

Consenso mexicano sobre educación terapéutica para el paciente con dermatitis atópica

Mexican consensus on therapeutic education for the patient with atopic dermatitis

María Teresa García Romero,¹ Isabel Medina Vera,² Carola Durán McKinster,¹ Erika Alba Rojas,³ Angélica Beirana Palencia,⁴ Alejandro García Vargas,⁵ Esther Guevara Sanginés,⁶ Leticia Lara Mendoza,⁷ Yuri Igor López Carrera,⁸ Guadalupe Maldonado Colín,⁹ Carolina Palacios López,¹ Laura Isabel Ramos Gómez,¹⁰ Catalina Rincón Pérez,¹¹ María Elena Sánchez Castellanos,¹² Mirna Toledo Bahena,¹³ Lourdes Trevizo Ortíz¹⁴ y María del Mar Sáez de Ocariz¹

1 Servicio de Dermatología, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

2 Departamento de Metodología de la Investigación, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

3 Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey

4 Práctica privada, Hospital Ángeles Metropolitano, Ciudad de México

5 Hospital Naval, Veracruz, Veracruz

6 Servicio de Dermatología, Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México

7 Práctica privada, Matebuala, San Luis Potosí

8 Práctica privada, Hospital Ángeles, Puebla, Puebla

9 Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

10 Instituto de Pediatría, Hospital Zambrano Hellion Tec Salud, Monterrey, Nuevo León

11 Servicio de Dermatología, Unidad de Especialidades Médicas, Sedena

12 Departamento de Dermatología Pediátrica, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Guadalajara

13 Servicio de Dermatología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México

14 Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua, Chihuahua

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria crónica multifactorial muy frecuente. La educación terapéutica del paciente (ETP) es un proceso centrado en éste, e implica la transferencia de información y habilidades necesarias para manejar la enfermedad.

OBJETIVOS: elaborar recomendaciones sobre el contenido que debe incluirse en las intervenciones de ETP para pacientes con DA.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un consenso de expertos utilizando metodología de panel Delphi. Se incluyeron dermatólogos pediatras con experiencia previa en el uso de ETP en DA. Se estableció que se consideraría consenso de acuerdo si $\geq 80\%$ de los expertos evaluaban las declaraciones en el tercil superior de una escala Likert; y se realizarían cuatro rondas, después de cada una se presentarían los resultados usando estadística descriptiva y gráficas. Las declaraciones en las que no se alcanzó consenso se evaluaron/modificaron de acuerdo con los comentarios y se utilizaron en la siguiente ronda.

RESULTADOS: se incluyó a 16 dermatólogos/dermatólogos pediatras con experiencia previa en el uso de ETP para DA. Se elaboraron 31 preguntas según la literatura existente sobre el uso de ETP en DA, y en las rondas subsecuentes se evaluaron las declaraciones construidas a partir de las respuestas. Se elaboró un

ABSTRACT

INTRODUCTION: atopic dermatitis (AD) is a very frequent, chronic, multifactorial inflammatory skin disease. Therapeutic patient education (TPE) is a patient-centered process that implies the transfer of necessary information and skills to manage disease effectively.

OBJECTIVES: should be included in TPE interventions for patients with AD.

MATERIAL AND METHODS: an expert consensus using Delphi panel methodology was performed. Pediatric dermatologists and dermatologists with previous experience using TPE for AD were included. Consensus was achieved if $\geq 80\%$ experts evaluated declarations in the upper tertile of a Likert scale; four rounds of evaluation were held and, after each one, results were presented using descriptive statistics and graphics. Declarations where consensus was not achieved, were evaluated/modified according to experts' comments, and were added in the following round.

RESULTS: We included 16 pediatric dermatologists/dermatologist in the expert panel. Thirty-one questions were formulated based on existing literature about the use of TPE in AD and sent to experts. On subsequent rounds, declarations constructed with the answers to these questions were evaluated. A docu-

CORRESPONDENCIA

Dra. María del Mar Sáez de Ocariz ■ mmsaezdeocariz@gmail.com.mx

Servicio de Dermatología, Instituto Nacional de Pediatría, Insurgentes Sur 3700 C, Insurgentes Cuicuilco, C.P. 04730, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México

documento con 19 recomendaciones sobre el contenido para un programa de ETP en DA.

CONCLUSIONES: La ETP es indispensable en el manejo de pacientes con DA, y debe incluir explicaciones sobre la fisiopatología, las medidas generales y cambios en el estilo de vida, así como los tratamientos existentes.

PALABRAS CLAVE: educación terapéutica para el paciente, dermatitis atópica, consenso, Delphi.

ment with all 19 recommendations obtained through consensus that should be included in TPE interventions for AD was made.

CONCLUSIONS: TPE is essential for the medical care of patients with AD. It should include explanations about physiopathology, general skin care measures and lifestyle changes, and existing treatments.

KEYWORDS: therapeutic patient education, atopic dermatitis, consensus, Delphi.

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria crónica que influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.^{1,2} La educación terapéutica del paciente (ETP) implica la transferencia de información de los profesionales de la salud a los pacientes y familiares para que desarrollen las habilidades necesarias para manejar su enfermedad.¹

Los programas de ETP son un eslabón prioritario en el manejo integral de los pacientes con DA para disminuir la severidad de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el manejo del prurito.^{1,2} Deben estar basados en evidencia, ajustados al nivel educacional y cultural de los pacientes, y contar con un contenido y actividades bien definidos; sin embargo, no existe una guía precisa de cuál debe ser dicho contenido y las actividades. Por esta razón llevamos a cabo un consenso de expertos sobre el uso de ETP en DA en México.

