

## Algoritmo de tratamiento de la dermatitis atópica en Perú. Consenso de expertos

### Algorithm for the management of atopic dermatitis in Peru. Expert consensus.

Pablo Butron,<sup>1</sup> Cesar Galvan,<sup>2</sup> Rosalía Ballona,<sup>3</sup> Evelyn Giuliana Castro-Vargas,<sup>4</sup> Francisco Bravo-Puccio,<sup>5</sup> José Enrique Gereda-Solari,<sup>6</sup> José Ignacio Larco-Sousa,<sup>7</sup> Edgar Matos,<sup>3</sup> Rosario Torres-Ibérico<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú.

<sup>2</sup> Clínica Internacional Emedic Salud, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Instituto de Salud del Niño-Breña, Lima, Perú.

<sup>4</sup> Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-Es-salud; Clínica San Felipe Sociedad Médica, Lima, Perú.

<sup>5</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

<sup>6</sup> Clínica Ricardo Palma, Lima, Perú.

<sup>7</sup> Clínica San Felipe, Lima, Perú.

#### Correspondencia

Pablo Butron  
pablomed32636@yahoo.com

**Recibido:** 08-02-2023

**Aceptado:** 08-03-2023

**Publicado:** 21-08-2023

**DOI:** 10.29262/ram.v70i3.1228

#### Resumen

**Introducción:** La dermatitis atópica es una enfermedad crónica, sistémica, recidivante, con manifestaciones dermatológicas, que impone una alta carga a los pacientes, las familias y los sistemas de salud, y tiene repercusión psicológica, social y económica, y en la calidad de vida de los pacientes. Afecta principalmente a la población pediátrica y con menor frecuencia a la adulta. Las manifestaciones clínicas varían según la edad y evolución de la enfermedad, y en la actualidad se dispone de múltiples opciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de los pacientes.

**Objetivo:** Presentar un algoritmo de tratamiento de la dermatitis atópica, propuesto con una serie de recomendaciones acerca del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

**Métodos:** Se llevó a cabo un consenso de expertos, utilizando la técnica del grupo nominal. La metodología se desarrolló en 7 fases que incluyeron: planteamiento de las preguntas de investigación, búsqueda de la bibliografía, propuesta inicial de las recomendaciones, elaboración de las recomendaciones finales y del algoritmo de tratamiento con tres ciclos de votación. Se estableció el consenso con un 80% de favorabilidad.

**Resultados y conclusiones:** El resultado del consenso fue un algoritmo de tratamiento de pacientes con dermatitis atópica leve, moderada-grave, derivado de las recomendaciones de expertos. En el algoritmo se establecen criterios diagnósticos y de tratamiento, y se aportan recomendaciones actualizadas que incluyen las alternativas disponibles en Perú.

**Palabras claves:** Dermatitis atópica; consenso de expertos; tratamiento; diagnóstico; seguimiento

#### Abstract

**Introduction:** Atopic dermatitis is a chronic, systemic, relapsing disease with dermatological manifestations, which imposes a high burden on patients, families and the health care system and has a high psychological, social, and economic impact and on the quality of life of patients. It mainly affects the pediatric population and, to a lesser extent, the adult population. The clinical presentation varies according to the age and evolution of the disease, and currently there are multiple pharmacological and non-pharmacological therapies available for the symptomatic management of patients.

**Objective:** To present an algorithm for the management of atopic dermatitis, proposed as a series of recommendations on the management, diagnosis, education, and follow-up of these patients.

**Methods:** A consensus was reached using the nominal group technique. The methodology was developed in 7 phases, including: posing the research questions, literature search, an initial proposal of recommendations, elaboration of the final recommendations and the management algorithm with three voting cycles, consensus was established with 80% favorability.

**Results and conclusions:** The result of the consensus process is a management algorithm for patients with mild, moderate/severe atopic dermatitis derived from expert recommendations. The algorithm establishes diagnostic and treatment criteria and provides updated recommendations, including all therapeutic alternatives available in Peru for the management of patients with mild, moderate, and severe atopic dermatitis.

**Key words:** Atopic dermatitis, consensus, therapeutics, diagnosis, follow-up.

## ANTECEDENTES

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria, crónica, recurrente, que implica una alta carga emotiva, económica y laboral en el paciente, la familia y los sistemas de salud, y tiene repercusión en el ámbito social, psicológico y económico. Afecta la calidad de vida de los pacientes,<sup>1,2</sup> debido a la deprivación de sueño, vergüenza social y alteraciones en el desempeño laboral, educativo y social, asociándose con cuadros de depresión y ansiedad.<sup>2,3</sup>

En los últimos años, la frecuencia de dermatitis atópica se ha incrementado y supone una de las enfermedades no transmisibles más comunes de la piel, que afecta entre el 10 y 20% de la población pediátrica,<sup>2,4</sup> y del 1 al 10% de los adultos.<sup>2,4-6</sup> Suele afectar a los niños (dermatitis atópica de la infancia, que continúa en la etapa adulta) y en menor frecuencia a los adultos.<sup>2</sup> Es una enfermedad de origen complejo y patogénesis multifactorial, con un componente genético y ambiental.<sup>7</sup>

Las manifestaciones clínicas varían según la edad y evolución de la enfermedad. Las lesiones eczematosas pueden manifestarse en forma aguda (costras, vesículas erosionadas o pápulas sobre placas eritematosas), subaguda (pápulas o placas eritematosas escamosas) y crónica (placas liquenificadas, ligeramente pigmentadas o excoriadas), con prurito como síntoma principal. Las manifestaciones de la dermatitis atópica son heterogéneas en la piel y se caracterizan por periodos de brote y recidiva, con una duración que varía de meses a años.<sup>2,4,8</sup> La dermatitis atópica se ha relacionado con alteraciones como: asma bronquial y rinoconjuntivitis alérgica, y alergia a los alimentos).<sup>4</sup>

El diagnóstico se basa en criterios clínicos (Hanifin y Rajka).<sup>9</sup> Los pacientes manifiestan elevadas concentraciones de IgE total o alérgeno-específica en suero, y es posible detectar sensibilización en las pruebas cutáneas mediada por IgE.<sup>10</sup> La gravedad de la enfermedad se establece por criterios objetivos (signos) y subjetivos (síntomas).<sup>11</sup> El instrumento más adecuado para valorar los signos y síntomas es el sistema de puntaje de dermatitis atópica (*Scoring of Atopic Dermatitis [SCORAD]*).<sup>12</sup> El sistema de evaluación de la gravedad del área de eccema (*Eczema Area and Seve-*

*riety Score (EASI)*) permite la evaluación clínica de las lesiones, sin la valoración subjetiva de los síntomas. Por su parte, el índice de medidas orientadas por el paciente para eccema (*Patient-Oriented Eczema Measures for Eczema (POEM)*) es un puntaje basado en los síntomas, sin tomar en cuenta los signos clínicos.<sup>4</sup>

El tratamiento de la dermatitis atópica es difícil de establecer, debido a la heterogeneidad de la enfermedad, las comorbilidades, la complejidad en los canales de atención y las diferencias entre los sistemas de atención en salud.<sup>1,2,4</sup> La comprensión adecuada de la etiología de la enfermedad ha permitido un enfoque estratificado en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica;<sup>13</sup> sin embargo, aún existen preguntas por responder, de parte del personal que atiende a estos pacientes, desde el médico del primer nivel de atención hasta el especialista, por ejemplo: la definición de respuesta, las estrategias para valorar y mejorar la tasa de respuesta, la definición de la falla del tratamiento, y el tipo y duración del tratamiento farmacológico y no farmacológico en las distintas fases de la enfermedad. **Anexo A**

Debido a la diversidad de manifestaciones y evolución clínica, y la necesidad de establecer el diagnóstico temprano, e instaurar una terapia conveniente, según la fase de la enfermedad, se ha desarrollado este algoritmo de tratamiento que busca identificar, educar, abordar y seguir en forma adecuada a los pacientes con dermatitis atópica. El algoritmo se ha llevado a cabo con una serie de recomendaciones de expertos, y está basado en su conocimiento y experiencia, y en la exhaustiva revisión de la bibliografía actual del tratamiento, diagnóstico, educación y seguimiento de pacientes con dermatitis atópica.

## METODOLOGÍA

Se utilizó la versión de la Técnica del Grupo Nominal (TGN),<sup>14-16</sup> soportada por Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), dentro de la que se desarrollaron fases remotas y asincrónicas. Las fases de generación individual y revisión de respuestas se llevaron a cabo mediante la aplicación web, y las fases de clarificación, aclaración y votación se efectuaron de forma sincrónica, con teleconferencia y aplicativos de votación en línea.

Los participantes fueron seleccionados por su experiencia y conocimiento en la patología, además del reconocimiento académico nacional e internacional.

