

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE FARMACIA



**ANÁLISIS DEL ABORDAJE DEL PROFESIONAL EN FARMACIA DE COMUNIDAD
DE LAS FARMACIAS SABA UBICADAS EN LA PROVINCIA DE SAN JOSÉ EN EL
MANEJO DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN EL III CUATRIMESTRE
DEL 2023 PARA LA PROPUESTA DEL DISEÑO DE UNA GUÍA QUE ORIENTE EL
DIAGNÓSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA**

MARÍA JOSÉ COLLADO AGUERO

TUTORA: DRA. MARCELA CHAVES

AÑO 2023

MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN FARMACIA

I. Resumen

Introducción: La dermatitis atópica es una enfermedad crónica de la piel que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Su impacto en la calidad de vida de los pacientes, así como su complejidad clínica, presenta desafíos tanto para los profesionales en farmacia como para los pacientes que luchan contra esta patología cutánea. Esta enfermedad se caracteriza por una variabilidad en la presentación de los síntomas y una cronicidad que exige un tratamiento de manejo a largo plazo. Esta investigación se centra en analizar el abordaje que brinda el farmacéutico de comunidad a pacientes con esta patología y a partir de ello, generar una propuesta de guía para el manejo de pacientes con dermatitis atópica, con el fin de sistematizar la información esencial de esta enfermedad, permitiendo un mayor conocimiento de la misma en los regentes, orientando un rápido diagnóstico y promoviendo un adecuado tratamiento y seguimiento a esta patología.

Objetivo general: Analizar el abordaje del profesional en farmacia con respecto al manejo de pacientes con dermatitis atópica para el diseño de una guía que oriente el diagnóstico y el seguimiento de la patología.

Metodología: El tipo de estudio de esta investigación es de carácter básico con alcance descriptivo ya que se fundamenta en recolectar información, pero no tiene aplicación inmediata de los resultados. El enfoque que se le da a esta investigación es de tipo cualitativo, donde se utilizan palabras, dibujos, gráficos e imágenes, además de textos y discursos para especificar las características del fenómeno que se someta a un análisis, en este caso, la dermatitis atópica. Con el fin de cumplir con cada uno de los objetivos planteados, se aplicó una entrevista a 10 regentes farmacéuticos de farmacias comunitarias SABA en el sector de San José, la entrevista aplicada constó de 11 preguntas, todas las preguntas planteadas fueron preguntas abiertas, donde se les dio la oportunidad a cada entrevistado de contestar de acuerdo con su conocimiento y experiencia. Así mismo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica donde se tomaron en cuenta 13 artículos de no más de 6 años de antigüedad, relacionados con dermatitis atópica, prevalencia de dermatitis atópica en adultos, estilo de vida de personas con dermatitis atópica, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la dermatitis atópica, farmacia de comunidad y abordaje farmacéutico. La búsqueda de

artículos científicos se realizó por medios electrónicos, consultando en diversas páginas web con respaldo científico como lo son PudMed, Scielo, Elsevier, Medline, Google académico y Redalyc.

Resultados: Primeramente, se identificaron varias características de la dermatitis atópica, incluyendo su naturaleza inflamatoria crónica, la presencia de prurito y picazón recurrente, y la tendencia a afectar áreas flexurales de la piel, como la parte interna de los codos y detrás de las rodillas. Además, se reconoció su carácter recurrente, con brotes y remisiones que pueden variar en duración e intensidad. La investigación destacó la relación de la dermatitis atópica con la atopia y la predisposición genética, lo que contribuye a su complejidad. Además, se encontró que el prurito constante y la inflamación pueden llevar a alteraciones del sueño, ansiedad y depresión. Por otro lado, la barrera cutánea debilitada puede aumentar la susceptibilidad a infecciones cutáneas secundarias. La cronicidad de la dermatitis atópica y su impacto en la apariencia física pueden influir en la autoestima y la calidad de vida de quienes la padecen. Como segundo resultado, se identificó que los regentes farmacéuticos desempeñan un rol central en la atención de pacientes con dermatitis atópica, su abordaje implica no solo la dispensación de medicamentos, sino también la educación y asesoramiento a los pacientes. Estos profesionales reconocen la importancia de una evaluación exhaustiva de los síntomas, considerando la gravedad de la enfermedad, las áreas afectadas y la respuesta a tratamientos previos. Los resultados indicaron que los regentes farmacéuticos deben ser capaces de seleccionar tratamientos farmacoterapéuticos apropiados, esto implica considerar la gravedad de la enfermedad y la elección de terapias, resaltando la importancia de la educación del paciente como parte integral del abordaje farmacoterapéutico. Los regentes farmacéuticos deben proporcionar información sobre el uso adecuado de los medicamentos, así como consejos para el manejo de la enfermedad en la vida diaria. Además, el seguimiento continuo es esencial para evaluar la eficacia del tratamiento, monitorear efectos secundarios y ajustar la terapia según sea necesario. Por último, los resultados de la investigación respaldan la propuesta para la creación de una guía dirigida a los regentes farmacéuticos, proporcionando orientación específica en las prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general. Esta guía tiene como objetivo proporcionar las herramientas y el conocimiento necesario a los regentes farmacéuticos para brindar un abordaje integral y efectivo a pacientes que padezcan de dermatitis atópica. Estos hallazgos

contribuyen a una atención más informada y personalizada en la gestión de esta compleja enfermedad cutánea.

Conclusiones: En esta investigación, se ha logrado una comprensión profunda de las características generales de la dermatitis atópica y su impacto en la salud de los pacientes. Se recopiló información científica que apunta a que es una afección inflamatoria crónica de la piel que afecta a una amplia gama de población, desde niños hasta adultos, incluyendo la población mayor. Su presentación varía en gravedad y puede influir en la calidad de vida de los pacientes de manera significativa, ya que puede afectar la salud psicológica y física de los pacientes. Además, se confirmó la importancia de una evaluación cuidadosa y temprana de la enfermedad, considerando la localización, la gravedad de los síntomas y los factores desencadenantes. Por otro lado, se evidenció que los regentes farmacéuticos desempeñan un papel esencial en el manejo de la patología, y su labor no se limita a la dispensación de medicamentos, estos profesionales deben realizar una evaluación minuciosa de los síntomas, considerando la gravedad de la enfermedad y la respuesta a tratamientos previos, adicionalmente, su papel incluye la selección de tratamientos farmacoterapéuticos adecuados, la educación de los pacientes sobre el uso de medicamentos y la importancia de la adherencia al tratamiento por lo que no solo se basa en la terapia farmacológica, sino que también implica el asesoramiento personalizado. Asimismo, se destacó la importancia de la colaboración interprofesional entre regentes farmacéuticos y otros profesionales de la salud, como dermatólogos, para garantizar un abordaje integral. Por último, se logró diseñar una propuesta de guía destinada a los regentes farmacéuticos, proporcionando orientación en las prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general. La guía contiene prácticas esenciales para el manejo de la enfermedad, incluyendo la higiene adecuada de la piel, la elección y aplicación de productos tópicos, la gestión del prurito y la identificación de desencadenantes, esta guía no solo busca proporcionar información detallada sobre estas prácticas, sino también promover la importancia de la educación del paciente, esto implica la comprensión de la enfermedad, el autocuidado y la adherencia al tratamiento; para su elaboración, se consideraron además de los aspectos farmacoterapéuticos, aspectos psicosociales y el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes.

II. Agradecimientos

En el último capítulo de mi recorrido académico, me siento profundamente agradecida por el apoyo constante que he recibido de las personas más cercanas a mí.

Le agradezco principalmente a Dios, por brindarme salud, fuerza, capacidad y por guiarme en cada proceso de mi carrera; por permitirme cumplir uno de mis anhelos más deseados, ser farmacéutica.

A mis queridos padres, cuyo amor incondicional, palabras de aliento, paciencia y constante apoyo emocional me han sostenido a lo largo de este trayecto. Su constante aliento y sacrificio han sido la inspiración detrás de cada logro alcanzado, y les debo todo el reconocimiento por su dedicación y confianza en mi camino educativo. Gracias por darme la oportunidad de ser una persona profesional.

A mis abuelos y tíos, quienes han compartido mis alegrías y desafíos en este camino académico. Gracias por impulsarme a cumplir mis metas, por confiar en mis capacidades y por todo su cariño.

A todos los profesores de farmacia, quienes formaron parte de este proceso y me hicieron crecer como persona y como estudiante, especialmente a mi tutora, la Doctora Marcela Chaves Hernández, por la paciencia, por sus enseñanzas, por escucharme y por el tiempo que me dedicó; le agradezco inmensamente por todo eso.

A mi amiga Tarin Peña, mi primera amiga de universidad y una de las mejores personas que me permitió conocer la vida, gracias por siempre estar ahí.

III. Dedicatoria

Dedicado con amor y gratitud a la memoria de mi querido abuelo Vinicio Agüero Montero, quien, a lo largo de su vida, irradió sabiduría, amor y apoyo inquebrantable. Siempre estuvo a mi lado, guiándome con su ternura y alentándome en cada etapa de mi vida.

Su inquebrantable fe en mi capacidad y su deseo de verme triunfar han sido una fuente inagotable de motivación y determinación en cada paso de este arduo recorrido. Sé que habría estado emocionado y orgulloso de verme graduada.

Aunque su presencia física ya no está conmigo, su espíritu vive a través de mis logros, y cada éxito alcanzado lleva consigo su recuerdo y su amor incondicional. Esta tesis está dedicada en su honor, en gratitud eterna por su apoyo incondicional y en memoria de un hombre excepcional que siempre creyó en mi potencial y cuyas palabras de aliento estarán en lo más profundo de mi ser por siempre. Donde quiera que estés, tito, esto es para ti.

IV. Tabla de contenidos

I. Resumen.....	II
II. Agradecimientos.....	V
III. Dedicatoria.....	VI
VII Lista de abreviaturas.....	XIII
CAPITULO I - INTRODUCCIÓN.....	XIV
1.1. Introducción.....	15
1.2 Planteamiento del problema.....	16
1.3 Objetivos.....	18
1.3.1 Objetivo General.....	18
1.3.2 Objetivos Específicos.....	18
1.4 Justificación.....	19
1.5 Antecedentes.....	22
1.5.1 Antecedentes Históricos.....	23
1.5.2 Antecedentes internacionales.....	25
1.5.3 Antecedentes nacionales.....	28
CAPÍTULO II-MARCO TEÓRICO.....	30
2.1 Farmacia comunitaria.....	31
2.2 Regente farmacéutico.....	33
2.3 Atención Farmacéutica.....	35
2.4 Indicación farmacéutica.....	37
2.5 Abordaje integral.....	39
2.6 Tratamiento farmacológico.....	42
2.7 Seguimiento farmacoterapéutico.....	43
2.8 Patologías crónicas inflamatorias de la piel.....	45
2.9 Dermatitis atópica.....	47
2.9.1 Epidemiología de la dermatitis atópica.....	50
2.9.2 Fisiopatología de la dermatitis atópica.....	51
2.9.3 Manifestaciones clínicas.....	56
2.9.4 Fenómeno de liquenificación de la piel posterior a un episodio de exacerbación	
57	
2.9.5 Distribución de las lesiones según la edad del paciente.....	59
2.9.6 Disfunción de la barrera cutánea.....	62

2.10	Diagnóstico y valoración de la severidad de la DA	65
2.11	Objetivo terapéutico en la DA	69
2.12	Tratamiento farmacológico tópico de la DA	70
2.12.1	Emolientes	71
2.12.2	Corticosteroides tópicos	73
2.12.3	Inhibidores de la Calcineurina	79
2.12.4	Antihistamínicos Tópicos	82
2.13	Tratamiento farmacológico sistémico de la DA	83
2.13.1	Corticosteroides Sistémicos	84
2.13.2	Fármacos antihistamínicos	85
2.13.3	Inhibidores de leucotrienos	88
2.14	Manejo de infecciones	89
2.15	Tratamientos no farmacológicos	90
2.15.1	Fototerapia	90
2.15.2	Terapia psicológica	91
2.15.3	Ejercicio físico	93
2.15.4	Alimentación	93
2.15.5	Hidratación	94
2.15.6	Exposición solar	95
2.15.7	Higiene personal	96
2.15.8	Ropa	97
2.15.9	Vendajes oclusivos	97
2.15.10	Educación al paciente	98
2.16	Guía Clínica	100
CAPÍTULO III-MARCO METODOLÓGICO		102
3.1	Tipo de investigación	103
3.2	Fuentes de información	106
3.3	Criterios de búsqueda de la información	108
3.4	Criterios de inclusión y exclusión	109
3.5	Proceso de selección de la información	110
3.6	Clasificación de la información según el nivel de evidencia	112
CAPÍTULO IV-ANÁLISIS DE RESULTADOS		114

4.1	Objetivo específico 1: Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.	115
4.1.1	Características generales de la dermatitis atópica	116
4.1.2	Efectos de la dermatitis atópica sobre la salud de los pacientes	120
4.2	Objetivo específico 2: Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.	123
4.3	Objetivo específico 3: Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general	136
	Sección 1: Generalidades de la dermatitis atópica	138
	Sección 2: Evaluación del paciente	140
	Sección 3: Asesoramiento al paciente	142
	Sección 4: Tratamiento y manejo	144
	Sección 5: Derivación y colaboración	147
	Sección 6: Recursos adicionales	148
	CAPÍTULO V-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	151
5.1	Conclusiones	152
5.1.1	Objetivo específico 1: Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.	152
5.1.2	Objetivo específico 2: Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.	153
5.1.3	Objetivo específico 3: Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general	153
5.2	Recomendaciones	154
5.2.1	A las conclusiones del objetivo específico 1: Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.	154
5.2.2	A las conclusiones del objetivo específico 2: Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.	155
5.2.3	A las conclusiones de objetivo específico 3: Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general	156
	CAPÍTULO VI-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
	CAPÍTULO VII-ANEXOS	178
	Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia	179
	Anexo 2. Variables de la investigación Operacionalización de variables	191
	Anexo 3. Validación de entrevista	192
	Anexo 4. Entrevista	195

