

Respuesta clínica con el uso de un emoliente plus (Atopeel body) en pacientes con dermatitis atópica de leve a moderada

Clinical response to the use of an emollient plus (Atopeel body) in patients with mild-to-moderate atopic dermatitis

Beatriz Elena Orozco Sebá,¹ Esperanza Meléndez Ramírez,² Claudia Montoya Maya,³ José Tovar Berardinelli,¹ Jairo Fuentes Carrascal,² Juan Camilo Marchan Cárdenas,⁴ Alberto Henríquez Fuentes⁵ y Ana Isabel Doria García⁴

¹ Médico dermatólogo, Universidad de Buenos Aires, Argentina

² Médico dermatólogo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

³ Médico dermatólogo, Universidad ICESI, Cali, Colombia

⁴ Médico, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

⁵ Médico internista, Hospital Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

RESUMEN

IMPORTANCIA: la dermatitis atópica (DA) es una patología con períodos de recaídas y remisión, para la cual los emolientes son un pilar de tratamiento. Los emolientes plus, como Atopeel body, contienen sustancias activas no farmacológicas, con propiedades de hidratación y efecto antiinflamatorio, y con la capacidad de reparar la barrera cutánea.

OBJETIVOS: describir la respuesta clínica con el uso del emoliente plus Atopeel body en pacientes de seis meses a 90 años de edad con DA de leve a moderada que fueron atendidos en consulta privada de dermatología entre septiembre y noviembre de 2022.

MÉTODOS: realizamos un estudio observacional de cohorte retrospectivo de la consulta privada de cinco dermatólogos en Colombia. Incluimos pacientes entre los seis meses y 90 años de edad con diagnóstico clínico confirmado de DA de leve a moderada. Se evaluó la respuesta clínica con las escalas SCORAD, EASI y DLQI.

RESULTADOS: incluimos a 93 pacientes con DA leve a moderada. Al inicio del estudio, 60.2% de los pacientes tenían DA moderada por SCORAD. La respuesta clínica de Atopeel body se asoció con una disminución de la escala a 22.6, 3.2 y 1.1% ($p < 0.001$) durante cada seguimiento. También observamos una disminución en el consumo de corticoides tópicos ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES: el uso de Atopeel body, de forma constante y diaria, como terapia coadyuvante en los pacientes con DA leve a moderada reduce la probabilidad de recaídas y el uso de esteroides tópicos.

PALABRAS CLAVE: dermatitis atópica, emoliente, dermatitis, prurito, eritema.

ABSTRACT

IMPORTANCE: atopic dermatitis (AD) is a pathology with periods of relapse and remission, for which emollients are the main treatment. Emollients plus, such as Atopeel body, contain non-drug active substances, with moisturizing properties and anti-inflammatory effect, having the ability to repair the skin barrier.

OBJECTIVES: to describe the clinical response to the use of an emollient plus (Atopeel body) in patients aged six months to 90 years with mild to moderate AD who were consulted in private dermatology practice between September and November 2022.

METHODS: We conducted a retrospective observational cohort study of five private practice dermatologists in Colombia. We included patients between six months and 90 years of age with a confirmed clinical diagnosis of mild to moderate AD. Clinical response was evaluated with the SCORAD, EASI and DLQI scales.

RESULTS: We included 93 patients with mild to moderate AD. At baseline, 60.2% of patients had moderate AD by SCORAD. Clinical response to Atopeel body was associated with a decrease in the scale at 22.6, 3.2 and 1.1% ($p < 0.001$) during each follow-up. We also observed a decrease in topical corticosteroid consumption ($p < 0.001$).

CONCLUSIONS: it appears that consistent and daily use of Atopeel body as an adjuvant therapy in patients with mild to moderate AD reduces the likelihood of relapses and the use of topical steroids and its side effects.

KEYWORDS: atopic dermatitis, emollient, dermatitis, pruritus, erythema.

