

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i4.6599>

## Características clínicas, costos y necesidades insatisfechas en pacientes con dermatitis atópica leve, moderada y severa en Colombia

### *Clinical characteristics, costs, and unmet needs in patients with mild, moderate, and severe atopic dermatitis.*

Natalia Hernández-Mantilla,<sup>1</sup> Hugo Laignelet-Hernández<sup>2</sup>

#### Resumen

**OBJETIVOS:** Describir las características fenotípicas, el efecto emocional y los costos directos e indirectos reportados por los pacientes con dermatitis atópica, todo de acuerdo con la severidad, al igual que evaluar el grado de satisfacción con su tratamiento actual.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal en el que se aplicó una encuesta a 138 pacientes mayores de 7 años con dermatitis atópica. Se registraron datos demográficos, comorbilidades, fenotipo, tratamientos recibidos y satisfacción, así como costos de bolsillo e indirectos.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 114 pacientes mayores de 18 años y 24 menores. El 68.8% era del sexo femenino. La manifestación más frecuente en todas las edades fue en los pliegues (71%), numular (10%) y el tipo prurigo (20%) en niños. Se encontraron comorbilidades personales atópicas y familiares en el 80%. Se confirmó un importante efecto en la calidad de vida, especialmente en la dermatitis atópica moderada y severa; el 60% de los pacientes tenía afectación del sueño; el 31.2 y el 18.1% referían ansiedad y depresión, respectivamente; igualmente, la mayor severidad se relacionó con mayor insatisfacción con su tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Este estudio muestra distribución fenotípica y efecto de la enfermedad en niños y adultos con diferentes grados de severidad de la dermatitis, junto a los altos costos que acarrea. La satisfacción global con el tratamiento fue sólo del 40%, campo que debemos seguir explorando.

**PALABRAS CLAVE:** Dermatitis atópica; calidad de vida; ansiedad; depresión.

#### Abstract

**OBJECTIVE:** To describe the phenotypic characteristics, the emotional effect, and the direct and indirect costs reported by patients with atopic dermatitis, all according to severity, as well as evaluating the degree of satisfaction with their current treatment.

**MATERIALS AND METHODS:** Survey type study applied to 138 patients older than 7 years with atopic dermatitis. Demographic data, comorbidities, phenotype, treatments received and their satisfaction, out-of-pocket and indirect costs were recorded.

**RESULTS:** Twenty-four minors and 114 adults were included, 68.8% were women. The most frequent localization was in folds, but 10% of patients had nummular presentation and prurigo type (20%) in children. Atopic comorbidities were found in 73% of patients and 80% of their families. The impact in quality of life was associated with moderate to severe disease; 60% of the patients had sleep disturbances, 31.2% and 18.1% referred anxiety and depression, respectively. Severity disease was associated with more dissatisfaction to the treatment.

<sup>1</sup> Dermatóloga, MSc farmacoconomía.  
<sup>2</sup> Gastroenterólogo pediatra, MSc farmacoconomía.

**Recibido:** febrero 2021

**Aceptado:** febrero 2021

#### Correspondencia

Natalia Hernández-Mantilla  
Nataliahernandez67@gmail.com

**Este artículo debe citarse como:**  
Hernández-Mantilla N, Laignelet-Hernández H. Características clínicas, costos y necesidades insatisfechas en pacientes con dermatitis atópica leve, moderada y severa en Colombia. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (4): 494-507.

**CONCLUSIONS:** *This study showed phenotypic distribution and highlighted the burden of atopic dermatitis in children and adults related with different severity of the disease. The global satisfaction with the treatment accounted for only 40%, this is an important gap in atopic dermatitis study.*

**KEYWORDS:** *Atopic dermatitis; Quality of life; Anxiety, Depression.*

## ANTECEDENTES

La dermatitis atópica es un enfermedad heterogénea, crónica, multifactorial y recidivante que implica interacción entre desencadenantes inmunitarios y ambientales sobre una base genética; con importante efecto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Sin embargo, precisamente debido a diferencias genéticas y ambientales entre las regiones del mundo, su prevalencia e incidencia varían de manera importante.<sup>1</sup> Para 2016 la prevalencia en Colombia fue de 3.7% y de 2.8% en Europa, llegando a ser hasta del 7.2% en Islandia y del 1.6% en Lituania, grandes contrastes, debidos, probablemente, a las diferencias existentes en el sistema de reporte y los criterios de clasificación de la enfermedad.<sup>2</sup> Hernández y colaboradores describieron la prevalencia de la dermatitis atópica en América, encontrando en población general una ocurrencia del 12.6% (IC95% 5.5-22%), 12.2% (IC95% 10.6-13.9%) en menores de 18 años, 21.9% (IC95% 17.6-26.7%) en menores de 5 años y 8.7% (IC95% 7.9-9.5%) en mayores de 18 años, sin encontrar diferencias por sexo; según la severidad de la enfermedad, la prevalencia de la dermatitis atópica leve fue del 52.9%, 18.5% de la moderada y 2.7% de la severa.<sup>3</sup> En 2011 se reportó en Colombia prevalencia del 11.4% en adultos y del 18-19% en menores de edad.<sup>4</sup>

El efecto en la calidad de vida es importante en niños y adultos, en la población infantil, se describe mayor frecuencia de comorbilidades atópicas, infecciones recurrentes, problemas dentales y afectación del sueño,<sup>5,6</sup> así como comorbilidades mentales, como depresión, ansiedad, déficit de atención, hiperactividad, trastornos conductuales, oposición desafiante, autismo y retardo en el desarrollo.<sup>7,8</sup> En población adulta se describe alta frecuencia de comorbilidades y mayores tasas de depresión en comparación con controles sanos con prevalencia de tendencia e ideación suicida de, incluso, el 12.2%.<sup>9</sup>

La carga económica de la dermatitis atópica es importante, comparable con enfermedades como asma, epilepsia y psoriasis; los costos estimados en Estados Unidos varían de 364 millones a 3.8 mil millones de dólares por año, incluyendo costos directos: profesionales, hospitalización, copagos, transportes, dietarios, laboratorio y medicamentos; costos indirectos: ausentismo, rendimiento escolar, laboral, orientación vocacional, dolor y sufrimiento.<sup>10</sup>

En Colombia, se evaluaron costos directos de la dermatitis atópica desde la perspectiva de los expertos clínicos, estudiando costos asociados con medicamentos que entrega el plan obligatorio de salud (POS); los estimados anuales por paciente varían de 573.04 dólares estadouni-

denses en dermatitis atópica leve, 961.7 dólares estadounidenses en moderada y 1420.95 dólares estadounidenses en la severa.<sup>11</sup>

