

RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON DERMATITIS ATÓPICA

Material diseñado por o para Sanofi Aventis de Colombia S.A. La información contenida en este documento está dirigida exclusivamente a profesionales de la salud y personal administrativo del sector salud, con la intención de brindar información científica y técnica de interés. Es estrictamente prohibido compartir este material con terceros.

MAT-CO-2400496 v1 02/202

Contenido

1. COMPONENTE EPIDEMIOLÓGICO EN DERMATITIS ATÓPICA.....	6
1.1. Justificación.....	6
1.2. Finalidad.....	6
1.3. Objetivos	7
1.4. Metodología	7
1.5. Definición de la enfermedad	7
1.6. Factores de riesgo.....	8
1.6.1. Factores genéticos	8
1.6.2. Factores ambientales	8
1.6.3. Disparadores de Dermatitis Atópica.....	9
1.7. Cuadro clínico	9
1.8. Generalidades sobre el diagnóstico y el tratamiento	10
1.9. Epidemiología de la Dermatitis Atópica en el ámbito internacional.....	12
1.10. Carga de la dermatitis atópica	14
1.11. Epidemiología de la Dermatitis Atópica en Colombia.....	17
1.12. Aspectos generales de propuestas de modelos de atención para Dermatitis Atópica....	18
1.12.1. Atención centrada en el paciente con Dermatitis Atópica.....	18
1.12.2. Vías clínicas de atención – Organización de las intervenciones clínicas	19
1.12.3. Modalidades de telemedicina – mejorando el acceso a dermatología.....	19
1.12.4. Equipos multidisciplinarios – rol del profesional de enfermería.....	20
2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	21
2.1. Acciones para el componente primario	22
2.2. Acciones para el componente complementario.....	23
2.3. Acciones para adaptación a entornos rurales o de difícil acceso a componente complementario.....	23
3. COMPONENTE DE RIESGO.....	24
3.1. Gestión integral del riesgo en salud	omp24
3.2. Población.....	25
3.3. Estratificación del riesgo en Dermatitis Atópica.....	27
3.4. Flujograma: proceso general de atención para personas con DA.....	28
4. RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON DERMATITIS ATÓPICA	31
4.1. JUSTIFICACIÓN.....	31
4.2. OBJETIVOS	31

4.1.1. Objetivo general	31
4.1.2. Objetivos específicos.....	31
4.3. INTERVENCIONES	32
4.3.1. Intervenciones del componente primario	32
4.3.2. Intervenciones del componente complementario	39
4.3.3. Intervenciones del asegurador	46
4.4. BARRERAS Y FACILITADORES.....	49
4.4.1. Barreras potenciales	49
4.4.2. Facilitadores potenciales	50
4.5. MONITOREO Y EVALUACIÓN	53
Referencias.....	56

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia de DA según edad, Estados Unidos - 2013	12
Figura 2. Cambio en la prevalencia de DA en niños de 6-7 años, entre 2000 a 2006.....	14
Figura 3. Flujograma de la ruta de atención integral para personas con Dermatitis Atópica (componente primario).....	29
Figura 4. Flujograma de la ruta de atención integral para personas con Dermatitis Atópica (componente complementario).....	30

Índice de tablas

Tabla 1. CIE-10 relacionados con Dermatitis Atópica.....	26
Tabla 2. CUPS relacionados con consulta de dermatología.....	26
Tabla 3. Puntaje para determinación de severidad	27
Tabla 4. Perfil de seguridad de los medicamentos utilizados en el manejo sistémico	43

GLOSARIO

ADCT: Atopic dermatitis control tool

BSA: Body Surface Area

DA: Dermatitis atópica

EASI: Eczema Area and Severity Index

EPS: Entidad Promotora de Salud

GPC: Guía de práctica clínica

IGA: Investigator's Global Assessment

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

SCORAD: SCORing Atopic Dermatitis

1. COMPONENTE EPIDEMIOLÓGICO EN DERMATITIS ATÓPICA

1.1. Justificación

La Dermatitis Atópica (DA) es la condición crónica de la piel más frecuente en el mundo, cuyo síntoma característico es el prurito. Está asociada a una importante carga de enfermedad para las personas que la padecen y para los sistemas de salud, y que conlleva cierto riesgo de mortalidad relacionado con falla cutánea e infecciones sobreagregadas. Además, considerando el impacto significativo sobre la calidad de vida y su alta prevalencia que, a pesar de que consume servicios de salud de bajo costo, su alta frecuencia de uso (especialmente por parte de pacientes con DA severa), hace que se convierta en un problema creciente para los administradores del gasto en salud.

En este contexto, todo esfuerzo que busque un mejor control tendrá un impacto relevante desde el punto de vista de salud pública. Las intervenciones dirigidas a un diagnóstico precoz y un manejo integral oportuno repercuten favorablemente en la gestión del riesgo en salud de Colombia, ya que fomenta el uso pertinente y eficiente de los recursos, mejora los resultados en salud y la experiencia del usuario en términos de calidad de vida. Con este panorama, se evidencia el potencial impacto sobre la triple meta que conlleva una Ruta de Atención para Dermatitis Atópica.

1.2. Finalidad

Este componente tiene como finalidad describir el comportamiento epidemiológico de la DA y la identificación de la situación problemática a resolver. La revisión de la literatura y aspectos epidemiológicos de la DA permitirá construir un marco de referencia dirigido a identificar acciones o intervenciones clave en el contexto del proceso de atención de esta condición. Estas acciones clave pretenden responder a la situación problemática, la cual representa barreras u oportunidades de mejoramiento del proceso de atención de los pacientes con DA.

La exposición de la situación problemática y las acciones clave serán el insumo para la elaboración de la Ruta de Atención para personas con DA.

1.3. Objetivos

- Definir la Dermatitis Atópica considerando aspectos generales, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y manejo.
- Describir el perfil epidemiológico de la Dermatitis Atópica en el ámbito internacional y nacional.
- Describir la carga de la enfermedad asociada a la Dermatitis Atópica, junto con algunas consideraciones de costo en salud.

1.4. Metodología

Para el presente documento, se realizó una búsqueda ampliada (no sistemática) de la literatura en las siguientes bases de datos:

Pubmed – Medline

- LILACS
- Google Scholar
- Google

Se utilizaron las siguientes palabras clave:

- Atopic dermatitis
- Atopic Ezcema
- Epidemiology
- Burden of disease
- Cost of illness

Para la identificación y selección de los estudios, se tomaron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios de texto completo accesible
- Estudios en idioma inglés, castellano
- Estudios publicados en los últimos 10 años
- Estudios en humanos

La búsqueda se complementó con una búsqueda en bola de nieve de las referencias de aquellos artículos considerados altamente relevantes.

1.5. Definición de la enfermedad

La dermatitis atópica (DA), también denominada eczema atópico, es uno de los trastornos de la piel más frecuentes, definida como una enfermedad inflamatoria de la piel crónica, recurrente y remitente, caracterizada por eritema, edema, xerosis, erosiones/excoriaciones, costras y liquenificación, con el prurito como el síntoma cardinal de esta condición (1).

La DA suele asociarse a otras condiciones atópicas como alergia a los alimentos, rinitis alérgica, y asma (2). Dado que la dermatitis atópica precede la aparición de estas condiciones alérgicas, algunos autores han propuesto que corresponde al primer paso de la denominada “marcha atópica”, más reconocida en los niños que en los adultos, sin bien no se ha demostrado una asociación causal entre la DA y otras condiciones alérgicas (3).

1.6. Factores de riesgo

Las causas de la DA son complejas y multifactoriales, aunque se conoce que los factores genéticos cumplen un rol muy importante en la patogenia de la enfermedad. A pesar de lo anterior, se ha documentado un incremento en la prevalencia de la DA, por lo que los factores ambientales deben jugar un papel importante (2).

1.6.1. Factores genéticos

Alrededor del 80% de los gemelos idénticos muestran concordancia para DA (4). Además, se ha demostrado mayor riesgo de DA en personas con antecedente familiar de trastornos atópicos, más específicamente en los padres (5). Por otro lado, estudios genéticos han identificado 34 loci a los que se le atribuye cerca del 20% de los casos de DA con características hereditarias (2).

Un hallazgo relativamente reciente ha evidenciado el rol de los factores genéticos en el desarrollo de la DA, en particular el descubrimiento de la pérdida de función del gen *FLG*, que codifica para filagrina (proteína de barrera epidérmica) y su fuerte asociación con la DA (6). Se estima que entre el 42% y el 79% de las personas con una o más mutaciones en el gen *FLG* desarrollarán DA (4).

1.6.2. Factores ambientales

En relación con factores ambientales, se han identificado algunos que se asocian a mayor riesgo de DA, entre ellos: entorno urbano, dieta alta en ultra-procesados, obesidad, y tabaquismo. Por el contrario, algunos factores se asocian a menor riesgo (factores protectores) como son la dieta alta en frutas y lactancia materna (6).

Otros estudios apuntan a que la DA se asocia a alteraciones del microbioma. Si bien aún se desconocen los mecanismos de este proceso, se ha identificado que la colonización temprana por *S. aureus* aumenta el riesgo de desarrollar DA, en comparación con la colonización

temprana por otras bacterias. Se ha planteado la hipótesis de que la bacteria *S. aureus* promueve un proceso inflamatorio que reduce la capacidad de barrera de la piel, lo que facilita una respuesta sostenida en el tiempo por el sistema inmunitario (2).

1.6.3. Disparadores de Dermatitis Atópica

Existen algunas circunstancias que se han identificado como disparadores de exacerbaciones en personas con DA. Estos disparadores son: infecciones virales, alérgenos alimenticios, cosméticos, fragancias, cambios en el estado del tiempo, humo de cigarrillo y caspa de animales (6).

Así mismo, un estudio realizado en población finlandesa encontró que ciertos factores se asociaban a mayor severidad de la DA. Se observó que el género masculino, historia de tabaquismo, asma concomitante, hiperlinieridad palmar, dermatitis de la mano y niveles elevados de Inmunoglobulina E (IgE), son factores con asociación estadísticamente significativa con DA severa (7).

1.7. Cuadro clínico

A pesar de la heterogeneidad en las características clínicas, severidad y curso de la DA, el principal criterio para el reconocimiento de la enfermedad es la valoración médica (2). Por otro lado, la DA se puede clasificar en tres etapas (4):

- Dermatitis atópica infantil: se presenta entre los 2 meses y los 2 años.
- Dermatitis atópica pediátrica: ocurre entre los 2 a los 10 años.
- Dermatitis atópica de los adolescente y adultos: se manifiesta luego de los 10 años.

El síntoma característico en cualquiera de las etapas es el prurito, el cual precede a las lesiones cutáneas.

A pesar de las clasificaciones, como las descritas previamente, todo clínico debe tener en cuenta diagnósticos alternativos que presentan algunos signos y síntomas de la DA. Por tanto, el proceso de razonamiento clínico debe incluir un diagnóstico diferencial exhaustivo, el cual DA incluye (2):

Para infantes menores de 24 meses de edad:

- Dermatitis seborreica.
- Ictiosis vulgaris.
- Escabiosis.
- Psoriasis.

- Fenilcetonuria.
- Displasia ectodérmica.
- Enfermedad celiaca.
- Deficiencia de Inmunoglobulina A.
- Síndrome de Di George.
- Síndrome de deficiencia de DOCK8.
- Agammaglobulinemia.
- Síndrome de Netherton.
- Síndrome de Wiskott-Aldrich

Para niños y adolescentes (2 a 16 años):

- Tiña manuum o tiña pedis.
- Impétigo.
- Psoriasis.
- Pitiriasis rosea.

Para adultos (mayores de 16 años):

- Eczema de contacto.
- Psoriasis.
- Pitiriasis rosea.
- Linfoma cutáneo de células T.
- Pitiriasis rubra pilaris.
- Eczema asteatótico.
- Síndrome de Netherton.

1.8. Generalidades sobre el diagnóstico y el tratamiento

En términos generales, el diagnóstico de DA se realiza a través de la anamnesis y el examen físico completo, y depende de la presentación clínica del paciente. Por tanto, el proceso diagnóstico se apoya en dos elementos clave: criterios diagnósticos y clasificación de severidad (8).

Respecto a los criterios de diagnóstico hay al menos 2 propuestas, que cuentan con el respaldo de las sociedades científicas de los países en donde se han desarrollado. Estas son: 1) criterios de Hanifin y Rajka (que cuenta con mayor reconocimiento); y 2) criterios del grupo del Reino Unido. Adicionalmente, la Academia Americana de Dermatología realizó

una modificación de los criterios de Hanifin y Rajka para ser aplicados exclusivamente en población pediátrica (4).

Respecto a la clasificación o medición de la severidad de la DA, se han desarrollado varias escalas. Estas son (9):

- **Índice SCORAD -SCORing Atopic Dermatitis-**: desarrollado en 1993, es uno de los instrumentos mejor validados a nivel global. Evalúa la extensión de la enfermedad según el área de superficie corporal, actividad de la enfermedad y un puntaje de intensidad de prurito y pérdida de sueño reportado por el paciente.
- **EASI -Eczema Area and Severity Index-**: Este instrumento permite evaluar la extensión de la enfermedad en 4 regiones del cuerpo: cabeza y cuello, torso, brazos y piernas. También evalúa la intensidad de la enfermedad en función de 4 signos clínicos: eritema, edema/papulación, excoriación, y liquenificación.
- **IGA -Investigator's Global Assessment-**: corresponde a un conjunto heterogéneo de mediciones realizadas por el médico tratante, que buscan evaluar los signos de la DA como son eritema, infiltración, papulación, supuración y formación de costras. Dada su dificultad en la interpretación, no se utiliza con frecuencia.

Si bien las escalas SCORAD y EASI son de amplia aceptación y uso, existen otras escalas que valoran clínicamente la extensión de la DA en el paciente y que pueden ser utilizadas en este grupo de intervenciones, como son: ADAM (*Atopic Dermatitis Assessment Measure*), ADASI (*Atopic Dermatitis Area and Severity Index*), BCSS (*Basic Clinical Scoring System*), OSAAD (*Objective Severity Assessment of Atopic Dermatitis*), entre otras (10).

Se han propuesto otro tipo de instrumentos, más orientados a desenlaces reportados por los pacientes, de reciente desarrollo y se están incorporando paulatinamente en la práctica clínica (Sanchez, Cherez-Ojeda, & Galvan, 2021). Entre estas las escalas se encuentran (10):

- **POEM -Patient Oriented Eczema Measure-**: evalúa la severidad y la duración de 7 síntomas en la última semana, basado en una escala de 5 puntos.
- **DLQI -Dermatology Life Quality Index-**: es un cuestionario de 10 ítems que valora el impacto de la DA en las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida.
- **HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale-**: es una escala de 7 ítems que evalúa depresión y ansiedad, que se ha utilizado para valorar la salud mental de los pacientes con DA (11).