CORRESPONDENCIA

Dra. Ana Isabel Doria García ■ aidoria@uninorte.edu.co ■ Teléfono: (+57) 30 1310 4407

Universidad del Norte; Km 5 Vía Puerto Colombia, Área Metropolitana de Barranquilla, Colombia

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica y pruriginosa de la piel, asociada principalmente a elevados niveles de inmunoglobulina E (IgE) y antecedentes familiares de atopía.¹ Factores genéticos, alimentarios, ambientales e infecciosos pueden desencadenar recaídas.² Es la dermatosis inflamatoria más común en la infancia, en todo el mundo afecta de 15 a 20% de los niños y a 10% de los adultos.³

En Estados Unidos la prevalencia de DA infantil es de 15, 15.1 y 14.5% en edades de cinco, nueve y 15 años, respectivamente.⁴ En América Latina se realizaron múltiples estudios de prevalencia en niños y adultos, y se encontró significativamente más alta en los menores de cinco años, hasta 24%, mientras que en adolescentes se ha documentado una prevalencia promedio de 15%.⁵ En Brasil, en un estudio realizado en 3 600 niños con edades entre seis y siete años, se documentó una prevalencia de 9.6%. En Colombia, la prevalencia estimada de la DA es 9% en adultos y 12% en edad pediátrica.⁶

La DA es una enfermedad común con múltiples tratamientos disponibles que pueden alterar su curso natural. Para su tratamiento, la guía colombiana recomienda emolientes diarios sin perfumes ni alérgenos.⁷ Sin embargo, el uso de terapia complementaria carece de evidencia y datos que permitan emitir una recomendación fuerte; todo parece indicar que se ha podido identificar un beneficio adicional con el uso de emolientes con propiedades de humectación, protección, antiinflamatorios y que evitan otros medicamentos tópicos. Las directrices internacionales enfatizan el uso abundante de emolientes como tratamiento principal para la DA leve y parte del régimen para la moderada y severa.^{8,9} Los emolientes se definen como formulaciones tópicas con sustancias de tipo vehículo que carecen de ingredientes activos y desempeñan un papel crucial al proporcionar protección a la piel afectada por DA. Éstos incluyen componentes como vaselina, aceite de parafina, alcoholes grasos, glicerol, sorbitol y lípidos fisiológicos.¹⁰ Adicionalmente se introduce el concepto de “emoliente plus”, que se define como una formulación tópica que combina sustancias vehiculares con ingredientes activos no farmacológicos, como saponinas, flavonoides y riboflavinas. Este nuevo grupo de emolientes no sólo mejora las lesiones asociadas con la DA, sino que también preserva los lípidos de la barrera cutánea, previene la pérdida transepidermica de agua (TEWL) y reduce tanto la inflamación como el prurito.

A este grupo pertenece el Atopeel body (https://www.heel.com.co/es_co/atopeel-body%C2%AE.html), producido a base de biomoléculas derivadas de aceites naturales,

con cinco componentes clave: 1) humectantes: coco-caprilato/caprato, pantenol, 2) lípidos no fisiológicos: glicerina, *Butyrospermum parkii butter*, *Helianthus annus*; 3) lípidos fisiológicos: *Ribes nigrum seed oil*, *Cocos nucifera oil*, ácido palmitico; 4) agentes antipruriginosos: *Rardiospermum halicacabum*, *Rosmarinus officinalis* y 5) agentes que favorecen a la diferenciación epidérmica: pantenol.

El objetivo de este estudio es describir los resultados clínicos medidos en la variación de puntajes de severidad de una población con dermatitis atópica de leve a moderada con el uso continuo de Atopeel body, en la consulta ambulatoria de dermatología en Barranquilla, Colombia.

Métodos

Diseño

Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo de la consulta privada de cinco dermatólogos de la ciudad de Barranquilla, Atlántico. Los coordinadores del estudio están afiliados a la Asociación Colombiana de Dermatología (Asocolderma).