Un estudio de vida real evaluó patrones de tratamiento, calidad de vida y necesidades insatisfechas en pacientes adultos con dermatitis atópica, mostró que hasta el 56.2% de los pacientes que conviven con dermatitis atópica y el 73.5% en estadios severos tienen alto efecto relacionado con síntomas, exacerbaciones, deterioro de la calidad de vida, reducción de la productividad laboral y deterioro de la actividad diaria.<sup>12</sup>

Desde la perspectiva del paciente con dermatitis atópica, no existe información local de los costos incurridos ni de las necesidades insatisfechas en relación con la atención y con su tratamiento, contar con información disponible sobre el impacto de la dermatitis atópica en Colombia permitirá establecer prioridades de atención y generar acciones de mejora en el manejo de la enfermedad, por lo que el objetivo de este estudio es describir las características fenotípicas, el efecto emocional y los costos directos e indirectos reportados por los pacientes con dermatitis atópica, todo de acuerdo con la severidad, al igual que evaluar el grado de satisfacción con su tratamiento actual.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, realizado en pacientes colombianos mayores de 7 años, con diagnóstico de dermatitis atópica, definida según criterios clínicos.<sup>13</sup>

El reclutamiento se realizó entre mayo y agosto de 2020, en diferentes instituciones dermatológicas de Bogotá y Medellín, Colombia. Para la recolección de los datos se realizó una revisión de bibliografía a partir de la cual se diseñó la encuesta, que fue aplicada directamente por

dermatólogos. La encuesta recogió información directamente reportada por los pacientes, relacionada con información demográfica, características de la enfermedad, comorbilidades, antecedentes familiares, tratamientos prescritos y costos asociados, directos, invertidos en el tratamiento, como emolientes, medicamentos, atención médica, hospitalización, fototerapia; gastos de desplazamiento, e indirectos por pérdida de productividad relacionada con días de incapacidad laboral y ausentismo escolar.

Los costos se midieron en pesos colombianos y se reportan en dólares estadounidenses según la tasa representativa del mercado (TRM) publicada por el Banco de la República de Colombia para mayo de 2020, con valor promedio de 3714 pesos colombianos por dólar.<sup>14</sup> La severidad de la enfermedad se evaluó con la escala de SCORAD, el efecto de la enfermedad en el paciente con el POEM y el efecto en la calidad de vida con el DLQI y el C-DLQI. La intensidad del prurito y la alteración del sueño se evaluaron mediante escala visual análoga (por sus siglas en inglés, VAS). La satisfacción con el tratamiento actual se evaluó mediante escala tipo Likert de 5 puntos, desde muy satisfecho hasta muy insatisfecho.

El estudio fue avalado por el Comité de Ética de Investigación del Centro de Riesgos de Fractura en Bogotá. Todos los pacientes incluidos firmaron un consentimiento informado; en el caso de los menores de edad se firmó asentimiento por el menor y consentimiento informado por al menos uno de los padres.

## Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva para resumir la información, reportando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas; las variables cuantitativas se resumieron con medianas y rangos intercuartílicos posterior a la evaluación de normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa Stata V. 15.

## RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 138 pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, 24 pacientes eran menores de 18 años (17.4%) y 114 mayores (82.6%), con edad mediana global de 28 años (RIC: 21-38) y sexo predominantemente femenino (68.8%). Cerca del 90% de los pacientes procedían de la capital del país y sólo el 5.1% reportaron residencia rural; el 93.5% pertenecía al régimen contributivo (vinculación al sistema de seguridad social en salud a través del pago de una cotización individual y familiar o un aporte económico financiado por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador). Todos los pacientes menores de 18 años eran estudiantes y la mitad de los adultos eran empleados de oficina. El fototipo dominante fue el 3, presente en el 60.8% de los pacientes.

Se encontró una edad mediana de inicio de los síntomas de 6 años (RIC: 2-18) y edad mediana de diagnóstico de 8 años (RIC: 3-20). Las comorbilidades atópicas fueron muy frecuentes en los pacientes pediátricos y en los adultos, encontrando que más del 80% de los pacientes tenían al menos una; la rinitis fue la más frecuente en ambos grupos, afectando al 73.2% de los pacientes; los antecedentes familiares de enfermedades atópicas se reportaron en el 79.7% de los pacientes.

Respecto a las áreas afectadas por la dermatitis atópica, se observó que la afectación en los pliegues fue la más común (71%), especialmente en los pacientes pediátricos (95.8%), seguidos en ellos de los párpados (50%); en los adultos la afectación en las manos y los párpados se observó en alrededor del 40%; además, se observó un porcentaje de lesiones tipo prurigo y numular en el 10% de todos los pacientes, la ocurrencia

de lesión tipo prurigo fue mucho mayor en los niños (20.8%). **Figura 1**

Las comorbilidades no atópicas estuvieron presentes en el 30.4% de los pacientes adultos y en el 0.7% de los pediátricos; en los adultos las comorbilidades endocrinológicas fueron las más frecuentes (8%), especialmente el hipotiroidismo. En cuanto a los trastornos emocionales se encontró predominio de ansiedad y depresión, reportadas por 31.2 y 18.1% de los pacientes, respectivamente, encontrando mayor ansiedad en los adultos (33.3%) y mayor depresión en los pediátricos (33.3%). El déficit de atención se observó sólo en adultos (8.8%) y la hiperactividad fue mayor en los pacientes pediátricos (12.5%).

Según la escala VAS, el puntaje mediano de intensidad del prurito fue de 7.5 (RIC: 5-10); el trastorno del sueño se manifestó en el 61.6%, con una escala VAS de alteración del sueño de 4 (RIC: 2-7). **Cuadro 1**

En lo referente a la clinimetría, se encontró un puntaje mediano del SCORAD de 30.5 (RIC: 21-44) y un SCORAD categorizado principalmente moderado (45.7%); el puntaje mediano del POEM fue de 16 (RIC: 11-20), categorizado predominantemente entre moderado y severo (79%). El DLQI arrojó un puntaje mediano en adultos de 8 (RIC: 6-13) y en niños de 8.5 (RIC: 5,5-19). **Cuadro 2**

En cuanto a la relación con trastornos emocionales, el 50 y 60% de pacientes con déficit de atención tuvieron SCORAD severo y POEM severo-muy severo, respectivamente. El 32 y 64% de los pacientes deprimidos tenían SCORAD severo y POEM severo-muy severo, respectivamente.