Por otro lado, los objetivos del tratamiento son esencialmente el control de la enfermedad, la prevención de desencadenantes, adherencia al tratamiento farmacológico sea tópico o sistémico, e identificación de complicaciones (especialmente sobreinfección de las lesiones). Es por ello que uno de los pilares del tratamiento es la educación e información dirigida al autocuidado (4).

El tratamiento farmacológico se puede resumir en la utilización de tres líneas de manejo (12):

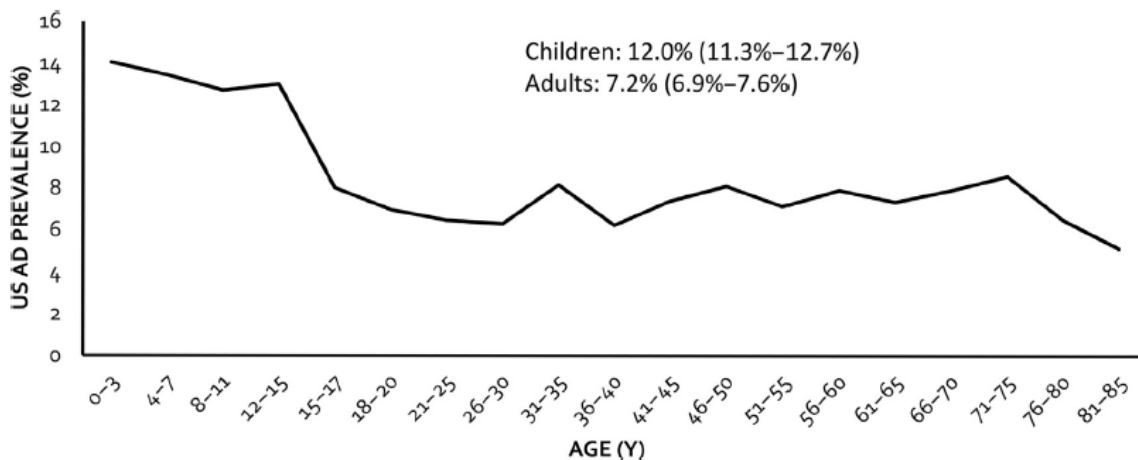
- Primera línea:
 - Intervención educativa (en especial, respecto a la frecuencia y duración del baño de los niños) y medidas preventivas.
 - Humectantes tópicos.
 - Corticoesteroides tópicos.
 - Inhibidores de calcineurina tópicos.
- Segunda línea:
 - Terapia antimicrobiana (sólo en caso de sobreinfección).
 - Evitación de disparadores de IgE.
- Tercera línea:
 - Terapias sistémicas anti-inflamatorias.
 - Fototerapia.
 - Agentes biológicos.

1.9. Epidemiología de la Dermatitis Atópica en el ámbito internacional

Se estima que alrededor del 20% de los niños y el 10% de los adultos de países de altos ingresos tiene DA (2). Cerca del 80% de los casos de DA aparecen en la infancia, y el 60% tienen a resolverse en la adolescencia.

Datos de los Estados Unidos (**Figura 1**) muestran para el 2013, la prevalencia de DA en la primera infancia fue del 14%, para la infancia entre el 13-14%, para la adolescencia del 8%, y para la adultez entre el 6-8% (13).

Figura 1. Prevalencia de DA según edad, Estados Unidos - 2013



Fuente: Silverberg, 2017

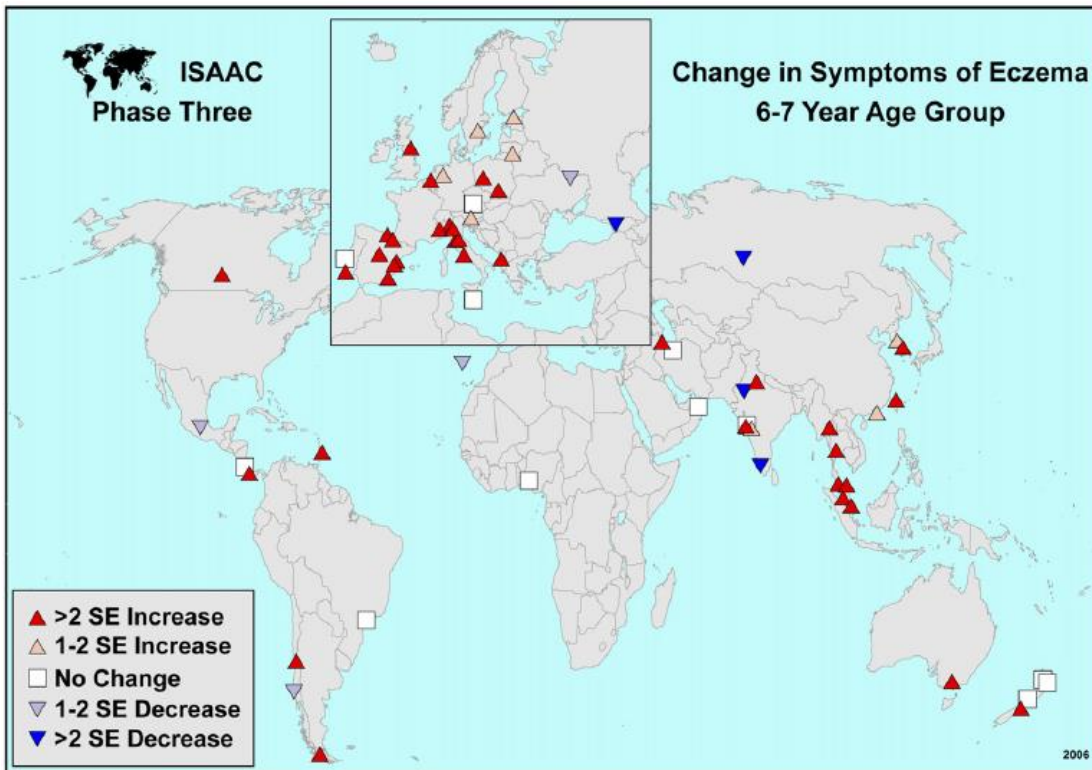
Algunas revisiones sistemáticas han examinado la distribución de la DA a nivel global, encontrándose una importante variación geográfica, explicado en parte tanto por el diseño del estudio epidemiológico como por la población estudiada (Bylund, Von Kobyletzki, Svaldest, & Svenson, 2020). En adultos, la prevalencia de DA oscila entre 1.2% a 9.7%, con mayor ocurrencia en países europeos; mientras que, en niños, la prevalencia de DA se encuentra entre 1.7% a 32.8%, con mayor ocurrencia en Asia.

Respecto a la incidencia, estudios en población general estiman una incidencia de 10.2 a 13.6 casos por año por cada 1,000 habitantes; en estudios con población pediátrica, la incidencia oscila entre 16.5 a 52.4 casos por cada 1,000 habitantes (14).

Gracias al estudio *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) se conoce con mayor detalle el comportamiento de la ocurrencia de la DA en población pediátrica. Si bien es importante tener en cuenta que el objetivo de este estudio fue la ocurrencia de asma, también se incluyeron datos de patologías alérgicas (15). A partir de las encuestas de 143 centros procedentes de 60 países, se conoce que la prevalencia de DA, en niños entre 6 y 7 años, oscila entre 0.9% en India y 22.5% en Ecuador (**Figura 2**). Esto contrasta con los datos encontrados en población de adolescentes de 13 a 14 años, en quienes la prevalencia de DA oscila entre 0.2% en China a 24.6% en Colombia.

Adicionalmente, a partir de la comparación entre las tres fases del estudio ISAAC, se ha determinado que, en general, la prevalencia de la DA en población infantil ha aumentado en el tiempo, principalmente en países latinoamericanos, Europa occidental y Australasia (3).

Figura 2. Cambio en la prevalencia de DA en niños de 6-7 años, entre 2000 a 2006.



SE: standard deviation

Fuente: Estudio ISAAC, fase tres (Williams, Stewart, & von Mutius, 2008)

En relación con el entorno, algunos estudios sugieren que la prevalencia de DA es menor en entornos rurales en comparación con el urbano. Esta menor ocurrencia de la DA también se ha documentado en áreas con mayor deprivación socioeconómica (16).

Por otro lado, Barbarot y colaboradores realizaron en 2018 un estudio tipo encuesta en 8 países de Norteamérica, Europa y Asia, con el fin de estimar la prevalencia de DA en adultos (17). Se encontró una prevalencia que oscilaba entre 2.1% a 4.9%. Como dato adicional, se identificó que entre el 4-8% de los casos de DA eran severos, y entre el 38-53% eran moderados.

Silverberg realizó un estudio internacional de tipo transversal, de base poblacional, en menores de edad (18). A partir de los datos procedentes de 18 países, incluyendo algunos latinoamericanos, se estimó una prevalencia entre el 2.7% y el 20.1%. Similar al anterior, entre el 3% y el 7% de los casos eran severos, y entre el 24% y el 47% eran moderados.

1.10. Carga de la dermatitis atópica

De acuerdo con el estudio *Global Burden of Disease* del 2017, la DA genera 123.1 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (o DALYs) por cada 100,000 personas, afectando más a mujeres que a hombres, 136.43 y 110.72 DALYs respectivamente (19). Para el año 2017, se estimó que en la región latinoamericana la DA generaba 220 DALYs, seguido de Norteamérica con 212 DALYs, la región del pacífico asiático con 209 DALYs, y África subsahariana con 193 DALYs (20). Se ha estimado que, de las enfermedades no letales, la DA ocupa el puesto 15, y el primero entre todas las condiciones dermatológicas, como generador de DALYs (20).

No obstante, algunos estudios han establecido que las personas con DA tiene un riesgo aumentado de mortalidad, en especial aquellos con DA severa. Por ejemplo, Silverwood y colaboradores publicaron un estudio de cohorte de base poblacional en el que evidenciaron que los adultos con DA severa tiene un 62% mayor riesgo de muerte en comparación con aquellos sin DA, asociado a causas infecciosas, respiratorias y genitourinarias (21).

Dada la cronicidad de la DA, se ha investigado qué impacto tiene sobre la población. En este sentido, se ha abordado la carga de la dermatitis atópica en función del impacto que general sobre la calidad de vida de los pacientes que padecen esta condición. La Asociación del Eczema de los Estados Unidos realizó una revisión de la literatura sobre el impacto del DA en la calidad de vida, cuyos resultados se resumen a continuación (22):

- **Calidad de vida en los niños:** Uno de los estudios incluidos reportó que al menos el 20% de los niños y sus familias refieren algún tipo de afectación en la calidad de vida. Al respecto, se identificó que la DA se asocia a problemas conductuales, irritabilidad, junto con interferencia en las actividades de la vida cotidiana como el vestirse, bañarse, jugar, y practicar deporte (especialmente la natación), ya que estas actividades generan prurito significativo para los pacientes. Se ha evidenciado que algunos niños reducen sus interacciones sociales, asociado a ausencias escolares repetitivas.
- **Calidad de vida en los adultos:** se identifican factores de limitación funcional física y mental. Uno de los estudios reportó que el 25% refería alguno tipo de compromiso negativo en su vida social por motivo del eczema. Otro estudio encontró que el 35% de los adultos percibían que la DA afecta su escogencia en la ropa que utilizan, y el 32% percibía limitaciones para el aseo facial (como el afeitado) o el uso de maquillaje. Por otro lado, un estudio encontró una asociación entre DA y suicidio (OR = 3.57, IC95% 2.46 – 5.67) y problemas mentales (OR = 2.57, IC95% 1.59 – 4.15). Así mismo, una publicación abordó la asociación entre alteraciones del sueño y la intensidad de los síntomas de la DA en términos de sensación de fatiga, con un impacto importante en los pacientes (OR = 8.67, IC95% 7.15 – 10.43)
- **Calidad de vida en las familias:** se identificó que cerca del 30% de los cuidadores están afectados de manera negativa, en especial por temas relacionados con *burn-out* o trastornos emocionales (de los padres).

Otro aspecto a tener en cuenta en relación con la carga de la DA que genera sobre los sistemas de salud concierne a los costos de la enfermedad. Estimar los costos de la DA es algo complejo, dada la heterogeneidad en su severidad. No obstante, algunos estudios realizados en los Estados Unidos indican que, para el año 2004, la DA costó \$ 4,200 millones de dólares, comparado con los \$ 3,700 millones del costo anual de la psoriasis; de este valor anual, el 23.8% fueron costos directos (\$1,000 millones) y el 76.2% restantes fueron costos indirectos (\$3,200 millones) (22).

Una revisión de la literatura sobre los aspectos socioeconómicos de la DA reveló más detalles de las causas de los costos generados por la DA (23). A continuación, se sintetizan las causas por tipo de costo de la DA:

- Costos directos
 - Consultas de dermatología y alergología.
 - Medicamentos prescritos (tanto esteroides tópicos como sistémicos).
 - Medicamentos sin prescripción *-over the counter-* como humectantes.
 - Pruebas de laboratorio, incluyendo pruebas de función hepática para monitoreo del uso de medicamentos sistémicos.
 - Procedimientos, como apósitos o fototerapia.
 - Hospitalizaciones.
- Costos indirectos
 - Ausentismo, escolar y laboral.
 - Falta de concentración por prurito, asociación a bajo desempeño escolar o productividad laboral.
 - Pérdida de empleo.
 - Carga social, asociada a sentimiento de vergüenza que promueve que las personas se aíslen de escenarios sociales (escuela y trabajo).
 - Carga psicológica, asociado a alteraciones del sueño secundarias al prurito, depresión, ansiedad, incluso ideación suicida.

Un estudio realizado en Alemania describe el costo anual de la DA de acuerdo con el grado de severidad de la enfermedad (24). En promedio, para el año 2019, el costo por persona / por año con DA fue de €3,616 (mediana de €874), de los cuales los costos directos fueron de €3133 (86.6%) y los costos indirectos fueron de €483 (13.4%). Por otro lado, el costo de la DA leve fue de €1466 en promedio, de la DA moderada a severa fue de €5229. Del costo anual por paciente con DA, el 54% fue causado por medicamentos, seguido de un 18% para atenciones hospitalarias. Se estimó que el costo anual para el manejo de la DA en Alemania es alrededor de € 2,200 millones.

