



Revista alergia México

ISSN: 0002-5151

ISSN: 2448-9190

Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A.C.

Herrera-Sánchez,, Diana Andrea; Hernández-Ojeda,, Mariana; Vivas-Rosales, Irving Jesús

Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México

Revista alergia México, vol. 66, núm. 2, 2019, Abril-Junio, pp. 192-204

Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A.C.

DOI: 10.29262/ram.v66i2.591

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486761333006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

UAEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Epidemiological study on atopic dermatitis in Mexico

Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México

Diana Andrea Herrera-Sánchez,¹ Mariana Hernández-Ojeda,¹ Irving Jesús Vivas-Rosales¹

Abstract

Background: There is limited epidemiological information on the treatment of atopic dermatitis (AD) from specialist physicians in Mexico.

Objective: To know the criteria that is used by specialists in Mexico to diagnose and treat AD.

Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study, which was authorized by the ethics committee, was carried out through an electronic survey.

Results: 114 surveys were carried out; 56% of the participants were allergists, 38% were dermatologists and 5% were pediatricians. It was identified that 54% used clinical criteria for the diagnosis of AD and 42% used the criteria of Hanifin-Rajka as a diagnostic complement; 38% requested total and/or specific IgE, blood biometry and blood chemistry tests. They recount that 90% of patients under the age of 18 had mild AD, 8% had moderate AD and 2% had severe AD; and, in patients over the age of 18, 89% had mild AD, 6% had moderate AD and 5% had severe AD. The patients' care was multidisciplinary, since 57% of the survey respondents requested assessments combined with ophthalmology, dermatology and allergology.

Conclusion: Knowledge of the disease will lead to a better control of the disease. The challenge is to have a patient registry, update treatment guidelines, consider comorbidities and have therapeutic options for its control.

Keywords: Atopic dermatitis; Epidemiology; Eczematous skin diseases

Este artículo debe citarse como: Herrera-Sánchez DA, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales IJ. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. Rev Alerg Mex. 2019;66(2):192-204

ORCID

Diana Andrea Herrera-Sánchez, 0000-0003-1621-6976; Mariana Hernández-Ojeda, 0000-0002-7662-5176;
Irving Jesús Vivas-Rosales, 0000-0002-5237-4288

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades, Ciudad de México, México

Correspondencia: Diana Andrea Herrera-Sánchez.
dianaaherrera@outlook.com

Recibido: 2018-12-24
Aceptado: 2019-01-08
DOI: 10.29262/ram.v66i2.591



Resumen

Antecedentes: Existe escasa información epidemiológica sobre el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) por parte de los médicos especialistas en México.

Objetivo: Conocer los criterios utilizados para el diagnóstico y tratamiento de la DA por los especialistas en México.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, autorizado por el comité de ética, mediante una encuesta electrónica.

Resultados: Se realizaron 114 encuestas, 56 % de los participantes fueron alergólogos, 38 % dermatólogos y 5 % pediatras. Se identificó que 54 % utilizaba criterios clínicos para realizar el diagnóstico de DA y 42 %, los criterios de Hanifin-Rajka; como complemento diagnóstico, 38 % solicitaba IgE total o específica, biometría hemática y química sanguínea. Los encuestados refirieron que 90 % de los menores de 18 años presentaba DA leve, 8 % moderada y 2 % grave; y los mayores de esa edad, 89 % leve, 6 % moderada y 5 % grave. La atención del paciente era multidisciplinaria, ya que 57 % de los encuestados solicitaba valoraciones conjuntas con oftalmología, dermatología y alergología.

Conclusión: El conocimiento de la DA propiciará un mejor control de la enfermedad. El reto es contar con un registro de pacientes, actualizar las guías de tratamiento, considerar comorbilidades y contar con opciones terapéuticas para su control.