Anexo 5. Guía de manejo de DA en farmacias de comunidad.....197

V Lista de tablas

Tabla 1. Funciones de las interleucinas que participan en la fisiopatología de la DA	54
Tabla 2. Criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de la DA.....	65
Tabla 3. Características para considerar en el diagnóstico de pacientes con DA.....	66
Tabla 4. Principales formas farmacéuticas tópicas en las que pueden presentarse los emolientes, sus características y el tipo de piel en la cual se recomienda aplicarlas	72
Tabla 5. Potencia de los corticosteroides tópicos utilizados en España	76
Tabla 6. Guía para determinar la cantidad de glucocorticoide tópico que se debe aplicar según la zona afectada y edad del paciente.....	78
Tabla 7. Principales ITC presentes en el mercado.....	81
Tabla 8. Principales antihistamínicos tópicos presentes en el mercado.....	82
Tabla 9. Principales fármacos antihistamínicos de primera y segunda generación presentes en el mercado	86
Tabla 10. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo	108
Tabla 11. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia	113
Tabla 12. Ejemplos de factores desencadenantes de la DA.....	118
Tabla 13. Resumen de los efectos de la DA en la salud de las personas.....	120
Tabla 14. Códigos utilizados para referirse a los farmacéuticos entrevistados.	124

VI Lista de figuras

Figura 1. Células involucradas en la fisiopatología de la DA.....	53
Figura 2. Ejemplo de una lesión de DA.....	56
Figura 3. Fenómeno de liquenificación de la piel posterior a un episodio de exacerbación.....	58
Figura 4. Distribución de lesiones comúnmente localizaciones en pacientes con DA según la edad y su severidad (intensidad del color).....	62
Figura 5. Brazo derecho con DA leve: eczema, piel seca, papulación.....	68
Figura 6. Mano derecha con DA severa: supuración, eritema, costras y huellas de rascado....	69
Figura 7. Diagrama del proceso de selección de la información.....	111
Figura 8. Ciclo atópico, evolución típica de la DA.....	117
Figura 9. Portada de la Guía Didáctica: Abordaje y Manejo de Dermatitis Atópica en Farmacias de Comunidad.....	137
Figura 10. Pantalla de generalidades de la DA.....	140
Figura 11. Pantalla de evaluación del paciente.....	142
Figura 12. Pantalla de asesoramiento al paciente.....	144
Figura 13. Pantalla de tratamiento y manejo.....	146
Figura 14. Pantalla de derivación y colaboración.....	147
Figura 15. Pantalla de recursos adicionales.....	149

VII Lista de abreviaturas

AF: Atención farmacéutica
AI: Atención integral
DA: Dermatitis atópica
EASI: Area Severity Index
FLG: Filagrina
IF: Indicación farmacéutica
ITC: Inhibidores tópicos de la calcineurina
PA: Principio activo
PRM: Problemas relacionados a medicamentos
RSM: Resultados asociados a medicamentos
SCORAD: Scoring Atopic Dermatitis
SF: Seguimiento Farmacológico
TCC: Terapia cognitivo conductual
TF: Tratamiento farmacológico
UVA: Ultravioleta A
UVB: Ultravioleta B
UV: Ultravioleta

CAPITULO I - INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

La dermatitis atópica (DA) es considerada una patología crónica no transmisible, caracterizada por causar un cuadro inflamatorio y pruriginoso en la piel de manera recurrente. Su etiopatogenia es considerada multifactorial, entre sus causas más determinantes se encuentran las predisposiciones genéticas, metabólicas, inmunológicas, neuroendocrinas, disfunción de la barrera epidérmica y factores ambientales. Generando necesidad de diferentes estrategias para atacar los diferentes focos patológicos¹.

Se han reportado estudios en los que pacientes con DA expresan no recibir la cantidad suficiente de información acerca de su enfermedad cuando acuden donde un médico por lo que evitan ir a consultas por esta enfermedad. Esto lleva a los pacientes a consultar en fuentes no confiables. La misión del farmacéutico de comunidad, como informador y educador de la población en general es cada vez más ardua y compleja, ya que los pacientes acceden a gran cantidad de información a través de sitios de internet, razón por la cual los profesionales de la salud se ven en la obligación de trabajar sobre conceptos erróneos, adquiridos por la población en fuentes no confiables. Por todo esto, el profesional en farmacia debe disponer de información completa, objetiva y actualizada de los medicamentos y otros cuidados usados en pacientes con DA².

Para dar respuesta a esta problemática, se debe buscar la forma de brindarle un abordaje integral al paciente con DA, de manera que este pueda entender su patología y sentirse acompañado por el profesional de farmacia de comunidad en el proceso de intervención farmacológica; tanto para aliviar síntomas como para llevar un control de su condición.

Por lo tanto, en la presente investigación se pretende hacer un análisis del abordaje del profesional en farmacia con respecto al manejo de pacientes con dermatitis atópica para el diseño de una guía que oriente el diagnóstico y el seguimiento de la patología. Para alcanzar este objetivo, se identificarán las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes, posteriormente, se hará una descripción del abordaje

de los regentes farmacéuticos en pacientes con DA y el respectivo seguimiento farmacoterapéutico; para concluir con una indagación sobre las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general. Producto de este estudio, se generará una guía farmacoterapéutica específica para el abordaje de pacientes con DA.

Una guía farmacoterapéutica es un recurso invaluable para cualquier centro de salud, pues permite al profesional en salud, en este caso, al personal de farmacia, tener acceso de forma más ágil y sencilla a información detallada sobre los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de los pacientes. Esta guía proporciona información sobre la dosis, vía de administración, almacenamiento, interacciones, reacciones adversas y contraindicaciones de cada medicamento, lo que permite asegurar el uso efectivo, seguro y apropiado de los mismos.

La intención es agilizar el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología, pues el farmacéutico tiene una responsabilidad importante en el uso racional de los medicamentos, así estos sean en su mayoría de uso tópico, por lo que es fundamental que se cuente con una guía farmacoterapéutica actualizada que proporcione información precisa y confiable sobre los medicamentos utilizados en pacientes con DA².

1.2 Planteamiento del problema

La DA es una patología crónica que regularmente comienza a temprana edad y continua a lo largo de la vida de quien la padece de manera impredecible, muchos de los pacientes con esta enfermedad enfrentan un impacto en su calidad de vida, ya que les puede llegar a afectar la conciliación del sueño, así como la vida social y familiar, los brotes que son frecuentes en esta patología ocasionan que se perjudiquen las rutinas diarias y el estilo de vida de los pacientes².

En muchas ocasiones, los pacientes no suelen recibir la información correcta acerca de esta patología y su evolución. Además, el tratamiento de esta enfermedad es complicado, ya que requiere cambios en el estilo de vida del paciente, así como un acompañamiento

farmacológico tanto durante los brotes como en los periodos donde no hay brotes, por lo anterior muchos pacientes con DA suelen restarle importancia al cumplimiento de su tratamiento y a la consecuente falla terapéutica³.

El farmacéutico de comunidad tiene una de las mayores responsabilidades en el ámbito de salud, ya que, en muchas ocasiones, son los profesionales en salud de primera línea de atención por eso, los farmacéuticos necesitan en muchos casos una guía que los oriente para propiciar conceptos, normas, procedimientos, instrucciones, explicaciones, recomendaciones y muchos otros aportes que puedan ayudar al accionar de los profesionales de la medicación, para lograr brindar un abordaje integral a los pacientes⁴.

Es por esta razón que el propósito de este estudio es la propuesta del diseño de una guía que oriente el diagnóstico y el seguimiento de la patología, en donde quede reflejado en síntesis lo más importante y necesario en las distintas guías ya establecidas en distintos países de diferentes regiones. Debido a que Costa Rica no tiene una guía propia, se orienta con las de otros países. Por ello, se pretende elaborar una nueva guía que contenga las normas más sobresalientes en las guías que se analizaron, empleando una metodología de investigación bibliográfica.

A consecuencia de lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el abordaje farmacológico y no farmacológico que brinda el farmacéutico de comunidad para el manejo de la dermatitis atópica?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar el abordaje del profesional en farmacia con respecto al manejo de pacientes con dermatitis atópica para el diseño de una guía que oriente el diagnóstico y el seguimiento de la patología.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.
2. Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.
3. Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general.

1.4 Justificación

La DA es una condición actualmente muy común en la que la piel se inflama, se vuelve más sensible, se tiende a reseca y genera picor. Además, esta enfermedad puede aparecer en cualquier momento de la vida, pero es más común en la infancia, y se estima que el 20% de los niños en los países occidentales padecen algún grado de dermatitis atópica además, cerca del 30% de los niños con dermatitis atópica experimentan síntomas hasta la adolescencia o la edad adulta, e incluso pueden tener brotes esporádicos durante toda su vida⁴.

El diagnóstico de esta patología es cada vez más frecuente en la población en general, anteriormente era diagnosticada en niños, sin embargo, cada vez son más los adultos que lidian con esta condición⁴. Es por esto que se considera de gran importancia que los farmacéuticos de farmacia de comunidad estén debidamente capacitados e informados sobre cómo manejar este padecimiento, pues pueden ser los primeros profesionales a los que acuden los pacientes cuando experimentan síntomas como picor, eritema y reseca en la piel⁴.

Muchos pacientes con DA no reciben la información adecuada sobre esta enfermedad, en gran parte se le atribuye a la falta de tiempo en las consultas con el profesional especialista y a la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud. Por lo que sugiere educar más a estos, para así poder brindarle al paciente la correcta información acerca de su enfermedad y su tratamiento⁵.

Los pacientes con DA pueden desarrollar una gran cantidad de molestias, entre ellas: picazón e irritabilidad debido a la piel seca y agrietada, lo cual puede tener un impacto en su calidad de vida; como consecuencia, es indispensable que los profesionales en salud estén informados y comprendan cómo manejar su condición de manera efectiva⁵.

Aunque en sí misma no pone en peligro la vida, la DA es asociada con un deterioro significativo de la calidad de vida de las personas que la padecen al interferir en sus actividades, incluyendo el trabajo, la familia, las relaciones sexuales, así como el bienestar

físico y emocional. Actualmente, no hay cura y se tiene un patrón de recaídas y remisiones; por eso, la autogestión eficaz es importante⁶.

Además, varios estudios cualitativos realizados con personas con DA han revelado la necesidad de más información y consejos de parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes para ayudar a controlar su condición. Por ejemplo, en un estudio epidemiológico multicéntrico, transversal de personas con DA moderado a severo, se encontró un uso errático e inconsistente de las terapias tópicas, así como como una necesidad claramente reconocida de obtener más información acerca de uso correcto de tratamientos por parte de los profesionales de la salud como estrategias educativas más efectivas durante las consultas, abordando de manera específica el uso apropiado y consistente de terapias tópicas. Otro estudio realizado por Marron et al.⁶ identificó cómo los pacientes creían que profesionales de la salud carecían de conocimiento y experiencia en el manejo de su condición, empatía con el impacto de la enfermedad y fracaso en el manejo de la DA como condición a largo plazo⁷.

Estos estudios muestran con claridad la necesidad de una atención eficaz, con más información, educación y apoyo a las personas con DA; además de la importancia de explicarle a los pacientes con DA la importancia de abordar y cumplir con el tratamiento. La Academia Española de Dermatología y Venereología encomienda a los profesionales de la salud ofrecer a los pacientes, apoyo e información adaptada a las necesidades individuales para que éstos entiendan cómo usar los tratamientos prescritos de forma segura y efectiva, además de cómo minimizar el riesgo de efectos secundarios a través de un control seguro de los medicamentos⁸.

Por otro lado, se entrevistaron a pacientes con DA y se determinó que gran parte de ellos consideran que el farmacéutico comunitario es el profesional sanitario más accesible para consultar acerca de su enfermedad, ya que este les puede ayudar a entender el comportamiento de su patología, así como las diferentes opciones de tratamientos².

Es de gran relevancia que los farmacéuticos de comunidad tengan un conocimiento profundo de esta afectación cutánea y que estén anuentes de las opciones de tratamiento

disponibles en el mercado para brindar a los pacientes con DA la atención adecuada, esto incluye conocer las causas y los factores agravantes de la patología, las opciones de tratamiento individualizadas y sistémicas disponibles, y cualquier posible efecto secundario y problemas relacionados a los medicamentos, además, es fundamental que los profesionales de farmacia se mantengan actualizados sobre los estudios y recomendaciones más recientes sobre el manejo de la DA para brindar una atención más integral a los pacientes⁶.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, el tener acceso a guías para el manejo de la DA en la farmacia comunitaria puede ser de gran ayuda para los profesionales farmacéuticos. El uso de estas guías puede proporcionar información detallada sobre la enfermedad, los tratamientos disponibles y las prácticas recomendadas para el cuidado de la piel. Además, pueden contener información para identificar y diferenciar la DA de otras afectaciones cutáneas, de esta manera, se le puede proporcionar al paciente un tratamiento específico para su condición¹⁰.

Las guías para el manejo de patologías en la farmacia de comunidad suministran información valiosa sobre la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, lo que puede ayudar a los farmacéuticos a proveer una atención farmacéutica más efectiva y personalizada a los pacientes. Por otro lado, estas guías pueden ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre cómo prevenir y tratar, en este caso, la dermatitis atópica, lo que, por consiguiente, puede mejorar su calidad de vida. En resumen, tener guías para el manejo de la DA en la farmacia de comunidad es importante para garantizar una atención segura y efectiva para los pacientes que presentan esta enfermedad de la piel, ya que estas guías generalmente brindan contenido detallado sobre la enfermedad, cómo afecta la piel y cómo diagnosticarla y tratarla. Además, contienen diferentes opciones de tratamientos disponibles¹⁰.