Materiales y métodos

Para desarrollar el consenso se utilizó el proceso Delphi,³ el cual consiste en:

- a. Selección de los participantes de acuerdo con los siguientes criterios: ser dermatólogos pediatras y/o dermatólogos, tener más o menos tres años de experiencia manejando pacientes con DA, utilizar ETP en su con-

sulta médica, y haber participado en por lo menos dos talleres de ETP en DA.

- b. Identificación de áreas de importancia para realizar ETP en DA mediante revisión de la literatura y elaboración de 19 preguntas (GRMT, SOMM, DMC) para ser contestadas por el panel de expertos vía electrónica como primera ronda (Anexo 1).
- c. Formulación de 31 declaraciones a partir de las respuestas a las 19 preguntas iniciales para ser evaluadas mediante una escala Likert (figura 1).
- d. Reunión presencial del panel de expertos donde se evaluaron las declaraciones: cada enunciado se evaluó según la escala en forma anónima e individual mediante una plataforma de encuesta electrónica. *A priori* se asentó que el máximo de rondas a evaluar serían cuatro, y se estableció como consenso que el 80% de los expertos evaluaran las declaraciones en el tercer (*consenso de acuerdo*) o primer (*consenso de desacuerdo*) terciles. Se pidió al panel de expertos redactar argumentos para cada declaración si tenían alguno. Entre cada ronda se presentaron los resultados de forma descriptiva y gráfica, y con los argumentos anónimos se reformularon declaraciones para evaluarse en las siguientes rondas.
- e. Exposición al panel de expertos del análisis de todas las declaraciones al finalizar la cuarta ronda.
- f. Generación del documento con las recomendaciones para el uso de ETP en DA (tabla 1).

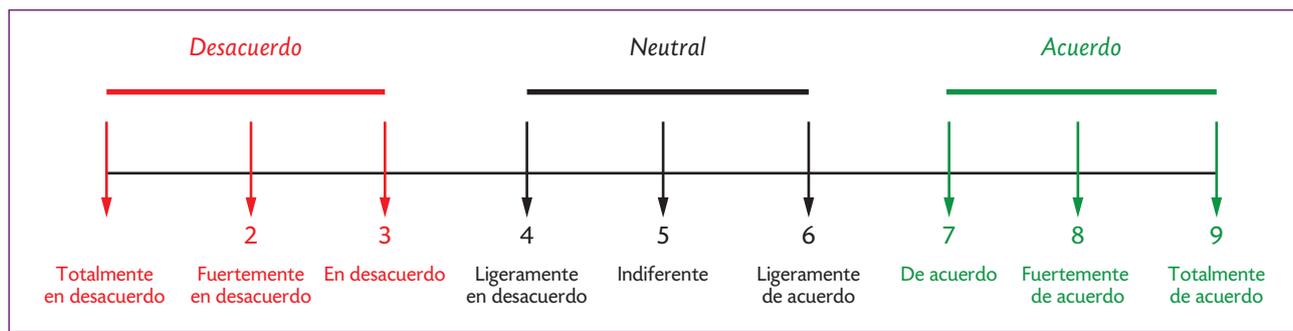


Figura 1. Escala Likert utilizada para la evaluación de las declaraciones y categorías por terciles: el primer tercil (puntaje 1-3) se tomó como *desacuerdo*, el segundo tercil (puntaje 4-6) como *neutral* y el tercer tercil (7-9) como *acuerdo*.

Tabla 1. Recomendaciones sobre el contenido que debe incluir una intervención de educación terapéutica para el paciente con dermatitis atópica

