L, García E, Caballero A, Aristizabal G, Córdoba H, et al. Asthma and other allergic conditions in Colombia: A study in 6 cities. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93 (6). doi: 10.1016/S1081-1206(10)61265-3.
10. Moreno JC, Garnacho G. Guía para pacientes con dermatitis atópica [Internet]. 2020 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://aedv.fundacionpielsana.es/wp-content/uploads/2020/06/Gui%C3%A1-dermatitis-at%C3%B3pica-VF.pdf>.
11. Cortés A, Mendoza L, Cañón-Betancourt AL, Vivas-Martínez JL, Díaz-Ortega M, Pinzón-Flórez EC. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. 2018.
12. Cuervo MM, Sanclemente G, Barrera LM. Clinical and sociodemographic features and quality of life in patients with atopic dermatitis who attended dermatology teaching clinics in Medellín, Antioquia and its metropolitan area. *Biomedica* 2021; 41 (4): 676-691. doi: 10.7705/biomedica.5978.
13. Hernández-Mantilla N, Laignelet-Hernández H. Clinical characteristics, costs, and unmet needs in patients with mild, moderate, and severe atopic dermatitis. *Dermatología Rev Mex* 2021; 65 (4): 494-507. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i4.6599>.
14. Siegels D, Haufe E, Heinrich L, Werfel T, Weidinger S, Schmitt J, et al. Status report on the atopic dermatitis registry TREATgermany. *Allergol Select* 2021;5: 274-286. doi: 10.5414/ALX02262E.
15. DNP-Departamento Nacional de Planeación. Sistema de Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de 1993). 2021 [cited 2022 May 9]; Available from: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>.
16. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2017; 177 (5): 1316-1321. doi: 10.1111/bjd.15641.
17. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (12): 2717-2744. doi: 10.1111/jdv.16892.
18. Minsalud. Resolución número 8430 de 1993 (Octubre 4). 1993 [cited 2022 May 9]; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
19. Silverberg JI, Barbarot S, Gadkari A, Simpson EL, Weidinger S, Mina-Osorio P, et al. Atopic dermatitis in the pediatric population: A cross-sectional, international epidemiologic study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2021; 126 (4): 417-428. e2. doi: 10.1016/j.anai.2020.12.020.
20. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy* 2018; 73 (6): 1284-1293. doi: 10.1111/all.13401.
21. Kanda N, Hoashi T, Saeki H. The roles of sex hormones in the course of atopic dermatitis. *Int J Mol Sci* 2019; 20 (19):4660. doi: 10.3390/ijms20194660.
22. Moreno-López S, Pérez-Herrera L, Peñaranda D, Hernández D, García E, Peñaranda A. Prevalence and associated factors of allergic diseases in school children and adolescents aged 6-7 and 13-14 years from two rural areas in Colombia. *Allergol Immunopathol* 2021; 49 (3): 153-61. doi: 10.15586/aei.v49i3.183.
23. Blanco-Quirós A, Díaz-Castella JM, Balañá-Vilanova M, Valveny-Llobet N. Factores de riesgo y prevalencia familiar de la dermatitis atópica en España (estudio ELIHO). *Anales de Pediatría* 2005; 63 (6).
24. Chiesa-Fuxench ZC. Atopic dermatitis: Disease background and risk factors. *Adv Exp Med Biol* 2017; 1027: 11-9. doi: 10.1007/978-3-319-64804-0_2.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Dermatitis Atópica [Internet]. 2014. Available from: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>.
26. Hernández-Mantilla N, Cárdenas-Rojas PJ, Picó J, Pareja-Zabala MJ. Dermatitis atópica: tratamiento y costos desde la perspectiva de expertos clínicos colombianos. *Dermatol Rev Mex* 2020; 64 (5): 528-534.
27. Hagenström K, Sauer K, Mohr N, Dettmann M, Glaeske G, Petersen J, et al. Prevalence and medications of atopic dermatitis in Germany: Claims data analysis. *Clini Epidemiol* 2021; 13: 593-602. doi: 10.2147/CLEP.S315888.
28. Rincón-Pérez C, Larenas-Linnemann D, Figueroa-Morales MA, Luna-Pech J, García-Hidalgo L, Macías-Weinmann A, et al. Mexican consensus on the diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adolescents and adults. *Rev Alerg Mex* 2018; 65: S8-88. doi: 10.29262/ram.v65i6.526.
29. Salvati L, Cosmi L, Annunziato F. From emollients to biologics: Targeting atopic dermatitis. *Int J Mol Sci* 2021; 22 (19). doi: 10.3390/ijms221910381.