Por otro lado, un aspecto importante de las implicaciones económicas de la DA está relacionado con la utilización de servicios de salud. Un estudio realizado en Taiwán mostró

que los pacientes con DA leve tiene un promedio de consultas ambulatorias al año de 9.6, en comparación con pacientes con DA moderada (11.28 consultas promedio por año) y DA severa (16.23 consultas promedio por año), es decir, los pacientes con DA severa pueden tener 1.7 veces mayor utilización de consultas por año que los pacientes con DA leve. Este estudio en particular también evidenció que los costos de atención aumentaron significativamente en la población con DA severa, explicado tanto por el incremento de la utilización de servicios ambulatorios, como por el uso de medicamentos, siendo este 2.8 veces mayor que los pacientes con DA leve, y 2.6 veces mayor que los pacientes con DA moderada (25).

De manera similar, un estudio realizado en los Estados Unidos evidenció que la severidad es un factor predictivo para mayor utilización de servicios. Específicamente, aquellos pacientes con DA severa tienen 24.25 veces mayor probabilidad de requerir servicios ambulatorios en comparación con aquellos con DA leve. Algo interesante de este estudio es que indagó sobre las causas relacionadas con la no búsqueda de atención por parte de los pacientes con DA, y se encontró que alrededor del 70% no consideraba que sus síntomas fueron bastante “malos” para consultar, comportamiento que sugiere una sub-utilización de servicios por parte de los pacientes con DA leve (26).

1.11. Epidemiología de la Dermatitis Atópica en Colombia

Colombia fue uno de los países que participó en el estudio ISAAC. De acuerdo con el reporte de la fase tres de este estudio, y basado en la presencia de síntomas activos, Colombia tiene una prevalencia del 14.3%, en niños entre 6 a 7 años. Esta cifra es variable dentro del país, con una prevalencia del 20.9% registrada en la ciudad de Barranquilla, 14.3% para Bogotá y 7.3% para Cali (15).

Para el caso de la población adolescente de 13 a 14 años, Colombia tiene una prevalencia de 14.5%. De igual manera, la prevalencia reportada para Barranquilla fue del 24.6%, del 12.1% para Bogotá y del 6.9% para Cali (15).

Sanclémente y colaboradores realizaron un estudio transversal con 212 pacientes con el objetivo de caracterizar aspectos sociodemográficos y clínicos de la DA (27). Utilizaron la información de pacientes procedentes de Barranquilla, Bucaramanga, Medellín y Cali, mayores de 12 años y con diagnóstico de DA moderada a severa. Los autores encontraron que:

- El 52.8% eran mujeres.
- La mediana de la edad de diagnóstico fue de los 10 años.
- El 55.7% de los casos fueron diagnosticados por especialista en dermatología, 17.5% por medicina general y 15.6% por pediatría.

- Los síntomas de mayor frecuencia fueron: xerosis (98.11%), prurito con la sudoración (75.47%), curso clínico influenciado por ambiente o emociones (71.23%), intolerancia a la lana y solventes orgánicos (49.53%), oscurecimiento periorbital (49.06%), pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan (47.17%) y elevación de IgE (43.87%).
- El 68.9% presentaba como comorbilidades atópicas la rinitis alérgica, seguido de asma (28.8%), alergia a los alimentos (32.5%) y conjuntivitis alérgica (29.7%).
- En cuanto a la distribución de la DA, lo más frecuente fue el compromiso flexural (19.6%), seguido de dermatitis en los párpados (11.7%), eczema de la mano (5.1%) y queilitis (5.1%).

En cuanto al impacto de la carga de enfermedad, en términos de calidad de vida, un estudio realizado en la ciudad de Medellín encontró hallazgos de relevancia (Cuervo, Sanclemente, & Barrera, 2021). Con base en la aplicación del cuestionario EQ-5D, se evidenció que el 3.3% de los pacientes adultos con DA presentaban problemas de autocuidado, 8.8% dificultades para las actividades de la vida diaria, 17.6% reportó dolor o malestar intenso, 12.1% refirieron síntomas de ansiedad o depresión, y un promedio de estado de salud de 75.01 (escala de 0 a 100, donde 100 corresponde al mejor estado de salud imaginable).

Un aspecto interesante del anterior estudio fue que los autores exploraron el gasto mensual que el paciente invierte en el manejo de su enfermedad. Se encontró que el 43.3% de los participantes reportó un gasto mensual de \$0 a \$100,000, el 23% reportó un gasto mensual de \$100,000 a \$200,000, y un 23.9% un gato mensual entre \$200,000 a \$500,000 (año 2020), lo que sugiere un gasto de bolsillo importante. Infortunadamente, el objetivo del estudio no era un análisis de costo y no se aborda en qué servicios o insumos explican este gasto (28).

1.12. Aspectos generales de propuestas de modelos de atención para Dermatitis Atópica

Existen diversas propuestas de modelos de atención que buscan brindar una atención integral a las personas con DA, en función de las necesidades en salud identificadas. A pesar de la heterogeneidad, se puede realizar una síntesis de los componentes esenciales que tienen estos modelos de atención:

1.12.1. Atención centrada en el paciente con Dermatitis Atópica

Cualquier modelo de atención debe tener como centro las preferencias y valores percibidos por los pacientes, en especial cuando existe un impacto significativo en la calidad de vida. Algunos estudios con metodología cualitativa han mostrado qué elementos podrían tenerse

en cuenta al momento de adoptar un enfoque basado en las preferencias del paciente con DA (29). Entre estos se encuentran:

- Necesidad de un trato personal y un mayor reconocimiento del impacto de la enfermedad
- Necesidad de atención psicosocial y médica, así como un acceso oportuno al médico tratante durante los brotes de la enfermedad.
- Necesidad de información acerca de la enfermedad, modalidades de tratamiento y percepción de mayor participación en la toma de decisiones.

Un aspecto clave en la atención centrada en los pacientes es lo relacionado con la necesidad de adherencia al tratamiento. Algunas propuestas han enfatizado que la relación entre el médico tratante y el paciente, o los padres del paciente, debe basarse en pautas educativas adecuadas que permitan garantizar la adherencia al tratamiento instaurado (30). Otros modelos han desarrollado en mayor detalle el componente educativo, con una metodología más sistemática y elaborada que busca transferir conocimiento y habilidades en autocuidado, adaptación al tratamiento y afrontamiento de la enfermedad, hacia los pacientes y sus cuidadores (31).

1.12.2. Vías clínicas de atención – Organización de las intervenciones clínicas

Otro tipo de modelo de atención se enfoca en la organización y secuencia de las intervenciones clínicas realizadas durante el proceso de atención. El Reino Unido es conocido por elaborar diferentes vías clínicas (*clinical pathways*) que “traducen” de una manera más pragmática y operativa las recomendaciones de sus guías de práctica clínica. El Royal College of Paediatrics and Child Health ha desarrollado una vía clínica para el eczema, en la cual se desarrolla un proceso de atención que establece: puntos de entrada o identificación de niños con DA, acciones de diagnóstico y clasificación de la severidad, y manejo. Cada paso del proceso tiene un desagregado de actividades y competencias necesarias para lograr mejores resultados en salud (32).

1.12.3. Modalidades de telemedicina – mejorando el acceso a dermatología

Una propuesta de modelo de atención diseñada por la Universidad de California, Estados Unidos, estuvo basada en mejorar el acceso a dermatología, utilizando teleconsulta, de manera asincrónica. Se realizó un ensayo clínico para evaluar la efectividad de este modelo de atención de “acceso en línea directo” con dermatología frente a la consulta presencial con esta especialidad, en términos de resultados medidos por los pacientes -POEM- e índice de valoración global -IGA-. Los investigadores encontraron que el modelo de atención en línea fue equivalente al modelo convencional de consulta presencial (33).

1.12.4. Equipos multidisciplinarios – rol del profesional de enfermería

En entornos con limitación de acceso a profesionales de medicina, se han planteado un rol más activo por parte del profesional de enfermería. Una experiencia publicada en Sudáfrica mostró que los profesionales de enfermería, con entrenamiento en dermatología, pueden contribuir al control de la enfermedad (34).

2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Con base en la revisión de la literatura realizada y expuesta en el componente anterior, se han identificado algunos elementos como necesidades de atención en salud de la población con DA, que fungen como punto de partida para la propuesta de acciones clave dentro de la Ruta de Atención. Estas necesidades son:

- Dada la prevalencia tan variable en Colombia, y frente a los datos de alta prevalencia a nivel global, es factible que en muchas partes del país exista un **sub-diagnóstico** de la enfermedad, especialmente en la población pediátrica.
- Un poco más de la mitad de los casos de DA de Colombia han sido diagnosticados por la especialidad de dermatología. Ante un escaso recurso de talento humano especializado, es fundamental mejorar la **capacidad resolutive (diagnóstica)** de los médicos generales.
- Entre un 5% al 8% de los pacientes con DA tiene un cuadro clínico severo, lo que requiere de un **diagnóstico precoz y manejo oportuno** de la enfermedad. Estas acciones permiten anticipar que el paciente llegue a una etapa de severidad que resulta en mayor utilización de servicios de salud (y, por tanto, mayor costo), mayor complejidad en el manejo farmacológico y mayor deterioro de la calidad de vida.
- Uno de los pilares del tratamiento concierne a la educación de la enfermedad, adherencia al tratamiento e incorporación de medidas preventivas, de especial interés para los padres. Ello conlleva a la necesidad de fortalecer el **rol y alcance de los prestadores de atención primaria** y un **manejo multidisciplinario** para aquellos casos severos o de difícil manejo.
- Siendo la DA una condición crónica, los pacientes requieren de contactos repetitivos en el tiempo, es decir, demandan servicios de salud de una manera periódica y recurrente. Por tanto, se requiere que la organización de las atenciones en salud (intervenciones) puedan dar respuesta a esta necesidad de una adecuada **coordinación y continuidad de la atención**, en especial, cuando se requiere de los servicios de prestadores complementarios.
- Así mismo, para lograr mayor eficiencia en el uso del talento humano en salud especializado, es conveniente explorar alternativas de modelos de atención que **optimicen la utilización de la especialidad de dermatología y/o alergología** dirigida al manejo de un subgrupo dentro de la población con DA que por su complejidad en el manejo (esto es, manejo de la DA severa), aporta mayor valor en salud.

- Ante el reconocimiento de la DA como parte de la marcha atópica, es fundamental que las acciones para su control y seguimiento se interconecte con el **manejo de las comorbilidades atópicas**, especialmente, rinitis alérgica y asma.
- Se requiere de un **equipo de salud activado y pacientes empoderados en autocuidado** (delegado en los padres, para el caso de pacientes pediátricos) para obtener los mejores resultados en salud y un impacto positivo en la calidad de vida en las personas con DA.
- La DA es una condición que poco a poco está incrementando su prevalencia, y teniendo en cuenta que se trata de una condición crónica, se genera el escenario en que en el corto y mediano plazo existirá una cantidad de pacientes elevada, población que demandará servicios de salud para el control de su enfermedad. A esto se suma el hecho de que los pacientes con DA severa pueden requerir alrededor de 2 veces la frecuencia de servicios de salud ambulatorios que los pacientes con DA leve. Por tanto, una ruta de atención permite la **reorientación de los servicios de salud de una manera eficiente y pertinente**. Con esto, se espera una reducción del costo médico relacionado con la prestación ineficiente y/o no pertinente de servicios ambulatorios especializados, tanto consultas como uso de medicamentos sistémicos.

Con base en lo expuesto anteriormente, se proponen las siguientes acciones clave en el marco del proceso de atención de pacientes niños y adultos con DA. Estas acciones clave se traducirán en intervenciones individuales contenidas en la Ruta de Atención para Dermatitis Atópica:

2.1. Acciones para el componente primario

- Fomento de acciones de prevención de factores de riesgo modificables en población a riesgo, con especial énfasis en menores de 13 años (interconexión con la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud en su componente educativo).
- Mejoramiento de las capacidades de identificación de pacientes con sospecha de DA por parte de los profesionales de medicina general.
- Apropiación del conocimiento y adaptación de instrumentos de fácil implementación en la práctica médica para la realización del diagnóstico y clasificación de severidad.
- Aplicación rigurosa, sistemática y de fácil ejecución del proceso de diagnóstico diferencial como parte del diagnóstico de DA por parte del profesional de medicina general.
- Orientación para el uso correcto y eficiente de medicamentos de primera línea de tratamiento, junto con instrucciones relacionadas con medidas preventivas frente a factores desencadenantes.
- Implementación de modelos simplificados de seguimiento de pacientes con DA, con objetivos terapéuticos claros, dentro de los cuales estará el control de la enfermedad,

adherencia al tratamiento e identificación oportuna de complicaciones (principalmente sobreinfección), especialmente en aquellos pacientes poli-consultantes o estadios más severos de la enfermedad.

- Elaboración de criterios para solicitud de apoyo a especialista en dermatología y/o alergología.
- Articulación con las Rutas de Atención de Asma y Rinitis alérgica.

2.2. Acciones para el componente complementario

- Elaboración de criterios por los cuales se debe realizar diagnóstico por parte de especialista en dermatología y/o alergología.
- Iniciación de segunda y tercera línea de tratamiento, con énfasis en medidas preventivas de desencadenantes.
- Implementación de modelos simplificados de seguimiento de pacientes con DA, con objetivos terapéuticos claros, dentro de los cuales estará el control de la enfermedad, adherencia al tratamiento e identificación oportuna de complicaciones (especialmente sobreinfección), especialmente a aquellos pacientes poli-consultantes o estadios más severos de la enfermedad. Incluye definir estudios paraclínicos de seguimiento según el tratamiento utilizado.
- Elaboración de criterios de mejoramiento clínico y plan de contrarreferencia al componente primario.
- Articulación con las Rutas de Atención de Asma y Rinitis alérgica.

2.3. Acciones para adaptación a entornos rurales o de difícil acceso a componente complementario

- Identificación de centros especializados que hagan las veces de “IPS padrinas” en cuanto a la posibilidad de:
 - Capacitaciones y plan de educación médica no continua a los médicos generales y demás profesionales de la salud.
 - Facilitación de teleasistencia y teleapoyo.
 - Exploración de elementos esenciales para la implementación de la teledermatología.
- Fortalecimiento de las capacidades resolutivas y competencia en los equipos de atención primaria.
- Exploración para el diseño de intervenciones de base comunitaria en el marco del cuidado de los niños y las niñas.

3. COMPONENTE DE RIESGO

3.1. Gestión integral del riesgo en salud

La gestión integral del riesgo en salud (GIRS) es una estrategia de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades. Está orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población anticipándose a las enfermedades y los traumatismos, para que estos no se presenten o para que se detecten y aborden oportunamente, con el fin de impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias(35).

El objetivo que persigue esta estrategia es lograr un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (35).