Los pacientes con DA usualmente, como en la mayoría de las patologías, necesitan un enfoque personalizado en el tratamiento. Esto se debe a que la gravedad y la localización de los brotes varían de un individuo a otro. Los farmacéuticos de comunidad pueden utilizar las guías para el manejo de DA para ayudar a elegir el plan de manejo más apropiado para

cada paciente, basándose en su edad, ubicación y gravedad de la lesión, así como en sus preferencias personales¹¹.

Por su capacidad para proporcionar información y consejos sobre el cuidado de la piel, la selección y uso de los productos adecuados, la prevención de infecciones y el manejo de los síntomas, los farmacéuticos de comunidad juegan un papel crucial en este abordaje de la DA. También pueden detectar posibles complicaciones y, si es necesario, derivar al paciente a un médico¹¹.

Contar con guías en la farmacia de comunidad puede tener grandes beneficios para los pacientes. En primer lugar, se podría mejorar la calidad de la atención que reciben, ya que los profesionales de farmacia de comunidad tendrían mejores herramientas para manejar esta enfermedad; en segundo lugar, puede ayudar a prevenir complicaciones y disminuir la necesidad de remisiones a un médico, lo cual puede aumentar la eficacia del sistema de atención médica; finalmente, puede aumentar la satisfacción del paciente con la atención brindada porque se sentirá mejor informado y atendido¹¹.

La atención integral a pacientes con DA se manifiesta como una responsabilidad por parte de los profesionales de la salud, especialmente para los farmacéuticos de comunidad. La complejidad de las necesidades específicas de estos pacientes, tanto en la comprensión como en el tratamiento de su condición, requiere una preparación integral de los profesionales. Por lo tanto, la accesibilidad a guías especializadas para el manejo de este tipo de enfermedades dermatológicas se considera una herramienta importante, ya que funcionan como material de apoyo para el farmacéutico, orientándolo a abordar las demandas particulares de los pacientes con DA. La implementación efectiva de estas herramientas no solo mejora la calidad de la atención farmacéutica, sino que también actúa como un agente de cambio significativo en la dinámica de la relación profesional de la salud-paciente estableciendo así un nuevo estándar que fusiona la atención centrada en el paciente con una orientación educativa específica para las complejidades de la DA¹⁰.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes Históricos

Lawrence et al.¹² diseñaron una guía para el diagnóstico y manejo de pacientes con DA de todas las severidades. Utilizaron un modelo basado en la evidencia y esta se obtuvo mediante una búsqueda sistemática en PubMed, Cochrane Library y Global Resource for Eczema. La evidencia disponible se evaluó utilizando un sistema llamado la fuerza de la recomendación Taxonomía (SORT) desarrollada por editores de revistas de medicina y atención primaria.

Cristià et al.¹³ llevaron a cabo un estudio descriptivo mediante una encuesta para obtener información de tipo epidemiológico, clínico y socioeconómico de los pacientes alérgicos. Participaron 415 farmacéuticos que contestaron el cuestionario de forma voluntaria. Más de la mitad de los profesionales de salud que participaron en la encuesta determinaron importante obtener un protocolo de actuación en caso de un paciente con alergia.

Según Bores et al.¹⁴, luego del análisis del artículo "Consideraciones sobre la historia de la clasificación de las enfermedades dermatológicas", que explora el proceso por el cual se desarrollan las enfermedades de la piel, se realizó una investigación metodológica inductiva que incluyó una revisión crítica de fuentes documentales, publicaciones académicas y libros. En este estudio, se reconoce al científico Joseph Plenck (1735–1807), por su contribución, en su publicación de 1776 "Doctrina de morbiscutaneis" (Ciencia de las enfermedades cutáneas), Plenck clasificó varias lesiones de la piel como máculas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas y costras.

Cork et al.¹⁵ desarrollaron un estudio en siete países europeos en el cual se pusieron como objetivo conocer la opinión de los pacientes sobre el manejo de la DA leve a moderada en las farmacias privadas. Estos pacientes recibieron una charla que abarcaba desde conceptos básicos de la enfermedad hasta el manejo de esta y se les

proporcionó una guía de autoayuda. Los resultados mostraron que el programa fue eficaz para mejorar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y su manejo.

"Guidelines of care for atopic dermatitis" es una guía de atención clínica desarrollada por la American Academy of Dermatology en 2004. La guía se basa en una revisión de literatura científica y en la experiencia clínica de los autores, la cual suministra recomendaciones para el diagnóstico, el abordaje no farmacológico y el tratamiento farmacológico de la DA en pacientes de todas las edades, incluyendo el uso de terapias tópicas, sistémicas y no farmacológicas. Además, tiene un apartado en el cual los autores explican la importancia de la prevención de exacerbaciones y complicaciones de esta patología, en esta guía los autores concluyen que el correcto tratamiento y temprano diagnóstico de la DA puede mejorar la calidad de vida de los pacientes¹⁶.

En el estudio realizado en Estados Unidos por Kaur et al.¹⁷, pretendían evaluar, desde las farmacias privadas, la comprensión que tenían los pacientes con DA acerca de su patología, en este estudio los farmacéuticos se encargaron de aplicar una encuesta a los pacientes que consultaban acerca de este padecimiento o solicitaban medicamentos para la enfermedad. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes encuestados tenían una comprensión limitada de la enfermedad y de su manejo, por otro lado, los pacientes que mayor conocimiento tenían de su patología reportaron tener un mejor control de su dermatitis, experimentando menor cantidad de crisis a causa de esta.

De acuerdo Cohen et al.¹⁸ "Management of atopic dermatitis: a practical guideline for the primary care physician" es una guía práctica para el manejo de la DA llevada a cabo por un grupo de expertos en dermatología y atención primaria en 2006. La guía es dirigida a los profesionales de salud que se encargan de la atención primaria con el fin de mejorar la intervención del profesional de salud en el manejo de pacientes con DA, la guía muestra pautas a seguir para lograr una impresión diagnóstica, posibles tratamientos farmacológicos y un listado de recomendaciones

para que el paciente logre poder sobrellevar su condición mejorando así su calidad de vida.

Brown¹⁹ desarrolló un estudio retrospectivo el cual examinó la influencia de las guías clínicas en el abordaje de pacientes con DA por parte de los farmacéuticos de farmacias privadas. Se recopilaron datos de farmacias comunitarias en varias regiones de España y se analizaron las prácticas de farmacéuticos antes y después de la implementación de guías clínicas específicas para esta patología. Los resultados indicaron que las guías clínicas ayudaron a mejorar la comprensión de los farmacéuticos sobre el abordaje adecuado para la DA y condujeron a una mayor recomendación de tratamientos basados en evidencia. Además, se observó una reducción en la variabilidad de los enfoques de tratamiento entre diferentes farmacias comunitarias de la región.

1.5.2 Antecedentes internacionales

Sánchez et al.²⁰ evaluaron la eficacia de la atención farmacéutica en pacientes con dermatitis atópica, mediante un estudio experimental prospectivo en 50 pacientes con DA no controlada, les brindaron un abordaje farmacéutico individualizado, de esta forma se determinó que la mejora del paciente está directamente relacionada con la intervención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico.

En 2017, Wong et al.²¹ desarrollaron una guía dirigida hacia farmacéuticos para el manejo de pacientes con DA. Estos autores señalan que, con esta guía, el farmacéutico de comunidad está capacitado para mejorar la adherencia a través de la educación del paciente con DA, además de brindarle al paciente una optimización y un seguimiento de la terapia de DA.

Asimismo, los autores Alcántara et al.²² realizaron una investigación sobre la frecuencia de las consultas de dermatología en los centros de atención primaria de salud en su artículo “Evaluación de las consultas de dermatología en atención primaria

y especializada”. Para ello, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de tres meses de duración en una consulta de atención primaria de un centro de salud del área de Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. Los resultados mostraron que las consultas de dermatología en los centros de salud continúan representando una parte importante (5,4%) de todas las consultas, siendo el eccema la patología más frecuentemente reportada.

Moreno²³ diseñó y evaluó la utilidad de un protocolo de actuación del farmacéutico comunitario ante las consultas realizadas sobre dermatitis atópica en la farmacia comunitaria, acordando con dermatólogos los criterios de derivación. Este estudio epidemiológico fue realizado en farmacias comunitarias españolas, se incluyeron en el estudio todos los usuarios de las farmacias que consultan un problema de salud dermatológico. Así, se determinó que llevar a cabo este protocolo permitió que los farmacéuticos comunitarios lograran resolver muchos casos de dermatitis atópica, ayudando a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por otra parte, Sánchez et al.²⁰ en su estudio “Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica” (Estudio PSEDA), evaluaron el impacto de la dermatitis atópica en pacientes, tanto pediátricos como adultos; esto se llevó a cabo por un estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico, en consultas de dermatología. Se seleccionaron pacientes pediátricos (2-17 años) y adultos (≥ 18 años) con dermatitis atópica de más de un año de evolución, sin otra patología inflamatoria crónica dermatológica. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas de la dermatitis atópica y centradas en el paciente, en el estudio se incluyeron 151 pacientes pediátricos y 172 pacientes adulto, los pacientes pediátricos tenían una edad media de 9,4 años y el 51,7% eran niños; los adultos tenían una edad media de 32,3 años. Se encontró que entre los pacientes pediátricos, el 79% presentaba dificultad para conciliar el sueño, en los pacientes adultos, la frecuencia e intensidad del prurito fue superior; el 87,1% presentaba dificultades para conciliar el sueño; con los resultados obtenidos de este estudio, se

afirma que la dermatitis atópica afecta a los pacientes, tanto pediátricos como adultos, correlacionándose con la presencia e intensidad del prurito.

En el mismo año, un estudio realizado por Servando et al.²⁴ llamado “Impacto Psicosocial en Adultos con Dermatitis Atópica”, tenía como objetivo conocer cómo afecta esta enfermedad en diferentes esferas de la vida del paciente. Para este estudio, se realizó un análisis temático y un estudio cualitativo, con una selección de 14 participantes (≥ 18 años) de ambos sexos, con dermatitis atópica, mediante aleatorización simple de los pacientes registrados en el Servicio de Dermatología del Hospital de Alcañiz, y se obtuvo, como resultado principal, que el picor es el principal síntoma que causa frustración en los pacientes con dermatitis atópica.

En 2017, Wong et al.²⁵ realizaron una guía detallada para los farmacéuticos sobre el manejo de la DA. La guía proporciona información sobre la prevalencia, etiología y estrategias de manejo de esta enfermedad crónica de la piel, comentan que consideran a los farmacéuticos como los profesionales en salud de primera línea para muchos pacientes, por lo que tienen un papel importante en el manejo de la DA. Esta herramienta les proporciona información sobre cómo mejorar la adherencia del paciente a través de la educación, cómo optimizar y monitorear la terapia prescrita, y cómo trabajar de manera integral con los pacientes. La guía también explica la seguridad de los corticosteroides tópicos y los inhibidores de la calcineurina tópicos, y proporciona información sobre el cuidado básico de la piel y los factores que pueden agravar la DA.

En un estudio llevado a cabo por Tehrani et al.²⁶ publicado en el Journal of the American Pharmacists Association en 2018, se investigó el impacto de implementar una guía clínica dirigida a los farmacéuticos en el abordaje de pacientes con DA en farmacias privadas de los Estados Unidos. Los resultados mostraron que la implementación de esta herramienta en la atención primaria mejoró significativamente la calidad de servicio brindado por parte del farmacéutico y, por

ende, la satisfacción del paciente. Además, los farmacéuticos informaron haber ampliado su conocimiento con respecto al manejo de la DA.

Además, Tehrani et al.²⁶ mencionan que los pacientes que recibieron el servicio de atención, por parte de los farmacéuticos a los que se les proporcionó la guía, experimentaron una mejora significativa en los síntomas y la calidad de vida en comparación con los pacientes que acudieron a las farmacias a las que no se les facilitó la herramienta.

1.5.3 Antecedentes nacionales

En el 2014, Acón²⁷ elaboró un artículo en el cual explica el abordaje y el correcto tratamiento que se le debe brindar a un paciente con DA. También expone datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas y el diagnóstico de esta enfermedad.

Un estudio llevado a cabo por Jirón et al.²⁸ denominado “Brote de dermatitis producido por picaduras de *Sclerodermus* sp. (Hymenoptera, Bethyridae) en Costa Rica, América Central”, tenía como objetivo determinar si el Hymenoptera, Bethyridae es un agente causal de dermatitis en la población costarricense. Para ello, se realizó una encuesta, con un cuestionario preparado para el caso: 46 estudiantes afectados (aproximadamente una tercera parte de la población total), de dos aulas de secundaria (21 mujeres y 25 hombres), con un promedio de edad de 14,7 años (entre 13 y 20 años) y se obtuvo como resultado que el insecto sí produce un tipo de dermatitis en la piel, el cual se observa como pápulas eritematosas, que se pueden modificar por rascado o sensibilidad de la persona.

Una tesis de graduación realizada por Llamas²⁹, denominada “Implementación de un programa cognitivo-conductual para el manejo de estrés y su relación con la dermatitis atópica en personas pertenecientes a la fundación Caléndula localizada en San José, Costa Rica”, tenía como objetivo implementar un programa para el manejo del estrés en pacientes con dermatitis atópica; para esto, se realizó un estudio

transversal con pacientes entre 18 y 65 años que padecieran de dermatitis atópica, y se obtuvo, como resultado, que la gran mayoría de pacientes que padecen de dermatitis atópica deben ser derivados al especialista en psicología.