La metodología empleada se desarrolló en 7 fases:

**Fase 1:** estandarización de las preguntas a partir de la esquematización del algoritmo de tratamiento. **Anexo A**

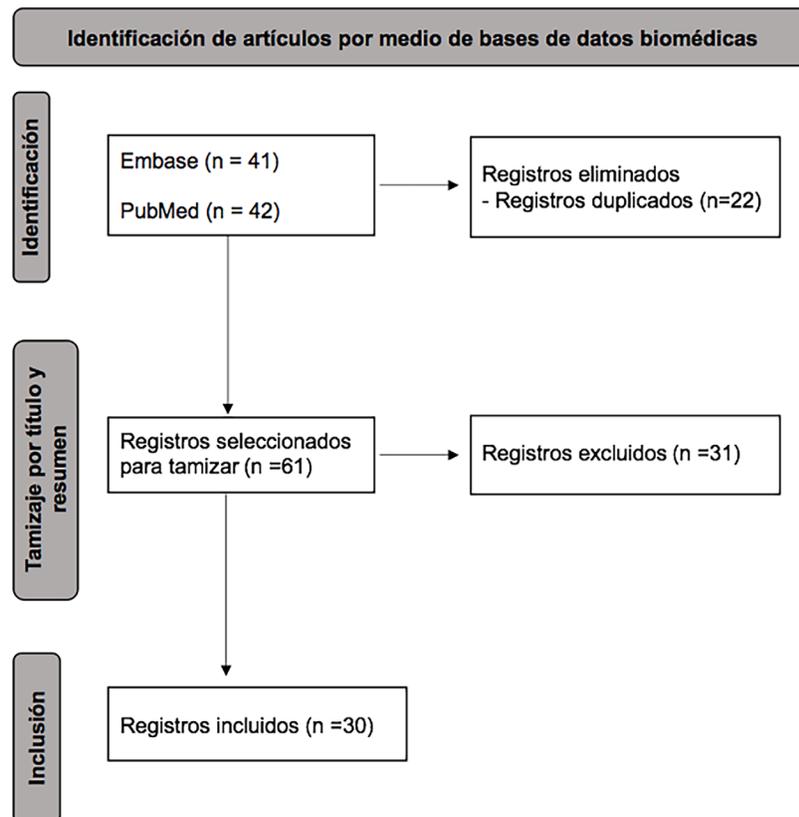
**Fase 2:** búsqueda bibliográfica en dos etapas, que se describe a continuación:

1. Estrategia de búsqueda: se llevó a cabo la búsqueda sistemática de la bibliografía en las bases de datos de Embase y PubMed, limitada a los últimos cinco años, con énfasis en adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores, incluidas las guías de práctica clínica, consensos, protocolos, algoritmos o recomendaciones de expertos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de

dermatitis atópica. La búsqueda se realizó con un lenguaje controlado (Emtree y Mesh). **Anexo B**

2. Selección de los artículos: se identificaron 83 artículos en la última revisión (28/03/22), y se eliminaron 22 duplicados. Se llevó a cabo el análisis de 61 artículos, que fueron tamizados por título y resumen, incluidos los relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica, que además correspondieran a guías de práctica clínica, consensos, protocolos, algoritmos o recomendaciones de expertos. La selección la realizó un único evaluador por referencia, con una selección total de 30 referencias. **Figura 1**

**Fase 3:** se determinó que, para todas las preguntas, solo era posible una opción de respuesta. Cada experto recibió las preguntas elaboradas en la fase 1, junto con las instrucciones para registrar sus respuestas o soluciones a través de una aplicación web, y el texto



**Figura 1.** Selección de artículos en las bases de datos biomédicas.

\*Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: n71. DOI: 10.1136/bmj.n71

completo de los artículos seleccionados durante la fase 2. Se solicitó la inclusión de cualquier referencia que consideraran relevante y no estuviera expuesta en el aplicativo.

**Fase 4:** Por medio del aplicativo, cada participante revisó las respuestas individuales de los demás expertos a cada una de las preguntas, y se permitió realizar modificaciones a las respuestas propias, previamente definidas, y presentar nuevas respuestas como resultado de la revisión.

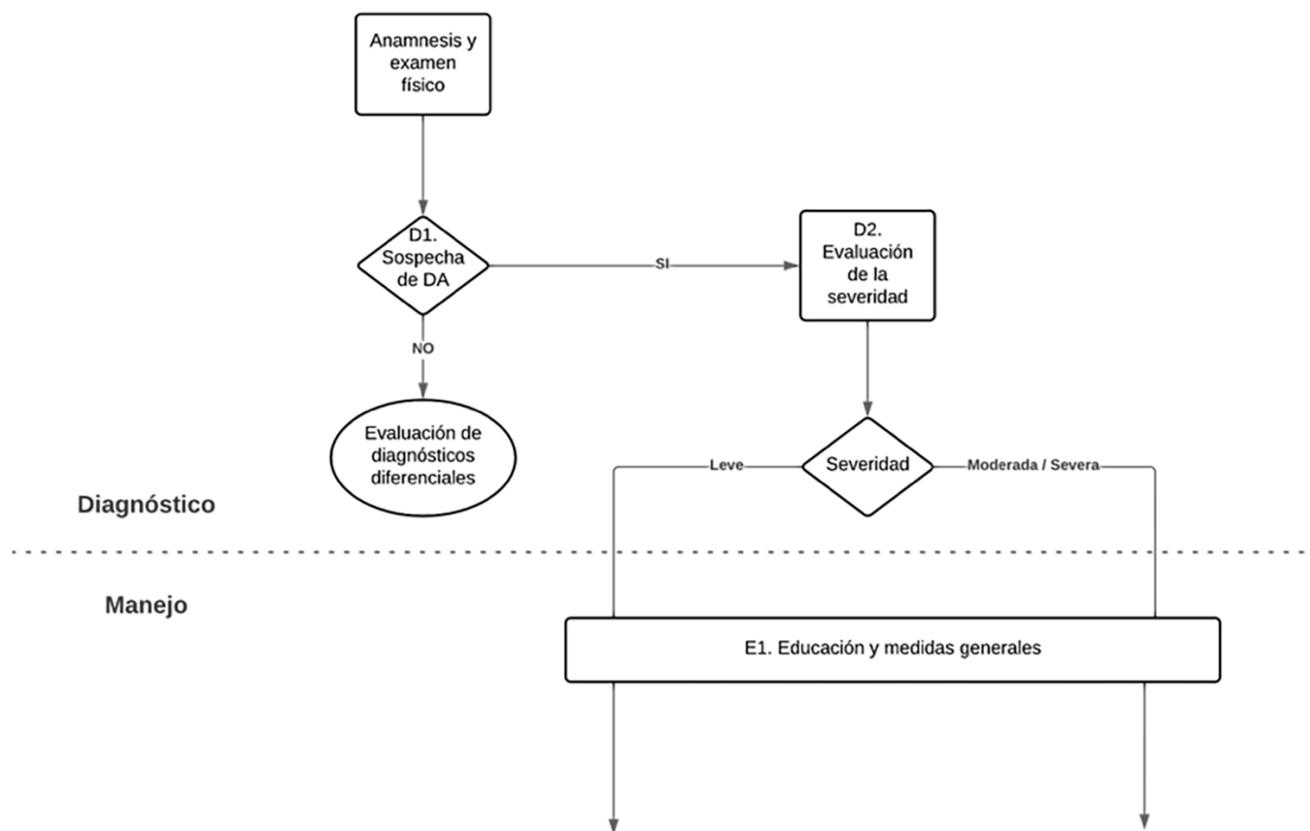
**Fase 5:** Adicionalmente, se permitió la revisión de las gráficas de riesgo de sesgo del cuerpo de la evidencia, generadas a partir de la evaluación de los artículos.

**Fase 6:** Las respuestas finales de cada experto fueron verificadas y sintetizadas a través de matrices de afinidad. Se eliminaron las respuestas que no cumplieron con la estructura de alguna recomendación, y las respuestas cuya redacción a nivel temático y de organización resultaron afines, para posteriormente sintetizarse en recomendaciones individuales.

**Fase 7:** Las recomendaciones estructuradas en la fase 6 se mostraron a los expertos a través de videoconferencia, durante la que se llevó a cabo el proceso de votación y aclaración del texto de las recomendaciones, así como su nivel y clase. Para la determinación de consenso se incluyeron un máximo de tres ciclos de votación, definiendo consenso con un mínimo de 80% de acuerdo. Cuando no se logró un acuerdo (> 30%), se eliminaron los apartados para el siguiente ciclo de votación. En caso de finalizar el tercer ciclo de votación sin lograr el nivel mínimo de acuerdo, se aceptó la opción con la mayor votación como la opción final. En caso de no haber obtenido acuerdo en la primera ronda, o cuando existieron dos o más opciones de votación muy cercanas, fue abierto el proceso de aclaración de argumentos, en el que los expertos presentaron un argumento a favor o en contra de cada opción, y al finalizar se procedió al siguiente ciclo de votación.