FISIOPATOLOGÍA	
1.	La explicación inicial a los pacientes y familiares sobre qué es la DA debe incluir que: <ul style="list-style-type: none"> ◇ La DA se caracteriza por una piel seca debido a la pérdida excesiva de agua secundaria a alteraciones en la capa superficial que protege a la piel ◇ La DA se caracteriza por piel seca, fácilmente irritable, con bajo umbral a la comezón ◇ La DA es una condición multifactorial con un componente genético o familiar, y en ocasiones cursa con alergias personales o familiares como asma, rinitis alérgica y conjuntivitis ◇ La DA tiene un curso crónico y recurrente
2.	Los conceptos que es importante incluir cuando se explican los defectos de barrera a los pacientes con DA son: <ul style="list-style-type: none"> ◇ La barrera cutánea se comporta como una pared de ladrillos unidos con cemento, donde pueden estar defectuosos tanto los ladrillos como el cemento, generando alteraciones en la misma ◇ La parte más superficial de la piel no es capaz de producir suficientes ceramidas (un tipo específico de “grasas”) ◇ El daño en la capa más superficial de la piel genera menor producción de sustancias antibióticas naturales
3.	Los principales factores desencadenantes que se deben mencionar a los pacientes con DA son: clima frío y seco, clima caluroso, saliva, sudor, uso de telas sintéticas, uso de jabones o cremas perfumadas, uso de suavizantes de telas, aplicación de perfumes, uso de toallitas húmedas limpiadoras, estrés y falta de lubricación o emolientes en la piel
4.	Al explicar qué es la DA se debe hacer referencia a la alergia, en especial cuando el paciente tiene inquietudes al respecto. Dicha explicación debe incluir los siguientes conceptos: <ul style="list-style-type: none"> ◇ El riesgo de padecer alguna alergia asociada a la DA es variable, dependiendo del contexto del paciente ◇ La DA cursa con una respuesta inmune alterada por diversos factores, y puede o no acompañarse de alergias
5.	La explicación sobre la predisposición familiar en los pacientes con dermatitis atópica debe incluir los siguientes conceptos: <ul style="list-style-type: none"> ◇ El tipo de alteraciones en la piel del paciente con DA se hereda frecuentemente ◇ Los pacientes con DA comúnmente tienen antecedentes familiares de enfermedades alérgicas como rinitis, conjuntivitis y asma ◇ Existe un riesgo incrementado, pero no absoluto, de heredar la susceptibilidad a desarrollar DA
6.	Se debe explicar acerca de la marcha atópica de forma inicial, en particular cuando el paciente tiene inquietudes al respecto, mencionando que los pacientes con DA, en especial de inicio temprano y poco controlada, pueden eventualmente presentar el resto de la marcha atópica: conjuntivitis, rinitis, asma y/u otras alergias
MEDIDAS GENERALES	
7.	Las medidas generales que se deben aconsejar para el control del prurito incluyen, en primer lugar, baño fresco y aplicación de crema. Otras indicaciones importantes son la aplicación de objetos fríos (como un cojín de arroz, ver figura), presionar la piel o aplicar agua fría
8.	Se debe recomendar que el baño se realice diariamente, e incluso dos veces al día en climas cálidos. No se alcanzó consenso sobre su tiempo de duración, pero se pueden recomendar baños cortos de 3 a 5 minutos, o baños largos de 10 a 15 minutos, de forma indistinta
9.	Respecto a la dieta, se sugiere no restringir ningún alimento a menos que haya clara evidencia de que desencadena un brote de DA
10.	Se debe explicar que el estrés emocional es un factor desencadenante y agravante de la DA
11.	Para el manejo del estado emocional en un paciente muy irritable, se considera que la mejor conducta a seguir es hablar con el paciente y sus familiares utilizando sus términos y las herramientas de las que dispone, considerando el entorno y tratando de comprender el proceso por el que atraviesa; y en caso necesario, referirlo al especialista en psicología o psiquiatría
TRATAMIENTO	
12.	Se debe explicar que el tratamiento tópico del paciente con DA, además de las medidas generales, puede incluir esteroides de baja y/o mediana potencia, y/o inhibidores de calcineurina tópicos; y que una vez que el paciente mejora, se puede indicar tratamiento proactivo (dos días de la semana) con esteroides tópicos y/o inhibidores de calcineurina
13.	En cuanto a modificaciones y citas subsecuentes, se recomienda que una vez que el paciente sea controlado, se explique cómo utilizar el tratamiento en caso de brotes
14.	Se debe enfatizar que el uso de los emolientes y el resto de las medidas generales se deben continuar a largo plazo, mientras que el tratamiento médico solamente se usará en las zonas afectadas siguiendo las indicaciones del médico
15.	Es necesario explicar que los esteroides tópicos son medicamentos muy útiles y seguros si se utilizan de la forma indicada; y que en caso de ser prescritos, se considera la potencia y la duración adecuada para el paciente con el fin de evitar efectos secundarios
16.	Se debe hacer mención de que existen otros servicios o especialidades que pueden atender a los pacientes con DA, pero que solamente se recomiendan si el paciente tiene algún dato clínico que lo amerite (por ejemplo, alergología, neumología, oftalmología, psicología/psiquiatría)
17.	Es importante explicar que los familiares y/o cuidadores de los pacientes deben ser referidos al psicólogo/psiquiatra si lo ameritan
18.	Se debe sugerir que los pacientes con DA lleven su vida normal tratando de evitar en la medida de lo posible los factores predisponentes
19.	Si el paciente requiere tratamiento sistémico se sugiere explicar que las medidas generales no se deben modificar, que se pueden utilizar anti-histamínicos orales sedantes, y que se puede llegar a requerir de la prescripción de antibióticos sistémicos, fototerapia, inmunosupresores y/o medicamentos biológicos, entre otros

Resultados

El panel de expertos estuvo formado por 15 dermatólogos pediatras y un dermatólogo. Las 31 declaraciones se evaluaron durante la segunda ronda, y se llegó a un consenso de acuerdo en 19 (tabla 2). Las 12 declaraciones restantes se reformularon con base en los comentarios hechos por el panel de expertos, y con éstas se llevó a cabo la tercera ronda, donde se alcanzó consenso en cinco más. Las otras siete declaraciones se reformularon y en la cuarta ronda se alcanzó consenso en tres (tabla 2).

Con los resultados finales del proceso se elaboraron 19 recomendaciones sobre el contenido que debe incluirse en un programa de ETP con DA, en el que se incorporaron aspectos de fisiopatología, medidas generales y tratamiento (tabla 2).

Discusión

La ETP se refiere a actividades educativas planeadas por profesionales de la salud con el fin de mejorar el estado de salud o favorecer comportamientos saludables. Su ob-

Tabla 2. Declaraciones iniciales y finales con los porcentajes “de acuerdo” mediante los cuales se alcanzó consenso “de acuerdo” en cada ronda