Los tratamientos actuales más comunes fueron los emolientes (81.2%), los corticosteroides tópicos (49.3%) y el tacrolimus (14.5%). El 20.3% de los pacientes recibían tratamiento

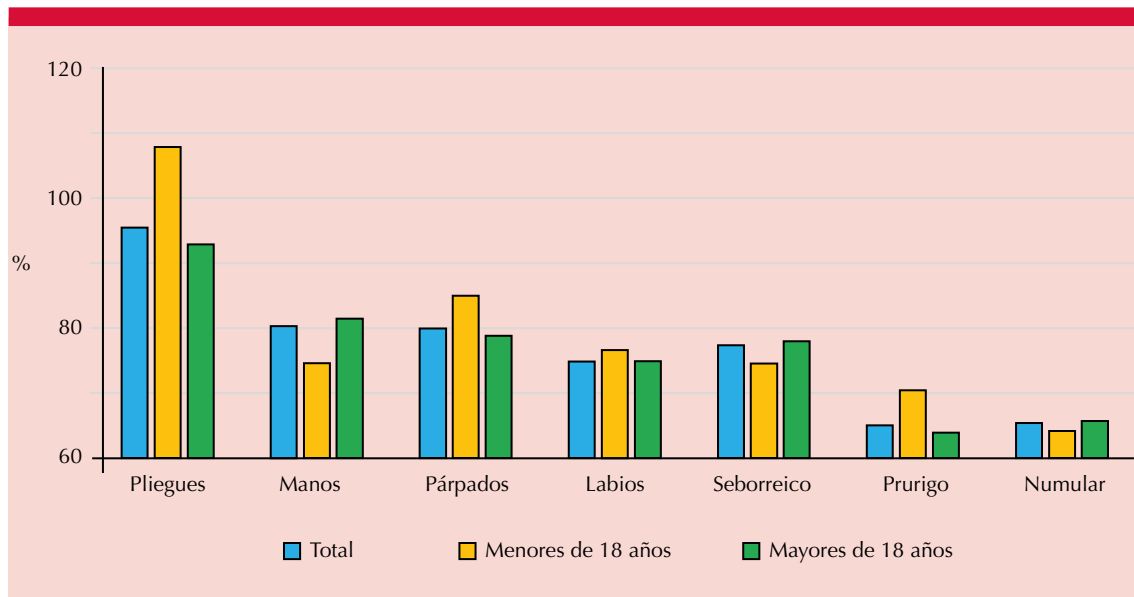


Figura 1. Distribución por fenotipos.

Cuadro 1. Comorbilidades atópicas, prurito y sueño

|  | Pediátricos<br>n = 24 | Adultos<br>n = 114 | Total<br>n = 138 |
|--|-----------------------|--------------------|------------------|
| Edad inicio de síntomas, media (RIC)       | 3 (1-4)               | 8 (3-20)           | 6 (2-18)         |
| Edad de diagnóstico, media (RIC)           | 4 (1.5-6)             | 10.5 (5-20)        | 8 (3-20)         |
| <b>Enfermedades relacionadas</b>           |                       |                    |                  |
| Rinitis, núm. (%)                          | 16 (66.7)             | 85 (74.6)          | 101 (73.2)       |
| Asma, núm. (%)                             | 4 (16.7)              | 26 (22.8)          | 30 (21.7)        |
| Alergia alimentaria, núm. (%)              | 7 (29.2)              | 23 (20.2)          | 30 (21.7)        |
| Alergia a medicamentos, núm. (%)           | 2 (8.3)               | 14 (12.3)          | 16 (11.6)        |
| Alergia a animales, núm. (%)               | 5 (20.8)              | 35 (30.7)          | 40 (29.0)        |
| Otras, núm. (%)                            | 5 (20.8)              | 16 (14.0)          | 21 (15.2)        |
| Antecedente familiar de alergias, núm. (%) | 18 (75.0)             | 92 (80.7)          | 110 (79.7)       |
| Intensidad del prurito (VAS), media (RIC)  | 7 (6-10)              | 8 (5-10)           | 7.5 (5-10)       |
| Alteración del sueño (VAS), media (RIC)    | 5 (4-7)               | 4 (2-7)            | 4 (2-7)          |

RIC: rango intercuartílico.

con 3 o 4 medicamentos concomitantes. Como tratamientos anteriores se encontró que el 37.7% había recibido corticoides sistémicos, el 56.5% antihistamínicos y el 22.5% tratamientos alterna-

tivos (**Cuadro 3**). Al evaluar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento actual en su escala ordinal, se encontró una mediana de satisfacción de 2 (RIC: 1-3) en pacientes pediátricos, menor

**Cuadro 2.** Clinimetría de la dermatitis atópica

| Núm. (%)                   | Pediátricos<br>n = 24 | Adultos<br>n = 114 | Total<br>n = 138 |
|----------------------------|-----------------------|--------------------|------------------|
| SCORAD, media (RIC)        | 34 (18-47)            | 30 (22-43)         | 30.5 (21-44)     |
| <b>SCORAD categorizado</b> |                       |                    |                  |
| Leve (%)                   | 10 (41.7)             | 41 (36.0)          | 51 (37.0)        |
| Moderado (%)               | 10 (41.7)             | 53 (46.5)          | 63 (45.7)        |
| Severo (%)                 | 4 (16.7)              | 20 (17.5)          | 24 (17.4)        |
| POEM, media (RIC)          | 13 (6-21)             | 16 (12-19)         | 16 (11-20)       |
| <b>POEM categorizado</b>   |                       |                    |                  |
| Leve (%)                   | 7 (29.2)              | 13 (11.4)          | 20 (14.5)        |
| Moderado (%)               | 9 (37.5)              | 49 (43.0)          | 58 (42.0)        |
| Severo (%)                 | 5 (20.8)              | 46 (40.4)          | 51 (37.0)        |
| Muy severo (%)             | 3 (12.5)              | 6 (5.3)            | 9 (6.5)          |
| DLQI, media (RIC)          | 8.5 (5.5-19)          | 8 (6-13)           | -                |
| <b>DLQI categorizado</b>   |                       |                    |                  |
| Bajo (%)                   | 6 (25.0)              | 25 (21.9)          | -                |
| Moderado (%)               | 7 (29.2)              | 46 (40.4)          | -                |
| Efecto muy alto (%)        | 6 (25.0)              | 35 (30.7)          | -                |
| Extremadamente alto (%)    | 5 (20.8)              | 8 (7.0)            | -                |

RIC: rango intercuartílico.

que en adultos, cuya mediana de satisfacción fue 3 (RIC: 1-3). Esta satisfacción categorizada mostró que el 39.1% de los pacientes estaban insatisfechos y el 42% satisfechos; sin embargo, esta satisfacción fue mayor en los pediátricos (70.8%) que en los adultos (36%). **Cuadro 4**

Al analizar la satisfacción con el tratamiento en relación con el SCORAD, se encontró que los pacientes en categoría leve estaban satisfechos en un 64.7%, en categoría moderado en un 30.2% y en categoría severa en un 25%. Incluida toda la población, sólo el 42% se encontraba satisfecho con el tratamiento (**Figura 2**). En relación con el POEM, en la categoría leve la satisfacción fue del 75%, en la de moderado del 51.7%, 17.6% en la de severo y 33.3% en muy severo. **Figura 3**

La satisfacción con el tratamiento según la calidad de vida fue del 76% en adultos con DLQI

bajo, del 23.9% con DLQI moderado, del 25.6% con DLQI alto y del 62.5% con DLQI muy alto (**Figura 4**). En niños, la satisfacción fue del 50% con DLQI bajo (medida con CDLQI), del 100% con DLQI moderado y del 63.6% con DLQI alto.