Palabras clave: Dermatitis atópica; Epidemiología; Enfermedades eccematosas de la piel

Abreviaturas y siglas

DA, dermatitis atópica

EASI, Eczema Area and Severity Index

ISAAC, International Study of Asthma and Allergies in Childhood

POEM, Patient-Oriented Eczema Measure

PO-SCORAD, Patient-Oriented SCORAD

SCORAD, Scoring Atopic Dermatitis

Antecedentes

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, pruriginosa, no contagiosa, multifactorial y heterogénea, caracterizada por recaídas y desencadenada por la interacción de factores ambientales e inmunológicos, en individuos genéticamente susceptibles.^{1,2}

Su prevalencia es de 20 % y ha mostrado incremento durante los últimos 30 años. Hasta 60 % de los casos de DA se presenta durante el primer año de vida; en 70 % de los pacientes remite antes de los 16 años y en el resto persiste en la edad adulta.^{3,4,5}

La DA mostraba una prevalencia entre 2 y 7 % antes del año 2000, con un incremento hasta de 10.2 % después de 2010 en Estados Unidos.

En 2010, Bedolla *et. al.* reportaron una prevalencia de 3 % de DA en México en niños de seis a 12 años, utilizando el cuestionario ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood).

La DA de inicio en la vida adulta fue definida por Bannister y Freeman y se refiere a los pacientes que inician los síntomas después de los 18 años de edad, este grupo presenta una prevalencia de 9 a 24 % y un pico de incidencia entre los 20 y 40 años de edad.⁶

La fisiopatología de la DA está asociada con deterioro de la integridad de la barrera cutánea y desregulación inmunológica. Existe desequilibrio entre el perfil de citocinas Th2 (IL-4, IL-5) que favorece la producción de IgE y el aumento de la expresión de células presentadoras de antígeno para su interacción con linfocitos T circulantes, que una vez activados inducen la producción de más IL-4 e IL-5, ampliando la respuesta inflamatoria. Otros hallazgos inmunológicos en DA son disminución en la respuesta Th1 y sus citocinas, células *natural killer* y linfocitos TCD8 disfuncionales; estas alteraciones en conjunto favorecen infecciones virales y bacterianas en la piel de los pacientes con esta enfermedad.^{7,8,9,10}

El diagnóstico de DA es clínico y los criterios más utilizados en la práctica clínica son los de Hanifin y Rajka, que consideran parámetros objetivos y subjetivos como prurito y afectación del sueño. No obstante, son laboriosos y no toman en cuenta manifestaciones clínicas de la DA de inicio tardío. Otros criterios diagnósticos se describen en el cuadro 1.

Es importante para el tratamiento de la DA establecer su gravedad, que puede evaluarse a través de sistemas de puntuación validados como Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), Eczema Area and Severity Index (EASI), patient-Oriented Eczema Measure (POEM) y SCORAD orientado al paciente (PO-SCORAD).^{11,12}

El tratamiento de la DA incluye la reparación continua de la barrera epidérmica con emolientes, la administración de antiinflamatoria con corticosteroides tópicos o inhibidores de la calcineurina y otros inmunosupresores y evitar los factores desencadenantes individuales. Actualmente se han utilizado diversos productos biológicos para su control con resultados variables.¹³

Existe escasa información epidemiológica sobre el tratamiento que proporcionan los médicos especialistas en pediatría, alergología y dermatología a los pacientes con DA.

Este estudio tiene como objetivo conocer los criterios utilizados para el diagnóstico y tratamiento de la DA por los diferentes especialistas en México. Los resultados obtenidos permitirán promover estrategias para mejorar y homogeneizar los criterios de diagnóstico y tratamiento en beneficio de los pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, autorizado por el comité de ética del Hospital Ángeles Clínica Londres, Ciudad de México,

México, con número HACL 2018/004, mediante una encuesta electrónica (anexo 1) diseñada por los autores, cuyo objetivo fue conocer los criterios diagnósticos y tratamiento utilizados en DA por las especialistas de dermatología, alergología e inmunología clínica y pediatría de diferentes instituciones públicas de salud en México.

Para ponderar la información obtenida se realizó análisis estadístico con el programa SPSS versión 22.