Gestionar el riesgo en salud supone conocer la distribución y los determinantes de los riesgos asociados, los cuales tienen importantes implicaciones para la identificación y selección de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales basadas en la evidencia, orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y al manejo integral de la misma una vez se ha presentado (35).

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social y Salud (MPSS), los actores del sistema de salud tienen como finalidad afectar positivamente los determinantes sociales de la salud o, cuando sea el caso, mitigar su impacto en los niveles de riesgo de la población.

Se deben, entonces, desarrollar herramientas que permitan abordar las prioridades en salud, la articulación de las redes de atención, la gestión del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud.

Al ser la DA una enfermedad crónica, de alta prevalencia, con una importante carga de enfermedad y potencial deterioro de la calidad de vida, se hace necesario contar con un proceso de atención integral que permita su gestión, mejorando la salud de quien la padece, los resultados durante el proceso de atención y los costos asociados con los resultados obtenidos.

La gestión para un grupo de riesgo determinado se inicia evaluando los eventos con mayor incidencia e identificando los riesgos asociados con la patología, para posteriormente, evaluar la relación de eventos que permita tipificar los casos y orientar las acciones e

intervenciones tanto de las Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB) como las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS).

En este sentido, el presente documento expone los principios fundamentales de un modelo de gestión del riesgo para la atención de las personas con sospecha o diagnóstico de Dermatitis Atópica en clave de Ruta de Atención, incorporando en él los procesos y momentos de articulación que se considera deben darse entre las EAPB y la red de prestación de servicios de salud, con el fin de ofrecer una gestión clínica fundamentada en la gestión integral del riesgo.

Esta Ruta hace uso de los resultados obtenidos en los capítulos anteriores de este documento, la epidemiología de la enfermedad y situación problemática, de tal forma que se pretende orientar los elementos que configuran el modelo de salud.

Sin embargo, este documento no busca ser una guía de práctica clínica ni es un documento que soporte un proceso de adopción o adaptación de guías de práctica clínica.

3.2. Población

La presente ruta de atención está dirigida a personas con sospecha o diagnóstico de DA, de cualquier edad.

Para fines de la implementación, se proponen las siguientes definiciones:

Caso sospechoso de DA: todo paciente con lesión cutánea pruriginosa crónica, o que cumpla con los criterios de inclusión administrativos descritos más adelante.

Caso confirmado de DA: todo paciente en quien un profesional de medicina ha establecido el diagnóstico de DA mediante la aplicación de criterios diagnósticos.

Como parte de la gestión del riesgo, es importante considerar el incorporar estrategias de identificación de pacientes con DA mediante búsqueda activa institucional, con el fin de que las aseguradoras puedan captar y redireccionar a sus usuarios con sospecha de DA. Para ello, se puede recurrir a la utilización de ciertos servicios de salud sugerentes de pacientes con DA aun no identificados.

Con base en lo anterior, se proponen las siguientes variables administrativas dirigidas a la identificación de casos sospechosos de DA:

- Paciente en edad pediátrica, adolescente o adulto con utilización de dos o más consultas de dermatología o alergología en los últimos 6 meses bajo los diagnósticos CIE-10 descritos en la Tabla 1.
- Paciente en edad pediátrica, adolescente o adulto con utilización de medicamentos tópicos bajo los diagnósticos CIE-10 descritos en la Tabla 1.

- Paciente en edad pediátrica, adolescente o adulto con utilización de medicamentos sistémicos (corticosteroides, inmunosupresores) que a su vez haya consultado al menos una vez con dermatología o alergología en el último año, o que tenga algunos de los diagnósticos CIE-10 descritos en la Tabla 1.
- Paciente en edad pediátrica, adolescente o adulto con utilización de dupilumab que a su vez haya consultado al menos una vez con dermatología o alergología en el último año, o que tenga algunos de los diagnósticos CIE-10 descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. CIE-10 relacionados con Dermatitis Atópica

CIE-10 ESPECÍFICOS DE DA	
L208	OTRAS DERMATITIS ATOPICAS
L209	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA
CIE-10 SUGERENTES DE DA	
L298	OTROS PRURITOS
L299	PRURITO, NO ESPECIFICADO
L308	OTRAS DERMATITIS ESPECIFICADAS
L309	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA
L448	OTROS TRASTORNOS PALPULOESCAMOSOS ESPECIFICADOS
L449	TRASTORNO PAPULOESCAMOSO, NO ESPECIFICADO
L45X	TRASTORNOS PAPULOESCAMOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

Tabla 2. CUPS relacionados con consulta de dermatología

CUPS DE CONSULTA DE DERMATOLOGÍA	
890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA
890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA

Si se evidencia algún usuario que cumpla con alguno de los criterios enunciados, debe considerarse como caso sospechoso de DA y se recomienda direccionar a Medicina General para valoración y confirmación diagnóstica.

3.3. Estratificación del riesgo en Dermatitis Atópica

Un aspecto crítico en la ruta de atención es la determinación de la severidad de la DA. Como se propone más adelante, la determinación de si el paciente cursa con una DA leve, moderada o severa tiene implicaciones en la toma de decisiones del profesional de medicina o pediatría en el componente primario.

Basado en el documento consenso elaborado por Gooderham y colaboradores (10), se realizan las siguientes definiciones de severidad, considerando las escalas SCORAD y EASI, las cuales cuentan con mayor sustento en la evidencia en cuanto a aplicabilidad y reproducibilidad (36):

Tabla 3. Puntaje para determinación de severidad

Escala	Leve	Moderado	Severo
SCORAD	< 29	29 – 49	> 49
EASI	< 7	7 - 21	> 21

Fuente: Referencia Gooderham, Bissonnette, & Grewal, 2018

Sin embargo, algunos estudios han mostrado que estados dos escalas en particular tiene la limitación de requerir un tiempo significativo para su realización, entre 6 a 10 minutos por personal entrenado. Ante esta limitantes, se ha propuesto una herramienta más rápida y de fácil implementación en contexto clínicos habituales, lo que la hace óptima para ser utilizada por los profesionales de medicina general y pediatría del componente primario. Esta herramienta consiste en la multiplicación de dos escalas: la IGA y la BSA (37):

- La IGA (*Investigator’s Global Assessment*) consiste en una escala de calificación de cinco puntos que va desde 0 (“claro”) a 4 (grave) basada en una evaluación general de las lesiones cutáneas de la DA (eritema y papulación/infiltración).
- La BSA (*body surface area*) evalúa, mediante la regla de los nueve y/o la regla palmar, el compromiso de la DA en términos de porcentaje de superficie corporal. Se calcula como la suma de todas las áreas afectadas, con un rango de 0% a 100%.

La puntuación IGAXBSA se calculó multiplicando la puntuación IGA por la BSA, dando un rango de puntuación de 0 a 400 (máxima IGA = 4 y máxima BSA = 100). La severidad, entonces, está determinadas por los siguientes umbrales:

Escala	DA leve	DA moderada	DA severa
IGAXBSA	0 - 30	30.1 - 130	130.1 - 400

3.4. Flujograma: proceso general de atención para personas con DA

El siguiente flujograma (**Figura 3** y **Figura 4**) busca proveer una perspectiva general del proceso de atención, la cual se detalla en la siguiente sección de Ruta de Atención para personas con Dermatitis Atópica. No obstante, se considera relevante mostrar las intervenciones generales, su secuencialidad, y las interacciones entre los componentes primario y complementario.

Además, se menciona a continuación las intervenciones que, por su relevancia, representan “hitos” o puntos críticos de la ruta de atención. Estas intervenciones hito son esenciales para la toma de decisiones y tránsito del paciente:

- Determinación de la severidad (componente primario)
- Seguimiento al mes (componente primario)
- Considerar ajuste / escalonamiento del manejo sistémico (componente complementario)
- Seguimiento cada 3 meses (componente complementario)

Figura 3. Flujograma de la ruta de atención integral para personas con Dermatitis Atópica (componente primario)

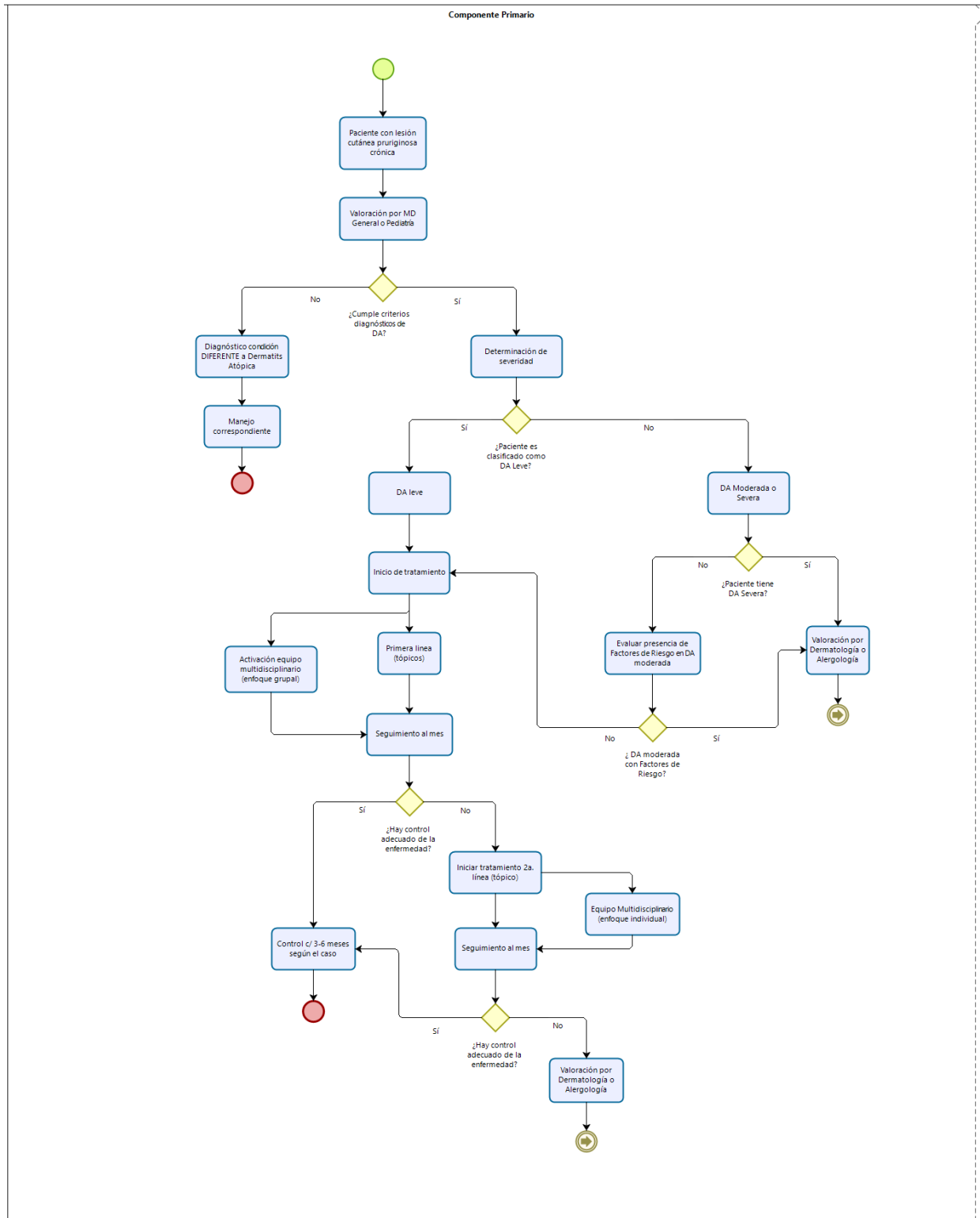
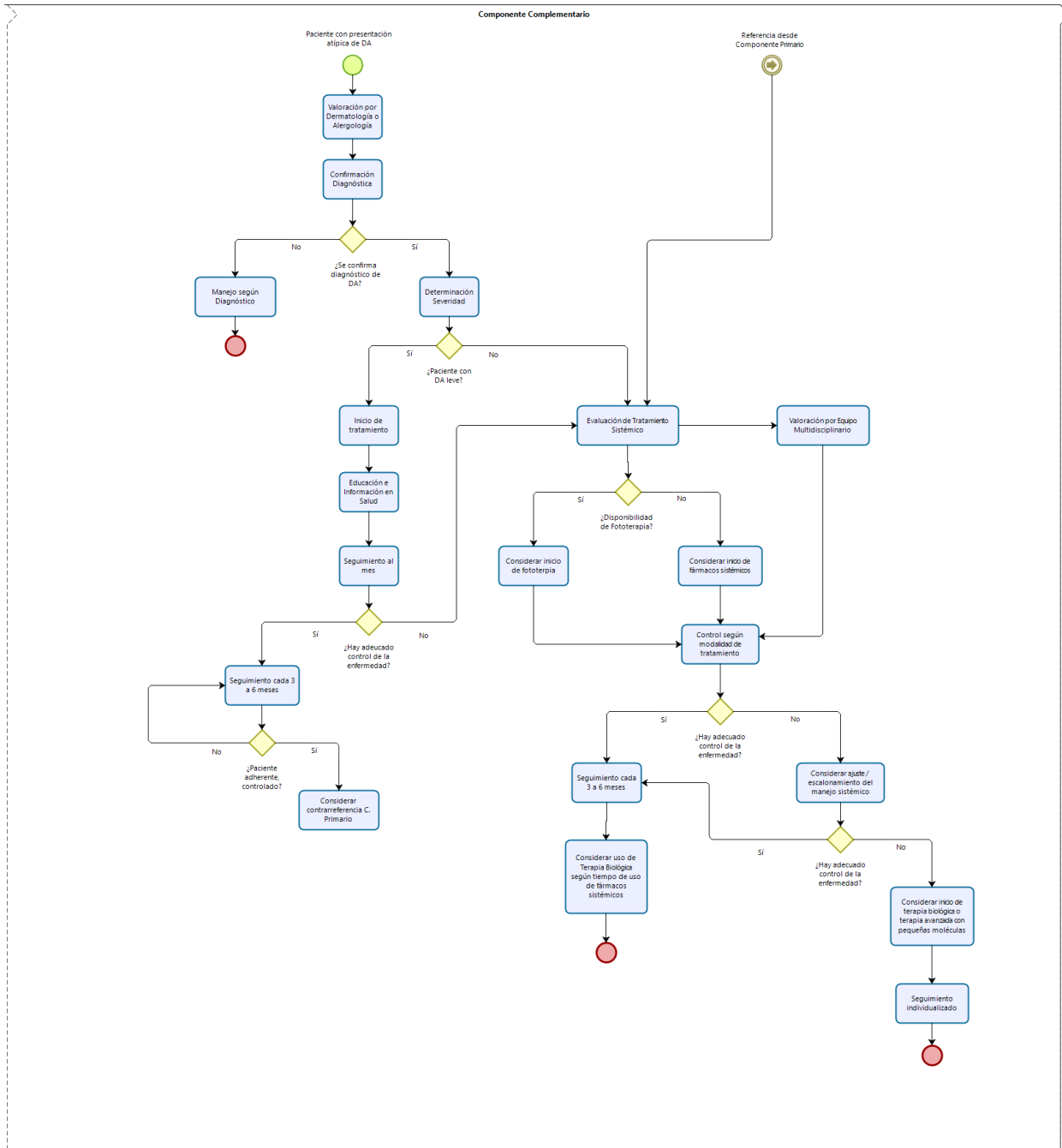


Figura 4. Flujograma de la ruta de atención integral para personas con Dermatitis Atópica (componente complementario)



4. RUTA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON DERMATITIS ATÓPICA

4.1. JUSTIFICACIÓN

La presente sección tiene como propósito establecer una hoja de ruta en la que se establecen ciertas intervenciones y un mecanismo de monitoreo y evaluación de la gestión del riesgo en personas con diagnóstico de Dermatitis Atópica (DA). Esta ruta de atención se torna en una herramienta que facilita el establecimiento de acuerdos administrativos entre aseguradores y prestadores, en torno a garantizar una atención oportuna, pertinente, continua e integral. Con esto, se espera impactar favorablemente en los resultados en salud, calidad de vida y uso eficiente de los recursos relacionados con el manejo de la DA.