DECLARACIÓN	RONDA 2	RONDA 3	RONDA 4	RECOMENDACIÓN FINAL
A. Fisiopatología				
1. La dermatitis atópica se caracteriza por piel seca debido a la pérdida excesiva de agua secundaria a alteraciones en la capa superficial que protege a la piel	87.5%			1
2. La dermatitis atópica se caracteriza por piel seca fácilmente irritable con bajo umbral a la comezón	86.6%			
3. La dermatitis atópica es una condición multifactorial con un componente genético o familiar, en ocasiones cursa con alergias personales o familiares como asma, rinitis alérgica y conjuntivitis	87.5%			
4. La dermatitis atópica tiene un curso crónico y recurrente	87.5%			
5. La DA se puede explicar con el esquema de pared de ladrillos unidos con cemento, donde pueden estar defectuosos tanto los ladrillos como el cemento, generando alteraciones en la barrera cutánea	86.6%			2
6. La parte más superficial de la piel no es capaz de producir suficientes “grasas” o ceramidas	93.32%			
7. Al tener dañada la capa más superficial de la piel, se producen menos sustancias antibióticas naturales	73.33%	87.2%		3 ^{er}
8. Un factor desencadenante que mencionas a tus pacientes con DA es:				
◇ Sudor	100%			
◇ Falta de lubricación o emolientes en la piel	100%			
◇ Clima frío y seco	93.3%			
◇ Clima caluroso	93.3%			
◇ Telas sintéticas	93.3%			
◇ Jabones perfumados	93.3%			
◇ Cremas perfumadas	93.3%			
◇ Suavizantes de tela	93.3%			
◇ Saliva	86.7%			
◇ Perfumes	86.7%			
◇ Estrés	86.7%			
◇ Toallitas húmedas limpiadoras	80%			
◇ Infecciones concomitantes	73.3%			
◇ Uso de estropajo o esponja	73.3%			
◇ Agua caliente	66.7%			

Tabla 2. Declaraciones iniciales y finales con los porcentajes “de acuerdo” mediante los cuales se alcanzó consenso “de acuerdo” en cada ronda (*continuación*)

DECLARACIÓN	RONDA 2	RONDA 3	RONDA 4	RECOMENDACIÓN FINAL
◇ Blanqueadores	53.3%			3
◇ Alimentos	53.3%			
◇ Albercas	53.3%			
◇ Alergenos o polen del ambiente	46.7%			
◇ Sol	46.7%			
◇ Orina y excremento	40%			
◇ Metales	30%			
◇ Humo de cigarro	26.7%			
9. Cuando explicas la enfermedad, ¿haces referencia a la alergia?				4
◇ Sí, siempre	67.7%	75% ^c		
◇ Solamente si me preguntan	26.7%	25% ^c		
◇ No	6.6%			
10. En caso de hacer referencia a la alergia, selecciona el grado de acuerdo con el siguiente enunciado: a. Existe un riesgo del 15% al 30% de padecer alguna alergia asociada a la DA	64.22%	62.5%	100%*	
11. En caso de hacer referencia a la alergia, selecciona el grado de acuerdo con el siguiente enunciado: b. La DA no es una alergia, es un problema intrínseco de la piel, pero los pacientes son susceptibles a alergia	92.8%		100%**	
12. En caso de hacer referencia a la alergia, selecciona el grado de acuerdo con el siguiente enunciado: c. La DA tiene un fondo alérgico con respuesta inmune exagerada	35.72%	50%	100%**	
13. ¿Cuál es tu opinión en cuanto a la predisposición familiar al explicar sobre DA? a. El tipo de alteraciones en la piel del paciente con DA se hereda frecuentemente	73.3%	100%		5
14. ¿Cuál es tu opinión en cuanto a la predisposición familiar al explicar sobre DA? b. Los pacientes con DA con frecuencia tienen antecedentes familiares de enfermedades alérgicas como rinitis, conjuntivitis y asma	80%		93.75%	
15. ¿Cuál es tu opinión en cuanto a la predisposición familiar al explicar sobre DA? c. Es inevitable heredar la susceptibilidad a DA	46.67%	68.75%	93.75%***	
16. En referencia a la marcha atópica, ¿explicas el concepto inicialmente?	80% (Siempre/Si me preguntan)	93.75% (Siempre/Si me preguntan)		6
17. Si tu respuesta es sí, ¿cual es la opción que mejor representa tu opinión en cuanto a la explicación sobre la marcha atópica en DA?				
a. Los pacientes con DA, especialmente de inicio temprano y poco controlada, pueden eventualmente presentar el resto de la marcha atópica: conjuntivitis, rinitis alérgica, alergias alimentarias y/o asma	100%			
b. La marcha atópica se presenta de forma inevitable y progresiva en los pacientes con DA, y se manifiesta con conjuntivitis, rinitis alérgica, alergias alimentarias y/o asma	0%			

Tabla 2. Declaraciones iniciales y finales con los porcentajes “de acuerdo” mediante los cuales se alcanzó consenso “de acuerdo” en cada ronda (continuación)