El 90 al 100% de los pacientes con escala de prurito 1 a 2 referían estar satisfechos con el tratamiento, en contraste con 50-50.8% con escala 9 a 10. El 56.9% de los pacientes que referían trastorno del sueño en el subgrupo de adultos estaban insatisfechos con el tratamiento. Referían insatisfacción con el tratamiento el 40% de los pacientes con déficit de atención, 41% con ansiedad y 33% con depresión.

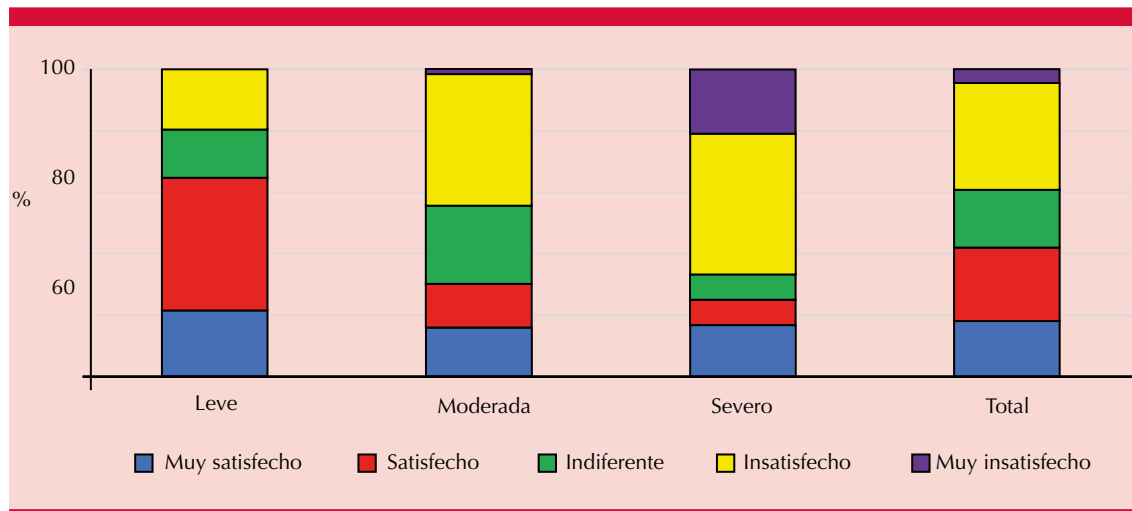
Asimismo, según los medicamentos más comúnmente prescritos actualmente a los pacientes, se encontró que la satisfacción en quienes se aplicaban emolientes fue del 44.6%, en los que

**Cuadro 3.** Tratamiento actual y anterior

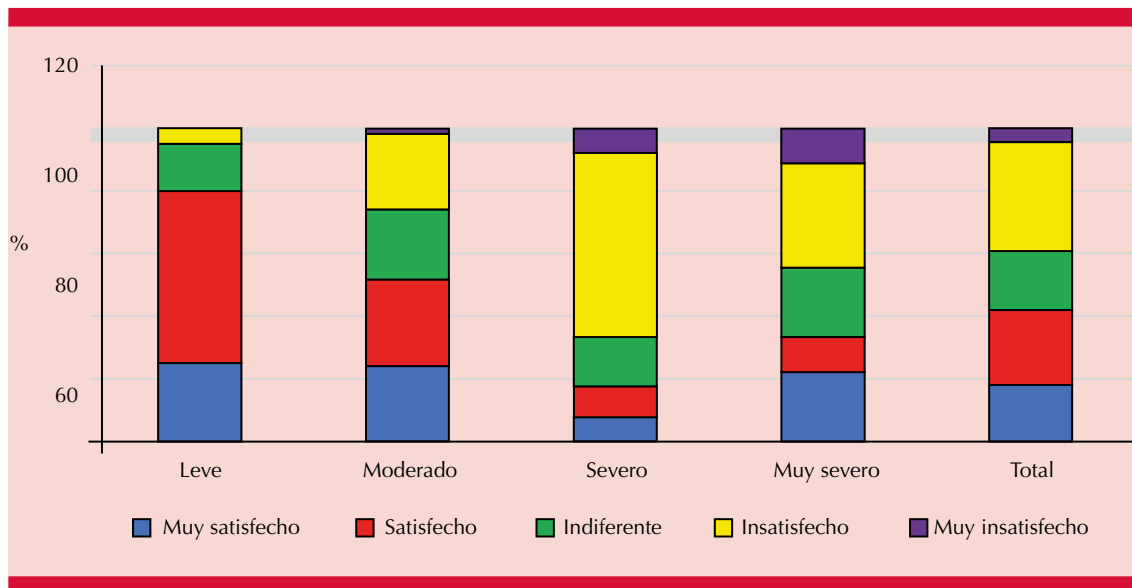
| Núm. (%)                    | Pediátricos<br>n = 24 | Adultos<br>n = 114 | Total<br>n = 138 |
|-----------------------------|-----------------------|--------------------|------------------|
| <b>Tratamiento actual</b>   |                       |                    |                  |
| Emolientes y humectantes    | 21 (87.5)             | 91 (79.8)          | 112 (81.2)       |
| Corticosteroides tópicos    | 15 (62.5)             | 53 (46.5)          | 68 (49.3)        |
| Tacrolimus tópico           | 2 (8.3)               | 18 (15.8)          | 20 (14.5)        |
| Montelukast                 | 1 (4.2)               | 4 (3.5)            | 5 (3.6)          |
| Antihistamínicos            | 2 (8.3)               | 11 (9.7)           | 13 (9.4)         |
| Corticosteroides sistémicos | 1 (4.2)               | 10 (8.8)           | 11 (8.0)         |
| Inmunosupresores            | 1 (4.2)               | 7 (6.1)            | 8 (5.8)          |
| Fototerapia                 | 0                     | 4 (3.5)            | 4 (2.9)          |
| Medicina alternativa        | 0                     | 1 (0.9)            | 1 (0.7)          |
| Biológico                   | 0                     | 4 (3.5)            | 4 (2.9)          |
| Otro tratamiento            | 1 (4.2)               | 10 (8.8)           | 11 (8.0)         |
| Sólo un tratamiento         | 3 (12.5)              | 11 (9.7)           | 14 (10.1)        |
| Dos tratamientos            | 17 (70.8)             | 79 (69.3)          | 96 (69.6)        |
| Tres tratamientos           | 3 (12.5)              | 21 (18.4)          | 24 (17.4)        |
| Cuatro tratamientos         | 1 (4.2)               | 3 (2.6)            | 4 (2.9)          |
| <b>Terapias anteriores</b>  |                       |                    |                  |
| Emolientes y humectantes    | 23 (95.8)             | 113 (99.1)         | 136 (98.6)       |
| Corticosteroides tópicos    | 23 (95.8)             | 113 (99.1)         | 136 (98.6)       |
| Tacrolimus tópico           | 5 (20.8)              | 64 (56.1)          | 69 (50.0)        |
| Montelukast                 | 5 (20.8)              | 13 (11.4)          | 18 (13.0)        |
| Antihistamínicos            | 16 (66.7)             | 62 (54.4)          | 78 (56.5)        |
| Corticosteroides sistémicos | 6 (25.0)              | 46 (40.4)          | 52 (37.7)        |
| Inmunosupresores            | 1 (4.2)               | 17 (14.9)          | 18 (13.0)        |
| Fototerapia                 | 1 (4.2)               | 23 (20.2)          | 24 (17.4)        |
| Medicina alternativa        | 4 (16.7)              | 27 (23.7)          | 31 (22.5)        |
| Biológico                   | 0                     | 1 (0.9)            | 1 (0.7)          |
| Otro tratamiento            | 2 (8.3)               | 23 (20.2)          | 25 (18.1)        |

