

Estudio observacional por medio de encuesta a dermatólogos en Colombia: diagnóstico y tratamientos de preferencia en pacientes con dermatitis atópica

Marcela Cardona-Salazar¹; Carolina Ivette Cortés-Correa²; Elkin Peñaranda³; Héctor José Castellanos-Lorduy⁴



RESUMEN

Introducción: la dermatitis atópica es una enfermedad inmunomediada cada vez más estudiada. El objetivo de este estudio es identificar las preferencias de los dermatólogos en Colombia respecto a los criterios diagnósticos, escalas de clinimetría y tratamientos de preferencia en adultos con dermatitis atópica. **Metodología:** es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se hizo por medio de una encuesta virtual distribuida durante actividades académicas, previa realización de prueba piloto. **Resultados:** se encuestaron 68 dermatólogos. El 29,3% basa el diagnóstico según la clínica, seguido de los criterios de Hanifin y Rajka (23,08%). Las escalas más usadas son DLQI, EASI y la valoración clínica (29,85%). La primera línea terapéutica para la enfermedad leve es los corticosteroides de mediana potencia (52,31%). En segunda línea prefieren el cambio de potencia del corticosteroide (38,46%). Las principales causas de iniciar terapia sistémica son la clínica y las alteración severas de la calidad de vida. Para elegir la terapia sistémica, se tiene en cuenta la severidad clínica y la eficacia del medicamento. En la dermatitis atópica moderada a severa, la primera opción es la fototerapia (59,38%) y los corticosteroides sistémicos (25%). Como segunda opción están la ciclosporina (25%), la fototerapia (18,75%) y la azatioprina (18,75%). **Conclusiones:** es el primer estudio en Latinoamérica al respecto. Se encontró que no hay consenso sobre el diagnóstico y el manejo de la enfermedad. En algunos casos no se está esperando el tiempo necesario para ver una respuesta clínica. Aporta información única sobre el tratamiento de la dermatitis atópica y sugiere realizar actividades académicas para unificar conceptos entre especialistas.

PALABRAS CLAVE: Adulto; Dermatitis atópica; Fototerapia; Inmunosupresores; Terapia biológica; Tratamiento..

1. Dermatóloga. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7733-4784>
2. Dermatóloga. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6360-482X>
3. Dermatólogo oncólogo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9969-5217>
4. Dermatólogo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9789-4148>

Correspondencia: Marcela Cardona-Salazar; **email:** macardonas@unal.edu.co

Recibido: 18/6/2023; **aceptado:** 9/3/2024; **publicado:** 28/10/2024

Cómo citar: Cardona-Salazar M, Cortés-Correa CI, Peñaranda E, Castellanos-Lorduy HJ. Estudio observacional por medio de encuesta a dermatólogos en Colombia: diagnóstico y tratamientos de preferencia en pacientes con dermatitis atópica. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2024;32(4):375-384. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1828>

Financiación: ninguna

Conflictos de interés: ninguno

OBSERVATIONAL STUDY THROUGH A SURVEY OF DERMATOLOGISTS IN COLOMBIA: DIAGNOSIS AND PREFERRED TREATMENTS IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

SUMMARY

Introduction: Atopic dermatitis is an increasingly studied immune-mediated disease. This study aims to identify the preferences of dermatologists in Colombia regarding diagnostic criteria, clinimetric scales, and preferred treatments for adults with atopic dermatitis. **Methodology:** This is an observational, descriptive, cross-sectional study. It was conducted through a virtual survey distributed during academic activities, following a pilot test. **Results:** A total of 68 dermatologists were surveyed. Of these, 29.3% base the diagnosis on clinical criteria, followed by Hanifin and Rajka criteria (23.08%). The most commonly used scales are DLQI, EASI, and clinical evaluation (29.85%). For mild disease, the first-line therapy is medium-potency corticosteroids (52.31%). As a second-line option, they prefer adjusting the potency of the corticosteroid (38.46%). The main reasons for initiating systemic therapy are clinical severity and severe impairment of quality of life. When choosing systemic therapy, clinical severity and drug efficacy are considered. For moderate-to-severe AD, the first choice is phototherapy (59.38%) followed by systemic corticosteroids (25%). As a second choice, cyclosporine (25%), phototherapy (18.75%), and azathioprine (18.75%) are preferred. **Conclusions:** This is the first study of its kind in Latin America. It found that there is no consensus on the diagnosis and management of the disease. In some cases, the necessary time to observe a clinical response is not being respected. The study provides unique information about the treatment of atopic dermatitis and suggests conducting academic activities to unify concepts among specialists.