Resultados

Se llevaron a cabo 114 encuestas por vía electrónica, entre octubre y noviembre de 2018. El 56 % de los participantes eran alergólogos, 38 % dermatólogos y 5 % pediatras, procedentes de segundo y tercer nivel de atención médica; 24 % de los dermatólogos y 18 % de los alergólogos atendían niños y adultos; 51 % de los médicos encuestados laboraba tanto en una institución de salud pública como en el ámbito privado, 39 % solo en una institución de salud pública y 24 % únicamente en medio privado; 62 % de la población atendida correspondía a mayores de 18 años.

Las instituciones de salud pública donde laboraban los médicos encuestados fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (44 %), la Secretaría de Salud (19 %), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (13 %) y la Secretaría de la Defensa Nacional (3 %); 54 % de los médicos especialistas indicó que utilizaba criterios clínicos para realizar el diagnóstico de DA, sin que los especificaran; 42 % de los especialistas encuestados aplicaba criterios clínicos válidos como los de Hanifin-Rajka (figura 1).

Respecto a las comorbilidades, 38 % señaló que la DA se asociaba con rinitis alérgica, 35 % con asma y 17 % con conjuntivitis.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos utilizados en dermatitis atópica

Criterios	Elementos	Criterios para el diagnóstico
Hanifin-Rajka (1980)	4 mayores, 23 menores	3 mayores + 3 menores
Schultz-Larsen et al. (1994)	140 puntos	> 50 puntos
Británicos (1994)	1 mayor, 4 menores	1 mayor + 3 menores
ISAAC (1995)	3 características	3 características
Japoneses	3 criterios	3 criterios
Williams	4 criterios	Prurito + 2 criterios

Como apoyo diagnóstico, 38 % de los médicos participantes en la encuesta solicitaba exámenes de laboratorio: IgE total o específica, biometría hemática y química sanguínea.

El 19 % de los médicos solicitaba pruebas cutáneas a aeroalérgenos, 6 % biopsia cutánea y 5 % no realizaba estudios complementarios.

La escala más utilizada para evaluar la gravedad de la DA fue SCORAD, empleada por 96 % de los médicos; 2 % solo evaluaba la superficie corporal y 2 % no utilizan ninguna escala (figura 2).

Al interrogar a los médicos sobre la edad de los pacientes con DA que atienden y la gravedad de su enfermedad, refirieron que 90 % de los menores de 18 años presentaba DA leve, 8 % moderada y 2 % grave. Este panorama cambiaba en los pacientes mayores de 18 años: 89 % DA leve, 6 % DA moderada y 5 % DA grave.

Al cuestionar sobre el tratamiento para lograr el control de la enfermedad, 45 % de los médicos participantes refirió prescribir el uso conjunto de antihistamínicos, emolientes, esteroides tópicos e inhibidores de calcineurina, 36 % indicó agregar a estas cuatro medidas un fármaco adicional para lograr el control de la enfermedad, el más común fue ciclosporina. El tiempo de persistencia con este régimen fue de dos a 12 semanas.

Cuando se preguntó sobre el motivo para cambiar de tratamiento tópico a sistémico, 65 % reportó falla terapéutica, seguida en 24 % por resistencia de la enfermedad, 7 % escaso apego terapéutico, 3 % intolerancia al fármaco y solo 1 % refirió situaciones económicas del paciente; 70 % de los médicos encuestados prescribía la combinación de diversos inmunosupresores sistémicos en pacientes con DA moderada-grave, no controlados o con falla a tratamiento, que representaban 3.9 y 5 %, respectivamente, de los pacientes atendidos; la combinación más común fue azatioprina y ciclosporina.

Una vez iniciado el tratamiento inmunosupresor, cada dos meses los médicos realizaban seguimiento con biometría hemática, química sanguínea o pruebas de funcionamiento hepático. Este tratamiento continuaba entre una y 10 semanas y posteriormente se evaluaba la respuesta terapéutica.

Los médicos indicaron que 6 % de los pacientes con DA que requieren inmunosupresor presentaban alguna contraindicación para su utilización; el producto biológico más utilizado fue omalizumab (30 %).