DECLARACIÓN	RONDA 2	RONDA 3	RONDA 4	RECOMEN- CIÓN FINAL
B. Medidas generales				
18. Numera en orden prioritario (del 1 al 3) las medidas generales que aconsejas para el control del prurito:				7
◇ Baño fresco y aplicación de crema humectante	93.33% (1° y 2° lugar)			
◇ Medidas como un cojín de arroz frío/apretar la piel/aplicar agua fría		100% (1° y 2° lugar)		
19. En relación con el baño en tu paciente con DA, ¿con cuál de estas dos sugerencias estás más de acuerdo?				8
a. El baño debe ser diario o 2 veces al día en clima cálido, corto (de 3 a 5 minutos)	46.6%	43.7%	37.5%	
b. El baño debe ser diario o 2 veces al día en clima cálido, largo (de 10 a 15 minutos)	53.3%	56.3%	62.5%	
20. En cuanto a las recomendaciones respecto de la dieta, ¿sugieres no restringir ningún alimento a menos que haya clara evidencia de que desencadena un brote de DA?	100%			9
21. El estrés emocional es un factor desencadenante y agravante de DA	86.67%			10
22. En cuanto al manejo del estado emocional en un niño muy irritable, ¿cuál consideras que es la mejor conducta a seguir?				11
a. Hablar en tus términos y con tus herramientas con el paciente y familiares sobre el entorno y tratar de comprender el proceso por el que pasan	40%	50% [∞]		
b. Hablar con el paciente y familiares y referirlo al especialista en psicología o psiquiatría	53.3%	43.7% [∞]		
c. Referir directamente al especialista en psicología o psiquiatría	6.7%	6.3%		
C. Tratamiento				
23. Además de las medidas generales, el tratamiento tópico del paciente con dermatitis atópica debe ser con esteroides de baja y/o mediana potencia, y/o inhibidores de calcineurina tópicos.	100%			12
24. En cuanto al tratamiento de mantenimiento o proactivo, ¿cuál es tu conducta a seguir?				
a. No lo prescribo	0%			
b. Una vez que el paciente está mejor, indico tratamiento proactivo (dos veces por semana) con esteroides tópicos	26.7% [≠]			
c. Una vez que el paciente está mejor, indico tratamiento proactivo (dos veces por semana) con inhibidor de calcineurina	53.5% [≠]			
d. Una vez que el paciente está mejor, indico tratamiento proactivo (dos veces por semana) en forma indistinta con esteroides tópicos o inhibidor de calcineurina	20% [≠]			
25. En cuanto a modificaciones de tratamiento tópico y citas, señala el enunciado que mejor se adapte a tu proceder				13
a. Cito al paciente cada vez que sea necesario modificar el tratamiento	42.8%	73.3%	18.75%	
b. Explico cómo utilizar el tratamiento en caso de brotes	57.2%	26.7%	81.25%	
26. Los emolientes y las medidas generales se deben continuar utilizando a largo plazo, mientras que el tratamiento médico solamente en zonas afectadas, según las indicaciones del médico	100%			14

Tabla 2. Declaraciones iniciales y finales con los porcentajes “de acuerdo” mediante los cuales se alcanzó consenso “de acuerdo” en cada ronda (*continuación*)

DECLARACIÓN	RONDA 2	RONDA 3	RONDA 4	RECOMENDACIÓN FINAL
27. Sobre los esteroides tópicos, explico que son medicamentos muy útiles y seguros si se utilizan de la forma indicada; usaremos la potencia y la duración adecuadas para el paciente para evitar efectos secundarios	100%			15
28. Los servicios o especialidades médicas adicionales que pueden formar parte de la atención de pacientes con DA solamente se recomiendan si el paciente tiene algún dato clínico que lo amerite (por ejemplo, alergología, neumología, oftalmología, psicología/psiquiatría)	93.4%			16
29. Si lo ameritan, es importante que los familiares y/o cuidadores de los pacientes sean referidos (al igual que los pacientes) al psicólogo/psiquiatra	100%			17
30. En cuanto al resto de las indicaciones que se dan a los pacientes con DA, ¿sugieres que lleven su vida normal tratando de evitar en la medida de lo posible los factores predisponentes?	100%			18
31. Si el paciente requiere tratamiento sistémico, ¿explicas que las medidas generales no se deben modificar y que puede llegar a requerir de antibióticos sistémicos, antihistamínicos, fototerapia, inmunosupresores y/o biológicos?	100%			19

œ Se incluyeron aquellos factores en que se alcanzó consenso por $\geq 80\%$.
 * Se modificó el enunciado para decir “riesgo variable” en vez de un porcentaje fijo.
 ** Se modificó el enunciado a: La dermatitis atópica cursa con una respuesta inmune alterada por diversos factores y puede o no acompañarse de alergias.
 *** Se modificó el enunciado a: Existe un riesgo incrementado pero no absoluto de heredar la susceptibilidad a desarrollar DA.
 † Se incluyeron las tres opciones de tratamiento en la recomendación.
 ‡ Se incluyeron juntas como respuesta afirmativa.
 ∞ Se incluyeron ambas opciones en la recomendación.

jetivo es informar y reestructurar las percepciones del paciente respecto de su enfermedad, así como empoderarlo para resolver problemas que puedan surgir en el curso de la misma.² Cuando la ETP está bien estructurada y tiene indicadores precisos es efectiva para mejorar la calidad de vida y disminuir la severidad de la enfermedad.² La mayor parte de los estudios en ETP se han enfocado en diabetes o enfermedades pulmonares; aunque últimamente se ha extendido a enfermedades dermatológicas como psoriasis y DA.^{2,4}

Existen muchos ejemplos de intervenciones de ETP aplicadas al tratamiento de DA, con variaciones en cuanto al tipo, contenido, organización, temporalidad y métodos de evaluación. En teoría, la ETP se debe ofrecer a todos los pacientes con DA y sus familiares; aunque en la práctica los programas educativos se enfocan en pacientes con enfermedad severa y/o poca adherencia terapéutica.⁵

La intervención se puede hacer de forma individual, grupal o ambas. Se recomienda una entrevista inicial enfocada en conocer la afección en la vida diaria, la severi-

dad, el tratamiento y los obstáculos para la adherencia al tratamiento del paciente. Después de escuchar al paciente y sus familiares, se establecen los objetivos educativos que el enfermo debe adquirir:⁵

1. Conocimiento de la enfermedad: fisiopatología, tratamientos disponibles y cómo actúan, así como factores agravantes.
2. Habilidades prácticas: rutina de autocuidado y medidas generales, cómo aplicar el tratamiento según la severidad del padecimiento y cómo evaluar la severidad de la DA.
3. Habilidades de relación: ser capaz de explicar la enfermedad a otros, saber cuándo, cómo y a quién contactar en caso de requerir ayuda.