KEY WORDS: Adult; Atopic dermatitis; Biological therapy; Immunosuppressants; Phototherapy; Treatment.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea crónica y recurrente que se caracteriza por lesiones eczematosas e intensamente pruriginosas en distribuciones características, según la edad. Hay múltiples opciones terapéuticas de acuerdo con la severidad del cuadro: desde medicamentos tópicos, fototerapia, hasta medicamentos sistémicos no biológicos y biológicos. Se han creado diferentes guías nacionales e internacionales que buscan apoyar la toma de decisiones del clínico para aprovechar adecuadamente la escalera terapéutica y beneficiar al paciente.

El objetivo de este estudio es identificar las preferencias de los dermatólogos en Colombia respecto al uso de criterios diagnósticos, escalas de clinimetría y abordaje terapéutico de pacientes adultos con DA. También busca identificar el orden de priorización de tratamientos, causas de cambio de las terapias y tiempo de espera de respuesta a estas. Pese a que hay muchas guías para el manejo de la enfermedad, no existe un consenso absoluto sobre su manejo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, con un cálculo de la muestra a conveniencia del investigador. Fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario de la Samaritana.

Se incluyeron dermatólogos graduados que trabajaran en Colombia, que aceptaran los términos y condiciones de la encuesta y que la respondieran completamente hasta donde correspondiera, debido a que iba por etapas según la complejidad de pacientes que atendían. Se excluyeron a los especialistas que actualmente no ejercieran.

Se realizó una encuesta virtual mediante un enlace que fue distribuido de manera masiva en un congreso dermatológico en marzo de 2021 y en actividades académicas del gremio. El enlace estuvo disponible durante seis meses y fue diseñada teniendo en cuenta las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las guías de práctica clínica de 2018 (véase Anexo 1)^(1, 2). Las características sociodemográficas fueron resumidas por

medio de estadísticos descriptivos y se analizaron con el paquete estadístico Stata.

El encabezado de la encuesta describía el propósito del proyecto y daba la opción de aceptar o declinar los términos y condiciones para dar continuidad. Se solicitó el número de identificación para evitar un diligenciamiento doble de la encuesta. Las respuestas eran de opción múltiple, algunas con única respuesta y otras con múltiples respuestas. La encuesta se dividió en secciones y, según la respuesta, podía finalizar en tres puntos: primero, en caso de no atender pacientes con DA; segundo, en caso de no atender pacientes con DA moderada a severa; tercero, si el profesional no atendía pacientes con DA que estuvieran recibiendo terapia biológica.

Las preguntas estaban enfocadas en pacientes mayores de 18 años. La encuesta iniciaba con datos sociodemográficos, seguidos de los criterios diagnósticos y las escalas de clinimetría que usaban.

La sección de terapéutica se subdividió según la severidad. En el paciente leve, se indagó sobre las terapias de primera y segunda línea de preferencia. Las terapias de primera línea abarcaban los tratamientos que consideraban como los más efectivos y seguros; por lo tanto, son los que usan inicialmente. Las de segunda línea son usadas cuando los tratamientos de primera línea no son eficaces o presentan efectos secundarios importantes. Se tuvo en cuenta las dos opciones más seleccionadas en cada línea terapéutica y se nombraron *primera y segunda opción*.

En el paciente moderado a severo, se interrogó sobre la motivación para iniciar terapia sistémica no biológica, los factores tenidos en cuenta para su elección, las terapias de preferencia (primer y segunda opción) y el tiempo de espera para observar una respuesta clínica. Finalmente, se preguntó por los factores considerados al momento de iniciar la terapia biológica con dupilumab.

El objetivo de este estudio fue describir los criterios diagnósticos, las escalas de clinimetría para DA empleadas con mayor frecuencia en la práctica clínica actual, los tratamientos más utilizados como primera línea y ante el fracaso o progresión de la enfermedad, así como los factores para la elección y los cambios de tratamiento. Esta información es relevante, ya que permite dar cuenta de la variabilidad clínica en la práctica diaria, identificar brechas de conocimiento y ver la necesidad de implementar estrategias de educación con el fin de mejorar el cumplimiento a las recomendaciones dadas en las guías.