**Cuadro 4.** Satisfacción con el tratamiento

| Núm. (%)                                  | Pediátricos<br>n = 24 | Adultos<br>n = 114 | Total<br>n = 138 |
|---|-----------------------|--------------------|------------------|
| <b>Satisfacción con la terapia actual</b> |                       |                    |                  |
| Muy satisfecho                            | 9 (37.5)              | 16 (14.0)          | 25 (18.1)        |
| Satisfecho                                | 8 (33.3)              | 25 (21.9)          | 33 (23.9)        |
| Indiferente                               | 4 (16.7)              | 22 (19.3)          | 26 (18.8)        |
| Insatisfecho                              | 2 (8.3)               | 46 (40.4)          | 48 (34.8)        |



**Figura 2.** Satisfacción según SCORAD.



**Figura 3.** Satisfacción según POEM.

recibían corticosteroides tópicos del 39.7% y en los que recibían tacrolimus del 25%; en terapias menos prescritas, como la fototerapia, la satisfacción fue principalmente indiferente (50%) con 25% de pacientes satisfechos, y con los inmunosupresores la satisfacción fue del 62.5%.

Al indagar por el ingreso mensual de los pacientes, se encontró que el 8.7% de los pacientes recibe menos de un salario mínimo colombiano (237.24 dólares estadounidenses [USD] en 2020) y 38.4% recibía entre uno y cuatro salarios. En relación con este ingreso, se encontró que la inversión



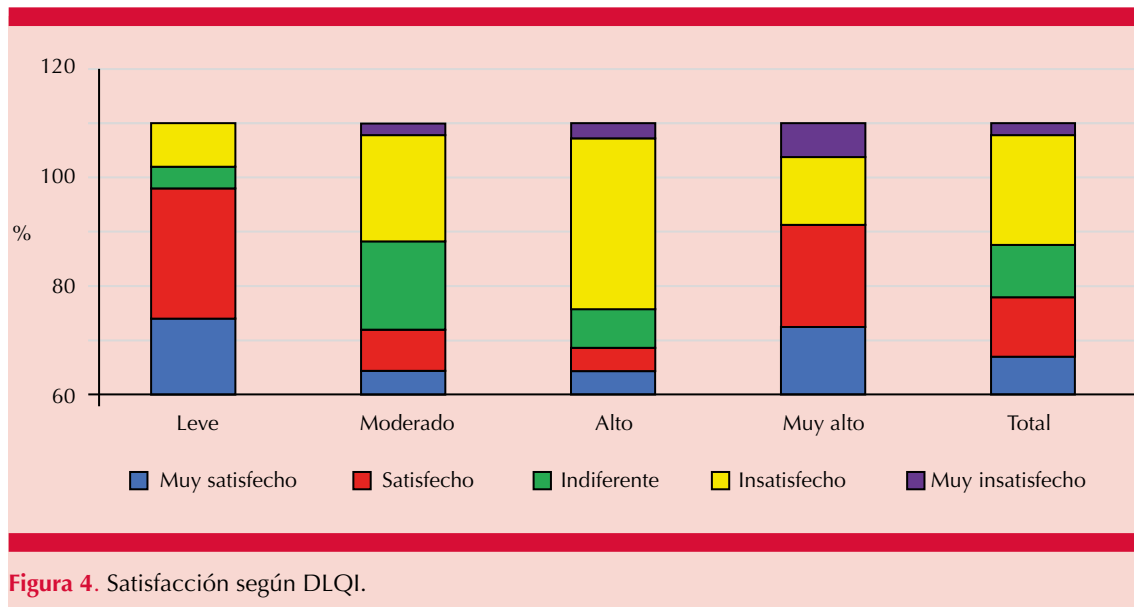


Figura 4. Satisfacción según DLQI.

mensual en tratamiento fue de US\$27 a US\$135 dólares en el 58.7% de los pacientes. El 40.2% de los pacientes con ingreso de entre uno y dos salarios mínimos invertía entre 27 y 57 USD y el 25.5% entre 57 y 135 USD/mes; entre pacientes que percibían ingresos de 3 a 4 salarios mínimos/mes, el 23.3% invertía 27 a 52 USD/mes y 36.7% entre 52 y 135 USD/mes; en pacientes con ingresos mayores a 5 salarios mínimos la inversión del 21% estuvo entre 27-57 USD/mes y 33.4% entre 57 y 135 USD/mes, con gasto mediano de 50% (RIC: 40-50) de esta inversión en emolientes y 40% (RIC: 30-50) en medicamentos. **Cuadro 5**

La incapacidad generada por dermatitis atópica ocurrió en el 14.5% de los pacientes, con duración mediana de 7 días (RIC: 4-15); el ausentismo escolar fue del 10.2% en toda la población, llegando al 16.7% en los pacientes pediátricos, con mediana de duración de 6 días (RIC: 4-14). El 14.5% de los pacientes tuvo por lo menos dos días de incapacidad; los días de incapacidad totales fueron 375 con costo indirecto generado por pérdida de la productividad de 81.8 USD por paciente en la población del presente estudio; el 2.1% estuvo hospitalizado.