Participantes

Se seleccionaron todos los registros de pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: edad entre seis meses y 90 años, diagnóstico previo o nuevo de DA de leve a moderada, consulta durante septiembre y noviembre de 2022, e indicación de tratamiento emoliente plus con Atopeel body. Se recomendó aplicar el emoliente de manera tópica, en toda la superficie corporal cada 12 horas de forma continua. Se definió como caso confirmado de DA a toda persona que cumpliera con tres criterios mayores y tres criterios menores de Hanifin y Rajka.¹¹ Se excluyó a los pacientes con DA severa, con datos clínicos incompletos o problemas cognitivos severos que impidieran la correcta realización del consentimiento informado.

Variables

Se incluyeron variables demográficas y clínicas: edad, estrato sociodemográfico, escolaridad, ocupación, peso, talla, índice de comorbilidad de Charlson.¹² Variables relacionadas con la DA: tiempo de evolución, medicamentos tópicos y sistémicos al inicio del estudio y fototipo de la piel. Asimismo, se incluyeron como variables de respuesta clínica los puntajes de las escalas SCORAD (scoring atopic dermatitis) clasificando a los pacientes en leve (menos de 25 puntos), moderado (25 a 50 puntos) y grave (51 a 103); la escala EASI (eczema area and severity index) leve (menos de 7 puntos), moderado (7 a 21 puntos), grave (22 a 50) y muy grave (más de 50 puntos) y la escala DLQI

(dermatology life quality index) que mide la afectación como nada (0 a 1), insignificante (2 a 5), moderada (6 a 10), considerable (11 a 20) y muy considerable (21 a 30).

Recopilación de datos

La recolección de los datos se realizó a través de la revisión de las historias clínicas almacenadas en el registro electrónico de la consulta de los dermatólogos. De cada participante se revisaron al menos tres consultas después de la indicación de la intervención, cada consulta se realizó entre cuatro y seis semanas. En la consulta ambulatoria cada dermatólogo hizo de manera rutinaria escalas de medición para las enfermedades atendidas y se obtuvo el consentimiento informado firmado por cada uno de los pacientes o por quien acudía para el acceso a la historia clínica. Los datos extraídos se ingresaron en una base de datos en Microsoft® Excel versión 16.70. Este estudio se consideró sin riesgo dado que sólo se utilizaron datos de una fuente secundaria. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Clínica de la Costa (Barranquilla, Colombia), acta 396, del 10 de noviembre de 2022.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se presentan como frecuencias absolutas y relativas, las variables continuas como medias y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC), de acuerdo con la verificación del supuesto de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Todas las medidas de tendencia central y proporciones se calcularon a partir de los datos disponibles.

Para detectar diferencias en la respuesta clínica de los pacientes, se compararon las proporciones de pacientes

que presentaron estado clínico leve en cada seguimiento. Para las escalas de medición EASI y SCORAD se utilizó la prueba no paramétrica para muestras relacionadas Q de Cochran. Para la escala DLQI utilizamos la prueba de Friedman. En caso de encontrar un valor p significativo en las comparaciones múltiples, aplicamos la prueba de McNemar para comparar cada seguimiento con el valor basal mediante y realizamos ajuste de Bonferroni para múltiples comparaciones. Se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo, y un valor $p < 0.016$ por corrección de Bonferroni. Los resultados se analizaron con SPSS versión 29.0.

Resultados

Se incluyó a 93 pacientes con DA de leve a moderada. La estratificación por edad reveló que la afectación más frecuente ocurrió en el rango de cinco a 24 años de edad. La mayoría de los pacientes presentaron recaídas de su enfermedad en un intervalo promedio inferior a los 12 meses. Además, más de la mitad de los pacientes tenía al menos una comorbilidad asociada. Se observó que los fototipos cutáneos más prevalentes (de acuerdo con la escala Fitzpatrick) fueron III y IV. Al inicio del estudio, aproximadamente 57% de los pacientes se trataron con corticoides tópicos, mientras que menos de 2% usaba una terapia sistemática, como antihistamínicos y/o fototerapia. El 60% de los pacientes mencionaron al menos una alergia (medicamentosa o alimentaria).