RESULTADOS

Durante el período comprendido entre el 26 de marzo y el 26 de septiembre de 2021, se recogieron 68 encuestas, diligenciadas de manera anónima y a través del enlace enviado.

Únicamente una persona no aceptó los términos y condiciones, por lo cual se analizaron 67 encuestas. El grupo de encuestados con mayor participación corresponde a aquellos que tienen más de 10 años ejerciendo como dermatólogos (47,76%; n=32), seguido por los que tienen de tres a cinco años de graduados de la especialidad (16,43%; n=11); posteriormente aquellos con uno a dos años de experiencia (13,43%; n=9), menos de un año (11,94%; n=8) y, finalmente, aquellos con seis a 10 años de experiencia (10,45%; n=7). Únicamente el 2,99% (n=2) de los encuestados no atiende pacientes con DA. El 59,7% (n=38) atiende a seis o más pacientes adultos con DA por mes, mientras que el porcentaje restante atiende a menos de cinco pacientes con la patología en estudio por mes.

El 29,23% (n=19) de los encuestados basa su diagnóstico en la presentación clínica de la enfermedad y no en criterios diagnósticos, seguido por los criterios de Hanifin y Rajka de 1980 (HR) y los criterios de la Academia Estadounidense de Dermatología de 2014, cada uno con un 23,08% (n=15) de respuestas. En tercer lugar, se encuentran los criterios de la guía de práctica clínica colombiana de 2018 (GPC), con un 20% (n=13) de los encuestados. Por último, se encuentran los criterios del Grupo de Trabajo para el Diagnóstico de Dermatitis Atópica del Reino Unido de 1994.

En la pregunta sobre el uso de escalas de clinimetría, se permitió tener múltiples respuestas, lo que mostró que la escala que se usa con mayor frecuencia en la práctica clínica es el DLQI (46,27%; n=31), seguido por la escala EASI (38,81%; n=26), y, en tercer lugar, la valoración clínica (29,85%; n=20). Otras escalas usadas son la escala numérica del prurito (14,93%; n=10) y la escala IGA (2,99%; n=2). Según los encuestados, no se hace uso de la escala SCORAD, HADS ni de otras diferentes a las propuestas en la encuesta.

Se preguntó por los dos medicamentos tópicos de preferencia para la terapia de primera línea en enfermedad leve. En caso de no obtener respuesta con esas terapias, debían seleccionarse las dos opciones terapéuticas de preferencia de segunda línea. Como resultado, las dos primeras opciones tópicas de primera línea en pacientes adultos con DA leve son los corticosteroides de

mediana potencia (52,31%; n=34) y los *soft* esteroides (26,15%; n=17) (**Figura 1**).

La mayoría de los dermatólogos encuestados esperan ver una respuesta clínica significativa entre dos y cuatro semanas después de iniciar el tratamiento tópico (47,69%; n=31), seguido de cinco a seis semanas (38,46%; n=25). Los demás dermatólogos esperan siete semanas o más (13,85%; n=9). Posterior a eso, consideran realizar un cambio de terapia.

Ante la falta de mejoría clínica con la terapia tópica de primera línea, la mayoría prefiere, como primera opción, aumentar la potencia del corticoide tópico (38,46%; n=25), seguido por el inicio de fototerapia (32,31%; n=21) y el inicio de medicamento sistémico no biológico (15,38%; n=10). Como segunda opción, el 33,85% (n=22) inicia un medicamento sistémico no biológico, seguido de fototerapia (27,69%; n=18) e inhibidor de la calcineurina tópico (20%; n=13). Una minoría opta por el inicio del medicamento sistémico biológico (3,08%; n=2) (**Figura 2**).

El 84,62% de los encuestados (n=55) atiende a pacientes adultos con DA moderada a severa.

Los dermatólogos encuestados consideran iniciar terapia sistémica no biológica en estos tres casos: presencia de una clínica severa, incluso sin haber pasado por terapia tópica (65,45%; n=36); alteración severa de la calidad de vida, sin importar la extensión clínica (50,91%; n=28); y, en tercer lugar, fracaso en la terapia tópica, sin importar la extensión clínica (40%; n=22).