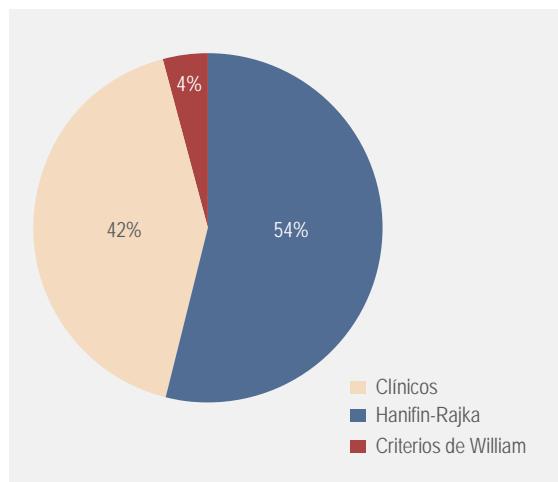


Figura 1. Criterios diagnósticos utilizados por los médicos encuestados. Los criterios utilizados para el diagnóstico por orden de frecuencia fueron clínicos (54 %), criterios de Hanifin-Rajka (42 %) y de Williams (4 %).

El 89 % de los pacientes portadores de DA presentaba alteraciones del sueño y este porcentaje se incrementaba a 92 % en aquellos con DA grave; 60 % de los pacientes con DA moderada tenía datos de depresión y de ellos, solo 12 % utilizaba antidepresivos. La depresión se asociaba con la gravedad

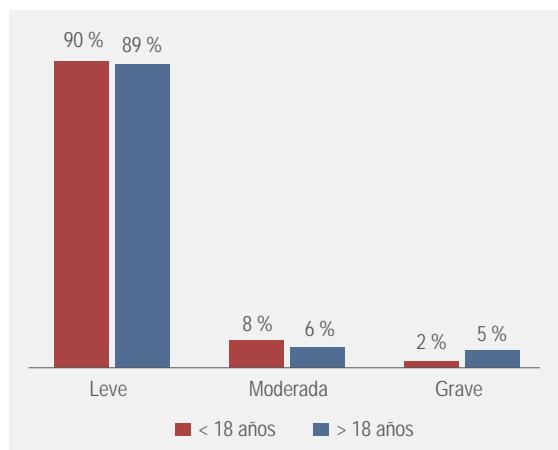


Figura 2. Gravedad de los pacientes de acuerdo con el grupo de edad, atendidos por los médicos encuestados. Tanto en el grupo de menores como mayores de 18 años predominó la dermatitis atópica leve.

de la enfermedad y estaba presente en 92 % de los pacientes con DA grave (cuadro 2).

La atención del paciente es multidisciplinaria, 57 % de los médicos especialistas encuestados solicitaba valoraciones conjuntas a especialidades como oftalmología, dermatología y alergología.

Discusión

Participaron 114 médicos de diferentes especialidades, en particular, alergólogos (57 %), dermatólogos (38 %) y pediatras (5 %), la mayor parte del sexo femenino. Es importante señalar que al igual que lo registrado en la literatura Internacional, la DA es tratada principalmente por dermatólogos y alergólogos y, con menor frecuencia, por los pediatras.

Más de la mitad de los médicos encuestados trabajaba tanto en institución de salud pública como privada. En México, los pacientes que cuentan con servicio de seguridad social tienen acceso a un cuadro básico de medicamentos, que incluye cremas emolientes, antihistamínicos, esteroides tópicos y, en algunas instituciones, inhibidores de la calcineurina tópicos e inmunosupresores sistémicos.

En México, a diferencia de otros, los médicos especialistas principalmente de alergia e inmunología clínica pueden atender tanto a población pediátrica como adultos, esto explica porque 62 % de los pacientes atendidos es mayor de 18 años, resultado que contrasta por lo publicado en la literatura, donde la prevalencia de DA es mayor en población pediátrica.^{14,15,16}

Existen diferentes criterios clínicos para el diagnóstico de DA; en México, el Consenso Mexicano para el Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis Atópica en Niños y Adultos y las Guías CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) recomiendan utilizar los criterios de Williams, por su sensibilidad y especificidad, además de su fácil aplicación (cuadro 1).