Los métodos para implementar ETP para DA son variados, desde talleres multitudinarios hasta ilustraciones y folletos.⁶ Una intervención de calidad se debe basar en la evidencia, personalizada según el contexto cultural y

educación individual del paciente, y tener contenido y actividades bien definidas.⁵

El método Delphi es un abordaje sistemático para alcanzar consenso entre un panel de expertos en un tema.⁶ En la práctica médica está enfocado en lograr una mayor comprensión de una realidad a partir de diferentes perspectivas, y alcanzar un nivel de acuerdo en un tema de interés sobre el que aún no se dispone de información concluyente.⁷ Su objetivo es discutir huecos en la evidencia científica enfocados en la toma de decisiones para el cuidado de los pacientes. Tal es el caso de este trabajo, en el que buscamos obtener una guía consensada por expertos para estandarizar el contenido recomendable para realizar ETP en el paciente con DA.

La ETP que incluye las causas de la enfermedad permite empoderar a los pacientes y familiares para comprender y tomar control de su condición.⁸ Se ha demostrado que la educación y explicación sobre el porqué de los tratamientos para DA mejora el conocimiento de los padres y el desenlace de la DA en sus hijos.⁹ Cork y colaboradores encontraron que menos de 5% de los padres de pacientes con DA habían recibido una explicación sobre las causas del padecimiento. Mediante un programa de educación para incrementar el conocimiento de DA impartido por enfermeras especialistas se logró reducir en 89% la severidad de DA y aumentar 800% la aplicación de emolientes.¹⁰

La información sobre un padecimiento permite a los pacientes tomar decisiones compartidas con el médico.¹¹ Esto es importante en la DA debido a que el tratamiento implica modificaciones en el estilo de vida, y la adherencia del paciente es parte clave de la efectividad de la terapia.¹² Un programa de ETP debe incluir, además de la explicación sobre la fisiopatología de la enfermedad mediante conceptos pedagógicos, la descripción extensa sobre todos los factores que pueden desencadenarla o evitar el control adecuado.¹³ Para cada paciente puede haber factores desencadenantes particulares, que deben ser identificados a través del interrogatorio.

La relación entre la DA y los padecimientos alérgicos es frecuente, y fisiopatológicamente comprensible. La patogénesis de la DA involucra factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Con frecuencia se asocia con niveles elevados de IgE e historia personal y/o familiar de diátesis atópica.¹⁴ Existe controversia entre las distintas especialidades médicas sobre el peso del componente alérgico de la enfermedad. Por esto se debe explicar y revisar el tema, enfatizando que la DA puede o no acompañarse de otros padecimientos alérgicos, dependiendo del paciente y sus antecedentes familiares.

Una pregunta frecuente es sobre la dieta del paciente. Se calcula que entre 20 y 80% de los enfermos pueden tener alergias alimentarias;¹⁵ sin embargo, no está del todo claro que la dieta de eliminación sea efectiva para controlar la DA.¹⁴ Por esta razón hay que explicar que no está indicado restringir ningún alimento, a menos que haya evidencia de que desencadena un brote de DA.

En el tratamiento de DA las medidas generales tienen un papel importantísimo, ya que ayudan a mantener la integridad de la barrera cutánea y mejorar los síntomas de la enfermedad. Las intervenciones educativas para DA que enfatizan el desarrollo del autocuidado sobre los tratamientos médicos son más efectivas para reducir la severidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.¹⁶ Es esencial explicar a los pacientes sobre la utilidad del baño diario (en lugares cálidos incluso dos veces al día) con un sustituto de jabón o jabón neutro, y la aplicación de suficiente crema humectante para mantener una piel hidratada. No se alcanzó un consenso en cuanto a la duración del baño diario (3-5 minutos vs. 10-15 minutos), lo cual refleja las diversas recomendaciones sobre este tema en todo el mundo. Hay hipótesis conflictuadas sobre los efectos del agua en la piel de los pacientes con DA; aún no se ha establecido si es recomendable pasar más o menos tiempo en contacto con el agua.¹⁷ Tampoco existe evidencia para recomendar el baño por inmersión (tina) sobre el baño en regadera.¹⁸

La terapia cognitiva que ayuda a manejar el ciclo prurito-rascado mediante comportamientos o acciones para hacer frente al síntoma es parte efectiva de un programa de ETP.^{19,20} Por ello, en nuestras recomendaciones incluimos la aplicación de objetos fríos (como un cojín de arroz, ver figura 2), presionar la piel, o aplicar agua fría cuando se tiene prurito, con el objetivo de manejar el síntoma y disminuir el rascado.



Figura 2. Diferentes objetos que se pueden utilizar para el manejo del prurito (cortesía de la doctora Catalina Rincón-Pérez).

El estrés psicológico y emocional es un factor que desencadena y agrava la DA. Esto se debe a que, en respuesta al estrés, se elevan neuropéptidos cerebrales y endócrinos, con la consiguiente liberación de mediadores que regulan la respuesta inmune inflamatoria y alteran la barrera cutánea.²¹ A su vez, el estrés aumenta ante un brote de DA, estableciendo un circuito de retroalimentación negativa. Por ello, parte del proceso de ETP debe incluir explicaciones e interrogatorio sobre el contexto personal del paciente y su familia; y en caso de requerirlo, se debe referir a un especialista en psicología o psiquiatría.