El factor considerado más importante al momento de elegir un tratamiento sistémico es la severidad del cuadro clínico (52,73%). En segundo lugar, hay tres opciones seleccionadas por igual número de encuestados, con nueve respuestas en cada una (16,36%), que incluyen nuevamente la severidad del cuadro clínico, la eficacia del medicamento según la literatura y la seguridad del medicamento según la literatura. Estos tres factores abarcan el 49,08% de los votos. El tercer factor es la disponibilidad de tiempo del paciente para asegurar una adecuada respuesta al tratamiento y seguimiento clínico y paraclínico (23,64%).

Para el paciente adulto con DA moderada a severa, el tratamiento preferido como primera opción por los dermatólogos encuestados es la fototerapia (59,38%; n=19), seguido por los corticosteroides sistémicos (25%), la ciclosporina (6,25%) y, en cuarto lugar, en igual porcentaje, la azatioprina, el metotrexato y el dupilumab (3,13% cada uno). Como segunda opción de tratamiento se encuentran la ciclosporina como primera opción (25%), seguida de la fototerapia y la azatioprina (18,75% cada una) y el metotrexato y el dupilumab (15,63% cada uno). De los dermatólogos encuestados, el 26,8% emplea medicamentos biológicos para el tratamiento de la DA en adultos (**Figura 3**).

Los principales factores tenidos en cuenta para cambiar de terapia sistémica no biológica a terapia sistémica biológica (dupilumab) son el fallo a un tratamiento sistémico no biológico (55,56%; n=10), seguido por los efectos secundarios o eventos adversos (66,67%; n=12).

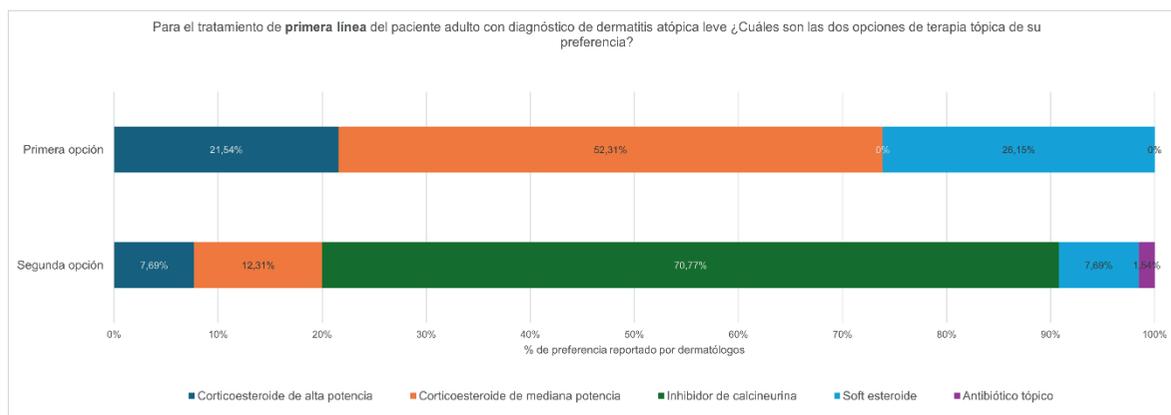


Figura 1. Preferencias terapéuticas de primera línea para pacientes con dermatitis atópica leve.

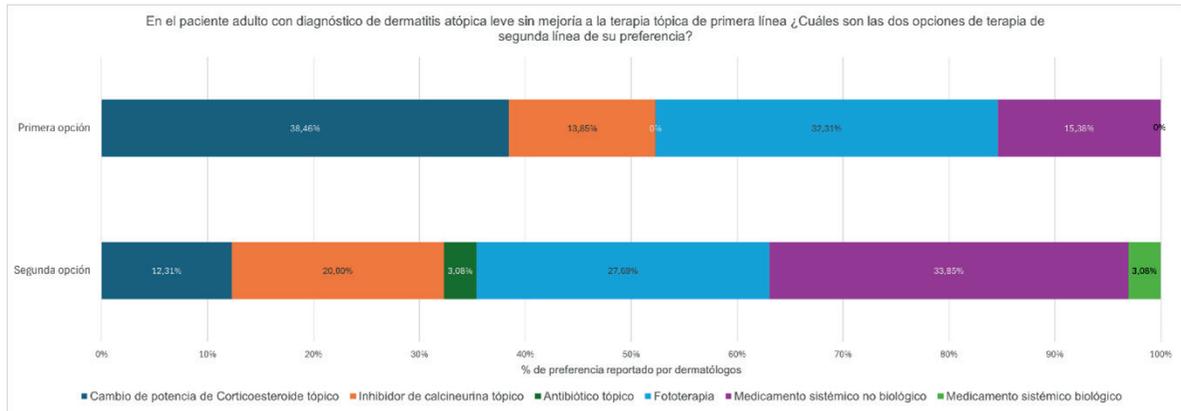


Figura 2. Preferencias terapéuticas de segunda línea para pacientes con dermatitis atópica leve.