Nuestros resultados muestran que los médicos prefieren utilizar los criterios de Hanifin-Rajka, probablemente por la mayor difusión de estos criterios durante la formación de los médicos especialistas y la falta de difusión e implementación de los criterios de Williams, que son utilizados solo 2 % de los encuestados.^{17,18}

De acuerdo con el Consenso Mexicano para Dermatitis Atópica, los pacientes con DA moderada-grave requieren pruebas complementarias de diagnóstico como biometría hemática, IgE, pruebas cutáneas para aeroalégenos o alimentos.

En nuestro estudio, solo 57 % solicitaba los estudios referidos; si analizamos por especialidad, fue más frecuente que los dermatólogos solicitaran biopsias cutáneas que los alergólogos (5 % *versus* 1 %), mientras que estos últimos se apoyaban más comúnmente en pruebas a aeroalégenos que los dermatólogos (14 % *versus* 4 %) (cuadro 3).

La gravedad de la DA puede ser evaluada mediante múltiples escalas. El 96 % de los médicos participantes optaba por la escala SCORAD, a pesar de que desde 2014 se recomienda aplicar la escala EASI por su capacidad objetiva de evaluación, lo que permite homogeneizar criterios especialmente en ensayos clínicos.^{5,19}

Nuestros resultados muestran que los pacientes adultos con DA presentan casi el doble de prevalencia de DA grave que la población pediátrica, semejante a lo reportado en otros estudios en los que la prevalencia de DA grave aumenta con la edad, especialmente en población afroamericana e hispana.

No obstante, en forma global esta prevalencia es baja a la reportada en la literatura internacional, quizás debido a las distintas escalas de diagnóstico y gravedad utilizadas por nuestros médicos.

En relación con el tratamiento, nuestro estudio muestra que los médicos participantes empleaban un tratamiento similar al propuesto por las guías

Cuadro 2. Afectación de calidad de vida de acuerdo con la gravedad de la dermatitis atópica, de acuerdo con los médicos encuestados

Dermatitis atópica	Leve (%)	Moderada (%)	Grave (%)
Pacientes que tienen afectación del sueño debido al prurito crónico.	41	65	92
Pacientes que tienen afectación de su calidad de vida debido al prurito crónico	64	75	89
Pacientes con depresión	26	64	92

Cuadro 3. Apoyos diagnósticos y escalas de gravedad utilizados por los especialistas encuestados

Pregunta	Alergólogos (57 %)	Dermatólogos (38 %)	Pediatras (5 %)
	%	%	%
Población atendida < 18 años	40	34	92
Población atendida > 18 años	59	65	8
Criterios diagnósticos			
Clínicos	74	31	28
Hanifin-Rajka	26	59	57
Williams	0	3	15
Otros	0	7	0
Apoyo diagnóstico			
Laboratorios, biometría hemática, IgE total o específica, química sanguínea	24	48	85
Pruebas cutáneas a aeroalérgenos *	24	20	0
Biopsia	3	5	15
Otros	0	2	0
Ninguno	3	0	0
Escala de gravedad utilizada			
EASI	5	48	42
POEM	0	45	14.2
SCORAD	71	5	14.2
Superficie corporal	9	2	14.2
No utiliza	15	0	14.2

EASI = Eczema Area and Severity Index, POEM = Patient-Oriented Eczema Measure, SCORAD = Scoring Atopic Dermatitis.

internacionales o nacionales y que el inicio de la inmunosupresión sistémica fue indicado a partir de la DA moderada-grave, lo que genera costos adicionales para la vigilancia de efectos secundarios (biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático).

El porcentaje de pacientes con DA grave no controlada es de 5 %, a pesar del tratamiento médico adecuado. Acorde con los consensos actuales, estos pacientes se perfilan como candidatos para terapia biológica para lograr el control de la enfermedad. En este mismo grupo de pacientes son más frecuentes las exacerbaciones (cinco por año), incapacidades (una anual) y hospitalizaciones (una por año), respecto a los pacientes con DA leve-moderada, lo que incrementa los costos para el sector salud.