Con respecto a las puntuaciones de severidad, al inicio del estudio 60.2% de los pacientes presentaron un puntaje moderado según la escala SCORAD, mientras que 30.1% tuvo un EASI moderado (**figura 1**). Luego del inicio del

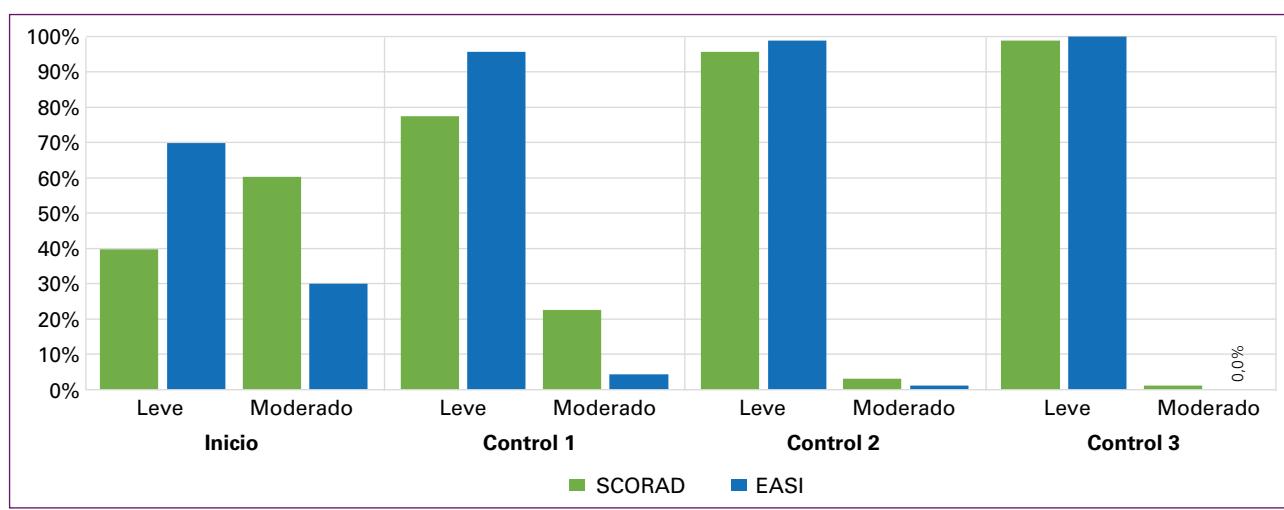


Figura 1. Distribución porcentual de pacientes con niveles de SCORAD y EASI leves y moderados.

^a SCORAD (scoring atopic dermatitis); ^b EASI (eczema area and severity index).

Tabla 1. Respuesta clínica de los pacientes con dermatitis atópica leve-moderada con el manejo con Atopeel, según escalas SCORAD, EASI y DLQI al inicio y en los controles 1, 2 y 3

ESCALA		INICIO	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	VALOR P
SCORAD ^a	Leve n (%)	37 (39.8)	72 (77.4)	89 (95.7)	92 (98.9)	<0.001*
	Moderado n (%)	56 (60.2)	21 (22.6)	3 (3.2)	1 (1.1)	
EASI ^b	Leve n (%)	65 (69.9)	89 (95.7)	92 (98.9)	93 (100)	<0.001*
	Moderado n (%)	28 (30.1)	4 (4.3)	1 (1.1)	0 (0.0)	
DLQI ^c	Nada n (%)	11 (11.8)	29 (31.2)	53 (57.0)	74 (79.6)	<0.001**
	Insignificante n (%)	33 (35.5)	40 (43.0)	31 (33.3)	17 (18.3)	
	Moderado n (%)	37 (39.8)	23 (24.7)	9 (9.7)	2 (2.2)	
	Considerable n (%)	10 (20.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Muy considerable n (%)	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