DISCUSIÓN

En la búsqueda realizada, son pocos los estudios que muestran las prácticas en la vida real de los dermatólogos para el manejo de los pacientes con DA. Este es el primer estudio en Latinoamérica que adopta este enfoque, lo que abre un nuevo panorama al identificar puntos clave para mejorar la atención de este grupo de pacientes.

Criterios diagnósticos

El 29,23% de los encuestados hace el diagnóstico de DA basándose en la valoración clínica y no en criterios diagnósticos. Esto no es nuevo; la falta de uniformidad está presente en todo el mundo y se evidencia con la heterogeneidad de criterios en los estudios clínicos (3, 4). Simpson y colaboradores evaluaron la definición de dermatitis atópica en 102 estudios y encontraron que los criterios de HR se usaban en un 27%, y que un 19,6% se basaban en el diagnóstico por parte del médico o del investigador, sin un criterio específico aprobado, similar a lo encontrado en nuestro estudio (5).

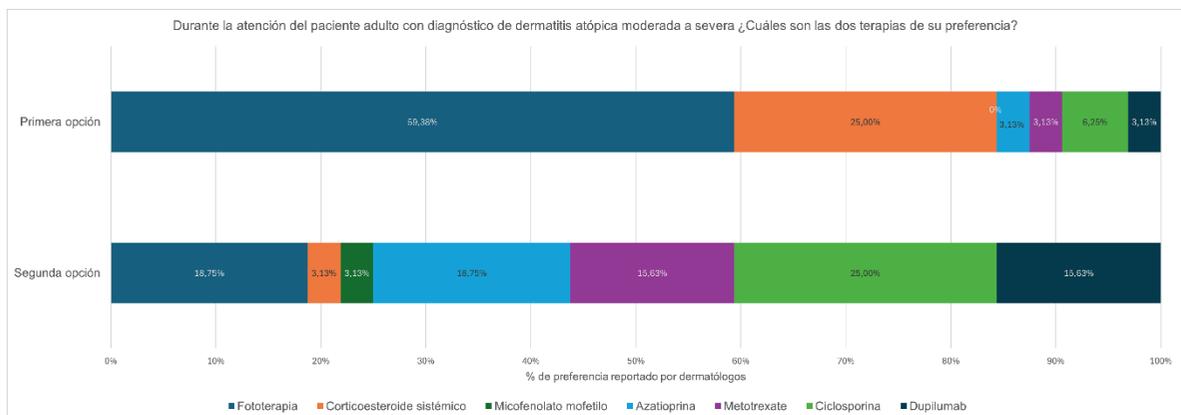


Figura 3. Preferencias terapéuticas para pacientes con dermatitis atópica moderada a severa.

Escalas de clinimetría

Las escalas de clinimetría más usadas son EASI, DLQI y la escala numérica del prurito, pero casi un 30% de los clínicos se basa únicamente en la valoración clínica, lo que dificulta ofrecer un panorama objetivo y comparable entre observadores a lo largo del tiempo. Durante la búsqueda de literatura, no se encontraron estudios que midieran la adherencia o preferencia de escalas clinimétricas en la vida real. La visión de la enfermedad por parte del paciente y la esfera mental no se evalúan frecuentemente en la práctica diaria. Esto puede deberse a la limitación de tiempo para cada consulta o a la falta de entrenamiento para realizar o analizar algunas de ellas.

Preferencias terapéuticas

Dermatitis atópica leve

Para la DA leve, los dermatólogos encuestados usan como primera línea los corticosteroides de mediana potencia y los *soft* esteroides. Como segunda opción, prefieren los inhibidores de la calcineurina. Las guías a nivel mundial varían respecto a las indicaciones del uso de corticosteroides tópicos. La GPC 2018 indica que la DA leve debe manejarse con corticoides de baja potencia, la moderada con corticosteroides de moderada potencia y la severa, con corticosteroides de alta potencia ⁽¹⁾. Esto muestra que hay discrepancias en el uso de los corticosteroides tópicos, posiblemente porque el único factor tenido en cuenta no es la severidad del cuadro, sino la individualidad de cada lesión.