Conclusión

El mayor conocimiento de la enfermedad, la utilización de criterios diagnósticos y el tratamiento homogéneos propiciarán un adecuado uso de medicamentos y mejores resultados. Es importante atender los aspectos asociados con la dermatitis atópica, como la depresión y las comorbilidades. Los costos y el uso de recursos asociados con la DA es considerable y se manifiestan en el uso de múltiples medicamentos, incapacidades laborales e incluso hospitalización.

El reto sería contar con un registro epidemiológico de pacientes con DA, actualizar las guías de tratamiento con el fin de lograr el control a largo plazo, tener la opción de utilizar tratamientos innovadores que reducen el uso de recursos y deterioro de la calidad de vida.

Referencias

1. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szalai Z, Kunz B, et al. ETFAD/EADV Eczema Task Force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(5):729-747. DOI: 10.1111/jdv.13599
2. Silvestre JF, Romero D, Encqabo B. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2017;27(2):78-88. DOI: 10.18176/jiaci.0138
3. Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, De Falco A. Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin America Society of Allergy, Asthma and Immunology. *Rev Alerg Mex.* 2014;61(3):178-211. Disponible en: https://nietoeditores.com.mx/nieto/Alergia/2014/jul-sep/position.paper_atopic.pdf
4. Weidinger S, Beck LA, Bieber T, Kabashima K, Irvine AD. Atopic dermatitis. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4(1):1. DOI: 10.1038/s41572-018-0001-z
5. Silverberg J. Public health burden and epidemiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin.* 2017;35(3):283-289. DOI: 10.1016/j.det.2017.02.002
6. Bannister MJ, Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis. *Australas J Dermatol.* 2000;41(4):225-228. DOI: 10.1046/j.1440-0960.2000.00442.x
7. Boguniewicz M, Leung DY. Atopic dermatitis: a disease of altered skin barrier and immune dysregulation. *Immunol Rev.* 2011;242(1):233-246. DOI: 10.1111/j.1600-065X.2011.01027.x
8. Malik K, Heitmiller KD, Czarnowicki T. An update on the pathophysiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin.* 2017;35(3):317-326. DOI: 10.1016/j.det.2017.02.006
9. Werfel S, Allam JP, Biedermann T, et al. Cellular and molecular immunologic mechanisms in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;138(2):336-349. DOI: 10.1016/j.jaci.2016.06.010
10. Eyerich K, Eyerich S, Biedermann T. The multi-modal immune pathogenesis of atopic eczema. *Trends Immunol.* 2015;36(12):788-801. DOI: 10.1016/j.it.2015.10.006
11. Schmitt J, Langan S, Williams HC, European Dermato-Epidemiology Network. What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;120(6):1389-1398. DOI: 10.1016/j.jaci.2007.08.011
12. Chram ME, Spuls PI, Leeflang MM, Lindeboom R, Bos JD, Schmitt J. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. *Allergy.* 2012;67(1):99-106. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2011.02719.x
13. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(1):116-132. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.03.023
14. Hanifin JM, Reed ML, Eczema Prevalence and Impact Working Group. A population-based survey of eczema prevalence in the United States. *Dermatitis.* 2007;18(2):82-91. DOI: 10.2310/6620.2007.06034
15. Whiteley J, Emir B, Seitzman R, Makinson G. The burden of atopic dermatitis in US adults: results from the 2013 National Health and Wellness Survey. *Curr Med Res Opin.* 2016;32(10):1645-1651. DOI: 10.1080/03007995.2016.1195733
16. Chiesa-Fuxench ZC, Block J, Boguniewicz M, Boyle J, Fonacier L, Gelfand JM, et al. Atopic dermatitis in America study: a cross-sectional study examining the prevalence and disease burden of atopic dermatitis in the US adult population. *J Invest Dermatol.* 2019;139(3):583-590. DOI: 10.1016/j.jid.2018.08.028
17. Rincón-Pérez C, Larenas-Linnemann D, Figueroa-Morales MA, Luna-Pech J, García-Hidalgo L, Macías-Weinmann A, et al. Consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en adolescentes y adultos. *Rev Alerg Mex.* 2018;65(Supl 2):s8-s88. Disponible en: <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/526/877>
18. Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica. Tratamiento de la dermatitis atópica. México: Secretaría de Salud; 2014.
19. Lee SC, Committee of Korean Atopic Dermatitis Association for REACH. Various diagnostic criteria for atopic dermatitis (AD): A proposal of Reliable Estimation of Atopic Dermatitis in Childhood (REACH) criteria, a novel questionnaire-based diagnostic tool for AD. *J. Dermatol.* 2016;43(4):376-384. DOI: 10.1111/1346-8138.13264