Según Ruiz et al.³⁰ en su investigación llamada “Microbioma cutáneo, disbiosis y su rol en dermatitis atópica”, la cual tiene como objetivo reunir y exponer la evidencia reciente sobre la asociación entre el microbiota, el proceso de disbiosis, su relación con la dermatitis atópica y las implicaciones que esto trae a nivel terapéutico. La investigación se realizó por medio de artículos, con fecha de publicación de cinco años previos en bases de datos como PubMed, Medline, The Cochrane Library Plus y buscadores como Google Scholar. Se obtuvo, como uno de sus resultados más relevantes, que el uso de extractos bacterianos de *Roseomonas mucosa* y *Vitreoscilla filiformis* ha mostrado efectividad en reducir la severidad de lesiones de eccema en pacientes con dermatitis atópica.

Pereira et al.³¹ en su artículo “Consulta farmacéutica en farmacias de comunidad de Costa Rica: un servicio basado en Atención Primaria”, indican que el objetivo primordial se basa en caracterizar por primera vez en Costa Rica los diferentes tipos de consultas farmacéuticas en las farmacias de comunidad, de manera que se tenga una descripción de este servicio profesional farmacéutico como parte de la Atención Primaria en Salud; para la investigación, se aplicó un estudio piloto, descriptivo, transversal y metacéntrico realizado en el año 2014 en las primeras 30 farmacias de comunidad que cumplieran los criterios de inclusión.

CAPÍTULO II-MARCO TEÓRICO

En el siguiente capítulo se presentan y analizan las teorías, conceptos e ideas que dan sentido y contexto al tema de investigación. Su importancia radica en que proporciona un mapa conceptual que guía a través de la investigación, permitiendo comprender mejor el panorama y establecer relaciones entre las diferentes partes del estudio. Consiste en revisar la literatura existente para identificar los enfoques que otros investigadores han utilizado para abordar temas similares. Esto no solo ayuda a comprender mejor el contexto, sino que también brinda la base para desarrollar nuevas ideas y enfoques.

Por lo tanto, en este apartado, se explican las diferentes generalidades, definiciones conceptuales, características, categorías farmacéuticas, tratamientos farmacológicos, además de diferentes aspectos relacionados estrechamente con la DA necesarios para el desarrollo y entendimiento de la investigación para lograr abordar de manera integral a un paciente con DA desde la farmacia de comunidad.

2.1 Farmacia comunitaria

Costa Rica cuenta con un Sistema Nacional de Salud, el cual está conformado por un conjunto de organizaciones, tanto públicas como privadas, que tienen como principal objetivo ayudar a mejorar la salud de los habitantes. Las farmacias de comunidad pertenecen a las organizaciones de carácter privado. Estas, a su vez, se pueden clasificar como farmacias independientes o de cadena según sea su tipo de propietario³².

Los servicios farmacéuticos que se brindan en la farmacia de comunidad se dividen en servicios farmacéuticos relacionados a medicamentos, terapias, incluidos los servicios de atención farmacéutica, servicios de gestión de medicamentos, servicios clínicos y servicios farmacéuticos cognitivos, y otros servicios de salud como los relacionados con la promoción de la salud y la atención primaria³³.

En Costa Rica, las farmacias de comunidad son establecimientos de salud que, por ley, tienen la obligación de ser regentadas por un farmacéutico, este regente es la persona que está a cargo del centro de salud durante el tiempo que esté abierto. Entre los servicios

que ofrecen estas organizaciones privadas se encuentran la venta de medicamentos, consultas farmacéuticas (ya sean farmacoterapéuticas o no farmacoterapéuticas), toma de presión arterial, aplicación de inyectables, medición de glicemia y consultas administrativas³²⁻³³.

Existen múltiples términos y definiciones para describir aspectos específicos de la práctica farmacéutica y la prestación de servicios, pero ninguno abarca la gama completa de servicios profesionales que brinda la farmacia comunitaria. La mayoría de las definiciones y nomenclaturas actuales de los servicios de farmacia se refieren a la filosofía profesional de la atención o servicios farmacéuticos profesionales específicos; particularmente, los servicios farmacéuticos proporcionados por profesionales en el área con un enfoque en la seguridad de los medicamentos, la eficacia y los resultados de salud³⁴.

Un servicio de farmacia profesional se define como una acción o conjunto de acciones emprendidas u organizadas por una farmacia, prestadas por un farmacéutico, que aplica sus conocimientos especializados en salud personalmente o a través de un intermediario, con un paciente/cliente, población u otro profesional de la salud, para optimizar el proceso de atención, con el objetivo de mejorar los resultados de salud y el valor de la atención médica³⁵.

La definición de servicio de farmacia profesional incorpora los conceptos de estructura organizacional, indicadores de proceso y medidas de resultados. La definición ayudará en muchas áreas, incluido el reconocimiento de la gama completa de servicios proporcionados por la farmacia comunitaria y facilitará la identificación de indicadores de implementación de servicios de farmacia profesional y provisión sostenible, de esta manera, se propone un modelo conceptual simple para incorporar todos los servicios prestados por la farmacia comunitaria³⁶.

2.2 Regente farmacéutico

El regente farmacéutico es el profesional encargado del manejo de los medicamentos, tiene el deber de brindarle al paciente un servicio integral en el cual aborde toda la información relacionada con la farmacoterapia que dicho paciente necesite. Además, estos profesionales tienen una responsabilidad ética y moral de proporcionarle un buen servicio al paciente con el fin de apoyar y velar por la seguridad de este³⁵.

El regente farmacéutico es el responsable de la selección de un medicamento que no requiere de receta médica para poder ayudarle al paciente a resolver su problema de salud, asimismo, debe aclarar todas las inquietudes que el paciente tenga acerca de su tratamiento farmacológico, con el objetivo de garantizar que este va a utilizar el medicamento de manera eficiente y segura, logrando una adherencia terapéutica. También, este profesional tiene la potestad de derivar al médico cuando el problema de salud del paciente lo amerite³².

Existen diversos artículos de revisión y trabajos originales, los cuales resaltan la esencial función profesional de los regentes de farmacia en la sociedad. Las farmacias comunitarias son un servicio de primera línea, donde los profesionales enfrentan un amplio espectro de retos a ser superados para el aseguramiento del cuidado y atención de los pacientes³⁵. En colaboración con otros profesionales de la salud comunitaria, el farmaceuta debe:

- Colaborar en la formulación de la política farmacéutica, por ejemplo, lo relativo a la reglamentación farmacéutica.
- Colaborar con otros profesionales en el desarrollo de protocolos terapéuticos.
- Formular y fabricar medicamentos de calidad.
- Desarrollar investigaciones sobre farmacoterapia.
- Documentar prácticas de acción farmacéutica.
- Colaborar con estudios diagnósticos.

Participar en actividades de promoción y educación sanitaria³⁵.

El reto actual del farmacéutico, según se recoge en este foro, consiste en satisfacer las necesidades de la población en consonancia con sistema sanitario actual, el cual viene teniendo transformaciones como el surgimiento de la farmacia clínica y el uso racional de los medicamentos. En este consenso, se le otorga una mayor participación en los procesos de atención y cuidado de la salud relacionada con medicamentos, asumiendo que su efectividad no depende solo de la calidad de su fabricación. A partir de acá, se les otorga a los farmacéuticos una gran responsabilidad en cuanto a los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y a los resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM). De acuerdo con el Documento del Ministerio de Sanidad y Consumo, la práctica de atención farmacéutica queda resumida en tres actividades principales: a) Dispensación, la cual consiste en la provisión de medicamento de forma activa; b) Indicación; que implica la asesoría correcta para la toma de decisiones sobre el autocuidado del paciente y c) Seguimiento farmacoterapéutico, que involucra al farmacéutico con la monitorización y registro de la terapia que recibe el paciente³⁷.

Al mismo tiempo, los farmacéuticos comunitarios de atención primaria se enfrentan a decisiones difíciles en equilibrar los aspectos comerciales y profesionales de su profesión. En la mayoría de los países, la farmacia comunitaria se administra con fines de lucro y no está subvencionada por el estado; por lo tanto, para farmacéuticos comunitarios, para asegurar su sostenibilidad económica, el beneficio es imprescindible. El doble rol comercial/profesional del farmacéutico comunitario es un tema de debate continuo, los farmacéuticos comunitarios adoptan un enfoque orientado a los negocios y anteponer las ganancias a las necesidades del consumidor percibe dar consejos y explicaciones sobre el uso correcto de los medicamentos como una pérdida de tiempo y como no implica directamente una retribución económica adicional, por lo que dedicará menos tiempo para los pacientes³⁵.

Es responsabilidad profesional del farmacéutico comunitario apreciar los factores que rigen el uso seguro y eficaz de los medicamentos, interrogar a los pacientes sobre sus

síntomas y factores relacionados, recomendar los productos más apropiados y comunicarse con médicos y otros profesionales de la salud³⁸.

Un farmacéutico convencido de que un producto en particular podría poner en peligro la salud de un consumidor/paciente, tiene la responsabilidad de negarse a dispensar el producto, tal negativa, apoyada en una explicación fundamentada y racional ofrecida en un lenguaje el cual el consumidor/paciente pueda entender³⁸.

2.3 Atención Farmacéutica

Desde sus inicios, el concepto de atención farmacéutica (AF) ha sido objeto de diversas contradicciones en su interpretación debido a su origen anglosajón (Pharmaceutical care en analogía a medical care). El término ha sido usado a través de los años por diversos autores, sin embargo, su uso por primera vez se le atribuye a Mikeal RL (1975), quien lo define como “los cuidados que requiere y recibe un paciente en concreto, los cuales garantizan un uso racional y seguro de la medicación” dando así un énfasis a la composición y provisión de medicamentos³⁹.

Consecutivamente, este concepto se amplía e incluye, aparte de la provisión del medicamento requerido por el paciente, un mecanismo de retroalimentación para garantizar una terapia segura y eficaz mediante una asistencia continua por parte de los responsables de proveerla, es decir, cubre la etapa antes, durante y después del tratamiento⁴⁰.

Posteriormente, se redefine la AF como una práctica mediante la cual los profesionales de esta área asumen la responsabilidad de las necesidades de los pacientes en atención a los medicamentos que requieren y son ellos los encargados de encarar ese compromiso. De esta manera, se asume que los profesionales farmacéuticos pondrán en práctica sus conocimientos y acciones para dirigir una terapia responsable con el uso y administración de los medicamentos que permitan al paciente alcanzar resultados positivos⁴¹.

Asimismo, se asume la AF como un servicio durante el cual los efectos psicológicos y clínicos de los fármacos sobre el paciente deben ser monitoreados de manera continua y sistemática durante el cuidado, otorgando así especial énfasis al papel de la clínica. El autor comenta que este breve recorrido permite observar que el concepto de AF desde sus orígenes, ha transitado distintos enfoques: orientado al proceso en sus inicios, luego enfocado al ser humano y, por último, el enfoque clínico⁴².

La AF consiste en brindar un enfoque de atención centrado en el paciente, la cual tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante el uso racional de los fármacos. A su vez, esto implica una colaboración cercana entre el farmacéutico y el paciente para garantizar el uso adecuado de los medicamentos y mejorar los resultados de salud⁴³.

LA AF involucra una serie de actividades, incluyendo la evaluación del paciente, la identificación de problemas relacionados con los medicamentos, la selección de medicamentos adecuados, el seguimiento de la respuesta del paciente ante el tratamiento, la adherencia al tratamiento y la educación del paciente. Los farmacéuticos también trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, para proporcionar una atención integral al paciente⁴⁴.

Resulta importante porque los medicamentos pueden tener efectos secundarios y pueden interactuar con otros medicamentos que el paciente está tomando. La AF ayuda a garantizar que los medicamentos se utilicen de manera segura y efectiva, lo cual puede mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de efectos secundarios y complicaciones⁴³.

La AF también es significativa porque los pacientes a menudo tienen preguntas y preocupaciones sobre sus medicamentos, los farmacéuticos pueden proporcionar información y educación sobre estos, incluyendo cómo tomarlos, los efectos secundarios pueden esperar y cómo prevenir problemas⁴⁸. Por lo que los autores enfatizan que los

farmacéuticos, también pueden ayudar a los pacientes a manejar sus medicamentos, incluyendo facilitar recordatorios para tomarlos y ayudar a los pacientes a utilizar su medicación de manera oportuna.

Por consiguiente, la AF también puede ser útil para pacientes con enfermedades crónicas, como diabetes, enfermedades cardíacas, dérmicas y enfermedades respiratorias. Los farmacéuticos pueden trabajar con estos pacientes para asegurarse de que estén tomando los medicamentos adecuados, en las dosis correctas y en los horarios establecidos para controlar su enfermedad y prevenir complicaciones⁴⁵.

Por lo tanto, para que se pueda hablar de AF es imprescindible que estén presentes dos condiciones: que haya un paciente con necesidad de medicamentos, y también que haya un farmacéutico, por tal razón, actividades asociadas como el control y la conservación de medicamentos pueden considerarse dentro de otra gama de funciones del profesional farmacéutico, sin embargo, no se consideran parte de la AF, ya que el componente esencial del factor paciente no está presente en dichos procesos⁴⁶.

2.4 Indicación farmacéutica

Según queda establecido por la Federación Internacional Farmacéutica, los farmacéuticos tienen la obligación profesional de proporcionar asesoría objetiva sobre la automedicación y los productos farmacológicos con los que los pacientes pueden automedicarse, así como recomendar la asesoría médica si el paciente considera que la medicación no es la adecuada⁴⁷.

De esta manera, el farmacéutico se compromete con la recomendación de medicamentos siempre y cuando no requieran de una prescripción y para patologías que no precisan de un diagnóstico preciso. Queda establecido también en el documento de la OMS, que entre las funciones del farmacéutico está la de dialogar con el paciente para obtener una historia detallada de la medicación que ha recibido previamente y poder así tener una idea clara de las enfermedades padecidas⁴⁷.