### Recomendaciones

- 1) Diagnóstico de dermatitis atópica y educación de la enfermedad (**Figura 2**)



**Figura 2.** Algoritmo de tratamiento de pacientes con dermatitis atópica (apartado de diagnóstico).

### D1. Diagnóstico – Criterios diagnósticos para dermatitis atópica

Se recomienda el uso de criterios diagnósticos para la dermatitis atópica descritos por Hanifin y Rajka en 1980 (9), y posteriormente revisados por la Academia Americana de Dermatología (AAD) en 2003.<sup>17</sup> Dentro de estos se consideran **criterios mayores**:<sup>4,18-26</sup>

- Prurito
- Morfología de las lesiones: afectación facial y de superficies extensoras (en lactantes y preescolares)
- Afectación flexural y liquenificación (en escolares y adultos)
- Dermatitis crónica recurrente
- Antecedente personal o familiar de asma, rinitis alérgica o dermatitis atópica

Y **criterios menores**:<sup>4,18-26</sup>

- Xerosis
- Queratosis pilar
- Oscurecimiento infraorbitario
- Pliegue de Dennie-Morgan

### D2. Gravedad – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para determinar la gravedad de la dermatitis atópica

Se recomienda utilizar los siguientes criterios y puntos de corte para determinar la gravedad de la dermatitis atópica desde la perspectiva del especialista (clínico):<sup>4,19,20,25,27-33</sup>

- Dermatitis atópica leve: SCORAD < 25 / EASI < 7
- Dermatitis atópica moderada: SCORAD 25-50 / EASI 7-24
- Dermatitis atópica grave: SCORAD > 50 / EASI > 24

Desde el punto de vista del paciente debe evaluarse el eczema por medio de la escala POEM, empleando los siguientes puntos de corte:<sup>4,19,29</sup>

- Limpio: < 2
- Leve: 3-7
- Moderado: 8-16
- Grave: 17-24
- Muy grave: > 25

En pacientes con dermatitis atópica moderada-grave debe utilizarse el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)  $\geq 10$ .<sup>20,33</sup>

### E1. Educación – Contenidos que debe incluir la educación para el paciente y su familia

Se recomienda que la educación del paciente y su familia sea individualizada, de acuerdo con la edad, e incluir los siguientes contenidos:<sup>4,8,18,21,24,34,35</sup>

- Hidratar diariamente la piel, con humectantes o emolientes.
  - Evitar irritantes físicos mecánicos (lana), químicos (ácidos, lejías, solventes) o biológicos (microorganismos), y si cuenta con información suficiente los alérgenos.
  - Evitar el contacto con contaminantes medioambientales (humo de tabaco, compuestos orgánicos volátiles), exposición a alérgenos, emulsificantes, fragancias y preservantes (productos de cuidado diario), exposición laboral a irritantes y colonización por *Staphylococcus aureus*.
  - La higiene del baño es fundamental. Los pacientes con dermatitis atópica deben bañarse diariamente, con agua tibia (no caliente), en baños cortos (5-10 minutos), utilizando jabones sin detergentes o aceites de baño. El secado no debe ser intenso.
  - Evitar consumir alimentos específicos en caso de alergia alimentaria confirmada.
  - Evitar el uso de ropa muy ajustada y el sobreabrigo.
- 2) Tratamiento de la dermatitis atópica leve (primera línea). **Figura 3**

### PL 1. Dermatitis atópica leve – Primera línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) que deben incluirse en la primera línea para dermatitis atópica leve.

En los pacientes con dermatitis atópica leve se recomienda incluir los siguientes tratamientos de primera línea:<sup>4,13,18,19,24,34,36,37</sup>

- Uso diario de hidratantes-emolientes.

- Aplicación de corticoides tópicos (I-II), generalmente menos potentes en la cara, los párpados y genitales; y más potentes en la piel gruesa (manos, pies). Deben utilizarse diariamente, 1-2 veces al día, por un periodo máximo de 2 a 4 semanas.
- Los inhibidores de la calcineurina o de la fosfodiesterasa 4 pueden ser una opción viable en cierto grupo de pacientes.
- Puede considerarse la prescripción de antihistamínicos por vía oral.

*PL 2.1. Dermatitis atópica leve – Primera línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve*

Se recomienda emplear los siguientes criterios para evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve (EASI < 16):<sup>4,18,25,28,29,34,38,39</sup> eritema, edema, escoriación y liquenificación de 0-3. El EASI deber ser < 4 y el SCORAD < 12, lo que permite evaluar el aclaramiento de las lesiones o mejoría del 50%. La implementación del DLQI ≤ 5 evidencia mejoría de por lo menos 2 puntos de la línea de base ≥ 3, sin que sea necesaria la curación completa. Sin embargo, sí debe evidenciarse mejoría objetiva de la calidad de vida.

*PL 2.2. Dermatitis atópica leve – Primera línea – Tiempo después debe evaluarse la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve*

Se recomienda evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea de la dermatitis atópica leve luego de 2 a 4 semanas de iniciar el tratamiento.<sup>4,18,19,28,34,40</sup>

*PL 3. Dermatitis atópica leve – Primera línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) y tiempo en que deben incluirse en el mantenimiento, luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve*

Se recomienda incluir el siguiente tratamiento farmacológico en la fase de mantenimiento, luego de la respuesta al tratamiento de primera línea de la dermatitis atópica leve: corticoide tópico de baja potencia o inhibidores de la calcineurina.<sup>4,18,19,24,34</sup> Después de tener

respuesta satisfactoria al tratamiento debe suspenderse el fármaco hasta un nuevo brote.<sup>4</sup> Según el caso, se recomienda valorar el tratamiento proactivo, 1 a 3 veces a la semana, hasta por 20 semanas.<sup>4,18</sup>

Se recomienda incluir el siguiente esquema no farmacológico, de forma permanente en el mantenimiento, luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve:<sup>4,18,19,34</sup>

- Mantener la hidratación diaria de la piel
- Implementar cuidados generales (uso de jabones sin detergentes)
- Baño en agua templada

*PL 4. Dermatitis atópica leve – Primera línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve*

Se recomienda emplear los siguientes criterios para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve: el incremento en frecuencia e intensidad de las lesiones, aumento del prurito, empeoramiento de la calidad de vida e imposibilidad de realizar actividades cotidianas o alteración del sueño. Para su evaluación se recomienda considerar los siguientes puntos de corte:<sup>4,19,21,24,28,34,41</sup>

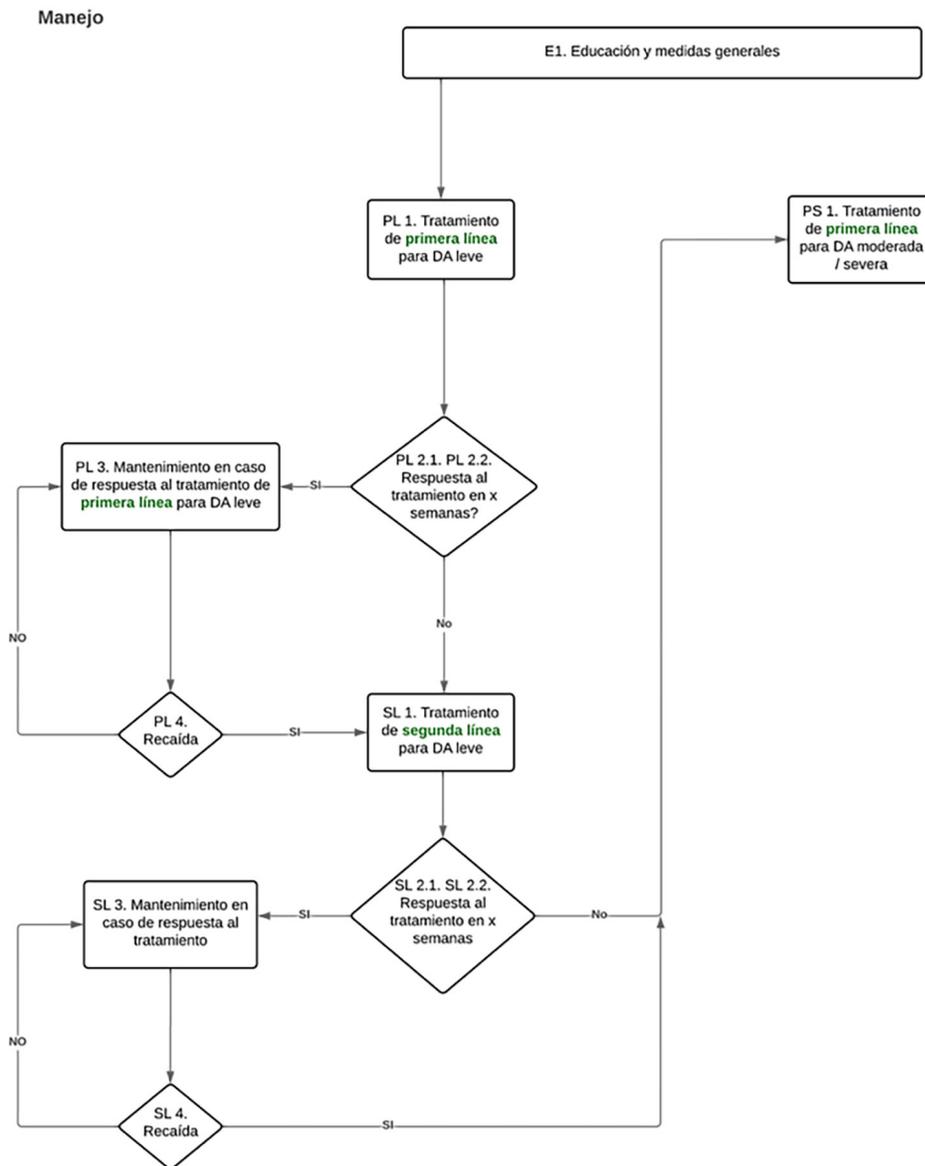
- SCORAD > 25
- EASI < 7
- DLQI < 6

Se recomienda evaluar a los pacientes con aumento en los puntajes del SCORAD o EASI, mayor del 50% de lo conseguido con el tratamiento, 1-3 meses luego de su suspensión.<sup>4,41</sup>