Cuadro 5. Inversión según ingresos

| Inversión mensual (dólares estadounidenses) | Menos de 1 (%) | Entre 1 y 2 (%) | Entre 3 y 4 (%) | Entre 5 y 6 (%) | Más de 6 (%) | Total (%) |
|---|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------|
| 0-27  | 16.67          | 43.48           | 30              | 40.63           | 24.39        | 31.88     |
| 27-52                                       | 50             | 30.43           | 23.33           | 25              | 11.07        | 25.16     |
| 52-135                                      | 25             | 26.09           | 36.67           | 15.63           | 51.22        | 33.33     |
| 135-270                                     | 8.33           | 0               | 10              | 18.75           | 7.32         | 9.42      |

Ingresos: un salario mínimo = 237 USD.

## DISCUSIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad de origen multifactorial que repercute de manera importante en la calidad de vida de los pacientes, resaltando la necesidad de evaluar las características fenotípicas de la población estudiada, la satisfacción de éstos con el tratamiento indicado y los factores asociados con ésta, así como los costos en los que incurren según su capacidad económica, de modo que la perspectiva y necesidades del paciente puedan considerarse en la formulación de recomendaciones sobre el manejo de la enfermedad.

Se encontró en la población de estudio predominio de sexo femenino acorde con lo publicado, según lo cual, este predominio en mujeres puede estar asociado con la producción de hormonas femeninas luego de la pubertad.<sup>15</sup>

El fenotipo predominante en la población de estudio fue en los pliegues (71%), especialmente en los niños (95%), seguido en esa población de los párpados en el 50% y tipo prurigo en el 20%; en adultos en el 65% estaban afectados los pliegues, en el 43% las manos, el 34% tenía aspecto seborreico y el 11.4% numular (**Cuadro 1**). Es importante resaltar la distribución numular y tipo prurigo que es más frecuente en nuestra población que en la anglosajona; en comparación con la bibliografía: el daño flexural en todas las regiones del mundo, afectación extensora en la India y de cabeza, cara y cuello en África, Irán y América.<sup>1</sup>

Asimismo, se encontró importante concordancia en cuanto a la ocurrencia de comorbilidades atópicas personales y familiares con lo reportado en la bibliografía mundial. En particular, un estudio de dermatitis atópica en población asegurada de Estados Unidos mostró que los pacientes con esta condición tienen una carga de comorbilidad general significativamente mayor a la de población

sana, así como alta asociación de ocurrencia de la comorbilidad con mayor severidad de la enfermedad.<sup>16</sup> Entre la comorbilidad no atópica encontrada, llama la atención que un 8% de los adultos tenían hipotiroidismo, lo que puede relacionarse con el predominio de población femenina en el estudio, que es más proclive a esta enfermedad.

En Colombia, el estudio TECCEMA evaluó a pacientes entre 3 y 49 años, con promedio de 8 años, el 52% eran mujeres, describieron el inicio de dermatitis atópica antes de los 2 años en el 47% de los niños, 37% entre 3 y 5 años y 16% luego de los 5 años. El SCORAD fue leve en el 23%, moderado en el 49% y severo en el 27%. En cuanto a las comorbilidades, el 88% tenía conjuntivitis, 48% asma y 85% rinitis; el 48% tenía trastorno psicológico, el 35% déficit de atención o hiperactividad, el 39% tenía trastornos del estado de ánimo, como depresión, el 17% problemas odontológicos y el 36% gastritis.<sup>17</sup>

En cuanto a la gravedad de la enfermedad, tuvimos pacientes con dermatitis atópica leve, moderada y severa, teniendo un predominio de enfermedad moderada. El puntaje del prurito era de 7.5/10, siendo el prurito el síntoma que más impacta la calidad de vida vemos que el promedio de afectación de nuestros pacientes es alto. El 61.6% de los pacientes referían trastorno del sueño en una escala promedio de 4/10, además reportaron ansiedad y depresión en 31.2 y 18.1% de los pacientes; concordante con la bibliografía, esta enfermedad tiene un gran impacto en la salud mental de los pacientes que la sufren.<sup>7,8</sup>

Mediante una encuesta realizada en población europea con la participación de 1860 pacientes que comparó dermatitis atópica controlada, no controlada y controles, se reportó ansiedad en el 31.9 vs 51.7 vs 14.4%, depresión en 25.8 y

36 vs 12.9% y trastornos del sueño en el 22.7 y 39.7 vs 12.6%, respectivamente. La afectación laboral fue del 57.1 vs 23.7% y de las actividades diarias en el 51.7 vs 26.5% en dermatitis atópica no controlada vs controlada.<sup>18</sup>

Otro estudio evaluó alteraciones mentales en pacientes adultos con dermatitis atópica encontrando que los pacientes con dermatitis atópica tenían un HDAS anormal > 11 para ansiedad en el 28.6 vs 15.5% en controles y para depresión 13.5 vs 9%; las alteraciones se asociaban con severidad medida con PO-SCORAD, POEM, afectación del sueño e intensidad del prurito. Además, el 40% de los pacientes con dermatitis atópica reportaba haber sentido ansiedad o depresión el año anterior vs 17.5% de los controles.<sup>19</sup>

Acorde con la severidad de la enfermedad, el 20% de los pacientes estaban recibiendo 3 o 4 tratamientos en el momento del estudio, la mayoría de ellos recibía terapia tópica, un pequeño grupo fototerapia; a pesar de considerarse terapia de segunda línea en las guías colombianas de dermatología, algunos pacientes prefieren otras alternativas por problemas logísticos de acceso; un porcentaje de pacientes recibía tratamiento sistémico convencional y un pequeño porcentaje dupilumab debido a que está indicado según guías luego de tratamiento sistémico y sólo llevaba un año aprobado en Colombia para tratamiento de la dermatitis atópica.<sup>19</sup>

También es importante resaltar que el 37.7% había recibido previamente corticosteroides sistémicos, el 56.5% recibía antihistamínicos y el 22.5% tratamientos alternativos; los pacientes acuden a corticosteroides sistémicos de manera frecuente como medio para disminuir de manera rápida los síntomas o acortar las exacerbaciones, pero con el riesgo de sus eventos adversos acumulativos, los padres de los niños en este estudio administraban los antihistamínicos para

disminuir el prurito de sus hijos; la administración de tratamientos alternativos que carecen de evidencia suficiente es frecuente en nuestra idiosincrasia y pueden asociarse con eventos adversos. El grupo elaborador de las guías colombianas de dermatitis atópica se abstuvo de dar recomendaciones con respecto a su administración debido a que la evidencia disponible genera incertidumbre acerca de la efectividad de estas intervenciones.<sup>13</sup>