Al respecto, se establece que el farmacéutico debe estar cualificado como dispensador para asegurar la calidad de los medicamentos y al mismo tiempo, en actualización continua de sus conocimientos y los de sus colaboradores, de esta manera ejercer como buen promotor de la salud. En cuanto a los medicamentos no sujetos a prescripción médica, queda aclarado en este documento, que son aquellos que van destinados a procesos o necesidades que no ameritan un diagnóstico y cuya vía de administración no requiera de una prescripción médica. Como referencia, el farmacéutico deberá protocolizar un documento para su labor a través de guías de actuación para aquellos casos en los cuales, esto ayude con la elección de un medicamento que no requiera prescripción, en conjunto con la sugerencia de otras medidas no farmacológicas o la derivación del paciente al médico⁴⁸.

Una indicación farmacéutica (IF) se conoce como una recomendación realizada por un farmacéutico para el uso de un medicamento específico en un paciente particular, la IF es una parte importante de la AF y se basa en la evaluación del paciente, la identificación de problemas relacionados con los medicamentos y la selección de medicamentos adecuados⁴⁸.

Es un proceso que implica una serie de pasos: en primer lugar, el farmacéutico evalúa al paciente y determina sus necesidades y requisitos específicos para el tratamiento farmacológico; luego, el farmacéutico identifica cualquier problema relacionado con los medicamentos que el paciente pueda tener, como interacciones medicamentosas, alergias o efectos secundarios⁴⁹, una vez que se han identificado los problemas relacionados con los medicamentos, el farmacéutico selecciona el medicamento más apropiado para tratar la condición del paciente y proporciona información sobre el medicamento, incluyendo cómo tomarlo, qué efectos secundarios pueden esperar y cómo prevenir problemas⁴⁹.

La IF ayuda a mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento farmacológico. Al proporcionar recomendaciones específicas sobre el uso de medicamentos, se puede

garantizar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y se reduzca el riesgo de efectos secundarios y complicaciones⁴⁸.

Además, puede ser particularmente útil para pacientes con enfermedades crónicas ya que los farmacéuticos pueden trabajar con estos pacientes para garantizar que no estén teniendo ningún tipo de PRM⁵⁰.

2.5 Abordaje integral

Se denomina abordaje integral (AI) cuando el profesional de salud logra reconocer y comprender la diferencia entre el sufrimiento y la enfermedad. El sufrimiento representa una red semántica, valores, experiencias y emociones socialmente validadas. Tanto la enfermedad como el sufrimiento no deben ser experiencias iguales en todos los pacientes, pues estos dependen de las relaciones sociales, procesos ideológicos, políticos y económicos³⁷.

La transformación la logran los farmacéuticos utilizando su conocimiento de pacientes individuales, dando consejos a los pacientes sobre el uso de medicamentos y advirtiendo sobre interacciones medicamentosas y efectos adversos³⁷.

Se define un AI por parte de un profesional en farmacia comunitaria como atención centrada en el paciente, la cual implica una colaboración cercana entre el farmacéutico y el paciente para optimizar el uso de los medicamentos y mejorar los resultados de salud⁵¹.

De la misma manera, para lograr llevar a cabo una AI, el farmacéutico comunitario debe establecer una relación cercana con el paciente y trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud. El farmacéutico debe realizar una evaluación completa del paciente, donde se tiene en cuenta la salud y el bienestar del paciente en su totalidad. Implica ir más allá de la simple dispensación de medicamentos y se centra en brindar atención personalizada y de calidad⁵².

Una vez que se ha llevado a cabo la evaluación inicial, el farmacéutico puede proporcionar una serie de servicios para mejorar la atención al paciente. Estos servicios pueden incluir la educación del paciente sobre su condición y los medicamentos que está tomando, la revisión y ajuste de las dosis de los medicamentos, la identificación de interacciones entre los medicamentos y la selección de alternativas no farmacológicas que a su vez sean seguras y efectivas, lo cual involucra realizar una evaluación completa de la situación de salud del paciente⁵².

El AI implica establecer una relación de confianza y comunicación efectiva con el paciente, el farmacéutico comunitario debe conocer y comprender las necesidades, preocupaciones y metas de salud del paciente, esto implica escuchar activamente al paciente, brindar orientación y apoyo, y responder a sus preguntas y dudas relacionadas con su tratamiento o condición de salud. De acuerdo con los autores, el farmacéutico debe recopilar información sobre la historia clínica del paciente, sus medicamentos actuales, alergias, estilo de vida, entre otros factores relevante, esta evaluación le permite al profesional identificar posibles problemas, interactuar con otros profesionales de la salud y tomar decisiones informadas sobre el tratamiento más adecuado⁵³.

Otro aspecto importante del AI es proporcionar educación al paciente, el farmacéutico comunitario debe explicar claramente al paciente cómo tomar sus medicamentos de manera segura y efectiva, así como proporcionar información sobre posibles efectos secundarios, interacciones medicamentosas y medidas de autocuidado, esto empodera al paciente para que participe activamente en su propio cuidado de salud y tome decisiones informadas⁴⁸.

Por otro lado, el AI incentiva la prevención y promueve la salud; en este sentido los farmacéuticos comunitarios pueden ofrecer consejos y recomendaciones sobre medidas preventivas, como vacunas, detección temprana de enfermedades y cambios en el estilo de vida, esto ayuda a evitar la aparición de enfermedades o a controlarlas de manera más efectiva⁵².

Además, la AI incluye la colaboración interprofesional, es por esto que los farmacéuticos comunitarios trabajan en conjunto con otros profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y especialistas, esto con el propósito de garantizar una atención coordinada y de calidad a sus pacientes, por lo que es necesario compartir información relevante, participar en reuniones y discusiones interprofesionales, además de colaborar en la toma de decisiones clínicas⁵³.

También, el AI se involucra en el entorno social y comunitario del paciente los autores consultados explican que los farmacéuticos comunitarios pueden ofrecer servicios de salud pública, como campañas de prevención, promoción de estilos de vida saludables y participación en actividades comunitarias, comentan que esto ayuda a abordar los determinantes problemas sociales de la salud y a mejorar el bienestar general de la comunidad⁵¹.

Un estudio realizado en España arrojó que un porcentaje mayor al 50% de las farmacias de comunidad en ese país, actualmente tratan de detectar problemas relacionados con las drogas de una manera sistemática, esto lleva a que los pacientes siempre visiten la misma farmacia, estén en constante vigilancia de sus medicamentos y tanto los farmacéuticos como los médicos generales pueden discutir la farmacoterapia de sus pacientes casi mensualmente⁵⁴.

En general, se sigue el modelo de atención farmacéutica integral, donde se ha vinculado al desarrollo profesional y el control de calidad del uso de medicamentos, también se han implementado los servicios farmacéuticos cognitivos, estos buscan una atención integrada trilateral que sumó a los médicos y a la familia del paciente, logrando crear un vínculo entre la farmacia con el médico de familia⁵⁴.

En algunos países como España, se exige a los farmacéuticos de comunidad algunos servicios cognitivos avanzados y han desarrollado estrategias, métodos y herramientas (documentación formularios, aplicaciones informáticas, protocolos de intervención del farmacéutico, etc.) y programas de manejo de enfermedades; estos programas son un

ejemplo de la atención farmacéutica orientada al asesoramiento, así, se conoce que actualmente se han establecido programas para pacientes con asma, diabetes e hipertensión⁵⁴.

2.6 Tratamiento farmacológico

Cuando se diagnostica una enfermedad y esta puede ser tratada con medicamentos, se le llama tratamiento farmacológico (TF), el dispensar un medicamento requiere un elevado compromiso y una gran responsabilidad por parte de farmacéutico, por lo tanto, el paciente no debería irse de la farmacia con ninguna clase de duda acerca de su tratamiento farmacológico y cómo adherirse a él⁵⁵.

Un TF se refiere al uso de medicamentos o fármacos para prevenir, tratar o aliviar una enfermedad o condición médica específica, esto implica el uso de sustancias químicas con propiedades medicinales para producir un efecto deseado en el organismo⁵⁶.

Se basa en el conocimiento científico y la evidencia clínica, es por esto que antes de que un medicamento sea aprobado y utilizado en el tratamiento de una enfermedad, se llevan a cabo rigurosos estudios clínicos para evaluar su eficacia, seguridad y dosis adecuada⁵⁷.

El TF se prescribe y administra según las necesidades individuales de cada paciente; el profesional de la salud, como un médico o un farmacéutico, evalúa la condición médica del paciente, considera los factores de riesgo, las posibles interacciones medicamentosas y las características específicas del paciente, como edad, peso y otros medicamentos que esté tomando⁵⁷.

Por otro lado, un TF puede implicar diferentes formas de administración, como comprimidos, cápsulas, inyecciones, parches transdérmicos o inhaladores, entre otros. La vía de administración depende de la naturaleza de la enfermedad y las características del medicamento⁵⁸.

Puede tener diferentes objetivos: puede ser curativo, es decir, eliminar completamente la enfermedad, también puede ser paliativo, con el objetivo de aliviar los síntomas o mejorar la calidad de vida del paciente. Además, algunos TF tienen un enfoque preventivo, donde se utilizan medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades o complicaciones⁵⁹.

Resulta fundamental seguir las indicaciones del TF de manera adecuada y constante, esto involucra tomar la dosis correcta en el momento adecuado y durante el tiempo recomendado por el profesional de la salud. Además, es importante informar al médico o al farmacéutico sobre cualquier efecto secundario o reacción adversa que pueda experimentar el paciente durante el tratamiento⁵⁹.

Por otro lado, el TF no es la única opción terapéutica disponible, en muchos casos, se combina con cambios en el estilo de vida, terapias no farmacológicas, intervenciones quirúrgicas u otras modalidades de tratamiento para lograr el mejor resultado posible en la salud del paciente⁶⁰.

La participación de los pacientes es la clave del obtener un exitoso TF, ya que se ha evidenciado que cuando los pacientes llevan su tratamiento farmacológico en cooperación con profesionales de la salud, se obtienen mayores beneficios terapéuticos y, además, se reducen los efectos secundarios y el fallo en la adherencia terapéutica³⁹.

Los pacientes que padecen DA invariablemente requieren algún tipo de TF, como no se puede confiar en los medicamentos solos para controlar la dermatitis, deben usarse además de las medidas complementarias y no farmacológicas mencionadas anteriormente. El tratamiento siempre toma la forma de medicación tópica, pero los casos más severos también pueden requerir un tratamiento sistémico⁶¹.

2.7 Seguimiento farmacoterapéutico

El seguimiento farmacoterapéutico (SF) evalúa y monitorea la farmacoterapia dependiendo de las necesidades de cada paciente, con el propósito de obtener el máximo beneficio de la medicación que este utilice y asegurarse además que esta sea segura; por lo que el principal objetivo del seguimiento farmacoterapéutico es buscar la mejora de la salud del paciente mediante la optimización del uso de los medicamentos⁴⁰.

Consiste en un proceso sistemático y continuo llevado a cabo por profesionales de la salud, generalmente por farmacéuticos clínicos, con el objetivo de optimizar el uso de los medicamentos y mejorar los resultados del tratamiento en los pacientes. Los autores indican que este proceso consiste en evaluar de manera regular la efectividad, seguridad y adherencia al tratamiento farmacológico, así como brindar educación y asesoramiento al paciente⁶².

A su vez, implica varias etapas. En primer lugar, se recopila información detallada sobre la historia médica del paciente, incluyendo condiciones de salud, medicamentos utilizados, alergias, entre otros datos relevantes, también se evalúan los resultados de pruebas de laboratorio y otros exámenes diagnósticos⁶².

Una vez recopilada esta información, se realiza una revisión exhaustiva de la farmacoterapia del paciente; esto conlleva analizar la adecuación de los medicamentos prescritos, las dosis utilizadas y las posibles interacciones con otros medicamentos o condiciones médicas. Con base en esta evaluación, se establecen objetivos terapéuticos específicos para el paciente, estos objetivos pueden incluir el control de los síntomas, la prevención de complicaciones, la optimización de la eficacia del tratamiento y la minimización de los efectos secundarios⁶².

Durante el SF, se realiza un monitoreo regular del paciente para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar posibles problemas, esto puede incluir la revisión de síntomas, la medición de parámetros clínicos y la evaluación de pruebas de laboratorio⁶³.

Además, el SF implica brindar educación al paciente sobre su tratamiento y su enfermedad. Se proporciona información sobre el uso adecuado de los medicamentos, posibles efectos secundarios, medidas de autocuidado y cualquier otra información relevante para mejorar la adherencia y la comprensión del paciente. Con base en los resultados del seguimiento, se realizan ajustes en el TF en coordinación con el médico, cuando es aplicable, basándose en los resultados del seguimiento. Estos ajustes pueden comprender cambios en las dosis, la adición o sustracción de medicamentos, o la recomendación de terapias complementarias, todo ello con el objetivo de optimizar la eficacia y seguridad del tratamiento⁶³.

Debido a la morbilidad relacionada con el uso de medicamentos, que se ha convertido en un problema grave de salud pública, diversos organismos supranacionales han sugerido la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico, el cual se entiende como un servicio de detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), con lo cual se evitará resultados negativos asociados a la medicación (RSM)⁶³.

2.8 Patologías crónicas inflamatorias de la piel

La piel constituye al órgano más extenso y visible del ser humano por lo que suele ser uno de los más propensos a sufrir daños, aunque muchas de las patologías dermatológicas no son mortales, pueden llegar a afectar la calidad de vida de quien las padece, ya que sus síntomas pueden ser molestos e incómodos, provocando que el paciente pueda llegar a notar que su estado anímico se vea afectado⁶⁰.