4.2. OBJETIVOS

4.1.1. Objetivo general

Organizar la atención de personas con sospecha o diagnóstico de DA considerando las intervenciones realizadas desde la perspectiva del prestador y del asegurador, con el fin de mejorar el control de la enfermedad, mejorar la calidad de vida, y fomentar el uso pertinente y eficiente de los recursos en salud.

4.1.2. Objetivos específicos

- Identificar personas con sospecha de DA, desde una perspectiva clínica y administrativa, para la realización de un diagnóstico oportuno.
- Proponer intervenciones desde los componentes primario y complementario en torno al manejo integral de las personas con diagnóstico confirmado de DA, que faciliten la coordinación y continuidad de la atención.
- Lograr el control de la enfermedad de los pacientes ya diagnosticados y en tratamiento, mediante un seguimiento estructurado y un plan de manejo multidisciplinario.

- Reducir ineficiencias y desperdicios en salud mediante la optimización del uso de la especialidad de dermatología, con especial énfasis en el aumento de las capacidades resolutivas del componente primario.

4.3. INTERVENCIONES

Las intervenciones corresponden a acciones en salud realizadas por profesionales en salud en el marco del proceso de atención de las personas con DA. Con el fin de organizar la secuencialidad de estas intervenciones, se han agrupado en dos componentes: si son efectuadas por profesionales del nivel primario (o componente primario) o por profesionales de IPS especializadas (o componente complementario).

4.3.1. Intervenciones del componente primario

INTERVENCIONES DE PUERTA DE ENTRADA

Son aquellas direccionadas a la identificación de casos sospechosos de DA y corresponden a:

- Pacientes pediátricos que asisten a consulta de medicina general o pediatría por motivo de prurito asociado a lesiones cutáneas.
- Pacientes adolescentes o adultos que asisten a consulta de medicina general por motivo de prurito asociado a lesiones cutáneas.
- Pacientes que asisten a seguimiento ambulatorio por motivo de previa asistencia a los servicios de urgencias, en donde se ha realizado la impresión diagnóstica de DA.

Una acción que se complementa con lo anterior es la gestión de búsqueda e identificación de usuarios con DA, de acuerdo con la aplicación de las variables administrativas (descritas en la sección anterior). Esto permite que la IPS primaria realice la verificación diagnóstica y determinación de la severidad de cada paciente derivado desde la EPS, y que cada usuario se enrute según la propuesta de ruta.

El objetivo de estas acciones es captar y orientar de manera organizada los posibles pacientes con sospecha de DA para que sean valorados por Medicina General (o Pediatría según el caso), tanto por demanda espontánea de los pacientes como por búsqueda institucional de la EPS, y se realice el debido proceso diagnóstico.

INTERVENCIONES DE DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Corresponde al ejercicio del profesional de Medicina General (o Pediatría según el caso), quien realiza la aplicación de criterios diagnósticos para confirmar o descartar DA. Estas acciones son:

- Realización de anamnesis y examen físico, con especial énfasis en búsqueda de antecedentes familiares y personales de atopía, identificación de factores desencadenantes, y caracterización clínica de las lesiones cutáneas.
- Aplicación de los criterios diagnósticos, preferiblemente los propuestos por la Asociación Americana de Dermatología o los criterios de Hanifin y Rajka. Al ser eminentemente clínicos, son de fácil enseñanza y aplicación por parte de Medicina General o Pediatría
- Aplicación de escalas de severidad, idealmente SCORAD o EASI, aunque se propone el uso de la escala compuesta IGAXBSA. En este punto, se determina si el paciente tiene una DA leve, moderada o severa.

Se han propuesto diversos criterios como apoyo al proceso de razonamiento clínico y toma de decisiones, para así llegar a un diagnóstico. Los criterios diagnósticos permiten realizar un proceso estandarizado para la determinación del diagnóstico de DA.

Se ha reconocido la clasificación propuesta por Hanifin y Rajka como el *gold standard* para diagnosticar DA, la cual fue originalmente desarrollada en 1980. No obstante, fue revisada por la Asociación Americana de Dermatología en 2003, considerando que “*la adaptación de este enfoque pragmático para el diagnóstico de DA en bebés, niños y adultos es adecuada para su uso en el contexto clínico*”. Los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Dermatología son (38):

Rasgos esenciales (requisitos):

- Prurito.
- Eczema (agudo o crónico)
 - Con presentación y patrones típicos relacionados con la edad ¹.

Rasgos importantes (presentes en la mayoría de los casos):

- Aparición en edad temprana.
- Historia familiar o personal de enfermedad atópica o elevación de IgE.
- Xerosis (sequedad en la piel)

Rasgos asociados (inespecíficos, pero apoyan el diagnóstico de DA).

- Dermatografismo.

¹ Estos patrones incluyen: 1) compromiso facial, cuello y zonas extensoras en niños; 2) lesiones en zonas de flexión actuales o previas, en cualquier edad; 3) preservación de la ingle y regiones axilares.

- Keratosis pilaris, pitiriasis alba, palmas hiperlineales, ictiosis.
- Cambios oculares o periorbitarios.
- Cambios periauriculares (incluyendo fisuras en los lóbulos de la oreja).
- Cambios periorales.
- Acentuación perifolicular, liquenificación, lesiones pruriginosas (a menudo con rascado).

Por otro lado, se puede utilizar los criterios diagnósticos originalmente propuestos por Hanifin y Rajka. Una manera de traducir los criterios de Hanifin y Rajka, en el contexto del componente primario, es que el profesional de medicina general o pediatría se realice las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿El paciente presenta prurito o evidencia de rascado intenso?
- ¿Las lesiones cutáneas son crónicas o recidivantes?
- ¿Las lesiones cutáneas presentan una tipología y distribución típicas de la DA, es decir, comprometen zonas flexoras en los adultos o zonas extensoras y cara en los niños?
- ¿Hay antecedentes personales o familiares de enfermedad atópica (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica)?

Si hay tres o más respuestas afirmativas, se puede afirmar que el paciente cumple con criterios mayores de Hanifin y Rajka. Posteriormente se explora la presencia de al menos 3 criterios menores, los cuales son (4):

- Xerosis
- Ictiosis/palmas hiperlineales/queratosis pilaris
- Reactividad IgE (reactividad inmediata a la prueba cutánea, prueba de ensayo de radio-alergo-absorbente positiva)
- IgE sérica elevada
- Edad temprana de inicio
- Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente *Staphylococcus aureus* y virus del herpes zoster)
- Tendencia a dermatitis inespecífica de manos y pies.
- Eccema del pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recurrente
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Cataratas subcapsulares anteriores
- Oscurecimiento orbital
- Palidez facial/eritema facial

- pitiriasis alba
- Picazón al sudar
- Intolerancia a la lana y disolventes lipídicos
- Acentuación perifolicular
- Hipersensibilidad alimentaria
- Curso clínico influenciado por factores ambientales y/o emocionales
- Dermatografismo blanco o blanqueamiento tardío a agentes colinérgicos

Se diagnostica DA si hay presencia de 3 criterios mayores y al menos 3 criterios menores.

Una revisión sistemática demostró que los criterios de Hanifin y Rajka tiene una sensibilidad y especificidad que oscila entre 87.9% a 96.0% y de 77.6% a 93.8%, respectivamente (Brenninkmeijer, Schram, & Leeflang, 2008). La reproducibilidad es buena, con estimaciones de índice kappa de 0.68 (39).

Por otro lado, las escalas de severidad requieren de un mayor entrenamiento. Si bien existen múltiples escalas dirigidas a la determinación de la severidad, las escalas SCORAD y EASI cuentan con más estudios sobre su aplicabilidad y reproducibilidad, lo que las hace excelente candidata para entrenamiento a los médicos generales y pediatras (36). Sin embargo, algunos estudios han mostrado que estados dos escalas en particular tiene la limitación de requerir un tiempo significativo para su realización, entre 6 a 10 minutos, por personal entrenado (37).

Por tanto, se propone que el uso de la escala compuesta de IGAXBSA la cual es más rápida y de fácil implementación en contexto clínicos habituales del nivel primario, lo que la hace óptima para ser utilizada por los profesionales de medicina general y pediatría. Esta herramienta consiste en la multiplicación de dos escalas: la IGA y la BSA (37).

Como resultado de lo anterior, cada paciente se ha confirmado el diagnóstico de DA y se ha determinado el grado de severidad de esta. De acuerdo con esto, se tomarán decisiones en cuanto al manejo y seguimiento.

Si el paciente resulta con **DA leve**:

- Inicia tratamiento tópico.
- Se brindan pautas sobre identificación de desencadenantes y medidas preventivas.
- Educación e información en salud.

Si el paciente resulta con **DA moderada**, se debe determinar la presencia de factores que están asociados a peor pronóstico o mayor progresión en el curso natural de la enfermedad. Estos factores son ²:

- Mayores de 30 años ³
- Menores de 6 años
- Compromiso significativo en la calidad de vida (trastornos del sueño, depresión, ansiedad, limitaciones para actividades sociales).
- Comorbilidad con asma o rinitis alérgica.
- Intensidad del prurito ≥ 7 , basado en una escala visual análoga de 0 a 10.
- Lesiones predominantemente localizadas en zona facial o área genital.

Si el paciente tiene **DA moderada SIN factores de riesgo**:

- Inicia tratamiento tópico.
- Se brindan pautas sobre identificación de desencadenantes y medidas preventivas.
- Educación e información en salud.

Si el paciente tiene **DA moderada CON factores de riesgo**:

- Se realiza valoración por dermatología o alergología.

Finalmente, si el paciente es clasificado como **DA severa**:

- Se realiza valoración por dermatología o alergología.

La valoración por dermatología o alergología dependerá de según la oferta disponible en el territorio y según lo establecido en el mecanismo de referencia acordado entre la EPS y la IPS primaria.

Independientemente de lo anterior, al paciente debe brindársele pautas relacionadas con información de la enfermedad, medidas preventivas, educación en autocuidado de la piel, e importancia de la adherencia al tratamiento instaurado (ver intervenciones del equipo multidisciplinario).

INTERVENCIONES DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS TÓPICOS

Estas intervenciones están encaminadas en la utilización adecuada de los medicamentos tópicos por parte de Medicina General o Pediatría. Si bien no está en el alcance de este

² Estos factores son una propuesta de la Ruta dirigida a segmentar el subgrupo de pacientes con DA moderada, los cuales resultan de la revisión de la literatura de aquellos factores asociados a peor pronóstico o mayor severidad en el curso natural de la DA.

³ Estos rangos de edad corresponden a los curso de vida de adultez (mayores de 30 años) y primera infancia (menores de 6). No obstante, estos puntos de corte pueden modificarse de acuerdo con la distribución de la población general adscrita a la EPS y/o a la distribución por edad de la DA observada en la población.

documento emitir recomendaciones puntuales, se enuncian algunos temas que son esenciales en el marco de la capacitación y entrenamiento que deben recibir los médicos tratantes encargados del manejo y seguimiento de los pacientes con DA leve y DA moderada sin factores de riesgo. Estos temas son:

- Utilización adecuada de corticoesteroides tópicos según potencia.
- Reforzamiento de la importancia de una adecuada adherencia.
- Identificación y evitación de factores desencadenantes.
- Identificación y manejo de complicaciones (sobreinfección bacteriana)
- Uso de emolientes e hidratantes ⁴
- Recomendaciones para tratamiento proactivo (de mantenimiento).
- Uso adecuado de inhibidores de calcineurina tópicos.

Con el manejo instaurado, se busca lograr el control de la enfermedad en el menor tiempo posible. Aunque esto depende tanto de la adherencia como de la repuesta clínica de cada paciente, hay ciertas pautas orientadoras que permiten establecer si hay una respuesta adecuada ⁵:

- Re-valoración de la severidad.
- Intensidad de los síntomas, en especial, del prurito.
- Afectación de actividades cotidianas.
- Afectación del sueño.
- Afectación en el estado del ánimo

INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO

En este grupo de intervenciones, se establece una propuesta de esquema de seguimiento. Se pretende resaltar la naturaleza crónica de esta enfermedad, de su variabilidad entre niños y adultos, y su heterogeneidad para responder al tratamiento tópico (que a su vez está influenciado por el grado de adherencia y cambios conductuales para evitar desencadenantes cuando han sido identificados).

- Valoración de respuesta al tratamiento instaurado en 1 mes, en el que el médico tratante define si el paciente ha respondido al tratamiento instaurado. Según el resultado de esta valoración, se definen intervenciones diferentes.

⁴ Muchos emolientes e hidratantes están considerados como de uso cosmético de acuerdo con la clasificación dada por el INVIMA. Sin embargo, su uso no sólo está recomendado en las guías de práctica clínica, sino que también hay consenso en que hacen parte fundamental del manejo integral de las personas con DA. Por tanto, es muy importante que esta intervención sea discutida en los acuerdos entre Asegurador y Prestador.