Como segunda línea terapéutica, se indagó por las primeras dos opciones de preferencia. Como primera opción, el 38,46% prefiere cambiar la potencia del corticosteroide y el 32,31% prefiere iniciar fototerapia. Como segunda opción, el 33,85% prefiere iniciar un medicamento sistémico no biológico y el 27,69% opta por la fototerapia. La guía colombiana sugiere iniciar fototerapia ante el fracaso de la terapia tópica o en DA moderada ⁽¹⁾.

En Colombia, no todas las ciudades ni todas las empresas promotoras de salud cuentan con el servicio de fototerapia. Además, incluso en las ciudades donde este servicio está disponible, los pacientes pueden enfrentar limitaciones de desplazamiento, laborales y económicas debido a los costos de traslado, entre otros

factores⁽⁶⁾. Esto podría explicar por qué la fototerapia no se considera una de las primeras opciones.

Dermatitis atópica moderada a severa

El 84,62% de los encuestados atiende a pacientes con DA moderada a severa. Estos consideran los tres principales factores para iniciar un medicamento sistémico no biológico en el siguiente orden de importancia: clínica severa (65,45%), alteración severa de la calidad de vida sin importar la extensión clínica (50,01%) y fracaso de la terapia tópica sin importar la extensión clínica (40%).

La primera opción de tratamiento sistémico que prefieren es la fototerapia (59,38%), seguida de los corticosteroides sistémicos (25%). La preferencia por la fototerapia concuerda con una encuesta realizada en el Reino Unido sobre el tratamiento de adultos con DA, donde la mayoría de los dermatólogos prefería usar fototerapia/PUVA (49%) como primera línea en pacientes con un cuadro moderado a severo, seguida de azatioprina, corticosteroides sistémicos y ciclosporina ⁽⁷⁾. Prefieren la azatioprina, incluso ante la posibilidad de recurrir a otros medicamentos con mayor evidencia, como la ciclosporina. También concuerda con la encuesta realizada en Europa en 2020, donde el 41,5% prefería fototerapia, seguida de terapia de cuidados diarios (25%), ciclosporina (54,1%), corticosteroides sistémicos (32,6%) y metotrexato (30,7%) **(Tabla 1)** ⁽⁸⁾.

Esta encuesta muestra que un 25% de los especialistas prefiere los corticosteroides sistémicos como primera opción. Estos son medicamentos de acción rápida, pero con múltiples efectos secundarios, como la exacerbación del eczema durante el desmonte de la dosis. Es por esto por lo que su uso es recomendado de manera condicional en exacerbaciones agudas y en ciclos cortos ^(6,9).

La segunda opción para el tratamiento de este grupo de pacientes está dividida de manera similar entre ciclosporina (25%), fototerapia (18,75%) y azatioprina (18,75%). El 15,63% de los encuestados prefiere el metotrexato; este está descrito en guías nacionales e internacionales, pero no está aprobado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), lo cual genera limitaciones en la entrega del fármaco según el modelo de atención en que se encuentren. Como segunda opción, en la encuesta del Reino

Unido, prefieren el metotrexato seguido de ciclosporina y azatioprina. En la encuesta realizada en Europa, la segunda opción para DA moderada a severa incluye metotrexato (40,8%), azatioprina (30,7%) y ciclosporina (22,5%) (Tabla 1) (8).

Aunque la fototerapia es el tratamiento de primera línea de elección por los encuestados para tratar la enfermedad moderada a severa, el 37,5% espera ver un resultado clínico a las cuatro semanas de uso. Sin embargo, según diferentes estudios, los resultados se observan después de seis a 12 semanas con dos a tres sesiones semanales (1, 10, 12). El 56,25% espera entre ocho y 12 semanas, lo que es acorde con la literatura.

La ciclosporina se caracteriza por presentar un inicio de acción rápido; puede mostrar mejoría incluso en las primeras dos semanas de uso, y usualmente la eficacia clínica máxima se alcanza entre las seis y ocho semanas

(13). Como resultado, se encontró que el 65,63% de los dermatólogos espera ver la respuesta máxima del medicamento entre dos y cuatro semanas, el 6,25% espera seis semanas y el 28,13% no la formula. Este medicamento está aprobado en algunos países europeos y en Colombia y está recomendado condicionalmente en las guías estadounidenses (6, 9). Su no uso puede deberse a temor de los efectos secundarios, como nefrotoxicidad irreversible, hipertensión arterial y cáncer de piel no melanoma (14).