Las enfermedades inflamatorias crónicas de la piel abarcan gran cantidad de patologías dermatológicas caracterizadas por causar brotes con presencia de enrojecimiento, descamación, picor, ardor, ampollas, dolor y una gran repercusión estética; la mayoría de estas enfermedades tienen una etiología multifactorial como la DA⁶¹.

Las investigaciones de las últimas décadas han revelado interacciones cercanas entre los sistemas nervioso e inmunológico que regulan la inflamación periférica y vinculan el estrés psicosocial con la enfermedad somática crónica. Además de la activación del sistema simpático y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, el estrés conduce a un aumento en la producción de neurotrofina y neuropéptido en órganos. Se centra en la respuesta de la piel al estrés agudo y crónico en la regeneración tisular y patogénesis de la inflamación alérgica, psoriasis y cáncer de piel para ilustrar el impacto de la interacción neuroinmune inducida por estrés local en la inflamación crónica⁶⁴.

Las patologías crónicas inflamatorias de la piel son un grupo de enfermedades dermatológicas que se caracterizan por la presencia de inflamación persistente en la piel. Estas afecciones suelen ser de naturaleza crónica, lo cual significa que pueden durar semanas, meses o incluso años. Algunas de las patologías crónicas inflamatorias de la piel más comunes incluyen la dermatitis atópica, la psoriasis, el eccema y el liquen plano⁶⁵.

El sistema inmunitario de la piel aloja una red compleja de células dendríticas (CD), recientes estudios señalan una especialización funcional diversa de los subconjuntos de CD de la piel, estas además de generar inmunidad celular y humoral contra los patógenos, están involucradas en los mecanismos tolerogénicos para conseguir el mantenimiento de la homeostasis inmune, así como en la patogénesis de la inflamación crónica en la piel cuando se inician y se desencadenan respuestas inmunes excesivas. Aprovechar las CD dirigiéndose directamente a moléculas derivadas de CD o modulando selectivamente subconjuntos de CD es una estrategia convincente para abordar las enfermedades inflamatorias de la piel⁶⁵.

La DA es una enfermedad crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de erupciones cutáneas pruriginosas y enrojecidas, se cree que está relacionada con una combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos, ésta puede manifestarse en diferentes etapas de la vida y puede variar en gravedad⁶⁶.

La psoriasis es otra patología crónica inflamatoria de la piel que se caracteriza por la presencia de placas rojas y escamosas en la piel. Esta enfermedad es el resultado de una respuesta inmunológica anormal que desencadena un rápido crecimiento de las células cutáneas. La psoriasis puede afectar diferentes áreas del cuerpo, incluyendo el cuero cabelludo, los codos, las rodillas y la espalda⁶⁶.

El eccema, también conocido como dermatitis, es una afección inflamatoria de la piel que puede ser crónica y recurrente, se caracteriza por la aparición de enrojecimiento, picazón, descamación y formación de ampollas en la piel. El eccema puede ser desencadenado por alérgenos, irritantes o factores emocionales⁶⁶.

El liquen plano es una enfermedad crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de lesiones planas, violáceas y pruriginosas en la piel. Esta patología inflamatoria puede afectar diferentes áreas del cuerpo, como la piel, las mucosas y las uñas, aunque la causa exacta del liquen plano no se conoce, se cree que está relacionada con factores inmunológicos⁶⁶.

El tratamiento de las patologías crónicas inflamatorias de la piel puede variar dependiendo de la condición específica y su gravedad. Los enfoques terapéuticos pueden incluir el uso de medicamentos tópicos, como cremas y ungüentos, para controlar la inflamación y aliviar los síntomas, también pueden emplearse tratamientos sistémicos, como medicamentos orales o inyectables, en casos más graves o resistentes⁶⁷.

Además de la terapia farmacológica, se pueden implementar medidas de cuidado de la piel y cambios en el estilo de vida para controlar y manejar las patologías crónicas inflamatorias de la piel. Estas pueden incluir el uso de emolientes para hidratar la piel, evitar factores desencadenantes conocidos, mantener una buena higiene cutánea y llevar a cabo técnicas de manejo del estrés⁶⁷.

2.9 Dermatitis atópica

La DA es una enfermedad cutánea crónica inflamatoria que generalmente presenta sus primeras manifestaciones a temprana edad. Se caracteriza por un intenso prurito, una particular morfología y una distribución típica de sus lesiones. A través de los años su prevalencia ha estado aumentando y se ha demostrado que esta patología tiene repercusiones en la calidad de vida de las personas que la padecen. La demostración es la primera manifestación del síndrome atópico y se ha presentado una gran controversia con respecto a su correcto tratamiento⁶⁸.

Esta patología es característica por el desarrollo de brotes cutáneos, en la mayoría de las ocasiones presenta cinco síntomas: picor, cuadros de inflamación, sequedad cutánea, eritema y formación de eczemas. Su origen es de carácter multifactorial, ya que intervienen factores genéticos que producen respuesta a los linfocitos TH2, lo cual provoca un aumento en los niveles de inmunoglobulina E. Por otro lado, es una enfermedad asociada con otros tipos de factores como los ambientales, las proteínas de la piel y el microbioma cutáneo⁶⁸.

La DA es considerada como una enfermedad inflamatoria crónica de la piel asociada con hiperreactividad cutánea a desencadenantes ambientales y, a menudo, es el primer paso en la marcha atópica que resulta en asma y rinitis alérgica. El fenotipo clínico que caracteriza a la dermatitis atópica es el producto de las interacciones entre los genes de susceptibilidad, el medio ambiente, la función de barrera cutánea defectuosa y las respuestas inmunológicas⁶⁹.

Varios estudios sugieren que la DA es la manifestación cutánea de un trastorno sistémico que también da lugar a asma, alergia alimentaria y rinitis alérgica. Todas estas condiciones se caracterizan por niveles séricos elevados de IgE y eosinofilia periférica, la AD es a menudo el paso inicial en la llamada "marcha atópica", que conduce al asma y la rinitis alérgica en la mayoría de los pacientes afectados. En modelos experimentales de EMA, se ha descubierto que la inducción de inflamación alérgica de la piel mediante la aplicación epicutánea de alérgenos aumenta la respuesta alérgica sistémica y la hiperreactividad de las vías respiratorias características del asma⁷⁰.

Por otro lado, la DA, también conocida como eccema atópico, es una afección inflamatoria crónica de la piel caracterizada por lesiones cutáneas pruriginosas, eritematosas y escamosas que a menudo se localizan en las superficies de flexión del cuerpo. Puede presentarse con asma y rinitis alérgica como parte de una tríada alérgica; se estima que el 30 por ciento de los niños con dermatitis atópica desarrollan asma más tarde en la vida; el inicio de la DA generalmente es antes de los dos años⁷¹.

Una encuesta de 2003 de niños en el Estados Unidos estimó una prevalencia general de DA de aproximadamente el 11 por ciento, y tan alta como el 19 por ciento en algunos estados. Una encuesta basada en la población estadounidense de 2007 sugirió que aproximadamente 17,8 millones de personas viven con DA y la mayoría de los casos no han sido diagnosticados. El diagnóstico y tratamiento tempranos pueden prevenir una morbilidad significativa por trastornos del sueño, cambios crónicos post inflamatorios en la piel, cicatrices por rascarse continuamente, y el desarrollo de infecciones secundarias de la piel con especies de *Staphylococcus* sp, *Streptococcus* sp y herpes⁷³.

La DA es una afección inflamatoria crónica recurrente de la piel que afecta aproximadamente al 25 % de los niños y al 3 % de los adultos. Tiene un gran impacto en la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias, y este impacto puede ser incluso más significativo que el de muchas otras enfermedades crónicas, esta enfermedad no es curable y se necesita atención y terapia constantes para controlar la enfermedad⁷⁵.

La DA se conoce como "la picazón que erupciona" debido al prurito extenso que implica la enfermedad. La enfermedad tiene un impacto significativo en aspectos importantes de la calidad de vida, incluido el sueño, la apariencia y el bienestar psicológico, el prurito nocturno a menudo dificulta el sueño lo cual provoca ansiedad y somnolencia diurna, la apariencia visual de liquenificación, queilitis, hiperpigmentación, ictiosis y eritema puede ser socialmente estigmatizante, por otro lado, el aislamiento social y la vergüenza pueden ocurrir tanto en niños como en adultos, siendo también conocido que la enfermedad afecta a los cuidadores, exigiendo dinero, tiempo y energía⁷².

2.9.1 Epidemiología de la dermatitis atópica

La DA es una patología que tiene afinidad por la población de etnia blanca y aquellas personas que habitan en entornos urbanos, siendo de menor prevalencia en zonas rurales. La cantidad de casos reportados de pacientes con DA ha aumentado en las últimas décadas en países industrializados; esto sugiere una conexión con la hipótesis de la higiene; se estima que, de todos los casos, un 45% de ellos se presentan antes de los 6 meses, el 60% en el primer año de edad y el 85% antes de los cinco años. Hasta entre un 40% y un 50% de estos niños pueden presentar remisión del padecimiento; sin embargo, el otro porcentaje experimenta esta enfermedad por largo tiempo⁷⁰.

La epidemiología de la DA ha sido objeto de numerosos estudios para comprender su prevalencia, incidencia y factores de riesgo asociados. La prevalencia de la enfermedad muestra un incremento a nivel mundial desde hace tres décadas. Se estima que afecta desde un 2% al 10% de la población adulta, en una proporción ligeramente superior en mujeres que en hombre. En niños, en cambio, la prevalencia se estima en niveles superiores que pueden alcanzar hasta el 15-30% de la población infantil⁷³.

Esta enfermedad se considera un problema de salud pública global que puede afectar hasta el 20% de la población mundial, especialmente a personas que habitan en países industrializados. Los países con la mayor prevalencia se encuentran localizados en el norte de Europa, aunque en España no existen datos oficiales acerca de la incidencia y prevalencia real de la DA⁷⁴.

Se sospecha que el estilo de vida occidental, la exposición a la polución, cambios ambientales y la exposición temprana a alérgenos facilitan la predisposición de la enfermedad en sujetos genéticamente susceptibles⁷⁴.

Existen varios factores de riesgo que se han asociado con una mayor probabilidad de desarrollar DA, entre ellos se encuentran los antecedentes familiares de la enfermedad, la exposición a alérgenos ambientales, la presencia de otras enfermedades atópicas (como el asma y la rinitis alérgica) y ciertos factores socioeconómicos, como el nivel de ingresos y el estilo de vida urbano⁷³.

La DA muestra una distribución sexual y racial diferencial, en general, los niños tienen una mayor prevalencia de la enfermedad en comparación con las niñas. Además, algunas investigaciones sugieren que ciertos grupos étnicos, como los afroamericanos y los asiáticos, pueden tener una menor prevalencia de DA en comparación con los caucásicos⁷³.

2.9.2 Fisiopatología de la dermatitis atópica

A pesar de que la fisiopatología de la DA no se comprende bien, varios estudios explican que la disfunción de la barrera cutánea y la desregulación del sistema inmune son importantes contribuidores en DA. Las proteínas como la transglutaminasa, filagrina (FLG), queratinas y las proteínas intercelulares son las principales responsables de la función epidérmica. Tienen como desventaja que facilitan y, por ende, aumentan la penetración microbiana y de alérgenos a la epidermis. La disfunción de la barrera cutánea se considera la primera etapa en el desarrollo de la atopia y de DA; sin embargo, la desregulación del sistema inmune también altera la barrera cutánea⁷⁶.

Se cree que un defecto genético en la proteína FLG causa dermatitis atópica al alterar la epidermis. Esta alteración, a su vez, da como resultado el contacto entre las células inmunitarias de la dermis y los antígenos del entorno externo, lo que provoca prurito, rascado e inflamación intensos. El rascado puede provocar una

mayor alteración e inflamación de la barrera epidérmica de la piel; esto ha sido descrito como el ciclo de picazón⁷⁶.

Un desequilibrio en la diferenciación de linfocitos T conlleva a un predominio de Th2. Los hallazgos mencionan que la IL-4 y la IL-13 son factores clave en este proceso. Los linfocitos Th2 producen diferentes tipos de citosinas, como IL-4 e IL-13, las cuales son componentes de una red de comunicación celular y que, al unirse con sus receptores, producen efectos anterógrados en la cascada. Las IL-4 e IL-13 estimulan los linfocitos B, que se diferencian en plasmocitos secretores de anticuerpos, dando como resultado un aumento en la producción de IgE⁷².