⁵ Basados en las categorías del *Atopic Dermatitis Control Tool* (ADCT)

- Control cada 3-6 meses según DA leve o moderada sin factores de riesgo, de acuerdo con las características de cada paciente, presencia de complicaciones o nivel de adherencia.
- Pautas para consultar por urgencia – manejo de crisis

Durante los controles de Medicina General o Pediatría, el profesional de medicina debe dar respuesta a la pregunta: *¿El paciente ha respondido al tratamiento instaurado?*

Si la respuesta resulta en que el paciente sí ha respondido adecuadamente:

- Se continua en controles periódicos cada 3 a 6 meses por Medicina General o Pediatría, según el caso.

Si la respuesta resulta en que el paciente no ha respondido adecuadamente:

- Se incrementa dosis, frecuencia o se escala en las siguientes líneas de tratamiento (previa verificación de adherencia adecuada por parte del paciente, tolerancia a efectos adversos y barreras percibidas).
- Si posteriormente, a pesar del ajuste y/o escalamiento terapéutico, el paciente sigue sin tener control de la DA:
 - Se realiza valoración por dermatología o alergología.

Se hace especial énfasis en que, durante el seguimiento, además de evaluar el control de la DA, es fundamental explorar el grado de adherencia al tratamiento, incidencia y tolerancia a efectos adversos, barreras percibidas (tanto personales como familiares, administrativas, entre otras) y aparición de complicaciones (por ejemplo, infecciones bacterianas).

INTERVENCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Las intervenciones del equipo multidisciplinario complementan las intervenciones de tratamiento. El enfoque sugerido, y considerando la perspectiva del componente primario, es que las intervenciones del equipo sean eminentemente educativas.

En primera instancia, se puede recurrir a las actividades ya desplegadas en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, en las cuales existe una metodología ya dispuesta por parte de las IPS primarias. El objetivo acá es que se incorporen temas relacionados con DA y que aproveche del enfoque grupal de estas actividades.

- Diseño e implementación de **actividades educativas en modalidad grupal.**

- Reconocimiento y manejo “casero” de las erupciones (tratamiento proactivo o de mantenimiento, según lo planteado por la guía de práctica clínica colombiana ⁶). (40)
- Reconocimiento de signos y síntomas de infección bacteriana
- Uso de esteroides tópicos: aspectos generales sobre potencia, frecuencia de uso, precauciones a considerar.
- Pautas para consultar a urgencias.

Sin embargo, es factible que algunos pacientes con DA moderada, así no tengan factores de riesgo, presenten algunos aspectos clínicos, psicosociales, familiares o de antecedentes personales (comorbilidades, por ejemplo), que a criterio del médico tratante, amerite un abordaje más individualizado. Esto también aplica para aquellos casos de personas con DA leve que no han presentado adecuado control de la enfermedad.

Las IPS realizan **actividades educativas individuales**, que permiten incorporar elementos del manejo en DA en el contexto de los cuidados propios de las condiciones crónicas. Por tanto, se sugiere:

- Valoración por enfermería
 - En casos definidos por el médico tratante y con DA moderada (o DA leve que no ha mejorado a pesar del manejo instaurado).
 - Enfoque de cuidados de paciente crónico: autocuidado, adherencia, comorbilidades.
- Valoración por psicología
 - En casos definidos por el médico tratante y con DA moderada (o DA leve que no ha mejorado a pesar del manejo instaurado).
 - Manejo integral en salud mental: herramientas de afrontamiento (sobre todo si se identifican limitaciones leves en actividades de la vida diaria), valoración de red familiar-red de apoyo (con particularidades en paciente pediátrico).

4.3.2. Intervenciones del componente complementario

Dado que la oferta de especialistas es muy escasa, con estimaciones de una relación 22:1 entre dermatología y alergología (41), es fundamental que la interconsulta o remisión a alergología se optimice, agregando valor al modelo de atención a través de un enfoque de gestión del riesgo, esto es, que el acceso a esta especialidad sea priorizado a ciertos tipos de pacientes. Por supuesto, esto dependerá en gran medida de la oferta de red de prestadores

⁶ La GPC colombiana vigente recomienda que “los profesionales de la salud consideren el tratamiento proactivo (de mantenimiento) de áreas problemáticas de la dermatitis atópica con corticoesteroides tópicos durante dos días por semana para prevenir las recidivas”.

contratada por la EPS y los acuerdos que resulten entre las IPS que dispongan tanto la especialidad de dermatología y alergología.

INTERVENCIONES DE PUERTA DE ENTRADA

Este grupo de acciones comprenden aquellas en las que los pacientes ingresan al componente complementario. Considera los siguientes casos:

- Abordaje clínico de pacientes con sospecha de patología dermatológica que finalmente resultan en DA.
- Paciente con DA moderada (sin factores de riesgo) que no ha respondido adecuadamente al tratamiento, derivado del componente primario.
- Paciente con DA moderada (con factores de riesgo) y DA severa diagnosticado desde el componente primario.

INTERVENCIONES DE DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Corresponde al ejercicio del especialistas en Dermatología o Alergología, quien realiza la aplicación de criterios diagnósticos para confirmar o descartar DA. Estas acciones son:

- Realización de anamnesis y examen físico, con especial énfasis en búsqueda de antecedentes familiares y personales de atopia, identificación de factores desencadenantes, y caracterización clínica de las lesiones cutáneas.
- Aplicación de los criterios diagnósticos, preferiblemente los propuestos por la Asociación Americana de Dermatología o los de Hanifin y Rajka.
- Aplicación de escalas de severidad, de preferencia la SCORAD o EASI.
- Aplicación de escalas complementarias:
 - Escalas de calidad de vida: POEM, DLQI (y sus versiones para población pediátrica).
 - Escalas para valoración en salud mental: HADS.

Como resultado de lo anterior, se determina el grado de severidad de la DA ya que, de acuerdo con esto, se tomarán decisiones en cuanto al manejo y seguimiento.

Si el paciente resulta con **DA leve**:

- Iniciar tratamiento tópico.
- Se brindan pautas sobre identificación de desencadenantes y medidas preventivas.
- Educación e información en salud.
- Determinar tiempo de seguimiento y contra-referencia a componente primario.

Si el paciente resulta con **DA moderada** o **DA severa**:

- Determinación de tratamiento sistémico.

Independientemente de lo anterior, al paciente debe brindársele pautas relacionadas con información de la enfermedad, medidas preventivas, educación en autocuidado de la piel, e importancia de la adherencia al tratamiento instaurado (ver intervenciones del equipo multidisciplinario).

Es importante tener en cuenta que es común que el paciente con DA severa, además del tratamiento sistémico, reciba (o continúe) manejo tópico, el cual puede ser suspendido de acuerdo con la respuesta clínica del paciente.

Por otro lado, los laboratorios sugeridos para evaluación del pacientes previo al inicio de tratamiento sistémico son (40):

- Pruebas de función renal: Creatinina, nitrógeno ureico.
- Pruebas de función hepática: Bilirrubinas total y directa, alanino aminotransferasa, aspartato aminotransferasa.
- Hemograma.
- Electrolitos: potasio, magnesio.
- Ácido úrico.
- Prueba de VIH.
- Prueba de embarazo: gonadotropina coriónica.
- Tuberculina.

INTERVENCIONES DEL TRATAMIENTO

Las intervenciones de esta sección están dirigidas a listar algunas generalidades relacionadas con el manejo farmacológico de los pacientes con DA, en especial, cuando se está considerando el uso de terapia sistémica.

- Definición de tipo de manejo sistémico: Fototerapia ⁷ vs. Medicamentos sistémicos.
- Solicitud de exámenes de laboratorio respectivos según manejo instaurado.
- Reforzamiento de la importancia de una adecuada adherencia.
- Identificación y evitación de factores desencadenantes.
- Identificación y manejo de complicaciones

De acuerdo con el manejo instaurado, se sugiere el monitoreo de algunos laboratorios como son (40):

⁷ Parte de la decisión de direccionar a fototerapia depende de la oferta disponible en la red de prestadores de la EPS, así como capacidad del paciente (o familia para el caso de niños) de lograr el cumplimiento de las sesiones. Por tanto, es importante que esta intervención se discuta en los acuerdos entre Asegurador y Prestador con fines de garantizar la continuidad de cualquier que sea el tratamiento sistémico a iniciar.

- Cuando el manejo es con Metotrexate: hemograma, función hepática, función renal.
- Cuando el manejo es con Azatioprina: hemograma, función hepática.
- Cuando el manejo es con Ciclosporina: hemograma, función renal, perfil lipídico.

Con el manejo instaurado, se busca alcanzar el control de la enfermedad en el menor tiempo posible. Se propone la utilización de la herramienta ADCT -*Atopic Dermatitis Control Tool*- la cual consiste en seis preguntas⁸ que se responden mediante una escala Likert de 5 puntos (42):

- 1) Durante la última semana, ¿cómo calificaría sus síntomas relacionados con el eczema (por ejemplo, picazón, piel seca, erupción)?
- 2) Durante la última semana, ¿cuántos días tuvo episodios intensos de picazón a causa de su eczema?
- 3) Durante la última semana, ¿qué tanto le ha molestado su eczema?
- 4) Durante la última semana, ¿cuántas noches tuvo problemas para quedarse o permanecer dormido/a debido a su eczema?
- 5) Durante la última semana, ¿en qué afectó su eczema sus actividades diarias?
- 6) Durante la última semana, ¿cuánto afectó su eczema a su estado de ánimo o emocional?

Se considera que la DA no está controlada adecuadamente si:

- El puntaje total ADCT es de al menos 7 puntos, o
- El puntaje total de ADCT aumenta en 5 puntos o más desde la última vez que utilizó la escala ADCT.

INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO

En este grupo de intervenciones, se establece una propuesta de esquema de seguimiento. Se pretende resaltar la naturaleza crónica de esta enfermedad, de su variabilidad entre niños y adultos, y su heterogeneidad para responder al tratamiento (que a su vez está influenciado por el grado de adherencia, cambios conductuales evitativos hacia desencadenantes cuando han sido identificados y tolerancia a los efectos adversos).

- Valoración de respuesta al tratamiento instaurado en 1 mes
- Control cada 3 a 6 meses, con aplicación del seguimiento de las escalas previamente aplicadas, en especial, se sugiere la utilización de la escala ADCT.
 - Si bien se sugiere un seguimiento cada 3 a 6 meses, es importante considerar que este lapso puede variar de acuerdo con la tolerancia ante efectos adversos y según el tipo de tratamiento.
- Pautas para consultar por urgencia – manejo de crisis

⁸ El instrumento ADCT ha sido validado en idioma español para Colombia. Disponible en: <https://www.adcontroltool.com/adct-downloads1>

Durante los controles de Dermatología o Alergología, el especialista debe dar respuesta a la pregunta: *¿el paciente ha respondido al tratamiento instaurado?*

Si la respuesta resulta en que el paciente sí ha respondido adecuadamente:

- Continúa en seguimiento por Dermatología o Alergología.
- Considerar uso de terapia biológica o terapia avanzada con moléculas pequeñas de acuerdo con el tiempo de utilización de medicamentos sistémicos.

Si la respuesta resulta en que el paciente no ha respondido adecuadamente:

- Si el paciente está en manejo con fototerapia, considerar evaluar inicio de fármacos de uso sistémico.
- Si el paciente está con fármacos de uso sistémico, evaluar pertinencia de incremento de dosis, frecuencia de uso o cambio de esquema farmacológico (previa verificación de adherencia), considerando el balance riesgo-beneficio de tal ajuste.

Se hace especial énfasis en que, durante el seguimiento, además de evaluar el control de la DA, es fundamental explorar el grado de adherencia al tratamiento, incidencia y tolerancia a efectos adversos, barreras percibidas (tanto personales como familiares, administrativas, entre otras) y aparición de complicaciones (por ejemplo, infecciones bacterianas).

En este orden de ideas, y considerando que la tolerancia a efectos adversos es un factor determinantes en la adherencia y en el éxito del tratamiento, se menciona a continuación un listado del perfil de seguridad de los tratamientos sistémicos (43,44):

Tabla 4. Perfil de seguridad de los medicamentos utilizados en el manejo sistémico

MEDICAMENTO	PERFIL DE SEGURIDAD
Corticosteroides orales	<p>Actualmente solo recomendados como terapia puente entre inmunosupresores por corta duración, o en casos excepcionales de exacerbaciones de la AD.</p> <p>Sus efectos adversos asociados a uso prolongado son: supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, hipertensión, hiperglicemia, ganancia de peso, osteoporosis, retardo del crecimiento en niños.</p>
Ciclosporina A	<p>Se han identificado múltiples toxicidades asociadas al uso prolongado como nefrotoxicidad y carcinogenicidad (cáncer de piel o linfoma). Otros efectos adversos son: mayor riesgo de infecciones, hipertensión, temblor, hipertrichosis, cefalea, hiperplasia gingival.</p>

Metotrexate	En general, bien tolerado y sus efectos adversos pueden modularse con una apropiada titulación de la dosis. Entre los más frecuentes están: estomatitis, náusea y vómito, hepatotoxicidad, teratogenicidad.
Azatioprina	Aparición de efectos adversos dependen de la dosis utilizada, los cuales incluyen: síntomas gastrointestinales, mialgias, reacciones cutáneas, fiebre, hepatotoxicidad y mielotoxicidad (linfopenia y neutropenia).

Si posteriormente, a pesar del ajuste y/o escalamiento terapéutico, el paciente sigue sin tener control de la DA:

- Considerar uso de terapia biológica o terapia avanzada con moléculas pequeñas.

Un elemento adicional que se considera dentro de las intervenciones de seguimiento del componente complementario es lo relacionado con garantizar la continuidad del manejo instaurado. Por tanto, se espera que se realice:

- Gestión de casos para DA severa, especialmente población pediátrica y casos seleccionados de adolescentes o adultos.
- Demanda inducida para casos con pérdida en el seguimiento.
- Seguimiento a la tasa de eventos adversos y proporción de pacientes que deciden por propia iniciativa suspender o modificar el tratamiento, en el marco de una valoración integral.

INTERVENCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Las intervenciones del equipo multidisciplinarios complementan las intervenciones de tratamiento. El enfoque sugerido, y considerando la perspectiva del componente complementario, es que las intervenciones del equipo tanto educativas como terapéuticas.

- Valoración por enfermería
 - Enfoque de cuidados de paciente crónico: autocuidado, adherencia, comorbilidades.
 - Plan de cuidados según diagnóstico de enfermería
- Valoración por psicología

- Manejo integral en salud mental: herramientas de afrontamiento (sobre todo si se identifican limitaciones leves en actividades de la vida diaria), valoración de red familiar-red de apoyo (con particularidades en paciente pediátrico).
- Intervención psicoterapéutica según diagnóstico por psicología.