El metotrexato y la azatioprina alcanzan su eficacia clínica máxima en ocho a 12 semanas (15) y el 71,88% de los encuestados espera ese tiempo para definir la respuesta al tratamiento. El 18,75% de los encuestados espera cuatro semanas, lo que puede llevarlos a suspender el medicamento sin haber alcanzado su pico de respuesta.

Estudio/Opción terapéutica	Primera opción	Segunda opción
Colombia	Fototerapia 59% > CE sistémico 25% > Csc 6%	Csc 25% > fototerapia 18% y Aza 18% > MTX 15%
Reino Unido	Fototerapia 46% > terapia sistémica 36%	Terapia sistémica 49% > Fototerapia 37,7%
	Terapia sistémica: Aza > CE sistémico > Csc > MTX > MFM	Terapia sistémica: MTX > Csc > Aza > CE sistémico > MFM
Europa	Fototerapia 41,5% > terapia de cuidados diarios 25% > terapia sistémica 26,6%	Terapia sistémica 49,8% > Fototerapia 38,4%
	Terapia sistémica: Csc 118 (54,1%) > CE sistémico 71 (32,6%) > MTX 67 (30,7%) > Aza 12 (5,5%)	Terapia sistémica: MTX 218 (40,8%) > Aza 67 (30,7%) > Csc 49 (22,5%)

Tabla 1. Comparación de tratamientos en dermatitis atópica moderada a severa
 Aza: azatioprina; CE: corticosteroide; Csc: ciclosporina; MFM: micofenolato de mofetilo; MTX: metotrexato.
 La tabla desglosa las opciones terapéuticas entre las encuestas de cada estudio y en las encuestas del Reino Unido (7) y Europa (8) detalla las opciones de terapia sistémica para este grupo de pacientes.

Un estudio colombiano llevado a cabo entre 2019 y 2020 encontró que el 66% de los pacientes adultos con DA habían sido tratados con corticosteroides sistémicos, 62,4% con fototerapia, 32,1% con azatioprina, 25% con ciclosporina y 17% con metotrexato⁽¹⁶⁾. Esto muestra la predilección de los dermatólogos encuestados por los corticosteroides sistémicos y la fototerapia, seguida de los demás inmunosupresores no biológicos.

De los dermatólogos que atienden DA moderada a severa, el 32% trata a pacientes que están recibiendo dupilumab, el único medicamento biológico disponible en Colombia en la actualidad.

Los estudios publicados sobre las preferencias de los dermatólogos para tratar pacientes con DA no abarcan los factores que tienen en cuenta para escalar a terapia biológica. En esta encuesta se encuentra que todos los médicos intentan al menos un tratamiento sistémico no biológico, ya que el primer factor que tienen en consideración es haber fallado a un tratamiento sistémico (55,56%), seguido de haber fallado a dos tratamientos sistémicos (44,44%). El segundo factor importante es haber presentado efectos secundarios o eventos adversos (66,67%), seguido de la alteración severa y persistente de la calidad de vida, a pesar de tener mejoría clínica.

Como limitaciones, este estudio presenta una muestra pequeña en comparación con el número total de dermatólogos en Colombia. Sin embargo, gran parte de los dermatólogos en el país se enfoca en dermatología estética, lo que significa que el estudio incluye una cantidad importante de especialistas que atienden a pacientes adultos con DA. Además, dado que las encuestas no se enviaron de manera aleatoria, el estudio puede tener un sesgo de selección.

CONCLUSIONES

Hay múltiples guías a nivel mundial para el manejo de DA. Aun así, en este estudio se encontró que no todos los dermatólogos usan criterios diagnósticos ni escalas de clinimetría para el abordaje del paciente; en algunos casos, el tiempo de espera para ver una respuesta clínica es corto y en otros casos se prefieren terapias que, según las guías, solo se recomiendan bajo ciertas condiciones.

Cuando se llevó a cabo el estudio, las terapias con inhibidores de la janus-cinasa (JAK) apenas estaban ingresando al país, por lo que no se incluyeron en la encuesta. Sería interesante estudiar cómo estas moléculas han modificado las preferencias terapéuticas en la práctica clínica.