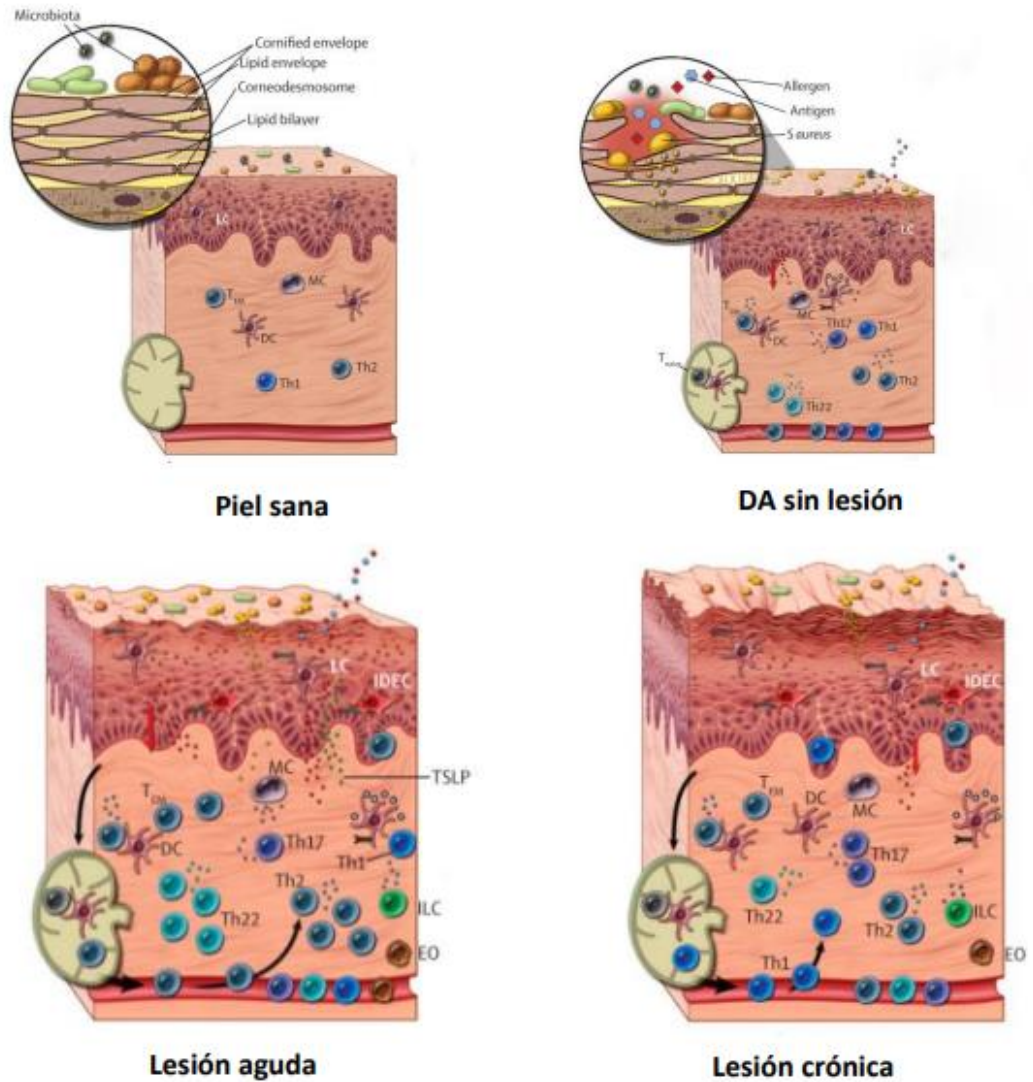
Los linfocitos Th2, que abandonan el ganglio linfático, son guiados por quimiotoxinas o quimiocinas para secretar IL-4 e IL-13. La producción de estas citosinas induce a la producción de citosinas, tales como eotaxina-3, lo cual da captación a células inflamatorias (eosinófilos, basófilos, mastocitos); esto conlleva a un aumento en la respuesta inflamatoria. La IL-4 y la IL-13 intervienen en la liberación de citosinas adicionales (TSLP e IL-31) y la combinación de todos estos factores produce los signos y síntomas de la dermatitis atópica⁷².

El papel clave de las células T efectoras inmunitarias en la DA está respaldado por la observación de que las personas con trastornos de inmunodeficiencia primaria de células T con frecuencia tienen niveles elevados de IgE en suero y lesiones cutáneas eccematosas que desaparecen después de un trasplante de médula ósea exitoso, además, en modelos animales de DA, la erupción eccematosa no se produce en ausencia de células T. El uso de la técnica de prueba del parche de atopia como modelo para la inducción de eccema en pacientes con DA ha demostrado que las lesiones cutáneas inducidas por alérgenos de los ácaros del polvo doméstico muestran dos fases: una fase inicial con predominantemente células Th2 productoras de IL-4 y una fase posterior después de 24 a 48 horas caracterizada por células Th1 productoras de IFN- γ . Se cree que este cambio es iniciado por la producción local de IL-12 a partir de eosinófilos y/o células dendríticas epiteliales inducidas que se infiltran en la zona.

También se ha demostrado que las células T activadas que expresan el ligando Fas inducen la apoptosis de los queratinocitos, lo cual contribuye a la espongiosis que se encuentra en la DA aguda, este proceso está mediado por IFN- γ , que aumenta Fas en los queratinocitos⁷⁴.

El importante papel que desempeñan las citocinas Th1 y Th2 en la respuesta inflamatoria de la piel se ha demostrado en modelos experimentales de inflamación alérgica de la piel inducida por alérgenos en ratones con deleciones específicas o sobreexpresión de estas citocinas. En este sentido, los ratones transgénicos manipulados genéticamente para sobre expresar IL-4 en la piel desarrollan lesiones cutáneas pruríticas inflamatorias similares a la DA, esto sugiere que la expresión cutánea local de citocinas Th2 juega un papel fundamental en la DA. Se ha encontrado que la piel sensibilizada con alérgenos de ratones knockout para IL-5 no tiene eosinófilos detectables y muestra una disminución del engrosamiento; la piel de los ratones sin IL-4 muestra un engrosamiento normal de las capas de la piel, pero tiene una reducción de los eosinófilos, mientras que la piel de los ratones sin IFN- γ se caracteriza por un engrosamiento dérmico reducido⁷⁴.

Figura 1. Células involucradas en la fisiopatología de la DA



Fuente: Imagen tomada de la referencia⁷⁴.

Tabla 1. Funciones de las interleucinas que participan en la fisiopatología de la DA

IL-4	IL-13
<ul style="list-style-type: none"> - Inhibe la diferenciación epidérmica. - Actúa en la producción de IgE y el reclutamiento de eosinófilos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La IL-13 juega un papel mediador crítico de la inflamación alérgica. - La señalización de esta citocina a través de la STAT6 contribuye a

<ul style="list-style-type: none"> - Suprime importantes proteínas para la diferenciación terminal, como la filagrina y la loricrina. - La IL-4 es crítica en la diferenciación de células Th2. - La IL-4 está presente en la piel con lesiones y sin lesiones de la fase aguda de la DA. 	<ul style="list-style-type: none"> la pérdida de la función de la barrera cutánea. - Está asociada con la expresión de IgE. - Puede actuar directamente en los queratinocitos, incrementando los niveles de eosinófilos en la piel. - Promueve la acentuación de los genes filagrina, loricrina e involucrina.
--	--

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia⁷².

La FLG es una proteína intracelular que se genera durante el proceso de cornificación a partir de su precursor, profilagrina, y ayuda a los filamentos de queratina a agregarse. Un pequeño porcentaje de la FLG se une a proteínas del envoltorio cornificado (involucrina y loricrina), mientras que el resto se degrada hacia aminoácidos libres. Estos componentes son los responsables de las propiedades elásticas de la piel y de su hidratación, por tanto, la FLG es esencial para mantener la barrera cutánea intacta, y que haya una correcta hidratación de la epidermis²⁰.

La FLG es parte de un complejo encargado del mantenimiento de la función de la barrera cutánea. La generación de productos de degradación de la FLG (ácido urocánico y ácido pirrolidina carboxílico) contribuye a la hidratación del estrato córneo de la piel. Las mutaciones homocigotas de FLG incrementan el riesgo de DA. Los polimorfismos de genes de las vías del sistema inmune también son causantes de DA; el incremento de IL-4 e IL-13 reduce la expresión de FLG, lo que origina defectos en la barrera cutánea^{72,76}.

En los pacientes con DA también se produce una alteración en la composición de lípidos del estrato córneo, debida a los niveles bajos de FLG, se observa una disminución de los niveles de lípidos totales, ceramidas y colesterol, así como un aumento de ácidos grasos libres y esteroides, estas alteraciones producen la pérdida de agua de la epidermis. La pérdida de agua, debida a la alteración de los lípidos

epidérmicos, produce lo que se conoce como “piel seca”, que es una piel con un tacto áspero, correspondiente a un eccema de baja intensidad o incipiente, y presenta microfisuras y grietas que permiten la entrada de patógenos, alérgenos e irritantes, contribuyendo a la inflamación e infección⁷³.

Otra teoría de las posibles causas que originan esta enfermedad habla de los polimorfismos del receptor de vitamina D y variantes en el citocromo P450 (CYP27A1). Se dice que el citocromo, mencionado anteriormente, está involucrado en el metabolismo de la vitamina D3, la cual juega un papel fundamental en el sistema inmune (esta regula la barrera cutánea a través de la expresión de FLG). Además, el receptor de vitamina D se considera potente regulador de citoquinas proinflamatorias, que se expresan en los queratinocitos, tales como IL-6 y TNF- α ; esto explica por qué un tratamiento con vitamina D en dermatitis atópica ayuda a mejorar sus síntomas⁷⁶.

2.9.3 Manifestaciones clínicas

El prurito intenso es el síntoma principal de la DA, hasta el punto de que su ausencia puede ser tan significativa como para poner en duda el diagnóstico de la afección. El rascado crónico provocado por una intensa sensación de picazón tiene el potencial de causar heridas más graves que a menudo progresan dolorosamente⁷².

El eccema, el prurito y el eritema son los síntomas característicos de las erosiones superficiales. Aparecen como resultado del rascado crónico provocado por la picazón intensa y pueden progresar a etapas más severas cuando se forman placas licuadas. Según su apariencia, las lesiones pueden manifestarse en dos estados diferentes: hiperqueratósica y cambios en la pigmentación⁷².

Figura 2. Ejemplo de una lesión de DA



Fuente: Imagen tomada de la referencia⁷³.

Las lesiones pueden presentarse en tres fases diferentes según su aspecto:

- Agudo: lesiones intensamente pruriginosas, eritematosas con pápulas, vesículas, exudado y escoriaciones.
- Subagudo: pápulas eritematosas, descamativas, con excoriaciones.
- Crónico: liquenificación, engrosamiento de pliegues, presencia de pápulas hiperqueratóticas, además de cambios de pigmentación⁷².

2.9.4 Fenómeno de liquenificación de la piel posterior a un episodio de exacerbación

La liquenificación, un fenómeno cutáneo observado con alta frecuencia en pacientes que padecen DA, surge como una respuesta compleja y adaptativa a la cronicidad y la persistencia de la inflamación. Clínicamente, se evidencia esta manifestación mediante un engrosamiento y endurecimiento de la piel, acompañado

de un patrón de líneas finas y paralelas que a menudo se asemejan a la textura de un líquen⁷³.

Este fenómeno se considera el resultado de un rascado y frotamiento recurrente en áreas previamente inflamadas, es un intento de la piel por protegerse a sí misma contra el daño continuo. Este proceso fisiopatológico involucra respuestas celulares y moleculares complejas que involucran la activación del sistema inmunológico y la remodelación del tejido conectivo, generando un cambio en la estructura y la función de la piel⁷².

La liquenificación, postergada en el tiempo después de episodios agudos de DA, refleja una persistente inflamación de bajo grado en la dermis y la epidermis, lo que lleva a una proliferación excesiva de queratinocitos. Esta hiperplasia epidérmica conduce a un engrosamiento de la capa superficial de la piel, formando una capa córnea más densa y endurecida. Asociada con prurito crónico y una sensación constante de incomodidad, los pacientes a menudo recurren al rascado y la fricción como mecanismos de alivio. Sin embargo, este ciclo de irritación y rascado vincula la inflamación y fomenta la progresión de la liquenificación, creando un ciclo difícil de romper⁷³.

Figura 3. Fenómeno de liquenificación de la piel posterior a un episodio de exacerbación



Fuente: Imagen tomada de la referencia⁷³.

2.9.5 Distribución de las lesiones según la edad del paciente

Los brotes pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, aunque usualmente suelen encontrarse distribuidas en zonas específicas según la edad del paciente (Figura 2)⁷².

Lactantes: Los síntomas comienzan a partir del segundo mes de vida con un exantema eritematoso, con gran componente exudativo que forma un tipo de costra; se localiza en mejillas, frente y pliegues articulares, siempre respetando el triángulo nasolabial. Se extiende a la zona del cuero cabelludo, la parte anterior del tronco y las superficies de extensión de las extremidades, de forma simétrica, con placas eccematosas; en la zona del pañal, por lo general, no tiene ninguna lesión⁷⁷.

La enfermedad se manifiesta en el 60% de los casos dentro del primer año de vida, sin embargo, el primer brote puede ocurrir a cualquier edad. El primer síntoma clínico que se manifiesta es una excesiva sequedad cutánea acompañada de picor y malestar. Las lesiones eccematosas no suelen manifestarse hasta, como máximo, el segundo mes de vida⁷².

Por lo general, las lesiones de la DA respetan el área del pañal durante la infancia, lo que ayuda en el diagnóstico. Este fenómeno probablemente refleja la combinación de una mayor hidratación en el área del pañal y la protección contra los factores o sustancias que pueden provocar irritación en la zona cubierta por el pañal, ya que este actúa como una barrera que protege la piel de estos factores irritantes, asimismo genera una inaccesibilidad para rascarse y frotarse⁷⁷.

La fase infantil de la DA refleja las manifestaciones desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. Las pápulas y vesículas eritematosas típicamente comienzan en las mejillas, la frente o el cuero cabelludo y son intensamente pruriginosas. Las lesiones pueden permanecer localizadas en la cara o pueden extenderse al tronco o particularmente a los extensores de las extremidades en parches dispersos, mal definidos, a menudo simétricos. La exacerbación de la dermatitis facial en la parte media de las mejillas y el mentón a menudo se observa junto con la dentición y el inicio de la ingesta de alimentos sólidos, probablemente debido a la exposición a saliva y alimentos irritantes, aunque la urticaria de contacto podría contribuir a la reactividad localizada⁷⁵.

La característica de la fase infantil es la tendencia a mostrar un edema significativo de las áreas afectadas, lo cual lleva a supuración y formación de costras no relacionadas con una infección secundaria⁷⁷.

Niños de 2 a 12 años: las manifestaciones cutáneas pueden comenzar en esta fase; característicamente afectan los pliegues antecubitales y poplíteos. El gran prurito que presentan en la zona puede llevar a liquenificación crónica cutánea y fácil sobreinfección bacteriana (impétigo), vírica (moluscum) o fúngica. Otras localizaciones típicas son caderas, muñecas, pliegue articular, párpados, región peribucal, queilitis, manos y dedos. Es típica la pulpitis pruriginosa y en la planta de los pies⁷⁵.