^aSCORAD (SCORing atopc dermatitis); ^bEASI (eczema area and severity index); ^cDLQI (dermatology life quality index). *Prueba χ^2 de Cochran, **prueba de Friedman. Ajuste de Bonferroni (α = 0.016).

emoliente se evidenció una disminución de 37.6% (valor $p < 0.001$) en la proporción de pacientes con DA moderada, según SCORAD, y una reducción de 25.6% (valor $p < 0.001$) según EASI; resultados que fueron consistentes en el segundo control (3.2%, valor $p < 0.001$) de pacientes con SCORAD moderado y 1.1% (valor $p < 0.001$) con EASI moderado; así como en el tercer control (1.1%, valor $p < 0.001$) de pacientes con SCORAD moderado y 0% (valor $p < 0.001$) con EASI moderado. Asimismo, se observó una disminución estadísticamente significativa en la escala DLQI, indicativa de mejoría en la calidad de vida, desde el primer control hasta el último seguimiento (valor $p < 0.001$) (tabla 1, figura 2).

El uso de esteroides tópicos también disminuyó: pasó de 57% al inicio a 28% en el primer control; 10.8% en el segundo y terminó en 1.1% (valor $p < 0.001$) (figura 2).

Discusión

En este estudio observacional de cohorte retrospectivo se evidenció que el uso de Atopeel body disminuyó de manera clínicamente significativa los desenlaces de gravedad en la DA leve a moderada. También se observó una reducción clínicamente significativa con el uso de corticoides tópicos y terapias sistémicas respecto del inicio y durante el seguimiento. Estos resultados se mantuvieron consistentes desde el primero hasta el tercer control, lo cual sugiere que el uso constante y diario de este emoliente plus puede tener un efecto positivo en los desenlaces de la DA.

Nuestros resultados son consistentes con los datos encontrados en otros estudios, en donde se utilizaron emolientes como manejo complementario en DA de leve a moderada.^{13,14} Pero éste es el primer hallazgo preliminar del uso de un emoliente plus que contiene una mezcla única que reduce la inflamación y ayuda a disminuir los efectos secundarios de otros tratamientos.

En su ensayo clínico aleatorizado, Abramovits y colaboradores¹³ evaluaron la eficacia de un emoliente en el manejo de la DA de leve a moderada y observaron una disminución del *rash* de manera estadísticamente significativa; ellos no evaluaron el tiempo de eficacia ni la consistencia en los hallazgos, lo que contrasta con nuestro estudio que, a pesar de que es descriptivo, sí pudimos describir el comportamiento a lo largo del seguimiento.

En el ensayo clínico realizado en niños, Grimalt y colaboradores¹⁴ evaluaron los desenlaces en las escalas de severidad con el uso de emolientes en DA de moderada a severa y encontraron que se redujo de manera significativa el uso de corticoides tópicos, hallazgos que coinciden con nuestro estudio, en el cual se observó una disminu-

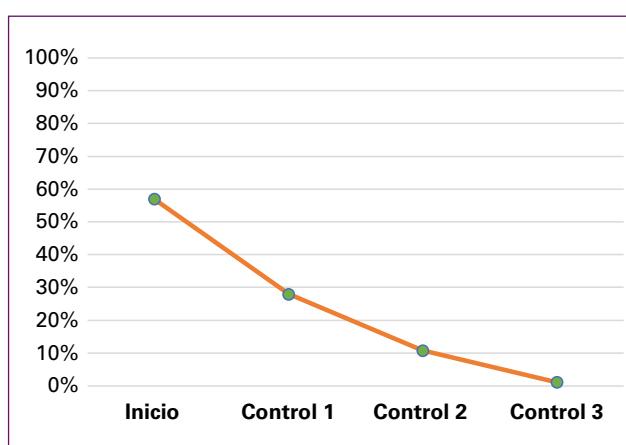


Figura 2. Cambio en el uso diario de corticoides tópicos para el control de la dermatitis atópica de los pacientes al inicio y en los controles 1, 2 y 3. Se incluyó a pacientes que reportaron uso de corticoides tópicos en la medición basal.

ción en los puntajes de severidad con la consecuente reducción en el uso de corticoides tópicos.