Adicionalmente, se puede considerar la participación de otros profesionales que, si bien no irían dirigidos a toda la población que asiste al componente complementario, sus intervenciones pueden brindar un enfoque complementario e integral para algunos de los pacientes con DA:

- Valoración por nutrición:
 - Intervención en aquellos casos en donde se ha identificado alergia a los alimentos, o comorbilidades que requieran de un manejo integral desde el componente nutricional.
- Valoración por química farmacéutica:
 - Intervención dirigida a evaluar potenciales interacciones entre medicamentos, así como asesoramiento clínico y farmacovigilancia.

INTERVENCIONES DE CONTRA-REFERENCIA

Hace referencia al conjunto de pacientes que, dada la levedad de sus síntomas o control prolongado de la enfermedad, son candidatos para retorno al componente primario.

- La contrarreferencia de pacientes se recomienda para las siguientes circunstancias:
 - Paciente con DA leve
 - Paciente con DA moderada, controlado, adherente, sin compromiso en calidad de vida, o con adecuada red de apoyo (empoderamiento de los padres en el manejo de la enfermedad), que no ha requerido manejo sistémico.
- La contrarreferencia debe incluir pautas y recomendaciones dirigidas a los profesionales de salud del nivel primario (ejemplo: continuación del plan de cuidados desde el equipo multidisciplinario, recomendaciones de retorno a dermatología).

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA GESTIÓN CLÍNICA COMPARTIDA ENTRE DERMATOLOGÍA Y ALERGOLOGÍA

Se propone las siguientes características clínicas que tendrían los pacientes candidatos a interconsulta y manejo compartido tanto por dermatología como alergología.

En aquellos casos en que el manejo desde el componente complementario está dado por dermatología, se sugiere que el manejo sea compartido por alergología en las siguientes circunstancias ⁹:

- Falta de respuesta al manejo sistémico luego de dos ajustes.
- Comorbilidad con asma severa, rinitis alérgica con poliposis nasal, u otros trastornos atópicos.
- Factores alérgicos como desencadenantes y que son determinantes en el control de la DA (por ejemplo, niños con alergia a los alimentos, adultos con dermatitis de contacto o urticaria).

En aquellos casos en que el manejo desde el componente complementario está dado por alergología, se sugiere que el manejo sea compartido por dermatología en las siguientes circunstancias ¹⁰:

- Requerimiento de biopsia de piel.
- Aparición de lesiones cutáneas no relacionadas con la DA.
- Requerimiento de fototerapia.
- Manejo de complicaciones cutáneas relacionadas con el uso crónico de medicamentos tópicos y/o sistémicos.

4.3.3. Intervenciones del asegurador

Las EPS son el “gran facilitador” para la implementación de la Ruta de Atención para personas con DA, no sólo porque dentro de sus funciones misionales está la gestión del riesgo, sino porque son las directas responsables de la coordinación e integralidad de la atención del paciente, en especial cuando el componente primario y complementario se encuentra en IPS diferentes. En este sentido, se ha propuesto una serie de intervenciones transversales al proceso de atención en DA, que permite visibilizar el rol que deben cumplir las aseguradoras en el marco de la Ruta propuesta.

INTERVENCIONES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Identificación de casos sospechosos por búsqueda institucional.
- Fortalecimiento de IPS de la red primaria: diagnóstico y clasificación del grado de severidad.

⁹ Este listado no pretende ser exhaustivo y sirve a modo de ejemplos de situaciones que podrían ser frecuentes en la gestión del riesgo de los pacientes con DA.

¹⁰ Ídem.

- Verificación de las capacidades para gestión de datos e información: historia clínica, bases de datos, utilización de servicios.
- Medición de resultados esperados: salud, costos, experiencia del usuario
- Gestión de casos

INTERVENCIONES DE GESTIÓN DE REDES

- Canales de comunicación: puerta de entrada, referencia-contrarreferencia.
- Transferencia de datos clínicos relevantes: EPS – IPS, IPS primaria-IPS especializada
- Construcción de indicadores de proceso y resultado: monitoreo y evaluación de la ruta.

Aunque estas intervenciones son transversales a toda la Ruta, hay ciertas acciones que son parte del proceso que garantiza la implementación de la misma. Estas acciones complementarias a cargo del Asegurador serían:

MOMENTOS EN LA RUTA	INTERVENCIONES DEL PRESTADOR	ACCIONES COMPLEMENTARIAS DESDE EL ASEGURADOR
Componente primario	Intervenciones de puerta de entrada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar un listado de afiliados que cumplan con la definición de casos sospechosos de DA según aplicación de variables administrativas.
	Intervenciones de diagnóstico y estratificación del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar y garantizar el entrenamiento de los profesionales de salud mediante capacitaciones y transferencia de conocimiento desde la IPS especializada (seleccionada por la EPS como IPS "del modelo" o que implementará la Ruta de Atención). ▪ Acordar los instrumentos que facilitarán la toma de decisiones, esto es, los criterios diagnósticos y las escalas de severidad. ▪ Gestionar la captura del dato de los casos nuevos y su clasificación del riesgo para conocimiento de la EPS. ▪ Coordinar la valoración por dermatología y/o alergología (según la modalidad dispuesta por la EPS) para aquellos casos de DA severa o DA moderada con factores de riesgo.
	Intervenciones de tratamiento con medicamentos tópicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordar lineamientos terapéuticos, basados en la evidencia y en un marco de riesgo-beneficio y costo-efectividad. Esto se traduce en vías clínicas o guía de manejo de fácil utilización. ▪ Fomentar la sensibilización del equipo médico de la IPS en cuanto a temas de educación e información en salud.

	Intervenciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordar la periodicidad de los controles de seguimiento en aquellos pacientes con DA controlada. ▪ Acordar resultados esperados y mecanismos para medir la respuesta terapéutica. ▪ Garantizar el adecuado escalonamiento farmacológico tópico y definición de "no control".
	Intervenciones del equipo multidisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar la disponibilidad y oferta de la IPS para las actividades grupales e individuales.
Componente complementario	Intervenciones de puerta de entrada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar el acceso efectivo a la consulta de dermatología o alergología de aquellos casos derivados del componente primario. ▪ Verificar y hacer seguimiento, con apoyo de la IPS primaria, de aquellos casos que no asisten a la consulta de primera vez y que fueron derivados del componente primario (gestión de "inasistentes").
	Intervenciones de diagnóstico y estratificación del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordar los instrumentos que facilitan la toma de decisiones, esto es, los criterios diagnósticos, las escalas de severidad y escalas complementarias de calidad de vida y control de la enfermedad. ▪ Gestionar la captura del dato de los casos nuevos y su clasificación del riesgo para conocimiento de la EPS.
	Intervenciones del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordar lineamientos terapéuticos, basados en la evidencia y en un marco de riesgo-beneficio y costo-efectividad. Esto se traduce en vías clínicas o guía de manejo de fácil utilización.
	Intervenciones de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordar la periodicidad de los controles de seguimiento en aquellos pacientes con DA controlada. ▪ Acordar resultados esperados y mecanismos para medir la respuesta terapéutica. ▪ Establecer los lineamiento clínico-administrativos para el uso de agentes biológicos.
	Intervenciones del equipo multidisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar la disponibilidad y oferta de la IPS para las actividades grupales e individuales. ▪ Coordinar la gestión de casos identificados por la IPS especializada de acuerdo con criterios de selección acordados entre EPS e IPS.
	Intervenciones de contrarreferencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar el retorno de aquellos casos que son susceptibles de manejo por componente primario (DA leve, DA moderada sin factores de riesgo).
	Intervenciones relacionadas con la gestión clínica compartida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinar la valoración entre dermatología y alergología para aquellos casos identificados por la IPS y bajo criterios consensuados con la EPS

4.4. BARRERAS Y FACILITADORES

En el plan de implementación de la Ruta de Atención para personas con DA, se deben contemplar y anticipar las posibles barreras y facilitadores con el fin de que generen las acciones pertinentes para mitigar y potencial los mismos.

4.4.1. Barreras potenciales

- Acceso a la especialidad de dermatología o alergología

De acuerdo con el estudio de oferta de especialidades médicas publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2018, evidenció la escasa oferta de algunas especialidades dada la demanda. En particular, para el caso de dermatología, se estimó una oferta de 748 dermatólogos en el país, frente a una demanda esperada de 1130 dermatólogos. Esto evidenció que, desde este ejercicio, haría falta 382 dermatólogos en el país para satisfacer la demanda esperada. Del mismo modo, para el caso de alergología, se determinó una oferta de 50 especialistas y una demanda esperada de 68. (41).

A lo anterior se suma la concentración de las especialidades médicas en las principales ciudades capitales que, en conjunto, explican el acceso limitado para que muchos pacientes puedan tener una consulta con dermatología o alergología.

- Continuidad en el seguimiento por dermatología o alergología

En el mismo orden de ideas del acceso, la escasa oferta disponible de dermatólogos y alergólogos limita la posibilidad de garantizar la continuidad y seguimiento de pacientes con DA. Un aspecto a tener en cuenta es que, al ser la DA una condición crónica, requiere de contactos repetitivos con dermatología o alergología, por lo que se espera que exista un crecimiento gradual de población que requiere de esta especialidad, lo que reduce la capacidad instalada de las IPS para esta prestación en particular. A esto se le suma que las IPS primarias pueden tener un abordaje incompleto de algunos pacientes que podrían no requerir valoración por despecialista, dado que se trata de una DA leve (y que representa más del 50% de todos los casos de DA), o de casos con DA moderada sin factores de riesgo que se benefician con solo manejo tópico y medidas preventivas.

- Continuidad en el tratamiento farmacológico

Una barrera identificada es la pérdida en la continuidad del tratamiento farmacológico, la cual puede ser explicada tanto por lo mencionado en los puntos anteriores, como por la falta de comunicación entre los médicos generales del componente primario con los dermatólogos del componente complementario. Puede darse el caso de que un paciente no logre acceder a la consulta de control, y se encuentre en tratamiento sistémico, por lo que es factible que

recurra a su IPS primaria para reformulación de los medicamentos. En este escenario, es razonable que los médicos del nivel primario puedan garantizar la continuidad del tratamiento, en especial si se trata de un paciente con adecuado control de la enfermedad.

Dado el caso de un paciente que no tiene control, la imposibilidad de comunicación entre el componente primario y el complementario impide que los médicos generales puedan tomar decisiones, llegando incluso al escenario en que no se reformula para fines de evitar riesgos.

- Baja adherencia al manejo instaurado: percepción del riesgo, tolerancia a efectos secundarios

Como en toda condición crónica, el empoderamiento del paciente es un elemento clave para la consecución del control de la enfermedad. Se estima que alrededor de la mitad de los pacientes con falla terapéutica se relaciona con una mala administración del medicamento, a su vez relacionada con varios aspectos que conlleva a la no adherencia (45):

- El paciente, o los padres, desconocen la frecuencia correcta y el tipo de medicamento que se debe aplicar.
- El paciente, o los padres, carecen de motivación ya que consideran que la DA que no es tan grave como para requerir tratamiento.
- El paciente, o los padres, tienen pobre gestión del tiempo.
- La aplicación se delega en los mismos niños, que son demasiado pequeños para aplicarse el medicamento de manera adecuada.
- La percepción del paciente, o los padres, es que el tratamiento no funciona.
- La percepción del paciente, o los padres, es que el tratamiento tiene efectos secundarios inaceptables.
- La percepción del paciente, o los padres, es que el tratamiento es cosméticamente inaceptable (p. ej., ungüentos brillantes para la cara de los adolescentes).
- La medicación es dolorosa de aplicar.

En la medida que no hay una adecuada percepción del riesgo, o una baja tolerancia a los efectos adversos (especialmente cuando se ha iniciado manejo sistémico), se genera una barrera que impide el adecuado control de la enfermedad.

4.4.2. Facilitadores potenciales

- Modalidad en la prestación de consultas de dermatología o alergología

Existen algunos casos en que las IPS de nivel primario tiene dentro de sus especialistas a un profesional en dermatología. Así mismo, existen IPS complementaria que pertenecen a la misma entidad de la IPS primaria, caso en el cual existe una historia clínica compartida. Estas circunstancias agilizan la valoración por parte del dermatólogo a aquellos pacientes que desde medicina general o pediatría no se ha logrado el adecuado control.

Por tanto, la intervención de “valoración por dermatología o alergología” no necesariamente implica la referencia del paciente.

- Tele-dermatología ¹¹

La salud digital, y en particular la telemedicina, ha generado oportunidades muy interesante que han eliminado la barrera geográfica para el acceso a valoraciones por dermatología. La tele-dermatología se convierte en un facilitador muy importante que tiene el potencial, no solo se “acercar” la consulta de esta especialidad al paciente, sino que genera canales de comunicación que puede mejorar las capacidades resolutivas del componente primario, así como generar mecanismos de gestión clínica compartida entre IPS primaria e IPS especializada, redundando en una mejor experiencia del usuario.

Previamente se había mencionado la propuesta de un modelo de atención diseñado por la Universidad de California, Estados Unidos, basada en mejorar el acceso a dermatología, utilizando teleconsulta, la cual era asincrónica, encontrándose que el modelo de atención en línea fue equivalente al modelo convencional de consulta presencial en términos de resultados medidos por los pacientes -POEM- e índice de valoración global -IGA- (33).

Actualmente se cuenta con evidencia de que la teledermatología promueve la eficiencia del uso de las consultas de dermatología desde el nivel primario de atención. Giavina-Bianchi y colaboradores realizaron un estudio en el cual se evaluó la proporción de pacientes con DA que podían ser manejados por telemedicina desde el nivel primario de atención, evitando la remisión a dermatología (46). La intervención de telemedicina consistía en que los médicos generales tomaban fotografías en 3 ángulos diferentes de la lesión y se cargaban a una aplicación, junto con datos clínicos; posteriormente, el especialista en dermatología realizaba una valoración de la calidad de la foto y recomendaba pautas de manejo. Los autores evidenciaron que el 72% de los casos de DA fueron adecuadamente manejados por los médicos del nivel primario, optimizando las consultas de dermatología para casos severos o que requerían biopsia para definir diagnóstico.

- Entrenamiento del talento humano en salud en el componente primario

¹¹ Si bien la literatura consultada fue para tele-dermatología, los fundamentos aplican de igual manera para tele-consulta por alergología.

Un facilitador esencial es el mejoramiento de las capacidades resolutivas del componente primario. La capacitación de los médicos general y pediatras mediante estrategias de reconocimiento de patrones (elemento esencial del razonamiento clínico en dermatología) es fácilmente transferible desde profesionales especialistas. Además, todo diseño de instrumentos o herramientas que faciliten la toma de decisiones, como lo son apoyos visuales de las escalas a utilizar, permiten un aprendizaje prolongado y de fácil “relevo” en caso de cambios en la planta de médicos de la IPS primaria.