En cuanto a la inversión mensual, considerando el salario mínimo mensual vigente (237.24 USD) y que el 38% de los pacientes recibía entre uno y cuatro salarios mínimos, el costo de la enfermedad desde la perspectiva del paciente es bastante alto, el 33% invertía entre 200 y 500 mil pesos (54-135 USD), la inversión mayor fue en emolientes y medicamentos, es importante resaltar que los pacientes en Colombia tienen un plan obligatorio de salud que cubre casi el 100% de la población y con ello tienen derecho a medicamentos; sin embargo, debido a que entre los tratamientos tópicos no se cubren emolientes ni productos de higiene y se incluyen sólo algunas pocas cremas con corticoides, motivo por el que los pacientes cubren esto de su bolsillo. Ezzedyné estudió en la población francesa lo que el paciente paga sin ningún reembolso, interrogó a 1024 pacientes con dermatitis atópica moderada o severa; el 67% de los pacientes eran ocupacionalmente activos. La inversión mensual variaba entre 462.15 euros en dermatitis atópica severa y 247.40 en moderada por año. El 93% de los pacientes con dermatitis atópica severa y el 85% con moderada invertían en productos emolientes, del 71 al 85% en productos de higiene y del 19 al 27% en prendas de vestir de materiales hipoalergénicos.<sup>20</sup>

En Colombia no se han publicado estudios que evalúen la dermatitis atópica desde el punto de vista del paciente o que evalúe los costos indirectos asociados con el padecimiento, por lo

que este análisis es la primera aproximación de la enfermedad desde la perspectiva del paciente.

En cuanto a costos indirectos, el 10.2% de los estudiantes reportaron ausentismo escolar y el 14.5% tuvo por lo menos dos días de incapacidad y el 2.1% estuvo hospitalizado en los últimos 6 meses. Al conocer los ingresos reportados por cada paciente que se incapacitó y multiplicar por los días de incapacidad se sumaron 375 días de incapacidad en los 20 pacientes incapacitados, lo que equivale a 3 días de incapacidad por paciente por año en el grupo de pacientes estudiados, lo que sería concordante con el artículo publicado por Zuberbier y colaboradores que reporta incapacidad de 2.7 días por año en la Unión Europea debido a la dermatitis atópica.<sup>21</sup>

La dermatitis atópica se asocia también con costos intangibles, como es el sufrimiento. Es interesante ver que los pacientes tenían un porcentaje importante de ansiedad y depresión, lo que sería una muestra indirecta de estos costos.

El prurito es un importante síntoma en la dermatitis atópica y marcador de satisfacción frente al tratamiento. Como se observa en este estudio, los pacientes con mínimo prurito están altamente satisfechos con el tratamiento y los que experimentan prurito intenso están más insatisfechos. Existe, sin embargo, un porcentaje de pacientes indiferentes, lo que puede relacionarse con la desesperanza de obtener un tratamiento efectivo.

Como lo demuestra el estudio en 380 adultos con dermatitis atópica realizado por Simpson y colaboradores, aun en tratamiento no todos logran mejoría, el 48% estaba en tratamiento sistémico en el último año; sin embargo, el 85% tenía prurito, con duración de más de 18 horas en el 41.5%, severidad de 6.5 sobre escala 10 y el 55% tenía alteraciones del sueño 5 días a la semana. El 21.8% refería ansiedad o depresión,

en el EQ- 5D el dominio más afectado fue molestia y dolor.<sup>22</sup>

Al correlacionar satisfacción con la severidad del SCORAD se observó que los pacientes con mayor severidad eran los más insatisfechos; sin embargo, al relacionar la satisfacción con POEM y DLQI, la satisfacción va disminuyendo de manera evidente de grado leve hasta severo; sin embargo, de los pacientes con POEM muy severo, el 33.3% reporta estar satisfecho o muy satisfecho y de los pacientes con DLQI extremadamente severo, el 63% de los pacientes declara estar satisfecho, esto podría relacionarse con un estado de alexitimia (capacidad reducida para reconocer y describir emociones internas en asociación con trastornos de ansiedad); podríamos plantear esa hipótesis, aunque no se aplicó un cuestionario específico, pero se ha descrito en pacientes con urticaria recurrente, psoriasis y acné.<sup>23,24,25</sup>

Wei y su grupo evaluaron desde la perspectiva del paciente sus necesidades insatisfechas a pesar de estar en tratamiento sistémico en los últimos 6 meses. El promedio del POEM fue de 10.3, prurito 5.1 y el 34% tuvo interrupción del sueño entre uno y cuatro días la semana anterior; de los pacientes que trabajaban el 78% refería haber dejado de trabajar en promedio 7.1 horas en los últimos 7 días. El efecto de la enfermedad era peor durante las exacerbaciones y se relacionaba con la gravedad de la enfermedad.<sup>26</sup> Nuestro estudio mostró que la satisfacción con el tratamiento de manera global es sólo del 42%, esto plantea el interrogante de si se estará estratificando adecuadamente el paciente y si el tratamiento es el adecuado. Es probable que los pacientes requieran tratamientos más personalizados para asegurar mayor efectividad, disminuir recaídas y lograr mayor mejoría en la calidad de vida.

Este estudio muestra las características y efecto de la enfermedad en niños y adultos con diferen-

tes grados de severidad de la dermatitis atópica, una enfermedad que afecta todas las esferas de la calidad de vida y, además, acarrea importantes costos. A pesar de los tratamientos formulados a los pacientes, se observó que había necesidades insatisfechas y que tenemos todavía campos para explorar en esta importante enfermedad. Tiene como limitante que se reclutaron pacientes de Bogotá y Medellín única y predominantemente provenientes de zonas urbanas. Consideramos que se requieren estudios adicionales que permitan establecer mejor la naturaleza de las asociaciones descritas.

### Conflicto de intereses

Este trabajo contó con financiamiento por parte de laboratorios Pfizer de Colombia; los autores trabajaron de manera independiente y son responsables por todo el contenido.

Laboratorios Pfizer no tuvo ninguna injerencia en el diseño, recolección ni interpretación de resultados.

### Agradecimientos

Agradecemos a la Doctora Lina María Rincón Martínez quien colaboró con el análisis estadístico de este estudio.