Es indispensable que los pacientes y/o sus cuidadores sepan que las medidas generales son fundamentales y no se sustituyen por los tratamientos tópicos prescritos. La adherencia a las medidas generales y el uso de emolientes de forma frecuente mejoran la función de barrera y disminuyen la susceptibilidad a los irritantes, con lo cual se obtiene un efecto “ahorrador” de esteroides tópicos.²²

Se debe explicar que los antiinflamatorios tópicos disponibles para el tratamiento de la DA incluyen los esteroides tópicos y/o los inhibidores de calcineurina. La elección de uno u otro no se revisó en este consenso, existen numerosas guías de tratamiento que establecen cómo y cuándo se deben utilizar. El interés es que durante la ETP el paciente con DA comprenda que, en caso de requerirlos, debe seguir las indicaciones médicas sobre la cantidad y el tiempo que los va a utilizar.

Se debe enfatizar que el tratamiento tópico se aplica sobre la piel hidratada, exclusivamente en los sitios con lesiones, y que, de acuerdo con la elección de su médico tratante, se suspenderá o se irá disminuyendo progresivamente una vez que las lesiones visibles hayan desaparecido. Después se puede continuar con un tratamiento proactivo que se aplicará dos veces por semana en las áreas de piel previamente afectadas, además del uso frecuente de emolientes en todo el cuerpo.²³⁻²⁶

Los esteroides tópicos son la primera línea de tratamiento, en especial en la fase aguda de la DA. Durante la ETP es importante identificar si existe temor en cuanto al uso de los esteroides, corticofobia, y en caso de ser así, dejar todas las dudas para favorecer la adherencia al tratamiento cuando éstos sean prescritos.^{23-25,27} Los inhibidores de calcineurina se consideran la segunda línea de tratamiento tópico y pueden estar indicados en áreas sensibles (cara, regiones intertriginosas y región anogenital).^{23,25,26}

Debe mencionarse que la DA puede requerir de tratamiento sistémico, ya sea para disminuir el prurito, tratar infecciones bacterianas o virales agregadas, o para el control de la enfermedad severa y resistente a otros tratamientos. La explicación de los mecanismos de acción

e indicaciones de los tratamientos sistémicos va más allá del alcance de una sesión de ETP, sin embargo, en casos individuales se puede explicar que existen opciones terapéuticas como dupilumab en adultos, ciclosporina, fototerapia, metotrexate, mofetil micofenolato y azatioprina para las formas recalcitrantes.²⁸

Finalmente, es fundamental que en un programa de ETP en DA se haga mención de que se puede requerir del manejo por diversas especialidades, dependiendo de las comorbilidades asociadas. En especial, el apoyo psicológico puede ayudar a los pacientes y sus familiares a identificar factores emocionales y conductuales que puedan detonar el ciclo prurito-rascado, así como detectar a quienes podrían beneficiarse de apoyo psiquiátrico adicional.²⁹

Conclusiones

La ETP es indispensable en el manejo de pacientes con DA y debe ser parte de las acciones que deben llevar a cabo los médicos tratantes en cada consulta. De acuerdo con un consenso por dermatólogos y dermatólogos pediátricos con experiencia en el uso de ETP en pacientes con DA, cualquier intervención educativa debe incluir explicaciones sobre la fisiopatología, las medidas generales y los cambios en el estilo de vida que se deben establecer, así como los tipos de tratamiento existentes.

Conflicto de intereses

María Teresa García Romero, Carola Durán McKinster, Carolina Palacios López y María del Mar Sáez de Ocariz han recibido honorarios por parte de Pierre Fabre México. Ninguno de los autores tiene un conflicto de interés relacionado con este trabajo.

Fuentes de financiamiento de la investigación

Los gastos relacionados con la reunión presencial del panel de expertos fueron financiados por Pierre Fabre México.

BIBLIOGRAFÍA

1. LeBovidge J, Borok J, Udkoff J, Yosipovitch G y Eichenfield LF, Atopic dermatitis: therapeutic care delivery: therapeutic education, shared decision-making, and access to care, *Semin Cutan Med Surg* 2017; 36(3):131-6.
2. Lager G, Pataky Z y Golay A, Efficacy of therapeutic education in chronic diseases and obesity, *Patient Educ Couns* 2010; 79(3):283-6.
3. Fink A, Kosecoff J, Chassin M y Brook RH, Consensus methods: characteristics and guidelines for use, *Am J Public Health* 1984; 74(9):979-83.
4. De Bes J, Legierse CM, Prinsen CA y De Korte J, Patient education in chronic skin diseases: a systematic review, *Acta Derm Venereol* 2011; 91(1):12-7.
5. Barbarot S, Bernier C, Deleuran M, De Raeve L, Eichenfield L, El Hachem M et al, Therapeutic patient education in children with atop-