- Valoraciones “puente” para dermatología o alergología

Un aspecto que se puede explorar entre los acuerdos del Asegurador con el Prestador primario y complementario concierne la posibilidad de que los médicos familiares, pediatras o medicina general puedan reformular el tratamiento sistémico que tiene un paciente con DA. Esta situación aplicaría en un paciente controlado, en seguimiento por al menos 1 año con dermatología o alergología, con adecuada adherencia (o red de apoyo robusta en el caso de pacientes pediátricos), sin crisis en los últimos 3 meses, y con adecuada tolerancia al manejo farmacológico. Si se acuerda esto entre la EPS y la IPS especializada, en este tipo de paciente controlado, se puede coordinar que una atención intercalada, de tal manera que cada 6 meses el paciente tiene control por dermatología o alergología, cada 6 meses asiste con Medicina Familiar o Médico General (experto en manejo de trastornos de la piel), pero para el paciente es un control cada 3 meses.

Este esquema de cada 3 meses intercalando consultas de dermatología o alergología y medicina general (o medicina familiar) permite optimizar la consulta de esta especialidad.

- IPS “padrino” especializada

En aquellos entornos de muy difícil acceso a dermatología o alergología, como lo son los territorios de zonas rurales, o municipios con pobre desarrollo de infraestructura sanitaria o ausencia de dermatología, surge como posible facilitador la elección de una IPS de la red del Asegurador que haga las veces de IPS padrino. Esta IPS especializada es la que sería la indicada para impulsar la tele-dermatología (o tele-consulta de alergología).

Además, esta IPS padrino cumpliría unas funciones de nodo articulador de la red primaria, incluso de otras IPS complementarias, del territorio, liderando la gestión del riesgo de personas con sospecha o diagnóstico confirmado de DA, mediante la utilización de diferentes modalidades de valoración sin que implique la referencia del paciente (aspecto que no tiene por qué limitarse a territorios rurales).

4.5. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Casos nuevos identificados con DA por medios clínicos o administrativos (incidencia)

- *Formula:* frecuencia de casos nuevos sobre población general
- *Justificación:* permite monitorizar el crecimiento de la población con DA para fines de planeación de demanda de servicios especializados.
- *Posible fuente del dato:* RIPS, reportes de IPS primaria, autorizaciones
- *Dirigida a:* EPS

Proporción de casos con DA leve o DA moderada remitidos a dermatología o alergología

- *Formula:* casos con DA leve o DA moderada remitidos a componente complementario, sobre el total de casos nuevos con DA
- *Justificación:* permite monitorizar la utilización de la especialidad de dermatología o alergología, y carga de riesgo (DA con factores de riesgo, DA “no respondedores” al manejo tópico) en la población general a partir de la incidencia de la enfermedad, generando una línea base en la fase inicial de implementación.
- *Posible fuente del dato:* RIPS, reportes de IPS primaria, autorizaciones
- *Dirigida a:* EPS e IPS primaria

Proporción de casos con DA controlados

- *Formula:* casos con DA leve, moderada o severa controlados luego de 6 meses de tratamiento, sobre el total de casos con DA
- *Justificación:* permite la efectividad de la ruta en cuanto al control de la enfermedad
- *Posible fuente del dato:* RIPS, reportes de IPS primaria y complementaria, autorizaciones
- *Dirigida a:* EPS, IPS primaria, IPS complementaria

Proporción de casos con DA moderada o severa según tipo de manejo sistémico

- *Formula:* casos con DA moderada o severa por categoría de tratamiento (esteroides, inmunosupresores, agentes biológicos), sobre el total de casos con DA
- *Justificación:* permite monitorizar la utilización de prestaciones en salud relacionadas con el tratamiento.
- *Posible fuente del dato:* RIPS, reportes de IPS complementaria, autorizaciones
- *Dirigida a:* EPS, IPS complementaria

Proporción de casos con DA moderada o severa con trastornos mental

- *Formula:* casos con DA moderada o severa con diagnóstico de trastorno mental (trastorno del sueño, depresión, ansiedad, otras), sobre el total de casos con DA
- *Justificación:* permite monitorizar grado de complicaciones en pacientes con DA moderada o severa.
- *Posible fuente del dato:* RIPS, reportes de IPS complementaria, autorizaciones
- *Dirigida a:* EPS, IPS primaria, IPS complementaria

Tasa de uso de urgencias en pacientes con DA

- *Formula:* número de consultas de urgencias sobre el total de pacientes con DA
- *Justificación:* permite monitorizar la carga de enfermedad de la DA en términos de crisis que requieren manejo por urgencias.
- *Posible fuente del dato:* RIPS, reportes de IPS primaria autorizaciones
- *Dirigida a:* EPS, IPS primaria, IPS complementaria

Costo por paciente en paciente con DA según severidad

- *Formula:* costo general en prestaciones de salud que incurre un usuario con DA, por categoría (leve, moderado, severo) sobre el total de la población afiliada a la EPS
- *Justificación:* permite evaluar el impacto económico de la DA en la EPS en términos de costos directos.
- *Posible fuente del dato:* autorizaciones
- *Dirigida a:* EPS

Razón de días de incapacidad laboral por motivo de DA, según severidad

- *Formula:* número de días de incapacidad pagados por motivo DA, por categoría (leve, moderado, severo), sobre el total de la población afiliada a la EPS
- *Justificación:* permite evaluar el impacto económico de la DA en la EPS.
- *Posible fuente del dato:* incapacidades
- *Dirigida a:* EPS

Referencias

1. Kirchoff MG, Landells I, Lynde CW, Gooderham MJ, Hong C ho. Approach to the Assessment and Management of Adult Patients With Atopic Dermatitis: A Consensus Document. Section I: Pathophysiology of Atopic Dermatitis and Implications for Systemic Therapy. *J Cutan Med Surg*. 2018;22(1_suppl):6S-9S.
2. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *The Lancet*. 2020;396(10247):345-60.
3. Williams H, Stewart A, von Mutius E, Cookson W, Anderson HR. Is eczema really on the increase worldwide? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2008;121(4):947-954.e15.
4. Williams B, Berger T, Elston D. *Andrews' Disease of the Skin*, 10th edition. Philadelphia: Elsevier; 2016.
5. Pyun BY. Natural History and Risk Factors of Atopic Dermatitis in Children. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2015;7(2):101.
6. Nutten S. Atopic Dermatitis: Global Epidemiology and Risk Factors. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Suppl. 1):8-16.
7. Salava A, Salo V, Leppeanen A. Factors associated with severity of atopic dermatitis – a Finnish cross-sectional study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2022;36:2130-9.
8. Avena-Woods C, Pharm B. Overview of Atopic Dermatitis. *Am J Manag Care*. 2017;23:S115-23.
9. Sanchez J, Cherez-Ojeda I, Galvan C, Garcia E, Hernández-Mantilla N, Londoño Garcia A, et al. The Unmet Needs in Atopic Dermatitis Control in Latin America: A Multidisciplinary Expert Perspective. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021;11(5):1521-40.
10. Gooderham MJ, Bissonnette R, Grewal P, Lansang P, Papp KA, Hong C ho. Approach to the Assessment and Management of Adult Patients With Atopic Dermatitis: A Consensus Document. Section II: Tools for Assessing the Severity of Atopic Dermatitis. *J Cutan Med Surg*. 2018;22(1_suppl):10S-16S.
11. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, et al. Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic dermatitis in U.S. adults. *Br J Dermatol*. 2019;181(3):554-65.
12. Maliyar K, Sibbald C, Pope E. Diagnosis and Management of Atopic Dermatitis: A Review. *Advances in Skin & Wound Care*. 2018;31(12):538.
13. Silverberg JI. Public Health Burden and Epidemiology of Atopic Dermatitis. *Dermatologic Clinics*. 2017;35(3):283-9.

14. Bylund S, Kobyletzki L, Svalstedt M. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(12):adv00160.
15. Odhiambo JA, Williams HC, Clayton TO, Robertson CF, Asher MI. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2009;124(6):1251-1258.e23.
16. Gilaberte Y, Pérez-Gilaberte JB, Poblador-Plou B, Blied-Bueno K, Gimeno-Miguel A, Prados-Torres A. Prevalence and Comorbidity of Atopic Dermatitis in Children: A Large-Scale Population Study Based on Real-World Data. *JCM.* 2020;9(6):1632.
17. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy.* 2018;73(6):1284-93.
18. Silverberg JI, Barbarot S, Gadkari A, Simpson EL, Weidinger S, Mina-Osorio P, et al. Atopic dermatitis in the pediatric population. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.* 2021;126(4):417-428.e2.
19. Urban K, Chu S, Giesey RL, Mehrmal S, Uppal P, Nedley N, et al. The global, regional, and national burden of atopic dermatitis in 195 countries and territories: An ecological study from the Global Burden of Disease Study 2017. *JAAD International.* 2021;2:12-8.
20. Laughter MR, Maymone MBC, Mashayekhi S, Arents BWM, Karimkhani C, Langan SM, et al. The global burden of atopic dermatitis: lessons from the Global Burden of Disease Study 1990–2017*. *Br J Dermatol.* 2021;184(2):304-9.
21. Silverwood R, Mansfield K, Mulick A, Wong A. Atopic eczema in adulthood and mortality: UK population-based cohort study, 1998-2016. *J Allergy Clin Immunol.* 2021;147(5):1753-63.
22. Drucker AM, Wang AR, Li WQ, Severson E, Block JK, Qureshi AA. The Burden of Atopic Dermatitis: Summary of a Report for the National Eczema Association. *Journal of Investigative Dermatology.* 2017;137(1):26-30.
23. Chung J, Simpson EL. The socioeconomics of atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.* 2019;122(4):360-6.
24. Mohr N, Naatz M, Zeerv L. Cost-of-illness of atopic dermatitis in Germany: data from dermatology routine care. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2021;35:1346-56.
25. Lee EM, Cho YT, Hsieh WT, Chan TC, Shen D, Chu CY, et al. Healthcare utilization and costs of atopic dermatitis in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association.* 2022;121(10):1963-71.
26. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, et al. Atopic Dermatitis in US Adults: From Population to Health Care Utilization. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice.* 2019;7(5):1524-1532.e2.
27. Sanclemente G, Hernandez N, Chaparro D, Tamayo L, Lopez A, Hernandez N, et al. Epidemiologic features and burden of atopic dermatitis in adolescent and adult patients: A cross-sectional multicenter study. *World Allergy Organization Journal.* 2021;14(12):100611.

28. Cuervo M, Sanclemente G, Barrera L. Caracterización clínica, sociodemográfica y determinación del impacto en la calidad de vida de pacientes con dermatitis atópica de la ciudad de Medellín y su área metropolitana. *Biomédica*. 2021;41:676-91.
29. de Wijs LEM, van Egmond S, Devillers ACA, Nijsten T, Hijnen D, Lugtenberg M. Needs and preferences of patients regarding atopic dermatitis care in the era of new therapeutic options: a qualitative study. *Arch Dermatol Res*. 2022;315(1):75-83.
30. Mancini AJ, Paller AS, Simpson EL, Ellis CN, Eichenfield LF. Improving the Patient-Clinician and Parent-Clinician Partnership in Atopic Dermatitis Management. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 2012;31(3):S23-8.
31. LeBovidge J, Borok J, Udkoff J, Yosipovitch G, Eichenfield L. Atopic dermatitis: therapeutic care delivery: therapeutic education, shared decision-making, and access to care. *Sem Cutan Med Surg*. 2017;36(3):131-6.
32. Royal College of Paediatrics and Child Health. Allergy Care Pathways for Children: Eczema [Internet]. 2011 [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: www.rcpch.ac.uk/allergy
33. Armstrong AW, Johnson MA, Lin S, Maverakis E, Fazel N, Liu FT. Patient-Centered, Direct-Access Online Care for Management of Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol*. 2015;151(2):154.
34. Meintjes K. Primary Health Care Nurses' Experiences of treating Children with Atopic Eczema in Gauteng, South Africa. *Journal of Community Medicine and Primary Health Care*. 2018;30(2).
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud: Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. 2018 [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>
36. Schmitt J, Langan S, Deckert S, Svensson A, von Kobyletzki L, Thomas K, et al. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: A systematic review and recommendation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2013;132(6):1337-47.
37. Paller AS, Tan JKL, Bagel J, Rossi AB, Shumel B, Zhang H, et al. IGAXBSA composite for assessing disease severity and response in patients with atopic dermatitis*. *Br J Dermatol*. 2022;186(3):496-507.
38. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014;70(2):338-51.
39. Akan A, Dibek-Mısırlıoğlu E, Civelek E, Vezir E, Kocabaş CN. Diagnosis of atopic dermatitis in children: comparison of the Hanifin-Rajka and the United Kingdom Working Party criteria. *Allergologia et Immunopathologia*. 2020;48(2):175-81.
40. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico

Lleras Acosta. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. IETS; 2018.

41. Ministerio de Salud y Protección Social. Estimación de oferta de médicos especialistas en Colombia 1950-2030 [Internet]. 2018 [citado 24 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/estimacion-cantidad-especialistas-medicos-septiembre-2018.pdf>
42. Pariser D, Simpson E, Gadkari A. Evaluating patient-perceived control of atopic dermatitis: design, validation, and scoring of the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT). *Curr Med Res Opin.* 2020;36(3):367-76.
43. Dhadwal G, Albrecht L, Gniadecki R, Poulin Y, Yeung J, Hong C ho, et al. Approach to the Assessment and Management of Adult Patients With Atopic Dermatitis: A Consensus Document. Section IV: Treatment Options for the Management of Atopic Dermatitis. *J Cutan Med Surg.* 2018;22(1_suppl):21S-29S.
44. Galli E, Fortina AB, Ricci G, Maiello N, Neri I, Baldo E, et al. Narrative review on the management of moderate-severe atopic dermatitis in pediatric age of the Italian Society of Pediatric Allergology and Immunology (SIAIP), of the Italian Society of Pediatric Dermatology (SIDerP) and of the Italian Society of Pediatrics (SIP). *Ital J Pediatr.* 2022;48(1):95.
45. Arkwright PD, Motala C, Subramanian H, Spergel J, Schneider LC, Wollenberg A. Management of Difficult-to-Treat Atopic Dermatitis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice.* 2013;1(2):142-51.
46. Giavina-Bianchi M, Giavina-Bianchi P, Santos A. Accuracy and efficiency of telemedicine in atopic dermatitis. *JAAD Int.* 2020;1:175-81.