

Dermatitis atópica: tratamiento y costos desde la perspectiva de expertos clínicos colombianos

Atopic dermatitis: treatment and costs from Colombian clinical expert's perspective.

Natalia Hernández-Mantilla,¹ Paola J Cárdenas-Rojas,¹ Javier Picó,² María J Pareja-Zabala³

Resumen

OBJETIVOS: Identificar estándares de atención en dermatitis atópica desde la perspectiva de expertos y construir un análisis de costos para el contexto colombiano.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un panel de expertos, seguido de una simulación de costos esperados para la población colombiana. Cinco expertos definieron el flujo de pacientes con dermatitis atópica, su afectación potencial en la calidad de vida, la efectividad de las terapias actuales según la severidad y frecuencia de consumo de recursos médicos de los pacientes de su consulta habitual; estas frecuencias se utilizaron para realizar un análisis de costos por nivel de severidad usando bases de datos públicas.

RESULTADOS: En Colombia el diagnóstico de dermatitis atópica se define por criterio clínico principalmente, los criterios estandarizados más utilizados son los de Hanifin y Rajka (60%). Se describieron cuatro líneas de manejo escalonado con medicamentos *off-label* posterior a la tercera línea y 22% de los pacientes con dermatitis atópica moderada y 26% severa continuaban sin control, lo que condicionó que 3% (en dermatitis atópica severa) reportaran ideación suicida. El tratamiento y vigilancia de efectos adversos fueron la principal fuente de costos.

CONCLUSIONES: La dermatitis atópica es una enfermedad que implica morbilidad y carga económica significativas. Con las opciones terapéuticas utilizadas y después de varias líneas de manejo un porcentaje importante de pacientes permanece fuera de control.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis atópica; calidad de vida; encuestas; cuestionarios.

Abstract

OBJECTIVES: To identify the standard of care in atopic dermatitis from the expert perspective and to determine its costs for the Colombian health care system.

MATERIAL AND METHOD: A panel of experts was performed, followed by a simulation of expected costs for the Colombian population. Five experts following the nominal group technique defined flow of patients with atopic dermatitis, their potential impact on quality of life, effectiveness of current therapies according to severity and frequency of consumption of medical resources, these frequencies were used to perform a cost analysis by level of severity using public databases.

RESULTS: In Colombia the diagnosis of atopic dermatitis is mainly defined by clinical criteria, the most used standardized criteria are Hanifin and Rajka (60%). Four lines of management with *off-label* medications after the 3rd line were described and the results showed that 22% with moderate atopic dermatitis and 26% severe continued without control, conditioning that 3% (in severe atopic dermatitis) reported suicidal ideation. The cost of treatment and monitoring of adverse effects were the main source of costs.

CONCLUSIONS: Atopic dermatitis is a disease involving significant morbidity and economic burden. With the therapeutic options used and after several lines of treatment a significant percentage of patients remained out of control.

KEYWORDS: Dermatitis, atopic; Quality of life; Surveys; Questionnaires.

¹ MD, Esp. Dermatología; AsoColDerma, Bogotá, Colombia.

² LifeScience Consultants.

³ MD. Msc Epidemiología; Sanofi-Aventis de Colombia, Bogotá, Colombia.

Recibido: febrero 2020

Aceptado: abril 2020

Correspondencia

María J Pareja Zabala
mariajosepareja1@gmail.com

Este artículo debe citarse como

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.

ANTECEDENTES

La dermatitis atópica o eccema atópico es una enfermedad inflamatoria crónica que involucra la interacción entre desencadenantes inmunitarios, genéticos y ambientales.¹⁻³ La prevalencia entre países puede variar significativamente, debido principalmente a sistemas de reporte y criterios de clasificación, la reportada en Colombia (3.7% [IC95%: 3.5 a 4%]) es similar a la reportada en Europa (2.8% [IC95%: 2.7 a 3%]), la más elevada se reporta en Islandia (7.2% [IC95%: 6.8 a 7.6%]) y la más baja en Lituania (1.6 [IC95%: 1.5 a 17%]).⁴

En general, afecta principalmente a niños (15 y 20%), la frecuencia de afectación disminuye hacia la adultez (1 a 3%);⁵ cuando la enfermedad persiste en la adultez, la dermatitis atópica puede ser una afección mucho más grave.⁶