**3) Tratamiento de la dermatitis atópica leve – Segunda Línea. Figura 3**

*SL 1. Dermatitis atópica leve – Segunda línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) que deben incluirse en la segunda línea para dermatitis atópica leve*





**Figura 3.** Algoritmo de tratamiento de primera y segunda línea de la dermatitis atópica leve.

Se recomienda incluir los siguientes tratamientos farmacológicos en la segunda línea para dermatitis atópica leve:<sup>4,13,18,19,21,36</sup>

- Aplicación recurrente de cremas humectantes y emolientes
- Aplicación de corticoides tópicos de mediana a alta potencia, durante 2 a 4 semanas
- Inhibidores de calcineurina
- Inhibidores de la fosfodiesterasa-4
- En caso de afectación en la cara o el cuello, con riesgo de atrofia, se recomiendan los inhibidores de calcineurina

Los tratamientos no farmacológicos que se recomienda incluir en la segunda línea para dermatitis atópica leve deben individualizarse:<sup>4,13,19,21,36</sup>

- Medidas generales de educación

- Baño corto con sustitutos del jabón
- Evitar el contacto con aeroalérgenos u otros desencadenantes determinados.

*SL 2.1. Dermatitis atópica leve – Segunda línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de segunda línea en dermatitis atópica leve*

Los criterios recomendados para evaluar la respuesta al tratamiento de segunda línea en dermatitis atópica leve y sus puntos de corte son:<sup>4,18,19,28,29,34,39</sup>

- Aclaramiento de lesiones y disminución de los síntomas (prurito y sueño) luego de un mes de tratamiento
- Disminución de las lesiones en un 50% en la valoración de los parámetros de eritema-edema, escoriación y liquenificación
- Extensión de las lesiones según el EASI (puntaje < 16).
- Disminución en un 50% del prurito (NRS basal)
- Mejoría en la calidad de vida comparada con el DLQI basal

*SL 2.2. Dermatitis atópica leve – Segunda línea – Tiempo después del que debe evaluarse la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve*

Se recomienda evaluar la respuesta al tratamiento de segunda línea de la dermatitis atópica DA leve después de 2 a 4 semanas de tratamiento con los fármacos indicados.<sup>18,19,21,28,34,42</sup>

*SL 3. Dermatitis atópica leve – Segunda línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) y tiempo de administración que deben incluirse en el mantenimiento, luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve*

El tratamiento farmacológico que se recomienda incluir en el mantenimiento, luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica

leve es la prescripción de corticoides tópicos o inhibidores de la calcineurina en tratamiento proactivo, dos veces por semana, hasta por 20 semanas.<sup>4,8,21</sup>

Las estrategias no farmacológicas recomendadas de forma permanente -o promover su adherencia- en el mantenimiento, luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve son:<sup>4,19,21</sup>

- Promover baños cortos con sustituto del jabón y evitar el contacto con aeroalérgenos y otros alérgenos que hayan sido determinados
- Mantener el uso continuo de emolientes

*SL 4. Dermatitis atópica leve – Segunda línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para determinar la recaída, luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve*

Los criterios para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve son: SCORAD o EASI.<sup>18,28,34</sup> Como punto de corte debe haber un incremento mínimo del 50% en cualquiera de ambas escalas.<sup>19,28</sup> Adicionalmente, puede determinar la recaída según la evolución y los aspectos clínicos.

4) Tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea

*PS 1. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) que deben incluirse en la primera línea para dermatitis atópica moderada-grave*

Los tratamientos farmacológicos que se recomienda incluir en la primera línea para dermatitis atópica moderada-grave son:<sup>2,4,12,13,19,21,36,42-45</sup>

- Corticoides tópicos de potencia II-III e inhibidores de la calcineurina. Puede aplicarse el corticoide tópico en terapia de envoltura húmeda.
- Terapia UVB-nb en ciertos pacientes
- Crisaborole (no se encuentra disponible actualmente en Perú)

- Valorar el uso de terapia para cuadros psicossomáticos
- De acuerdo con la gravedad, considerar las terapias sistémicas, como inmunosupresores (azatioprina, metotrexato, micofenolato, ciclosporina) o biológicos (dupilumab)

Las estrategias no farmacológicas que se recomienda incluir en la primera línea para dermatitis atópica moderada-grave son:<sup>4,18,19,21,34,46</sup>

- Cuidado diario de la piel con humectantes, emolientes y jabones *syndet*
- Mantenimiento de las medidas generales: evitar factores desencadenantes y baño apropiado
- Educación terapéutica del paciente y su familia, mediante programas pedagógicos

*PS 2.1. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave*

Los criterios que se recomiendan emplear para evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave y sus puntos de corte son:<sup>4,19,28,33,34,39,40,47,48</sup>

- Aclaramiento de las lesiones y disminución de los síntomas (prurito y mejoría del sueño)
- Disminución de las lesiones en un 50% en la valoración de los parámetros de eritema-edema, escoriación y liquenificación, y extensión de las lesiones, de EASI con puntaje basal  $\geq 16$  a  $< 23$
- Disminución en 50% del prurito en NRS basal de 7
- Mejoramiento en la calidad de vida del DLQI basal  $< 6$

*PS 2.2. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea – Tiempo después del que debe evaluarse la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave*

Se recomienda evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave después de tres meses de iniciar el tratamiento.<sup>4,19,24,28,46,47</sup> **Figura 4**

*PS 3. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) que deben incluirse y tiempo de administración en el mantenimiento luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave*

Los tratamientos que se recomienda incluir en el mantenimiento, luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave son:<sup>2,4,19,24,34,42,47,49,50</sup>

- Mantenimiento proactivo con corticoide tópico clase II o III, aplicado dos veces por semana en las áreas de recurrencia, por un periodo máximo de 20 semanas
- Mantenimiento proactivo con inhibidor de la calcineurina tópica, aplicado en las áreas de recurrencia, dos días consecutivos por semana, por un periodo máximo de 52 semanas
- Inmunosupresores y terapia biológica
- Tratamiento no farmacológico mediante sustitutos de jabones (*syndets*) para el baño diario y aplicación permanente de emolientes después del mismo
- Terapia psicossomática
- Promoción del apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Aplicación de crisaborole

*PS 4. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para determinar la recaída luego de respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave*