### REFERENCIAS

1. Yew YW, Thyssen JP, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the regional and age-related differences in atopic dermatitis clinical characteristics. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80 (2): 390-401. doi. 10.1016/j.jaad.2018.09.035.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Epi Visualization. Prevalencia de dermatitis atópica, estandarizada por edad y género a 2016 [Internet]. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017.
3. Hernández N, Laignelet H, Reyes-Sánchez JM, Rincón-Martínez LM, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in America: A systematic review. In: *Value in Health ISPOR*. Orlando, FL, USA: PMS52; 2020.
4. Dennis RJ, Caraballo L, García E, Rojas MX, et al. Prevalence of asthma and other allergic conditions in Colombia 2009-2010: a cross-sectional study. *BMC Pulm Med* 2012; 12: 17 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2466-12-17>.
5. Silverberg JI, Simpson EL. Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased healthcare utilization. *Pediatr Allergy Immunol* 2013; 24 (5): 476-86. doi. 10.1111/pai.12095.
6. Fishbein AB, Mueller K, Kruse L, Boor P, et al. Sleep disturbance in children with moderate/severe atopic dermatitis: A case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78 (2): 336-41. doi. 10.1016/j.jaad.2017.08.043.
7. Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2013; 131 (2): 428-33. doi. 10.1016/j.jaci.2012.10.041.
8. Patel KR, Immaneni S, Singam V, Rastogi S, et al. Association between atopic dermatitis, depression, and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80 (2): 402-10. doi. 10.1016/j.jaad.2018.08.063.
9. Wan J, Takeshita J, Shin DB, Gelfand JM. Mental health impairment among children with atopic dermatitis: A United States population-based cross-sectional study of the 2013-2017 National Health Interview Survey. *J Am Acad Dermatol* 2020; 82 (6): 1368-75. doi. 10.1016/j.jaad.2019.10.019.
10. Mancini AJ, Kaulback K, Chamlin SL. The socioeconomic impact of atopic dermatitis in the United States: a systematic review. *Pediatr Dermatol* 2008; 25 (1): 1-6. doi. 10.1111/j.1525-1470.2007.00572.x.
11. Hernández-Mantilla N, Cárdenas-Rojas PJ, Picó J, Pareja-Zabala MJ. Dermatitis atópica: tratamiento y costos desde la perspectiva de expertos clínicos colombianos. *Dermatología Rev Mex* 2020; 64 (5): 528-34.
12. Wei W, Ghorayeb E, Andria M, Walker V, et al. A real-world study evaluating adequacy of Existing Systemic Treatments for patients with moderate-to-severe Atopic Dermatitis (QUEST-AD): Baseline treatment patterns and unmet needs assessment. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2019; 123 (4): 381-388.e2. doi. 10.1016/j.anai.2019.07.008.
13. AsoColDerma. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. *Rev la Asoc Colomb Dermatología y Cirugía Dermatológica* 2020. <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1508>
14. Banco de la República. Gerencia Técnica. Tasa de cambio representativa del mercado (TRM) [Internet]. Serie histórica para un rango de fechas dado (2020); información extraída de la bodega de datos -Serankua, 2021. <https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/trm>
15. 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.
16. Shrestha S, Miao R, Wang L, Chao J, et al. Burden of atopic dermatitis in the United States: analysis of healthcare claims data in the commercial, Medicare, and Medi-Cal databases. *Adv Ther* 2017; 34 (8): 1989-2006.

17. Sánchez J, Sánchez A, Cardona R. Particular characteristics of atopic eczema in tropical environments. The tropical environment control for chronic eczema and molecular assessment (TECCEMA) cohort study. *An Bras Dermatol* 2017; 92 (2): 177-83. doi. 10.1590/abd1806-4841.20175140.
18. Eckert L, Gupta S, Gadkari A, Mahajan P, et al. Burden of illness in adults with atopic dermatitis: analysis of National Health and Wellness Survey data from France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81 (1): 187-95. doi. 10.1016/j.jaad.2019.03.037.
19. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, et al. Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic dermatitis in US adults. *Br J Dermatol* 2019; 181 (3): 554-65. doi. 10.1111/bjd.17683.
20. Ezzedine K, Seneschal J, Reguai Z, Heas S, et al. Analysis of the individual economic burden (cost borne by the patients) in adult patients with atopic dermatitis: 5927. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79 (3).
21. Zuberbier T, Orlow SJ, Paller AS, Taieb A, et al. Patient perspectives on the management of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118 (1): 226-32. doi. 10.1016/j.jaci.2006.02.031.
22. Simpson EL, Bieber T, Eckert L, Wu R, 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.
23. Ogiodek EA, Szota AM, Just MJ, Araszkievicz A, et al. Sense of alexithymia in patients with anxiety disorders comorbid with recurrent urticaria. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 995-1004. <https://doi.org/10.2147/NDT.S94600>.
24. Cherrez-Ojeda I, Vanegas E, Felix M, Cherrez S, et al. Alexithymia in patients with psoriasis: A cross-sectional study from Ecuador. *Psychol Res Behav Manag* 2019; 12: 1121-6. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S227021>.
25. Sunay D, Baykir M, Ateş G, Ekşioğlu M. Alexithymia and acne vulgaris: a case control study. *Psychiatry Investig* 2011; 8 (4): 327-33. doi. 10.4306/pi.2011.8.4.327.
26. Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Carrillo JMC. Impacto económico de la dermatitis atópica en adultos: estudio de base poblacional (estudio IDEA). *Actas Dermosifiliogr* 2018; 109 (1): 35-46. doi. 10.1016/j.ad.2017.09.003.

### Fundación para la Dermatitis Atópica (FDA) en México

Siendo la Dermatitis Atópica uno de los padecimientos más prevalentes, crónicos en niños, y que requiere de explicaciones precisas y apoyo a la investigación, para todo eso se creó la Fundación México. Tiene como sede el prestigiado Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, y lo lidera su jefa: la Dra. Carola Durán McKinster, y está conformado por su selecto grupo de especialistas. Sus objetivos son claros y precisos: afiliación de pacientes, dar información, conducir talleres, ayuda directa a los pacientes. Su página web es: <http://www.fundacion-dermatitis-atopica.com.mx/>

### Misión y Visión de la FDA

“Su misión. Poner al alcance de los niños mexicanos con Dermatitis Atópica y sus familiares información clara, precisa y profesional sobre qué es, cómo tratar y cómo superar la enfermedad, basados en un enfoque no sólo de salud clínica sino psicológica y social.”

“Su visión. Convertir a la Fundación para la Dermatitis Atópica en la entidad de referencia más relevante del país, para dirigir y orientar tanto a pacientes y familiares, como a otras entidades clínicas y sociales que puedan identificar esta enfermedad en su entorno, a fin de brindar los cuidados clínicos y emocionales de más niños con Dermatitis Atópica, para devolverles una mejor calidad de vida que redunde en una mejor integración y un mejor desempeño de estos pequeños en su entorno social.”