Por lo anterior, con el uso de emolientes se podría esperar una disminución en los eventos adversos que se pueden presentar en los pacientes tanto por el uso de esteroides tópicos como por otras terapias inmunosupresoras tópicas, ya que reduce la necesidad de su aplicación. Es probable que con el uso prolongado de Atopeel body se consigan muchos más beneficios por la consistencia en los hallazgos del tercer control, pero es necesario más tiempo de observación, un mayor tamaño muestral y un diseño prospectivo diferente para poder llegar a esta conclusión. En cuanto a las características clínicas, no se encontraron diferencias significativas cuando comparamos por sexo, en relación con el estudio de Grimalt y colaboradores,¹⁴ en donde se observó una tendencia mayor de afectación en los pacientes de sexo femenino. Es probable que debido a condiciones fisiopatológicas diferentes encontradas en la adolescencia se puedan explicar estos resultados, pero en nuestro caso se observó que en la medida que aumenta la edad, la afectación es muy similar.

Consideramos que las fortalezas del presente estudio son el número de pacientes descritos y la recopilación de datos clínicos exhaustiva (**tabla 2**), que por la aplicabilidad de las escalas facilitó el análisis de resultados. Sin embargo, nuestro estudio tiene algunas limitaciones que conviene reconocer. En primer lugar, el estudio se hizo en una sola ciudad y probablemente en otras latitudes los pacientes tienen diferentes características en cuyo entorno se pueden encontrar factores determinantes que pueden cambiar el comportamiento de la enfermedad. En segundo lugar, debido al diseño retrospectivo, algunos hallazgos clínicos pueden conducir a sesgos de selección, dado que fue una muestra no probabilística. Finalmente, no se evaluó la diferencia intraexaminador e interexaminador de cada uno de los dermatólogos en la aplicabilidad de las escalas, lo cual puede inducir a múltiples sesgos de medición. Es importante destacar que aunque no se haya identificado información reciente sobre Atopeel body, la literatura sobre emolientes, incluyendo “emolientes plus”, puede ofrecer datos relevantes para la comprensión y formulación de nuevas preguntas de investigación. Este estudio ofrece información valiosa sobre una cohorte de pacientes atendidos en la consulta privada de cinco dermatólogos, los cuales brindan un alcance del análisis de comportamiento en la vida real.

Conclusiones

La DA sigue siendo una enfermedad prevalente, caracterizada por pérdida de barrera epidérmica, que predispone

al paciente a la acción de alérgenos y a tener una condición inflamatoria cutánea crónica difícil de tratar. La incorporación de un emoliente plus en el tratamiento tópico demostró un beneficio clínicamente significativo con mínimos efectos secundarios adicionales, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Nuestros hallazgos están asociados con una disminución significativa en el uso de esteroides tópicos, resultado fundamental dada la posibilidad de que estos medicamentos pueden producir efectos secundarios indeseables. Todo parece indicar que el uso de Atopeel body, como terapia coadyuvante en los pacientes con DA leve a moderada, no sólo reduce la probabilidad de recaídas y retarda la aparición de nuevos eventos, sino que también disminuye el uso de medicamentos con mayores efectos colaterales.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración y apoyo epidemiológico del doctor Jorge Acosta durante el proceso de corrección del documento.