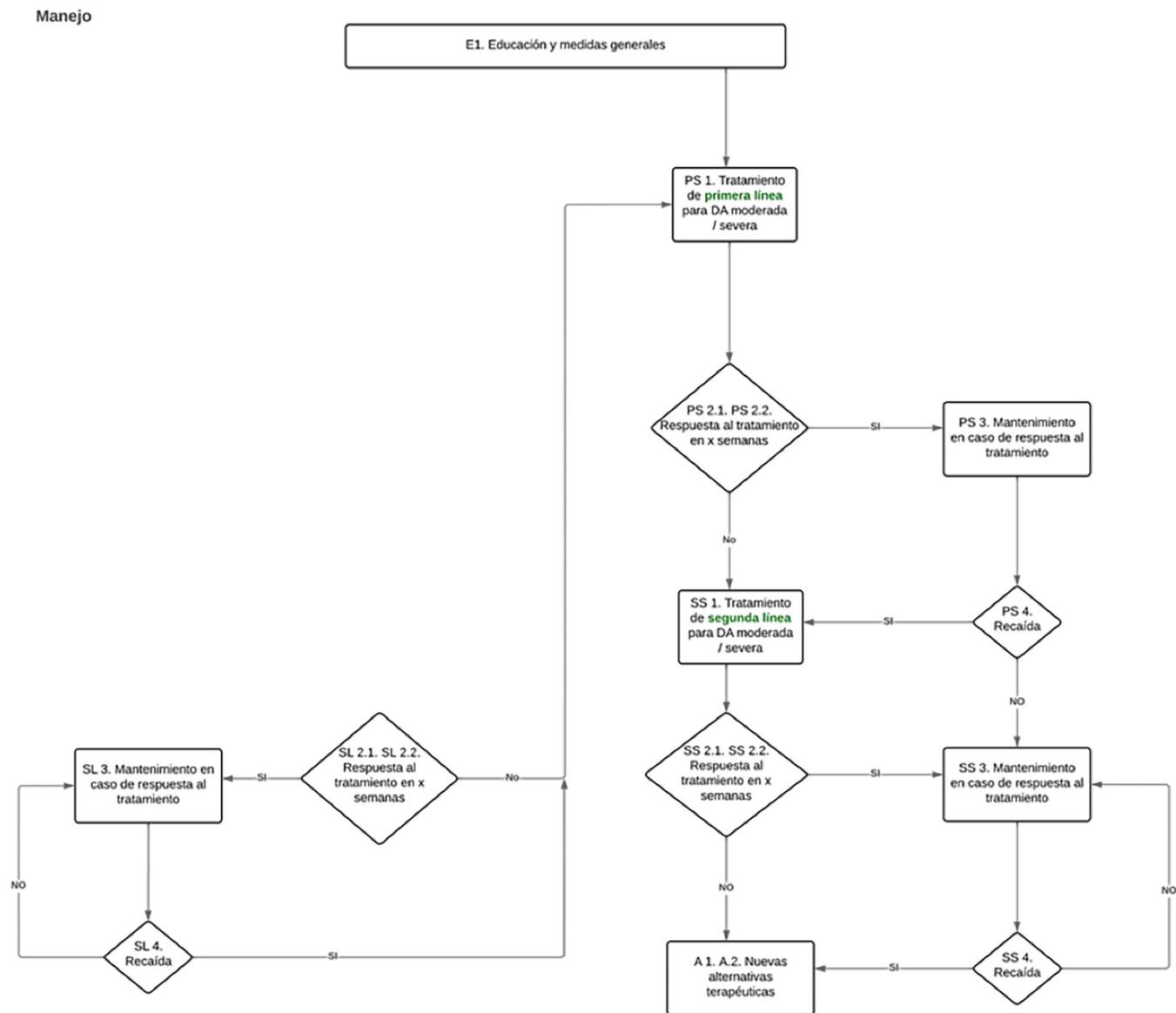


Figura 4. Algoritmo de tratamiento de primera y segunda línea de dermatitis atópica moderada-grave.

Los criterios para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave y sus puntos de corte son:<sup>4,12,19,24,28,34</sup>

- SCORAD > 25
- EASI > 16
- DLQI > 10

5) Tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea

SS1. *Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) que deben incluirse en la segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave*

Los tratamientos farmacológicos que se recomiendan incluir en la segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave son:<sup>4,13,18,22,25,29,34,36,48,50</sup>

- Inmunosupresores sistémicos



- Terapia biológica para dermatitis atópica:
  - Dupilumab (aprobado en Perú)
  - Tralokinumab (aprobado por la FDA)
- Inhibidores JAK (inhibidores de la cinasa Janus o JAKi) aprobados por la FDA y EMA para dermatitis atópica:
  - Abrocitinib
  - Upadacitinib
  - Baricitinib (actualmente aprobado por la EMA)

Las estrategias no farmacológicas que se recomiendan incluir de forma permanente en la segunda línea, de forma individualizada, para dermatitis atópica moderada-grave son:<sup>2,4,25,30,46,51,52</sup> **Figura 4**

- Promoción del apego al tratamiento
- Uso de emolientes, hidratantes, según el caso
- Promoción de baños cortos con sustituto de jabón
- Evitar el contacto con aeroalérgenos u otros desencadenantes que hayan sido determinados
- **Prescripción de inmunosupresores sistémicos:** ciclosporina, metotrexato, azatioprina, micofenolato de mofetilo

*SS 2.1. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave*

Los criterios que se recomiendan emplear para evaluar la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave son: EASI y SCORAD.<sup>4,19,34,42,45,53-55</sup> Como puntos de corte, debe haber una reducción en el puntaje EASI o SCORAD del 50% (es el objetivo inicial, y debe conseguirse a los tres meses, mientras que el objetivo óptimo debe lograrse a los seis meses, con 75% de disminución en ambos scores).<sup>19,53</sup>

En el pico del prurito, como punto de corte, debe haber una disminución de al menos 3 puntos a los tres me-

ses, y un puntaje absoluto igual o menor de 4 puntos a los seis meses. Respecto a la calidad de vida, debe verificarse una reducción en el DLQI de hasta 4 puntos a los tres meses y un *score* absoluto igual o menor de 5 puntos a los seis meses.<sup>54</sup>

*SS 2.2. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea – Tiempo después del que debe evaluarse la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave*

La respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave debe evaluarse según el fármaco prescrito:<sup>2,4,19,25,34,42,47,52,56,57</sup>

- Ciclosporina: de 4-8 semanas
- Metotrexato: a las 12 semanas
- Azatioprina: a las 12 semanas
- Micofenolato de mofetilo: de 8-12 semanas
- Dupilumab: a las 16 semanas
- Tralokinumab: a las 16 semanas
- Upadacitinib: a las 16 semanas
- Abrocitinib: a las 16 semanas
- Baricitinib: a las 16 semanas

*SS 3. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea – Tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) que deben incluirse en el mantenimiento luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave y por cuánto tiempo*

El tratamiento farmacológico que debe incluirse en el mantenimiento, luego de respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave y hasta el tiempo permitido es:<sup>4,18,19,25,34</sup>

- Además del fármaco de base prescrito, puede considerarse la terapia combinada, incluida fototerapia UVB-nb/UVA1

Los tratamientos no farmacológicos que deben incluirse en el mantenimiento, de forma permanente e individualizada luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave son:<sup>4,13,18,19,58</sup>

- Aplicación de emolientes, hidratantes, según el caso

- Promover el apego al tratamiento
- Promover baños cortos con sustituto de jabón
- Evitar el contacto con aeroalérgenos u otros desencadenantes que hayan sido determinados

Las estrategias no farmacológicas que se recomiendan incluir en el mantenimiento, de forma permanente e individualizada luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave son:<sup>4,18,19,25,34</sup>

3. Aplicación de emolientes, hidratantes, según el caso
4. Promover el apego al tratamiento
5. Promover baños cortos con sustituto de jabón
6. Evitar el contacto con aeroalérgenos u otros desencadenantes que hayan sido determinados

*SS 4. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea – Criterios y puntos de corte que deben emplearse para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave*

Los criterios que se recomiendan emplear para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave son: EASI, SCORAD y DLQI. Para los puntos de corte debe considerarse:<sup>4,28,53</sup>

- Recaídas con aumento del EASI > 16 o SCORAD > 25
- Aumento del prurito (> 7)
- Disminución de la calidad de vida (DLQI > 10)

*A 1. Dermatitis atópica moderada-grave – Casos de dermatitis atópica moderada-grave en los que deben considerarse medicamentos biológicos*

Se recomienda considerar medicamentos biológicos en los siguientes casos:<sup>2,12,18,21,22,25,26,42,-44,50,56,57,59,60</sup>

- Pacientes con dermatitis atópica moderada-grave iguales o mayores de 6 años
- Pacientes con EASI ≥ 20
- Pacientes con tratamiento tópico, con corticoide clase II-III y empleo adecuado de emolientes, quienes han recibido dos tratamientos sistémicos sin lograr el control o reducción del 50% de EASI basal, en quienes muestran efectos colaterales o está contraindicado su uso, incluso que no pueden suspender su prescripción debido a las recaídas.

*A2. Casos de dermatitis atópica moderada-grave en los que deben considerarse otras terapias nuevas, diferentes a los medicamentos biológicos*

Se recomienda considerar otras terapias nuevas, diferentes a los biológicos, en casos de dermatitis atópica recalcitrante, considerando moléculas pequeñas: baricitinib, upadacitinib y abrocitinib.<sup>4,12,13,18,21,22,25,26,43,52,56,57,61,62</sup>

*6) Pregunta informativa del equipo de salud – Primera línea*

*ES 1. Profesionales de la salud que deben conformar el equipo de atención multidisciplinario que atiende a los pacientes con dermatitis atópica*

El equipo de atención multidisciplinario que atiende a los pacientes con dermatitis atópica debe conformarse, idealmente, por: dermatólogo-dermatólogo pediatra, inmunólogo-alergólogo, especialistas en salud mental y trabajadores en servicio social. Según las comorbilidades, pueden vincularse otros especialistas.<sup>4,18,21,63</sup>

Con base en las recomendaciones anteriores, el consenso de expertos elaboró el algoritmo de tratamiento de pacientes con dermatitis atópica que aparece en la **Figura 5.**

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del tratamiento de pacientes con dermatitis atópica es disminuir los síntomas y lograr el control de la enfermedad a largo plazo, con un enfoque orienta-