Los pacientes pueden experimentar brotes agudos de lesiones vesiculares o exudativas, el prurito es intenso y afecta fuertemente la vida diaria, el sueño y la actividad de pacientes adultos. Las áreas afectadas (extensión) suelen incluir las manos y la cara y tienen mayor riesgo de infecciones que en casos severos podrían requerir manejo hospitalario.^{7,8}

Aproximadamente entre 50 y 65% de los adultos con dermatitis atópica se clasifican con severidad moderada y severa.⁹⁻¹¹

A pesar de que la dermatitis atópica es una enfermedad con alta morbilidad y con prevalencia en ascenso, la evidencia en Colombia es escasa, no se conoce la distribución de la severidad de la enfermedad, el manejo, la frecuencia de consumo de recursos y sus costos asociados. El objetivo principal de este estudio fue describir los estándares de atención en dermatitis atópica desde la perspectiva de expertos y con lo anterior construir un análisis de costos de la enfermedad en el contexto de Colombia.

MATERIAL Y MÉTODO

Panel de expertos con componente de análisis de costos, se realizó el estudio en dos fases; en la primera, se construyó una guía de discusión y se seleccionó un grupo de cinco expertos (incluidos dos de los investigadores), especialistas en dermatología; escogidos por estar familiarizados con el tratamiento de dermatitis atópica, participación en congresos, sociedades o publicaciones sobre la enfermedad bajo la técnica de grupo nominal (se describe como una interacción grupal cara a cara altamente estructurada),¹² mediante la coordinación de un facilitador (*Lifescience Consultants*), todos los expertos en una sesión presencial analizaron y calificaron el 100% de las preguntas de manera iterativa buscando reducir la variabilidad de las opiniones y el efecto de influencias de personajes con estilos dominantes sobre la opinión de otros hasta alcanzar un acuerdo.

El panel de expertos discutió los elementos necesarios para establecer:

1. Flujo del paciente (diagnóstico, severidad y tratamiento).
2. Frecuencia de uso de recursos.
3. Repercusión en la calidad de vida del paciente.

En una segunda fase, con la información de la frecuencia de uso de recursos obtenida de las respuestas del panel de expertos que utilizaron como fuente los datos de su consulta clínica habitual se construyó una matriz de costos, con:

- **Costos directos en dermatitis atópica:** que incluyeron los costos unitarios de: estudios de laboratorio (IgE, perfil hepático y renal), visitas programadas a Dermatología, visitas a otras especialidades (Alergología, Inmunología, Medicina Interna,

Nefrología, Neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología), hospitalización, medicamentos en cada línea de tratamiento, exacerbaciones e infecciones.

Los costos se extrajeron con fuente en el manual tarifario ISS 2001 + 30% y SOAT 2018, según lo que recomienda el manual para la elaboración de evaluaciones económicas del IETS,¹³ con ajuste de las unidades de valor relativo al año 2018 para los procedimientos y del Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) para el precio promedio de los medicamentos prescritos con corte a diciembre de 2018.

Todos los costos unitarios se multiplicaron por su frecuencia de consumo de acuerdo con el grado de severidad de la dermatitis atópica y ponderada por el número de pacientes reportados atendidos entre los respondientes.

- **Costos indirectos en dermatitis atópica:** se estimaron con medidas del salario promedio colombiano/día, ajustado a la pregunta ¿Qué porcentaje de sus pacientes con dermatitis atópica se han ausentado de su empleo debido a su enfermedad?, En promedio ¿durante cuántos días al año se han ausentado de acuerdo con el grado de severidad?

RESULTADOS

Los cinco expertos seleccionados participaron de forma presencial en el panel, todos participaron en la discusión de la totalidad de las preguntas, las diferencias se dirimieron y se llegaron a acuerdos, las respuestas se sintetizan a continuación:

¿Cómo diagnostican dermatitis atópica?

Los expertos indicaron que diagnostican la dermatitis atópica principalmente a través de síntomas clínicos, los criterios estandarizados

que más utilizan en su práctica son los de Hanifin y Rajka (60%) seguidos por los de UK working (40%).

¿Cómo determinan el grado de severidad en los pacientes diagnosticados?

La mayoría determina el grado de severidad a través del SCORAD (54%), el resto utiliza EASI o juicio clínico para determinar el grado de severidad.

Líneas de tratamiento

Los expertos refirieron que aconsejan a sus pacientes acerca de la aplicación de emolientes, el uso de vestimenta de algodón y, en menor grado, el uso de productos especiales para la limpieza de la piel; los emolientes y humectantes son siempre formulados como parte del manejo de la enfermedad.