- ic dermatitis: position paper on objectives and recommendations, *Pediatr Dermatol* 2013; 30(2):199-206.
6. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J *et al*, Consensus development methods, and their use in clinical guideline development, *Health Technol Assess* 1998; 2(3):1-88.
 7. De Villiers MR, De Villiers PJ y Kent AP, The Delphi technique in health sciences education research, *Med Teach* 2005; 27(7):639-43.
 8. Long CC, Funnell CM, Collard R y Finlay AY, What do members of the National Eczema Society really want?, *Clin Exp Dermatol* 1993; 18(6):516-22.
 9. Broberg A, Kalimo K, Lindblad B y Swanbeck G, Parental education in the treatment of childhood atopic eczema, *Acta Derm Venereol* (Estocolmo) 1990; 70(6):495-9.
 10. Cork MJ, Britton J, Butler L, Young S, Murphy R y Keohane SG, Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse, *Br J Dermatol* 2003; 149(3):582-9.
 11. Murray E, Charles C y Gafni A, Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles *et al*. model to fit the context of general practice, *Patient Educ Counsel* 2006; 62(2):205-11.
 12. Richards T, Partnership with patients, *Br Med J* 1998; 316(7125):85-6.
 13. Grossman SK, Schut C, Kupfer J, Valdés-Rodríguez R, Gieier U y Yosipovitch G, Experiences with the first eczema school in the United States, *Clin Dermatol* 2018; 36(5):662-7.
 14. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C *et al*, Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(8):1045-60.
 15. Werfel T y Breuer K, Role of food allergy in atopic dermatitis, *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4(5):379-85.
 16. Liang Y, Tian J, Shen CP, Xu F, Wang H, Li P *et al*, Therapeutic patient education in children with moderate to severe atopic dermatitis: a multicenter randomized controlled trial in China, *Pediatr Dermatol* 2018; 35(1):70-5.
 17. Gittler JK, Wang JF y Orlow SJ, Bathing and associated treatments in atopic dermatitis, *Am J Clin Dermatol* 2017; 18(1):45-57.
 18. Sarre ME, Martin L, Moote W, Mazza JA y Annweiler C, Are baths desirable in atopic dermatitis?, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29(7):1265-74.
 19. Kupfer J, Gieier U, Diepgen TL, Fartasch M, Lob-Corzilius T, Ring J *et al*, Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents: a multicenter, randomized controlled trial, *J Psychosom Res* 2010; 68(4):353-8.
 20. Melin L, Frederiksen T, Noren P y Swebilius BG, Behavioural treatment of scratching in patients with atopic dermatitis, *Br J Dermatol* 1986; 115(4):467-74.
 21. Suárez AL, Feramisco JD, Koo J y Steinhoff M, Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis: pathophysiologic and therapeutic updates, *Acta Derm Venereol* 2012; 92(1):7-15.
 22. Grimalt R, Mengeaud V y Cambazard F, Study Investigators' Group. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study, *Dermatology* 2007; 214(1): 61-7.
 23. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A *et al*, 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.
 24. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szalai Z, Kunz B, ET-FAD/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): 729-47.
 25. Mayba JN y Gooderham MJ, Review of atopic dermatitis and topical therapies, *J Cutan Med Surg* 2017; 21(3):227-36.
 26. Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, Ebihara T, Katayama I y Saeki H, Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020, *Allergol Int* 2020. DOI:10.1016/j.alit.2020.02.006.
 27. Müller SM, Tomaschett D, Euler S, Vogt DR, Herzog L e Itin P, Topical corticosteroid concerns in dermatological outpatients: a cross-sectional and interventional study, *Dermatology* 2016; 232(4):444-52.
 28. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A *et al*, Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32(6):850-78.
 29. LeBovidge JS, Elverson W, Timmons KG, Hawryluk EB, Rea C, Lee M *et al*, Multidisciplinary interventions in the management of atopic dermatitis, *J Allergy Clin Immunol* 2016; 138(2):325-34.

Anexo 1.

Preguntas enviadas a los expertos en la primera ronda

1. ¿Cómo explicas a tus pacientes y a sus familiares qué es la dermatitis atópica?
2. ¿Cómo explicas los defectos de barrera a tus pacientes con dermatitis atópica?
3. ¿Cuáles son los factores desencadenantes que mencionas a tus pacientes con dermatitis atópica?
4. Cuando explicas su enfermedad, ¿haces referencia a la alergia? ¿Qué les dices al respecto?
5. ¿Con tus pacientes con dermatitis atópica abordan temas como la herencia y la marcha atópica? ¿Qué les dices al respecto?
6. Numera en orden prioritario las medidas generales que consideres útiles para el control del prurito:

Baño fresco ()	Cojín de arroz frío ()
Apretar la piel ()	Aplicar crema fría ()
Aplicar agua fría ()	Antihistamínico oral ()
7. Marca la(s) respuesta(s) correcta(s). ¿Qué indicaciones enseñas a tu paciente respecto del baño?

Diario ()	Cada tercer día ()
2 veces al día en clima cálido ()	Corto, de 3 a 5 minutos ()
Largo, de 10 a 15 minutos ()	
8. ¿Qué recomendaciones haces al paciente respecto de la dieta?
9. ¿Qué importancia consideras que tiene el estado emocional en los brotes de dermatitis atópica?
10. ¿Cómo sugieres que se maneje el estado emocional en un niño muy irritable?
11. ¿Cómo indicas el tratamiento tópico al paciente con dermatitis atópica?
12. ¿Cuánto tiempo indicas que lo utilice?
13. ¿Le explicas al paciente cómo utilizarlo en caso de volver a requerirlo, o para eso lo citas necesariamente?
14. ¿Qué consideras debe explicarse al paciente sobre el tratamiento tópico?
15. ¿Cómo abordan el tema de la corticofobia?
16. ¿Qué servicios o especialidades consideras deben atender a un paciente con dermatitis atópica?
17. ¿Te apoyas en algún otro especialista médico para la atención de los pacientes con dermatitis atópica? ¿Sugieres a los pacientes que vayan a consulta?
18. Además de las medidas generales y el tratamiento tópico, ¿qué otras indicaciones le das a los pacientes como parte de un tratamiento integral (por ejemplo, dietas, cosas que evitar, modificaciones en el estilo de vida, etcétera)?
19. Cuando un paciente requiere iniciar tratamiento sistémico, ¿cuál indicas, de qué forma y qué recomendaciones adicionales le ofreces?