Conflicto de interés

Algunos autores han recibido honorarios de Laboratorios Heel en la realización de charlas. Asimismo, dicha empresa aportó ayuda para la realización del análisis de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chan LN, Magyari A, Ye M, Al-Alusi NA, Langan SM, Margolis D *et al.*, The epidemiology of atopic dermatitis in older adults: a population-based study in the United Kingdom, *PLOS One* 2021; 16(10):e0258219.
2. Furue M, Chiba T, Tsuji G, Ulzii D, Kido-Nakahara M, Nakahara T y Kadono T, Atopic dermatitis: immune deviation, barrier dysfunction, IgE autoreactivity and new therapies, *Allergology International: official journal of the Japanese Society of Allergology* 2017; 66(3):398-403. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.alit.2016.12.002>.
3. Kolb L y Ferrer-Bruker SJ, *Atopic dermatitis*, StatPearls, Treasure Island (FL), 2022.
4. McKenzie C y Silverberg JI, The prevalence and persistence of atopic dermatitis in urban United States children, *Ann Allergy Asthma Immunol* 2019; 123(2):173-178.e1. DOI: 10.1016/j.anai.2019.05.014. Epub 22 de mayo de 2019. PMID: 31128232.
5. Hadi HA, Tarmizi AI, Khalid KA, Gajdacs M, Aslam A y Jamshed S. The epidemiology and global burden of atopic dermatitis: a narrative review, *Life* (Basilea) 2021; 11(9).
6. Toledo MF, Saraiva-Romanholo BM, Oliveira RC, Saldiva PHN, Silva LFF, Nascimento LFC *et al.*, Changes over time in the prevalence of asthma, rhinitis and atopic eczema in adolescents from Taubaté, São Paulo, Brazil (2005-2012): relationship with living near a heavily travelled highway, *Allergol Immunopathol* (Madrid) 2016; 44(5):439-44.
7. AsoColDerma, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, IETS I de ET en s, Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con DA leve a moderada

VARIABLE	FEMENINO	MASCULINO	VARIABLE	FEMENINO	MASCULINO			
	N = 50	N = 43		N = 50	N = 43			
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)			
Edad								
<5 años	10 (20)	10 (23.3)	<1 mes	6 (12)	3 (7.0)			
5-14 años	10 (20)	18 (43.9)	1-6 meses	22 (44)	24 (55.8)			
15-24 años	18 (36)	6 (14.6)	7-12 meses	10 (20)	8 (18.6)			
25-34 años	6 (12)	6 (14.6)	13-18 meses	2 (4)	2 (4.7)			
≥35 años	6 (12)	3 (7.3)	19-24 meses	2 (4)	3 (7.0)			
Estrato socioeconómico								
1	11 (22)	20 (47.6)	25-29 meses	0 (0)	0 (0.0)			
2	10 (20)	6 (14.3)	≥30 meses	8 (16)	3 (7.0)			
3	14 (28)	4 (9.5)	Presencia de comorbilidades					
4	6 (12)	7 (16.7)	Asma	10 (20)	14 (32.6)			
5	5 (10)	2 (4.8)	Conjuntivitis	7 (14)	7 (16.3)			
6	4 (8)	3 (7.1)	Rinitis	25 (50)	22 (51.2)			
Escolaridad								
Ninguna	16 (32)	21 (48.8)	Medicamentos usados al inicio del estudio					
Primaria	11 (22)	9 (20.9)	Tópicos					
Secundaria	12 (24)	5 (11.6)	Betametasona	6 (12)	4 (9.3)			
Técnico	4 (8)	2 (4.7)	Clobetasol	5 (10)	3 (7.0)			
Tecnólogo	0 (0)	1 (2.3)	Tacrolimus	0 (0)	1 (2.3)			
Profesional	7 (14)	5 (11.6)	Desonida	11 (22)	10 (23.4)			
Ocupación			Hidrocortisona	5 (10)	5 (11.6)			
Desempleado	16 (32)	8 (18.6)	Mometasona	1 (2)	2 (4.7)			
Empleado	7 (14)	9 (20.9)	Sistémicos					
Estudiante	27 (54)	26 (60.5)	Bilastina	3 (6)	4 (9.3)			
Peso			Cetirizina	2 (4)	0 (0.0)			
<25 kg	12 (24)	15 (34.9)	Desloratadina	1 (2)	1 (2.3)			
25-49 kg	12 (24)	8 (18.6)	Fototerapia	6 (12)	3 (7.0)			
50-74 kg	24 (48)	14 (32.6)	Loratadina	1 (2)	5 (11.6)			
75-99 kg	2 (4)	4 (9.3)	Prednisona	1 (2)	0 (0.0)			
≥100 kg	0 (0)	2 (4.7)	Rupatadina	4 (8)	4 (9.3)			
Talla			Alergias					
<100 cm	8 (16)	6 (14.0)	A medicamentos	15 (30)	3 (7.0)			
100-119 cm	3 (6)	10 (23.3)	A alimentos	16 (32)	5 (11.6)			
120-139 cm	3 (6)	6 (14.0)	Fototipo cutáneo					
140-159 cm	18 (36)	5 (11.6)	I	0 (0)	0 (0.0)			
160-179 cm	18 (36)	13 (30.2)	II	15 (30)	4 (9.3)			
≥180 cm	0 (0)	3 (7.0)	III	14 (28)	18 (41.9)			
IMC			IV	18 (36)	14 (32.6)			
<15 kg/m ²	1 (2)	1 (2.3)	V	2 (4)	5 (11.6)			
15-19 kg/m ²	15 (30)	20 (46.5)	VI	1 (2)	2 (4.7)			
20-24 kg/m ²	24 (48)	12 (27.9)						
25-29 kg/m ²	8 (16)	5 (11.6)						
30-34 kg/m ²	2 (4)	4 (9.3)						
≥35 kg/m ²	0 (0)	1 (2.3)						