- *Primera línea de tratamiento:* incluyen además los esteroides tópicos, inhibidores de la calcineurina tópicos y la fototerapia.
- *Segunda línea de tratamiento:* todos los anteriores y se adicionan esteroides sistémicos.
- *Tercera línea de tratamiento:* otros inmunosupresores, como azatioprina y ciclosporina, se adicionan al tratamiento de segunda línea en pacientes que persistan sin respuesta o en el manejo de exacerbaciones.

¿Cuál es la efectividad de las terapias actuales en dermatitis atópica?

Los expertos reportaron que las exacerbaciones suelen controlarse hacia los 17 días; todos reportaron prescribir algún tratamiento durante los periodos libres de exacerbación, tacrolimus tópico (inhibidor de calcineurina) es el trata-

miento farmacológico más prescrito durante estos periodos.

Limitaciones de las terapias actualmente disponibles

Debido a la falta de alivio de los síntomas, los expertos indican que los esteroides sistémicos son prescritos más pronto en pacientes con dermatitis atópica severa; los inmunosupresores tienen el inconveniente de requerir vigilancia intensa y corto tiempo de prescripción (hasta un año la ciclosporina) por riesgo de eventos adversos. Aproximadamente 3% de los pacientes con dermatitis atópica moderada y 11% con dermatitis atópica severa han recibido tratamientos *off-label* con respuestas inespecíficas y variables.

Frecuencia de uso de recursos

¿Cuál es la distribución por grado de severidad de los pacientes atendidos?

Sobre la base del panel, se estimó que 36% de los pacientes tenían dermatitis atópica leve, 35% moderada y 29% severa.

¿Cuál es la distribución de los tratamientos disponibles contra la dermatitis atópica en Colombia por grado de severidad?

Los entrevistados sugieren que aproximadamente 55% de los pacientes han prescrito tres o más líneas de tratamiento diferentes. Los entrevistados reportan que, de acuerdo con el grado de severidad, aproximadamente 60% de los pacientes con dermatitis atópica moderada y 67% de los pacientes con dermatitis atópica severa han recibido más de cinco tratamientos, principalmente debido a falla de los tratamientos previos.

A pesar de la administración de múltiples tratamientos, los entrevistados reportan que 22%

de los pacientes continúan sin control de la enfermedad en dermatitis atópica moderada y 26% en dermatitis atópica severa.

¿Cuál es el efecto de la dermatitis atópica en la calidad de vida de los pacientes colombianos?

Los entrevistados reportan que aproximadamente 3% de los pacientes con dermatitis atópica severa han reportado en su consulta pensamientos suicidas, todos consideran que la dermatitis atópica causa gran efecto en la calidad de vida de los pacientes, afectando principalmente el patrón de sueño, la vestimenta y las actividades cotidianas, generando vergüenza y baja autoestima.

¿Cuál es la carga financiera de la dermatitis atópica?

En el análisis de costos de la enfermedad, el costo del tratamiento representó la principal fuente de gastos entre los costos médicos directos (97% en dermatitis atópica leve, 83% en dermatitis atópica moderada y 77% en dermatitis atópica severa). Los costos relacionados con la vigilancia de los efectos adversos constituyeron la segunda fuente de gastos (12% en dermatitis atópica moderada y 8% en dermatitis atópica severa). Por último, los costos relacionados con la hospitalización aumentaron de manera importante debido a la complicación de la severidad en la dermatitis atópica, representando 1% de los costos directos en dermatitis atópica moderada a 10% en la severa.

Los costos promedio anuales esperados por paciente fueron de:

- 2,128,260 pesos colombianos/año en dermatitis atópica leve
- 3,571,744 pesos colombianos/año en dermatitis atópica moderada
- 5,277,475 pesos colombianos/año en dermatitis atópica severa

¿Cuál es la carga social de la dermatitis atópica?

Se estima que 2% de los pacientes con dermatitis atópica leve, 15% con dermatitis atópica moderada y 29% con dermatitis atópica severa se han ausentado de su trabajo o actividades diarias, con frecuencia promedio anual de 3, 5 y 12 días, respectivamente.

DISCUSIÓN

Se realizó un panel de expertos para delimitar las prácticas de tratamiento y diagnóstico de pacientes con dermatitis atópica en Colombia, así como un análisis de costos por severidad teniendo como fuente de frecuencia de uso la administración de recursos reportados por el panel de expertos.