**Anexo 1. Cuestionario
sobre prevalencia de dermatitis atópica en adultos y niños en México**

Estimado doctor, agradecemos su apoyo para el llenado de la siguiente encuesta cuyo objetivo es conocer la prevalencia de dermatitis atópica en adultos y niños. Los datos obtenidos se utilizarán para fines de investigación y la información proporcionada es totalmente confidencial.

1. ¿En dónde realiza su práctica clínica?

- Ámbito público
 Ámbito privado
 Ambos

De trabajar en alguna institución, anote el nombre del centro hospitalario al que pertenece:

2. Marque el servicio al que pertenece.

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergología pediátrica | <input type="checkbox"/> Adultos | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Dermatología pediátrica | <input type="checkbox"/> Adultos | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Otros, ¿cuál? | | |

3. De acuerdo con su experiencia y práctica diaria, ¿cuántos pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica atendió usted en el último año?

- Total
 Menores de 18 años
 Mayores de 18 años

4. ¿Cómo realiza usted el diagnóstico de dermatitis atópica?

- a) Criterios clínicos
b) Criterios de Hanifin y Rajka publicados
c) Otros, ¿cuáles?

5. ¿Cuál de las siguientes herramientas utiliza para evaluar a su paciente?

1. POEM
2. SCORAD
3. EASI
4. No utiliza
5. Solo % de superficie corporal

6. ¿Qué otro recurso utiliza para apoyar el diagnóstico?

- a) Laboratorios (IgE total o específica, biometría hemática, química sanguínea)
b) Pruebas de alergia (pruebas cutáneas)
c) Biopsia
d) Otros, ¿cuáles?

7. De la población que usted atiende en su práctica, ¿qué porcentaje se presenta en su consulta de acuerdo con la escala de severidad que utiliza?

DA leve	Niños %	Adultos %
DA moderada	Niños %	Adultos %
DA grave	Niños %	Adultos %

8. Llene la siguiente tabla de acuerdo con la información de su servicio.

DA	Hospitalizaciones por año (n)	Incapacidades por año (n)	Recetas expedidas al año por paciente (n)	Exacerbaciones al año (n)
Leve				
Moderada				
Grave				

Viene de página anterior...

9. Se define como paciente NO CONTROLADO: tres exacerbaciones al año, síntomas persistentes, remisión lenta, erupciones activas y 40 a 50 % de la superficie afectada, tratado con esteroides tópicos y terapia sistémica con pobre respuesta.

¿Qué porcentaje de pacientes atiende con estas características?

%

10. Se define como RESISTENCIA AL TRATAMIENTO cuando de acuerdo con el médico la situación clínica del paciente no cambia o se agrava cumpliendo por lo menos dos semanas de tratamiento apropiado en dosis y aplicación adecuada.

¿Qué porcentaje de pacientes atiende con estas características?

Leve

Moderado

Grave

11. ¿Qué porcentaje de los pacientes que valora presenta contraindicación (ejemplo, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, neoplasias, infecciones crónicas o en tratamiento, etcétera) para uso de inmunosupresores?

%

12. De la siguiente lista, marque los medicamentos que utiliza para el control de la enfermedad en sus pacientes (puede marcar uno o más).

Antihistamínicos

Emolientes e hidratantes

Esteroides tópicos

Inhibidores de calcineurina

Otros, ¿cuáles?

13. ¿Cuánto tiempo espera usted para modificar la estrategia terapéutica?

14. ¿Por qué causa realiza cambio de tratamiento sistémica?