A pesar de las limitaciones, el estudio proporciona una visión inédita en Colombia y en Latinoamérica sobre las decisiones de los dermatólogos en el tratamiento de los pacientes adultos con DA.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Raúl Castro Ayarza, por ayudarnos en la revisión del artículo. A la epidemióloga Dra. Carolina Valderrama, quien acompañó la redacción y revisión de la encuesta piloto y de la encuesta final.

Puntos clave

- Hacer el diagnóstico de dermatitis atópica basado en criterios diagnósticos y objetivar la severidad con el uso de escalas de clinimetría debe volverse una práctica común en la consulta.
- Esperar el tiempo adecuado para observar la respuesta clínica a la terapia instaurada es relevante; no hacerlo puede llevar a cambios prematuros en esta.
- El estudio destaca la importancia de la formación continua para obtener resultados óptimos en los pacientes con dermatitis atópica.

REFERENCIAS

1. Ordoñez CP, Tamayo LM, Gamboa LA, et al. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol*. 2018;1-250.
2. Wollenberg A, Christen-Zach S, Taieb A, Paul C, Thyssen J, 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):2717-44. <https://doi.org/10.1111/jdv.16892>
3. Andersen RM, Thyssen JP, Maibach HI. Qualitative vs. quantitative atopic dermatitis criteria - In historical and present perspectives. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(4):604-18. <https://doi.org/10.1111/jdv.13442>
4. Vakharia PP, Chopra R, Silverberg JI. Systematic Review of Diagnostic Criteria Used in Atopic Dermatitis Randomized Controlled Trials. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19:15-22. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0299-4>
5. Simpson EL, Keck LE, Chalmers JR, Williams HC. How should an incident case of atopic dermatitis be defined? A systematic review of primary prevention studies. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;130(1):137-44. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.01.075>
6. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Singh AM, Wu P, Sidbury R, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(2):E43-56. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.08.102>
7. Taylor K, Swan DJ, Affleck A, Flohr C, Reynolds NJ. Treatment of moderate-to-severe atopic eczema in adults within the U.K.: results of a national survey of dermatologists. *Br J Dermatol*. 2017;176(6):1617-23. <https://doi.org/10.1111/bjd.15235>
8. Vermeulen FM, Gerbens LAA, Schmitt J, Deleuran M, Irvine A, Logan K, et al. The European TREATment of ATopic eczema (TREAT) Registry Taskforce survey: prescribing practices in Europe for phototherapy and systemic therapy in adult patients with moderate-to-severe atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2020;183(6):1073-82. <https://doi.org/10.1111/bjd.18959>
9. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I – systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(9):1409-31. <https://doi.org/10.1111/jdv.18345>
10. Majoie IML, Oldhoff JM, van Weelden H, Knol EF, Bruijnzeel-Koomen C, de Bruin-Weller M, et al. Narrowband ultraviolet B and medium-dose ultraviolet A1 are equally effective in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(1):77-84. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.08.048>
11. Rodenbeck DL, Silverberg JI, Silverberg NB. Phototherapy for atopic dermatitis. *Clin Dermatol*. 2016;34(5):607-13. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.05.011>
12. Ordóñez Rubiano MF, Arenas CM, Chalela JG. UVA-1 phototherapy for the management of atopic dermatitis: a large retrospective study conducted in a low-middle income country. *Int J Dermatol*.

- tol. 2018;57(7):799-803. <https://doi.org/10.1111/ijd.14011>
13. Davari DR, Nieman EL, McShane DB, Morrell DS. Current perspectives on the systemic management of atopic dermatitis. *J Asthma Allergy*. 2021;14:595-607. <https://doi.org/10.2147/JAA.S287638>
 14. Prezzano JC, Beck LA. Long-Term Treatment of Atopic Dermatitis. *Dermatol Clin*. 2017;35(3):335-49. <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.02.007>
 15. Caron AGM, van Huizen AM, Musters AAH, Gerbens L, Middelkamp Hup M, Flohr C, et al. International consensus on methotrexate dosing for patients with atopic dermatitis: An eDelphi study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2024;00:1-9. <https://doi.org/10.1111/jdv.20271>
 16. Sanclemente G, Hernandez N, Chaparro D, Tamayo L, Lopez A; Colombian Atopic Dermatitis Research Group. Epidemiologic features and burden of atopic dermatitis in adolescent and adult patients: A cross-sectional multicenter study. *World Allergy Organ J*. 2021;14(12):100611. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2021.100611>