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio los criterios de Hanifin y Rajka seguidos por los de UK working son los más utilizados en la práctica clínica habitual, resultados que concuerdan con lo reportado en la bibliografía, esto está soportado en un documento publicado en el año 2000 por la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, donde se presenta una revisión narrativa de los aspectos diagnósticos y terapéuticos de la dermatitis atópica; expone el uso de criterios diagnósticos basados en Hanifin y Rajka de 1980,¹⁴ además, se presentan criterios postulados por un panel de expertos (UK Working Party)¹⁵ en 1994, con la limitante de que ambos criterios (Hanifin y Rajka y UK Working Party) se desarrollaron en población pediátrica y de piel blanca (principalmente), por lo que su uso extendido, en especial en personas de origen étnico diferente (contexto colombiano), requiere validación y consenso local.^{16,17}

Para clasificar la severidad de la enfermedad los expertos refirieron que en 54% de los casos utilizan la escala SCORAD seguida por EASI, información que concuerda con las recomenda-

ciones generales; sin embargo, en algunos casos se reportó que la clasificación de severidad se realiza por juicio clínico, esto probablemente secundario a la escasez de tiempo durante la consulta habitual.

Asimismo, se ha evidenciado una necesidad insatisfecha clara con respecto al manejo de la enfermedad y los tratamientos prescritos hasta el momento entre los expertos, quienes refirieron que aproximadamente en 55% de los pacientes han prescrito tres o más líneas de tratamiento y en 67% de los casos severos más de cinco tratamientos debido a poca respuesta terapéutica y, a pesar de todo lo anterior, los entrevistados reportaron que 22% de los pacientes continúan sin control de la enfermedad en dermatitis atópica moderada y 26% en dermatitis atópica severa.

Los expertos refirieron inconvenientes con las opciones terapéuticas utilizadas al momento, entre ellos indicaron que los esteroides sistémicos se prescriben con mayor frecuencia a la recomendada en pacientes con dermatitis atópica severa debido a la falta de alivio de los síntomas con otras alternativas; también reportaron que los inmunosupresores tienen inconvenientes relacionados con el riesgo de eventos adversos si su administración se prolonga más de un año; todo lo anterior los ha llevado a recurrir a la prescripción de tratamientos *off-label* con respuestas inespecíficas y variables.

Las preguntas realizadas a los expertos relacionadas con la frecuencia de uso de recursos permitieron calcular los costos promedio anuales esperados por paciente y se observa que a medida que aumenta la severidad de la enfermedad se incrementan los costos del manejo, lo que se traduce en una carga económica importante para el sistema de salud.

Actualmente el desarrollo y uso de guías de práctica clínica es un aspecto importante desde

el punto de vista político y del cuidado de la salud. Los métodos de consenso se usan para desarrollar guías de práctica clínica, especialmente cuando la evidencia es insuficiente o contradictoria. Debido a sus características (ser un proceso sistemático y transparente), los consensos formales se prefieren sobre los no formales al desarrollo de recomendaciones para la práctica clínica.¹⁸

Para este estudio, se decidió implementar un consenso entre expertos como medio para abordar el problema de escasa evidencia local para definir las prácticas comunes de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica en Colombia apoyados en las guías de práctica clínica nacionales.¹⁹

El juicio de expertos es un método usado para evaluar la consistencia de supuestos no probados por una investigación cuantitativa, constituye una forma para abordar el problema de falta de información consistente, que se define como *una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos calificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones*.²⁰

Una de las limitantes de este estudio es que las medidas de diagnóstico, severidad, efecto en la calidad de vida y tratamiento de la dermatitis atópica corresponden con la perspectiva de cinco expertos colombianos y sus resultados podrían no ser extrapolables al total de la población colombiana.

Pese a lo anterior, resultados similares se han reportado de la relación de dermatitis atópica con calidad de vida en otras poblaciones;²¹⁻²³ se requieren estudios adicionales que involucren la perspectiva de pacientes y la evaluación bajo escalas estandarizadas y validadas de calidad de vida relacionada para determinar la consistencia de los hallazgos obtenidos en este estudio.^{24,25}

Como fortalezas se expone que se trata de una revisión de expertos colombianos reconocidos, bajo una metodología validada, además de que cuenta con una estimación gruesa de los potenciales costos directos e indirectos del tratamiento y la enfermedad.

En este estudio se describieron los estándares de atención en dermatitis atópica desde la perspectiva de expertos colombianos y se estimaron costos de la enfermedad y tratamiento, de lo que puede inferirse que se requieren estudios adicionales que incluyan la perspectiva de pacientes para determinar la calidad de vida relacionada con la afección y severidad.