- y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia, *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dematol*, 6 de octubre de 2020, internet.
8. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Ávila Valle G, Barbarot S, Bieber T, Brough HA, Calzavara Pinton P, Christen-Zäch S, Deleuran M, Dittmann M, Dressler C, Fink-Wagner AH, Fosse N, Gáspár K, Gerbens L, Gieler U, Girolomoni G, Gregorius S, Mortz CG, Nast A, Nygaard U, Redding M, Rehbinder EM, Ring J, Rossi M, Serra-Baldrich E, Simon D, Szalai ZZ, Szepietowski JC, Torrelo A, Werfel T y Flohr, European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I: systemic therapy, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022; 36:1409-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jdv.18345>.
 9. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL et al., Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis, *J Am Acad Dermatol* 2014; 70(2):338-51.
 10. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gieler U, Girolomoni G, Lau S, Muraro A, Czarnecka-Operacz M, Schäfer T, Schmid-Grendelmeier P, Simon D, Szalai Z, Szepietowski JC, Taieb A, Torrelo A, Werfel T, Ring J, European Dermatology Forum (EDF), European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations (EFA), European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP), European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) y European Union of Medical Specialists (UEMS), Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32(5):657-82. doi: 10.1111/jdv.14891. Fe de erratas en: *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33(7):1436. PMID: 29676534.
 11. Hanifin JM y Rajka G, Diagnostic features of atopic dermatitis, *Acta Dermato-Venereologica*, 60(92):44-47. <https://doi.org/10.2340/0001555924447>.
 12. Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC et al., The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients, *J Clin Epidemiol* 2008; 61(12):1234-40.
 13. Abramovits W, Boguniewicz M y Adult Atopiclair Study Group, A multicenter, randomized, vehicle-controlled clinical study to examine the efficacy and safety of MAS063DP (Atopiclair) in the management of mild to moderate atopic dermatitis in adults, *Journal of Drugs in Dermatology* 2006; 5(3):236-44.
 14. Grimalt R, Mengeaud V, Cambazard F y Study Investigators' Group, The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study, *Dermatology* (Basilea) 2007; 214(1):61-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000096915>.