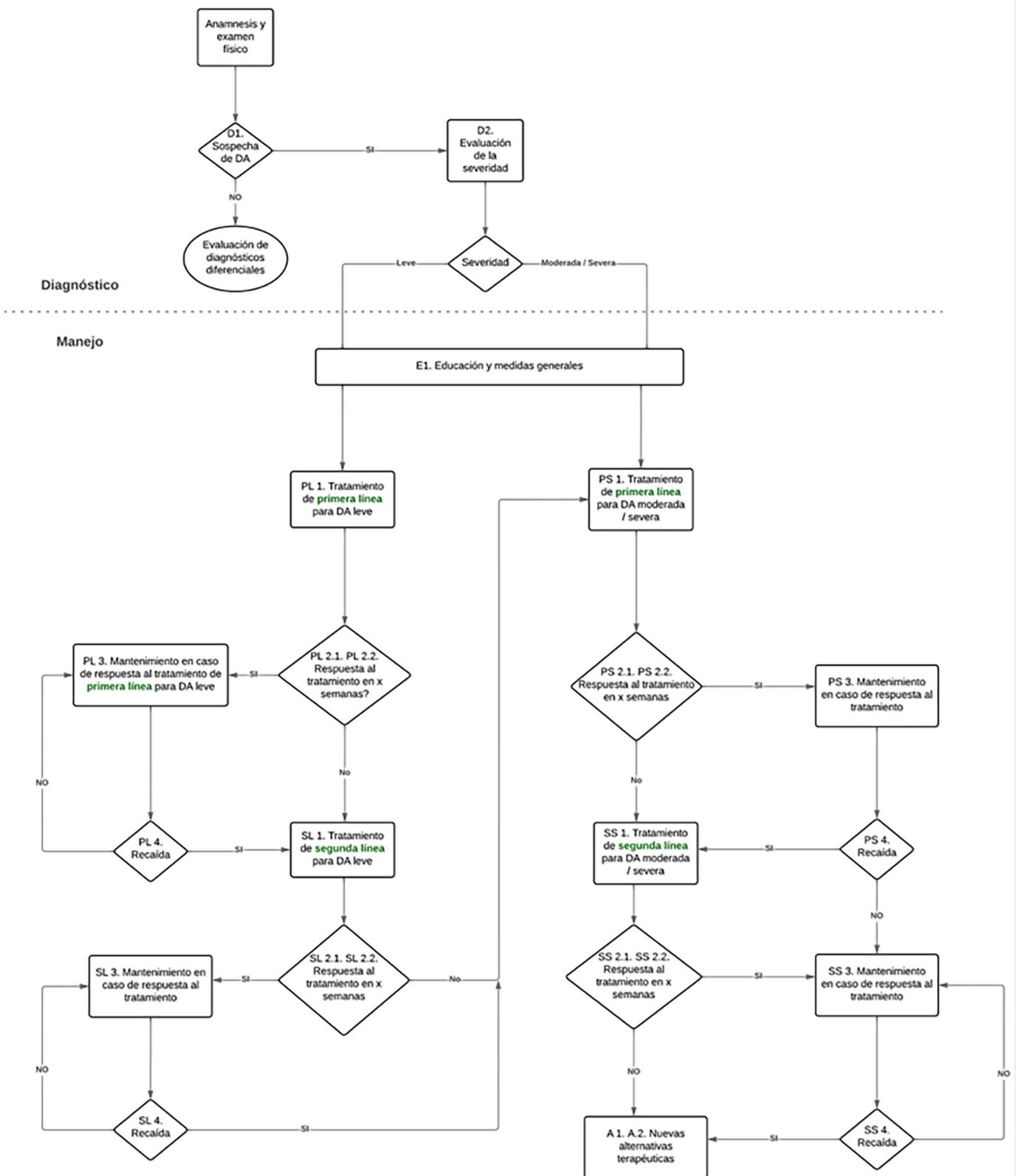


Figura 5. Algoritmo de tratamiento de pacientes con dermatitis atópica.

do en varios aspectos, según la gravedad de la enfermedad. Como resultado del consenso de expertos, se plantea un algoritmo en el que se establecen los criterios diagnósticos y de tratamiento de pacientes con dermatitis atópica leve, moderada-grave. El consenso se desarrolló utilizando una metodología estructurada, con base en la revisión bibliográfica y en el empleo de la técnica del grupo nominal, lo que brinda soporte y fortaleza en las recomendaciones que conforman el algoritmo.

Se resalta la importancia del tratamiento integral del paciente, además de las reevaluaciones periódicas que permiten determinar la evolución de la enfermedad y eficacia del tratamiento. Al realizar un esquema de tratamiento escalonado, los pacientes se benefician de las opciones terapéuticas disponibles, de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, garantizando su bienestar y seguridad. El diagnóstico temprano y la implementación de la terapia farmacológica adecuada, en conjunto con las estrategias no farmacológicas y la educación del paciente y su familia, son la piedra angular del tratamiento de la dermatitis atópica, con la intención prioritaria de su apego y disminución de los síntomas del paciente.

Contar con un algoritmo de diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en los países latinoamericanos es de vital importancia, debido a la escasa producción de contenido científico acerca de esta enfermedad en la región, además de la ausencia de grupos de soporte para los pacientes y sus familias, y las barreras de acceso a la medicina especializada en la localidad.<sup>64</sup> Se espera que este algoritmo permita estandarizar la práctica clínica, facilitar la toma de decisiones por parte de los facultativos, y mejorar los resultados terapéuticos y el pronóstico de los pacientes con dermatitis atópica en Perú.

### Fuente de financiamiento

Se recibió apoyo financiero de Sanofi.

### Conflicto de interés

Los autores no reportan presentar conflictos de interés.

### Coordinación editorial

Integralis HGS (Daniel Rodríguez, MD y María Stella Salazar, MD).

### REFERENCIAS

1. Giachetti A, Castro C, Greco MF, Scacchi MF, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Resumen ejecutivo. Arch Argent Pediatr. 2014; 12 (3): 293-4. DOI: 10.5546/aap.2014.293
2. Sastre J, Baldrich ES, Armario Hita JC, Herraéz L, et al. Consensus on the Clinical Approach to Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis in Spain: A Delphi Survey. Dermatol Res Pract. 2020; 2020. DOI: 10.1155/2020/1524293
3. Slattery MJ, Essex MJ, Paletz EM, Vanness ER, et al. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2011; 128 (3): 668. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3164894/>
4. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2018; 32 (5): 657-82. DOI: 10.1111/jdv.14891
5. Sacotte R, Silverberg JI. Epidemiology of adult atopic dermatitis. Clin Dermatol. 2018; 36 (5): 595-605. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30217272/>
6. Son JH, Chung BY, Kim HO, Park CW. Clinical features of atopic dermatitis in adults are different according to onset. J Korean Med Sci. 2017; 32 (8): 1360-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28665074/>
7. Magnifico I, Petronio GP, Venditti N, Cutuli MA, et al. Atopic Dermatitis as a Multifactorial Skin Disorder. Can the Analysis of Pathophysiological Targets Represent the Winning Therapeutic Strategy? Pharmaceuticals. 2020; 13 (11): 1-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7700401/>
8. Nacional C, Dra DD, Giachetti A, María D, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Arch Argent Pediatr. 2014; 1-21. DOI: 10.5546/aap.2014.293
9. Hanifin J, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol. 1980; (92 (Suppl 1): 44-7.
10. Wüthrich B, Schmid-Grendelmeier P. The atopic eczema/dermatitis syndrome: Epidemiology, natural course, and immunology of the IgE-associated ("extrinsic") and the nonallergic ("intrinsic") AEDS. J Invest Allergol Clin Immunol. 2003; 13 (1): 1-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12861844/>



11. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, 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 Dermatology Venereol.* 2016; 30 (5): 729-47. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27004560/>
12. Vestergaard C, Wollenberg A, Barbarot S, Christen-Zaech S, et al. European task force on atopic dermatitis position paper: treatment of parental atopic dermatitis during preconception, pregnancy and lactation period. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2019; 33 (9): 1644-59. DOI: 10.1111/jdv.15709
13. Damiani G, Calzavara-Pinton P, Stingeni L, Hansel K, et al. Italian guidelines for therapy of atopic dermatitis—Adapted from consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis). *Dermatol Ther.* 2019; 32 (6): 1-10. DOI: 10.1111/dth.13121
14. McMillan SS, King M TM. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm.* 2016; 38 (3): 655-62. DOI: 10.1007/s11096-016-0257-x
15. Potter M, Gordon S, Hamer WP. The Nominal Group Technique: A Useful Consensus Methodology in Physiotherapy Research. *New Zeal J Physiother.* 2008; 32: 126-30. [https://www.researchgate.net/publication/254724490\\_The\\_Nominal\\_Group\\_Technique\\_A\\_useful\\_consensus\\_methodology\\_in\\_physiotherapy\\_research](https://www.researchgate.net/publication/254724490_The_Nominal_Group_Technique_A_useful_consensus_methodology_in_physiotherapy_research)
16. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995; 311 (7001): 376-80. DOI: 10.1136/bmj.311.7001.376.
17. Eichenfield LF. Consensus guidelines in diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol Suppl.* 2004; 59 (78): 86-92. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1398-9995.2004.00569.x>
18. Kulthanan K, Tuchinda P, Nitiyaron R, Chunharas A, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of atopic dermatitis. *Asian Pacific J Allergy Immunol.* 2021; 39 (3): 145-55. DOI: 10.12932/AP-010221-1050
19. Russo F, Milanese N, Iannone M, Bagnoni G, et al. Tuscan Consensus on the diagnosis, treatment and follow-up of adult atopic dermatitis. *G Ital di Dermatologia e Venereol.* 2020; 155 (3): 253-60. DOI: 10.23736/S0392-0488.19.06527-1
20. Costanzo A, Amerio P, Asero R, Chiricozzi A, et al. Long-term management of moderate-to-severe adult atopic dermatitis: A consensus by the Italian Society of Dermatology and Venereology (SIDEmaST), the Association of Italian Territorial and Hospital Allergists and Immunologists (AAIITO), the Italian Associ. *Ital J Dermatology Venereol.* 2022; 157 (1): 1-12. DOI: 10.23736/S2784-8671.21.07129-2
21. Rincón-Pérez C, Larenas-Linnemann D, Figueroa-Morales MA, Luna-Pech J, et al. Mexican consensus on the diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adolescents and adults. *Rev Alerg Mex.* 2018; 65: S8-88. DOI: 10.29262/ram.v65i6.526
22. 2Hong CH, Gooderham MJ, Albrecht L, Bissonnette R, et al. Approach to the assessment and management of adult patients with atopic dermatitis: A consensus document. section v: Consensus statements on the assessment and management of adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *J Cutan Med Surg.* 2018; 22: 30S-35S. DOI: 10.1177/1203475418803625
23. Patruno C, Amerio P, Chiricozzi A, Costanzo A, et al. Optimizing a clinical guidance for diagnosis of atopic dermatitis in adults: Joint recommendations of the Italian Society of Dermatology and Venereology (SIDEmaST), Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI), and Italian Society of Allergologic. *G Ital di Dermatologia e Venereol.* 2020; 155 (1): 1-7. DOI: 10.23736/S0392-0488.19.06522-2
24. Kannenberg SM, Karabus S, Visser WI, Aboobaker J, et al. Paediatric atopic eczema (Atopic dermatitis) in south africa: A practical algorithm for the management of mild-to-moderate disease in daily clinical practice. *South African Fam Pract.* 2020; 62 (1): 1-9. DOI: 10.4102/safp.v62i1.5190
25. Agache I, Song Y, Posso M, Alonso-Coello P, et al. Efficacy and safety of dupilumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review for the EAACI biologicals guidelines. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol.* 2021; 76 (1): 45-58. DOI: 10.1111/all.14510
26. Fishbein AB, Silverberg JI, Wilson EJ, Ong PY. Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020; 8 (1): 91-101. DOI: 10.1016/j.jaip.2019.06.044
27. Rullo VEV, Segato A, Kirsh A, Sole D. Severity scoring of atopic dermatitis: a comparison of two scoring systems. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2008; 36 (4): 205-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0301-0546\(08\)72551-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-0546(08)72551-5)
28. Kim JE, Shin MK, Park GH, Lee UH, et al. 2019 consensus Korean diagnostic guidelines to define severity classification and treatment refractoriness for atopic dermatitis: Objective and subjective assessment of severity. *Ann Dermatol.* 2019; 31 (6): 654-61. DOI: 10.5021/ad.2019.31.6.654
29. Perez-Chada L, Taliercio VL, Gottlieb A, Van Beek M, et al. Achieving Consensus on Patient-Reported Outcome Measures in Clinical Practice for Inflammatory Skin Disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.09.008>
30. Silverberg JI, Simpson EL, Thyssen JP, Gooderham M, et al. Efficacy and Safety of Abrocitinib in Patients with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatology.* 2020; 156 (8): 863-73. DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.1406

31. Chopra R, Silverberg JI. Assessing the severity of atopic dermatitis in clinical trials and practice. *Clin Dermatol.* 2018; 36 (5): 606-15. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.05.012>
32. Yang YB, Lynde CW, Fleming P. Common Atopic Dermatitis Rating Scales: A Practical Approach and Brief Review. *J Cutan Med Surg.* 2020; 24 (4): 399-404. DOI: 10.1177/1203475420923644
33. Calzavara-Pinton P, Fortina AB, Bonamonte D, Marseglia GL, et al. Diagnosis and management of moderate to severe atopic dermatitis in adolescents. A Consensus by the Italian Society of Dermatology and Venereology (SIDemaSt), the Italian association of Hospital Dermatologists and Public Health (aDoI), the Italian associa. *Ital J Dermatology Venereol.* 2021; 156 (2): 184-97. DOI: 10.23736/S2784-8671.20.06654-7
34. Smith S, Baker C, Gebauer K, Rubel D, et al. Atopic dermatitis in adults: An Australian management consensus. *Australas J Dermatol.* 2020; 61 (1): 23-32. DOI: 10.1111/ajd.13124
35. Barbarot S, Boralevi F, Shourick J, Sampogna F, et al. Characteristics of children and adolescents with atopic dermatitis who attended therapeutic patient education. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2021; 35 (11): 2263-9. DOI: 10.1111/jdv.17526
36. Dhadwal G, Albrecht L, Gniadecki R, Poulin Y, et al. Approach to the assessment and management of adult patients with atopic dermatitis: A consensus document. Section IV: Treatment options for the management of atopic dermatitis. *J Cutan Med Surg.* 2018; 22: 21S-29S. DOI: 10.1177/1203475418805721
37. Reda AM, Elgendi A, Ebraheem AI, Aldraibi MS, et al. A practical algorithm for topical treatment of atopic dermatitis in the Middle East emphasizing the importance of sensitive skin areas. *J Dermatolog Treat.* 2019; 30 (4): 366-73. <https://doi.org/10.1080/09546634.2018.1524823>
38. Patrizi A, Costanzo A, Patruno C, Busà VM, et al. Unmet needs in atopic dermatitis management: an expert consensus. *J Dermatolog Treat.* 2022; 33 (5): 2459-65. <https://doi.org/10.1080/09546634.2021.1967267>
39. Iannone M, Tonini G, Janowska A, Dini V, et al. Definition of treatment goals in terms of clinician-reported disease severity and patient-reported outcomes in moderate-to-severe adult atopic dermatitis: a systematic review. *Curr Med Res Opin.* 2021; 37 (8): 1295-301. <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1933929>
40. Thomas KS, Apfelbacher CA, Chalmers JR, Simpson E, et al. Recommended core outcome instruments for health-related quality of life, long-term control and itch intensity in atopic eczema trials: results of the HOME VII consensus meeting\*. *Br J Dermatol.* 2021; 185 (1): 139-46. DOI: 10.1111/bjd.19751
41. Boguniewicz M, Alexis AF, Beck LA, Block J, et al. Expert Perspectives on Management of Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Multidisciplinary Consensus Addressing Current and Emerging Therapies. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017; 5 (6): 1519-31. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.08.005>
42. Lynde CW, Bourcier M, Gooderham M, Guenther L, et al. A treatment algorithm for moderate to severe atopic dermatitis in adults. *J Cutan Med Surg.* 2018; 22 (1): 78-83. DOI: 10.1177/1203475417733460
43. Ratchataswan T, Banzon TM, Thyssen JP, Weidinger S, et al. Biologics for Treatment of Atopic Dermatitis: Current Status and Future Prospect. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021; 9 (3): 1053-65. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.11.034
44. Moyle M, Cevikbas F, Harden JL, Guttman-Yassky E. Understanding the immune landscape in atopic dermatitis: The era of biologics and emerging therapeutic approaches. *Exp Dermatol.* 2019; 28 (7): 756-68. DOI: 10.1111/exd.13911
45. Li H, Zhang Z, Zhang H, Guo Y, et al. Update on the Pathogenesis and Therapy of Atopic Dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2021; 61 (3): 324-38. <https://doi.org/10.1007/s12016-021-08880-3>
46. Drucker AM, Eyerich K, de Bruin-Weller MS, Thyssen JP, et al. Use of systemic corticosteroids for atopic dermatitis: International Eczema Council consensus statement. *Br J Dermatol.* 2018; 178 (3): 768-75. DOI: 10.1111/bjd.15928
47. Boguniewicz M. Biologic Therapy for Atopic Dermatitis: Moving Beyond the Practice Parameter and Guidelines. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017; 5 (6): 1477-87. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.08.031>
48. Sawangjit R, Dilokthornsakul P, Lloyd-Lavery A, Lai NM, et al. Systemic treatments for eczema: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 2020 (9). DOI: 10.1002/14651858.CD013206.pub2
49. Ghazal S, Ridha Z, Nassim D, D'aguanno K, et al. 456 Mapping recommendations of recent guidelines for adult atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2021; 141 (5): S79. DOI: 10.1016/j.jid.2021.02.479
50. Calzavara Pinton P, Cristaudo A, Foti C, Canonica GW, et al. Diagnosis and management of moderate to severe adult atopic dermatitis: A Consensus by the Italian Society of Dermatology and Venereology (SIDeMaST), the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI), the Italian Society of Allergy, Asthma and Cli. *G Ital di Dermatologia e Venereol.* 2018; 153 (2): 133-45. DOI: 10.23736/S0392-0488.17.05892-8
51. Zhou S, Qi F, Gong Y, Zhang J, et al. Biological Therapies for Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Dermatology.* 2021; 237 (4): 542-52. DOI: 10.1159/000514535
52. Silverberg JI, Toth D, Bieber T, Alexis AF, et al. Tralokinumab plus topical corticosteroids for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: results from the double-blind, randomized, multicentre, placebo-controlled phase III EC-