Conflicto de intereses

María José Pareja es empleada de Sanofi-Aventis de Colombia S.A.

Financiamiento

Sanofi-Aventis de Colombia. Este proyecto involucró la asistencia en recolección de parte de terceros (LSC).

REFERENCIAS

1. Group W, Eichenfield LF, Tom WL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Dermatology* 2014; 70: 338-51. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.010
2. Eichenfield LF, Boguniewicz M, Simpson EL EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2014;70(2):325-33.
3. Eichenfield LF. Consensus guidelines in diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *Allergy* 2004; 59 (s78): 86-92. doi: 10.1111/j.1398-9995.2004.00569.x
4. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Prevalencia de dermatitis atópica, estandarizada por edad y género a 2016 [Internet]. Washington, DC; 2017. Available from: vizhub.healthdata.org/epi/
5. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab* 2015; 66 Suppl 1: 8-16. doi: 10.1159/000370220

6. Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RJ. Predictors of atopic dermatitis severity over time. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50 (3): 349-56. doi: 10.1016/j.jaad.2003.09.004
7. Leung DYM. New insights into atopic dermatitis: Role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergol Int* 2013; 62 (2): 151-61. doi: 10.2332/allergolint.13-RAI-0564
8. Silverberg J, Gelfand J, Margolis D, et al. Severity strata for POEM, PO-SCORAD and DLQI in US adults with atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018. doi: 10.1016/j.anai.2018.07.004
9. Arkwright PD, Motala C, Subramanian H, et al. Wollenberg A. Management of difficult-to-treat atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2013; 1 (2): 142-51. doi: 10.1016/j.jaip.2012.09.002
10. Schmitt J, Meurer M, Klon M, et al. Assessment of health state utilities of controlled and uncontrolled psoriasis and atopic eczema: A population-based study. *Br J Dermatol* 2008; 158 (2): 351-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.08354.x
11. Hanifin JM, Reed ML. A population-based survey of eczema prevalence in the United States. *Dermatitis* 2007; 18 (2): 82-91. DOI: 10.2310/6620.2007.06034
12. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, et al. Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984; 74 (9): 979-83. doi: 10.2105/ajph.74.9.979
13. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud. Bogotá D.C.: IETS; 2014
14. Purvis D. Guidelines for the diagnosis and assessment of eczema. *DermNet NZ* [Internet]. 2014;39(September 2014):561-3. Available from: <https://www.dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-diagnosis-and-assessment-of-eczema/>
15. Baxter R, Hastings N, Law A, et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. *Anim Genet* [Internet] 2008; 39 (5): 561-3. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2133.1994.tb08530.x>
16. Tada J. Diagnostic standard for atopic dermatitis. *JMAJ* 2002; 45 (4511): 460-5.
17. Welsh A. Atopic eczema in children: management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. *Natl Collab Cent Women's Child Health RCOG Press* 2007; 1-147.
18. Sánchez Pedraza R, Jaramillo González LE. Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. *Rev Colomb Psiquiat* 2009; 38 (4): 777-785.
19. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. Oct 2018. Available from: https://revistasocolderma.org/sites/default/files/guia_de_practica_clinica_dermatitis_atopica_oct_2018.pdf
20. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina* 2008; 6: 27-36.
21. Simpson EL, Bieber T, Eckert L, et al. Patient burden of moderate to severe atopic dermatitis (AD): Insights from a phase 2b clinical trial of dupilumab in adults. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74 (3): 491-8. doi: 10.1016/j.jaad.2015.10.043
22. Yano C, Saeki H, Ishiji T, et al. Impact of disease severity on work productivity and activity impairment in Japanese patients with atopic dermatitis. *J Dermatol* 2013; 40 (9): 736-9. doi: 10.1111/1346-8138.12220
23. Lifschitz C. The impact of atopic dermatitis on quality of life. *Ann Nutr Metab* 2015; 66 (Suppl 1): 34-40. <https://doi.org/10.1159/000370226>
24. Soïdo Falcão do Amaral C, de Fátima Bazhuni Pombo March M, Couto Sant C, et al. Instruments that measure the quality of life in atopic dermatitis among children and adolescents. *Clin Invest* 2013; 3 (10): 935-94.
25. Campos ALB, Araújo FM de, Santos MAL dos, et al. Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr* 2018; 35 (1): 5-10. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00006>