Falla al tratamiento

Resistencia al tratamiento

Falta de adherencia

Intolerancia

Problemas económicos del paciente

15. De acuerdo con la severidad, ¿en qué grado utilizaría la siguiente opción terapéutica?

Esteroides sistémicos

Leve

Moderado

Grave

Resistencia al tratamiento/no controlado

Metotrexate

Leve

Moderado

Grave

Continúa en siguiente página...

Viene de página anterior...

Ciclosporina
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Resistencia al tratamiento/no controlado
Azatioprina
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Resistencia al tratamiento/no controlado
Micofenolato
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Resistencia al tratamiento/no controlado
Tacrolimus
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Resistencia al tratamiento/no controlado
Fototerapia
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Resistencia al tratamiento/no controlado
Biológicos (omalizumab)
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Falla al tratamiento
<input type="checkbox"/> Contraindicación de inmunosupresores
16. De las opciones terapéuticas enlistadas, ¿indica usted combinación de los mismos para tratamiento de sus pacientes?
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No
¿Cuáles?

Viene de página anterior...

17. De las opciones terapéuticas enlistadas y que haya utilizado en su práctica clínica mencione las dosis y tiempo que los prescribe:

- a) Esteroides sistémicos
 - Dosis
 - Tiempo
- b) Metotrexate
 - Dosis
 - Tiempo
- c) Ciclosporina
 - Dosis
 - Tiempo
- d) Azatioprina
 - Dosis
 - Tiempo
- e) Micofenolato
 - Dosis
 - Tiempo
- f) Tacrolimus
 - Dosis
 - Tiempo
- g) Fototerapia
 - Dosis
 - Tiempo
- h) Biológico (omalizumab)
 - Dosis
 - Tiempo
- i) Otros
 - Dosis
 - Tiempo

18. ¿Cómo realiza el seguimiento de sus pacientes con dermatitis atópica? Marque con una X en la opción del estudio que solicita.

	Esteroides	Metotrexate	Ciclosporina	Azatioprina	Micofenolato	Tacrolimus	Fototerapia	Biológico
BH								
QS								
PFH								
EGO								
IgE								
Biopsia								

19. ¿Con qué frecuencia realiza estos estudios de seguimiento?

Continúa en siguiente página...

Viene de página anterior...

20. ¿Sus pacientes presentan prurito que afecte el sueño o su calidad de vida?

- Sí
 No

21. De acuerdo con la severidad, ¿qué porcentaje de sus pacientes en los diferentes grados presentan prurito que afecte el sueño?

- Leve
 Moderado
 Severo

22. De acuerdo con la severidad ¿qué porcentaje de sus pacientes en los diferentes grados presenta prurito que afecte su calidad de vida?

- Leve
 Moderado
 Severo

23. ¿Sus pacientes presentan depresión?

- Sí
 No

24. De acuerdo con la severidad ¿qué porcentaje de sus pacientes en los diferentes grados presenta depresión?

- Leve
 Moderado
 Grave

25. De estos pacientes:

¿Qué porcentaje toma antidepresivos?

¿Qué tipo?

26. A continuación, se enlistan algunas comorbilidades asociadas con dermatitis atópica. Enumere por orden de frecuencia (siendo 1 el más frecuente) la presentación en sus pacientes

- Conjuntivitis
 Asma
 Rinitis
 Alergia alimentaria
 Conjuntivitis
 Otras (especifique):

27. ¿Solicita interconsultas debido a estas comorbilidades?

- Sí
 No

28. ¿A qué servicios solicita interconsulta?

Continúa en siguiente página...

Viene de página anterior...

29. ¿Cuáles considera usted que son las necesidades de sus pacientes para un mejor control de su enfermedad?
(Puede marcar más de una opción)

- Mayor conocimiento sobre la enfermedad
- Mayor conocimiento sobre el uso adecuado de su tratamiento
- Costo de tratamiento
- Mayores y mejores opciones terapéuticas

30. ¿Cuáles considera que son sus necesidades para un mejor control de enfermedad en sus pacientes?
(Puede marcar más de una opción)

- Mayor conocimiento sobre la enfermedad
- Mayor conocimiento sobre el uso adecuado de tratamiento
- Costo de tratamiento
- Mayores y mejores opciones terapéuticas