- ZTRA 3 trial\*. *Br J Dermatol.* 2021; 184 (3): 450-63. DOI: 10.1111/bjd.19573
53. De Bruin-Weller M, Biedermann T, Bissonnette R, Deleuran M, et al. Treat-to-target in atopic dermatitis: An international consensus on a set of core decision points for systemic therapies. *Acta Derm Venereol.* 2021; 101 (2): 1-7. DOI: 10.2340/00015555-3751
  54. Lopes C, Neto M, Rageteiro F, Marcelino J, et al. Protocolo clínico de avaliação de doentes adultos com dermatite atópica em tratamento com Dupilumab. *Rev Port Imunoalergologia.* 2019; 27 (2): 135-45.
  55. Silverberg JI, de Bruin-Weller M, Bieber T, Soong W, et al. Upadacitinib plus topical corticosteroids in atopic dermatitis: Week 52 AD Up study results. *J Allergy Clin Immunol.* 2022; 149 (3): 977-987.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2021.07.036>
  56. Silverberg JI, Thyssen JP, Fahrbach K, Mickle K, et al. Comparative efficacy and safety of systemic therapies used in moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic literature review and network meta-analysis. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2021; 35 (9): 1797-810. DOI: 10.1111/jdv.17351
  57. Simpson EL, Sinclair R, Forman S, Wollenberg A, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in adults and adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis (JADE MONO-1): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2020; 396 (10246): 255-66. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30732-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30732-7)
  58. Custo Greig E, Brigell M, Cao F, Levine ES, et al. Macular and Peripapillary Optical Coherence Tomography Angiography Metrics Predict Progression in Diabetic Retinopathy: A Sub-analysis of TIME-2b Study Data. *Am J Ophthalmol.* 2020; 219: 66-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32574773/>
  59. Agache I, Akdis CA, Akdis M, Brockow K, et al. EAACI Biologicals Guidelines—dupilumab for children and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol.* 2021; 76 (4): 988-1009. DOI: 10.1111/all.14690
  60. Wollenberg A, Howell MD, Guttman-Yassky E, Silverberg JI, et al. Treatment of atopic dermatitis with tralokinumab, an anti-IL-13 mAb. *J Allergy Clin Immunol.* 2019; 143 (1): 135-41. DOI: 10.1016/j.jaci.2018.05.029
  61. Newsom M, Bashyam AM, Balogh EA, Feldman SR, et al. New and Emerging Systemic Treatments for Atopic Dermatitis. *Drugs.* 2020; 80 (11): 1041-52. <https://doi.org/10.1007/s40265-020-01335-7>
  62. Singh R, Heron CE, Ghamrawi RI, Strowd LC, et al. Emerging Role of Janus Kinase Inhibitors for the Treatment of Atopic Dermatitis. *ImmunoTargets Ther.* 2020; 9: 255-72. DOI: 10.2147/itt.s229667
  63. LeBovidge JS, Elverson W, Timmons KG, Hawryluk EB, et al. Multidisciplinary interventions in the management of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2016; 138 (2): 325-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2016.04.003>
  64. Borzutzky A, Larco JI, Luna PC, McElwee E, et al. Atopic Dermatitis in Latin America: A Roadmap to Address Data Collection, Knowledge Gaps, and Challenges. *Dermatitis.* 2022; 33 (6S): S83-S91. DOI: 10.1097/DER.0000000000000904.

## Anexo A: Preguntas del consenso

1. Diagnóstico: ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para la dermatitis atópica?
2. Gravedad: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para determinar la gravedad de la dermatitis atópica? Sea específico en los puntos de corte que separan los casos leves de los moderados-graves.
3. Educación: ¿Qué contenidos debería incluir la educación para el paciente y su familia? (medidas generales de tratamiento).
4. Dermatitis atópica leve – Primera línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) deben incluirse en la primera línea de la dermatitis atópica leve?
5. Dermatitis atópica leve – Primera línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve?
6. Dermatitis atópica leve – Primera línea: ¿En cuánto tiempo debe evaluarse la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve?
7. Dermatitis atópica leve - Primera línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) y por cuánto tiempo deben incluirse en el mantenimiento luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve?
8. Dermatitis atópica leve – Primera línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica leve?
9. Dermatitis atópica leve – Segunda línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) deben incluirse en la segunda línea para dermatitis atópica leve?
10. Dermatitis atópica leve - Segunda línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve?
11. Dermatitis atópica leve – Segunda línea: ¿En cuánto tiempo debe evaluarse la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve?
12. Dermatitis atópica leve – Segunda línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) y por cuánto tiempo deben incluirse en el mantenimiento luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve?
13. Dermatitis atópica leve – Segunda línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica leve?
14. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) deben incluirse en la primera línea para dermatitis atópica moderada-grave?
15. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave?
16. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea: ¿En cuánto tiempo debe evaluarse la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave?
17. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) y por cuánto tiempo deben incluirse en el mantenimiento luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave?
18. Dermatitis atópica moderada-grave – Primera línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de primera línea para dermatitis atópica moderada-grave?
19. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) deben incluirse en

la segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave?

20. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave?

21. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea: ¿En cuánto tiempo debe evaluarse la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave?

22. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea: ¿Qué tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) y por cuánto tiempo deben incluirse en el mantenimiento luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave?

23. Dermatitis atópica moderada-grave – Segunda línea: ¿Qué criterios y qué puntos de corte en cada criterio deben emplearse para determinar la recaída luego de la respuesta al tratamiento de segunda línea para dermatitis atópica moderada-grave?

24. Dermatitis atópica moderada-grave – Biológicos: ¿En qué casos de dermatitis atópica moderada-grave deben considerarse los medicamentos biológicos?

25. Dermatitis atópica moderada-grave – Biológicos: ¿En qué casos de dermatitis atópica moderada-grave deben considerarse otras terapias nuevas, diferentes a los biológicos?

26. Equipo de atención: ¿Qué profesionales de la salud deberían conformar el equipo de atención multidisciplinario que atiende a los pacientes con dermatitis atópica?

## Anexo B: Estructura de la búsqueda

### Estrategia de búsqueda Embase

(&#39;atopic dermatitis&#39;/exp/mj OR &#39;atopic dermatitis&#39;;:ti OR &#39;atopic eczema&#39;;:ti) AND (&#39;practice guideline&#39;/exp/mj OR &#39;clinical practice guidelines&#39;;:ti OR &#39;guidelines&#39;;:ti OR &#39;practice guideline&#39;;:ti OR &#39;practice guidelines&#39;;:ti OR &#39;consensus&#39;/mj OR &#39;consensus&#39;;:ti OR &#39;diagnostic algorithm&#39;/mj OR &#39;treatment algorithm&#39;/mj) AND (&#39;severity&#39;/exp OR &#39;diagnostic&#39;/exp OR &#39;treatment&#39;/exp OR &#39;therapy&#39;/exp OR &#39;combination therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;disease therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;disease treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;diseases treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;disorder treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;disorders treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;illness treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;medical therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;medical treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;multiple therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;polytherapy&#39;;:ti,ab OR &#39;therapeutics&#39;;:ti,ab OR &#39;therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;therapy, medical&#39;;:ti,ab OR &#39;treatment, medical&#39;;:ti,ab OR severity:ti,ab OR diagnos\*:ti,ab OR treatment\*:-ti,ab OR therapy:ti,ab) AND [2017-2022]/py AND ([adolescent]/lim OR [adult]/lim OR [young adult]/lim OR [middle aged]/lim OR [aged]/lim OR [very elderly]/lim)".

t&#39;;:ti,ab OR &#39;illness treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;medical therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;medical treatment&#39;;:ti,ab OR &#39;multiple therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;polytherapy&#39;;:ti,ab OR &#39;therapeutics&#39;;:ti,ab OR &#39;therapy&#39;;:ti,ab OR &#39;therapy, medical&#39;;:ti,ab OR &#39;treatment, medical&#39;;:ti,ab OR severity:ti,ab OR diagnos\*:ti,ab OR treatment\*:-ti,ab OR therapy:ti,ab) AND [2017-2022]/py AND ([adolescent]/lim OR [adult]/lim OR [young adult]/lim OR [middle aged]/lim OR [aged]/lim OR [very elderly]/lim)".

### Estrategia de búsqueda PubMed

((&quot;dermatitis, atopic&quot;[MeSH Major Topic] OR &quot;atopic dermatitis&quot;[Title] OR &quot;atopic eczema&quot;[Title]) AND (&quot;practice guideline&quot;[Publication Type] OR &quot;practice guidelines

as topic&quot;[MeSH Major Topic] OR &quot;consensus&quot;[MeSH Major Topic:noexp] OR &quot;practice guideline&quot;[Title] OR &quot;guideline&quot;[Title] OR &quot;practice guideline&quot;[Title] OR &quot;-consensus&quot;[Title] OR &quot;-algorithm&quot;[Title]) AND (&quot;diagnosis&quot;[MeSH Terms] OR &quot;therapeutics&quot;[MeSH Terms] OR &quot;therapy&quot;[MeSH Subheading] OR &quot;polytherapy&quot;[Title/Abstract] OR &quot;therapeutic&quot;[Title/Abstract] OR &quot;severity&quot;[Title/Abstract] OR &quot;diagnos&quot;[Title/Abstract] OR &quot;treatment&quot;[Title/Abstract] OR &quot;therapy&quot;[Title/Abstract]) AND 2017/01/01:2022/03/27[Date - Publication]) AND (adolescent[Filter] OR alladult[Filter] OR youngadult[Filter] OR adult[Filter] OR middleagedaged[Filter] OR middleaged[Filter] OR aged[Filter]).