En esta fase se presentan manifestaciones en las superficies extensoras de los brazos y las piernas a menudo muestran dermatitis, quizás debido al papel de la fricción asociada con el gateo y la exposición de estos sitios a desencadenantes irritantes y alergénicos, como las alfombras. Aunque la dermatitis del antecubital y las fosas poplíteas, las áreas periorbitarias y el cuello se afectan con mayor frecuencia en niños mayores y adolescentes; estos sitios también pueden verse afectados en bebés y niños pequeños⁷⁵.

Las lesiones numulares tienden a ser más recalcitrantes al tratamiento tópico y con frecuencia se infectan de forma secundaria. La fase de lactantes puede seguir a la etapa infantil sin interrupción y suele ocurrir durante el período que va desde los 2 años hasta la pubertad. Las áreas clásicas de afectación en los niños son las manos, los pies, las muñecas, los tobillos y las regiones antecubital y poplíteas. Aunque la localización en áreas de flexión es más común, algunos niños muestran un patrón "inverso" con afectación principalmente de áreas extensoras. La afectación facial, cuando está presente, tiende a localizarse en áreas periorbitales y peribucales, en contraste con la relativa preservación de estas localizaciones faciales en la cara infantil, en los niños afroamericanos, las lesiones de la DA suelen ser más papulares, el prurito es frecuentemente intenso y conduce a trastornos del sueño. La linfadenopatía podría ser una característica destacada en los niños afectados, lo que refleja el papel de los ganglios linfáticos en el manejo de la infección y la inflamación locales⁷⁶.

La fase adulta de la DA comienza en la pubertad y con frecuencia continúa hasta la edad adulta. Las áreas predominantes de afectación incluyen los pliegues de flexión, la cara y el cuello, la parte superior de los brazos y la espalda, y el dorso de las manos, los pies y los dedos de las manos y los pies. La erupción se caracteriza por pápulas y placas eritematosas secas y descamativas y la formación de grandes placas liquenificadas por la cronicidad de la lesión, puede ocurrir la formación de costras y exudación, pero generalmente como resultado de infección estafilocócica⁷⁶.

Figura 4. Distribución de lesiones comúnmente localizaciones en pacientes con DA según la edad y su severidad (intensidad del color)



Fuente: Imagen tomada de la referencia⁷⁶.

Independientemente de la fase de DA, se puede observar hipopigmentación o hiperpigmentación postinflamatoria, especialmente en niños de piel más oscura. Los cambios pigmentarios son transitorios y reversibles cuando se controla la inflamación subyacente; sin embargo, se pueden requerir 6 meses o más para la repigmentación, y la exposición al sol acentuará las diferencias entre las áreas de piel no afectadas y las áreas despigmentadas. Los padres pueden confundir el cambio de pigmento postinflamatorio con una cicatriz. La DA no suele ser un trastorno cicatricial, a menos que se produzca una infección secundaria o una lesión profunda. La hiperpigmentación se observa predominantemente en los sitios de liquenificación, porque la epidermis engrosada, especialmente en niños de piel más oscura, acumula pigmento epidérmico de melanina⁷⁴⁻⁷⁶.

2.9.6 Disfunción de la barrera cutánea

La barrera cutánea está compuesta por múltiples capas que trabajan en sinergia para mantener la homeostasis de la piel. La capa más externa, la capa córnea, está formada por células queratinizadas y lipídicas, que proporcionan una barrera física contra la pérdida de agua transepidérmica y la penetración de agentes externos. El

estrato granuloso, el estrato espinoso y el estrato basal son las capas subyacentes que contribuyen a la integridad y renovación de la barrera cutánea⁷⁷.

La barrera cutánea en pacientes con piel sana presenta corneodesmosomas intactos a lo largo del estrato córneo; estos se rompen en la superficie cuando ocurre un proceso de descamación normal. Los lípidos, que forman parte de la membrana lipídica, ayudan a evitar la pérdida de agua y evitar la penetración de sustancias solubles en agua, para mantener la flexibilidad y estabilidad de la piel. En la piel de pacientes con DA, constantemente hay alteraciones en la barrera cutánea, aunque aparente un aspecto normal⁷⁸.

La disfunción de la barrera cutánea puede manifestarse de diversas formas clínicas. La sequedad y la descamación son síntomas comunes, debido a la pérdida de agua transdérmica aumentada; también pueden aparecer eritema, prurito, sensibilidad y una mayor susceptibilidad a infecciones cutáneas. La alteración de la barrera cutánea también puede desencadenar condiciones como DA, psoriasis y xerosis⁷⁵.

Tanto la piel en general como las lesiones visibles, presentan una mayor pérdida de agua; por esta razón, a los pacientes que sufren de DA se les conoce como de “piel seca”; al tocar su piel se siente un aspecto áspero, correspondiente a un eccema de baja intensidad. Este tipo de piel presenta micro fisuras y grietas, que favorecen la entrada de bacterias; por este motivo, se dan procesos inflamatorios e infecciosos en los pacientes, a causa de esto, en la superficie de la piel los corneodesmosomas empiezan a debilitarse, y allí es donde ocurren todos los procesos que debilitan la función normal de la piel⁷⁸.

El estrato córneo, en su estado normal, no debe tener menos del 10% de agua; el mantenimiento óptimo de hidratación de ese estrato córneo depende de: los lípidos intercelulares, el efecto de atracción del agua y la ruta de difusión del agua en él, para salir al exterior. El daño de la DA está asociado a una pérdida de agua transdérmica

anormal y a un descenso en el contenido de agua en el estrato córneo, lo que genera una descamación anormal de los corneocitos⁷⁹.

La DA se caracteriza por piel seca e incluso involucra piel no lesionada y aumento de la pérdida transepidérmica de agua, este deterioro de la función de barrera de la piel conduce a una mayor absorción de antígenos que contribuye a la hiperreactividad cutánea característica de esta patología. En particular, las ceramidas actúan como las principales moléculas retenedoras de agua en el espacio extracelular de la envoltura cornificada y la función de barrera de estas estructuras complejas la proporciona una matriz de proteínas estructurales unidas a las ceramidas. Se ha informado un contenido reducido de ceramidas en la envoltura cornificada de la piel lesionada y no lesionada en pacientes con DA. El aumento de la susceptibilidad a los irritantes en la DA puede, por lo tanto, representar un defecto primario de la diferenciación epidérmica agravado por la presencia de daño cutáneo inducido por la inflamación⁷⁷.

El manejo de la disfunción de la barrera cutánea se basa en abordar tanto los factores causales como los síntomas asociados; el objetivo se enfoca en mantener la hidratación adecuada de la piel, utilizando emolientes y humectantes para restaurar la barrera lipídica. Además, es recomendable evitar irritantes, proteger la piel de la radiación UV y adoptar una dieta equilibrada rica en nutrientes esenciales para la salud de la piel. En casos más graves, comentan que se puede optar por el uso de terapias farmacológicas⁷⁸.

La disfunción de la barrera cutánea es un fenómeno complejo que puede ser desencadenado por diversos factores y manifestarse de múltiples formas. Comprender la estructura y función de la barrera cutánea es fundamental para el diagnóstico y manejo adecuados de esta condición. A través de estrategias de tratamiento y cuidado de la piel, es posible mitigar los efectos adversos de la disfunción de la barrera cutánea y mejorar la salud y el bienestar dermatológico del individuo⁷⁸.

2.10 Diagnóstico y valoración de la severidad de la DA

No se han encontrado pruebas de laboratorio concluyentes que sean capaces de validar el diagnóstico de la DA, por lo que el diagnóstico se basa exclusivamente en los criterios clínicos⁸⁰.

El diagnóstico de la DA puede ser un desafío debido a la complejidad de sus manifestaciones clínicas y a la necesidad de descartar otras condiciones dermatológicas similares, éste se basa en una combinación de criterios clínicos, criterios históricos y pruebas complementarias⁷⁹.

Se han utilizado los criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka publicados en 1980 (Tabla 2) y a pesar de su antigüedad son los criterios que mayormente se siguen utilizando, mencionan que en un consenso llevado a cabo en el año 2003 organizado por la “American Academy of Dermatology”, se realizó una revisión de estos criterios y se plantearon otros (Tabla 3) que defendían ser aplicables a un mayor rango de edad y ser más útiles en el contexto clínico, aunque estos criterios nunca han superado ningún proceso de validación⁸¹.

Tabla 2. Criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de la DA

Criterios mayores (debe presentar mínimo 3 de 4)	Criterios menores (debe presentar mínimo 3 de 23)
<ol style="list-style-type: none">1. Prurito2. Morfología y distribución típica3. Carácter crónico y recidivante4. Historial personal o familiar de atopia	<ol style="list-style-type: none">1. Xerosis2. Ictiosis/queratosis pilar3. Hipersensibilidad reactiva tipo 1 en pruebas cutáneas4. IgE sérica elevada5. Edad precoz de comienzo6. Tendencia a infecciones cutáneas7. Dermatitis inespecífica en manos y pies8. Eczema del pezón9. Queilitis10. Conjuntivitis recidivante

	<ul style="list-style-type: none"> 11. Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan 12. Queratocono 13. Catarata subcapsular anterior 14. Ojeras 15. Palidez o eritema facial 16. Pitiriasis alba 17. Pliegues en la parte anterior del cuello 18. Sensación de prurito provocado por el sudor 19. Intolerancia a la lana y jabones 20. Acentuación perifolicular 21. Intolerancias alimentarias 22. Aparición de brotes por factores ambientales o emocionales 23. Dermografismo blanco
--	--

Fuente: Información tomada de la referencia⁸¹.

Tabla 3. Características para considerar en el diagnóstico de pacientes con DA de acuerdo a la American Academy of Dermatology

Características esenciales (Tienen que estar presentes)	Características importantes (Suelen estar presentes)	Características asociadas (Por si solas no son capaces de definir el diagnóstico)
<ul style="list-style-type: none"> • Purito • Eczema • Patrones típicos en cuanto a la morfología de las lesiones y la edad del paciente* • Historial crónico <p>*Los patrones incluyen: -Lesiones en la cara, cuello y flexores en lactantes y niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio temprana • Atopia • Historial familiar • Reactividad de la IgE • Xerosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta vascular atípica (palidez facial, dermatografismo blanco) • Queratosis pilaris, pitiriasis alba, manos hiperlineares, ictiosis • Alteraciones oculares o periorbitales • Acentuación perifolicular, liquenificación, prurigo

-Lesiones en los flexores en cualquier tipo de edad -Ausencia de lesiones en las ingles o axilas		
---	--	--

Fuente: Información tomada de la referencia⁸¹.

El diagnóstico de la DA conlleva evaluar los signos y síntomas característicos de la enfermedad. La presencia de prurito intenso, erupciones cutáneas crónicas y recurrentes, así como la distribución típica en áreas como el pliegue de los codos y las rodillas, son indicadores claves para el diagnóstico. Además, la historia clínica del paciente, incluyendo antecedentes personales y familiares de atopia, es importante para lograr realizar un diagnóstico diferencial preciso⁸².

El uso de pruebas complementarias puede ser útil para confirmar el diagnóstico de la DA y descartar otras afecciones dermatológicas similares. Las pruebas cutáneas pueden ayudar a identificar posibles alérgenos desencadenantes y evaluar la sensibilidad cutánea del paciente. Como, por ejemplo, la prueba de parche, la cual consiste en aplicar pequeños parches que contienen sustancias alérgicas específicas en la piel del paciente, generalmente se aplican en la espalda. Luego, se evalúa la reacción cutánea a estas sustancias para determinar si existe sensibilidad o alergia a alguno de los alérgenos probados. Además, se pueden realizar pruebas inmunológicas de alergia para detectar la presencia de comorbilidades asociadas, como el asma y las alergias alimentarias⁸³.

Es importante destacar que el diagnóstico de la DA no se basa únicamente en pruebas de laboratorio, sino que requiere una evaluación integral del paciente. Además, es esencial descartar otras enfermedades de la piel que puedan presentar síntomas similares, como la psoriasis o la dermatitis de contacto⁸⁴.

Se han determinado diferentes maneras para considerar la gravedad de la DA, los que han logrado mayor relevancia son el “Eczema Area Severity Index” (EASI) y el “Scoring

Atopic Dermatitis” (SCORAD), que es la herramienta de valoración de gravedad de la patología más utilizado en Europa, que evalúa tres aspectos:

1. Extensión de la enfermedad: Valora la extensión del área con brote, utilizando la Regla de los Nueves de Wallace, la cual consiste en dividir el sitio afectado en nueve partes diferentes⁸⁴.
2. Características clínicas: Se determina la intensidad de las lesiones utilizando una escala donde el 0= ausente, 1 = leve, 2 = moderada y 3 = grave; hasta un máximo de 18 puntos, se valora la presencia de: eritema, edema/pápula, exudado/costra, excoriación, liquenificación y sequedad⁸⁴.
3. Síntomas subjetivos: Se toma en cuenta la sensación de prurito y la pérdida de sueño con la ayuda de una escala visual analógica de 0 a 10 (máximo 20 puntos en total)⁸⁴.

Dependiendo de la puntuación obtenida tras la medida se pueden establecer hasta tres grados de la enfermedad:

- Leve: puntuación entre 0 y 25.
- Moderado: puntuación entre 25 y 50.
- Severo: puntuación mayor de 50

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de la DA no precisamente debe de ser estático y es recomendable ser revisado periódicamente a lo largo del tiempo, ya que los síntomas y las necesidades del paciente pueden evolucionar⁸⁴.

Figura 5. Brazo derecho con DA leve: eczema, piel seca, papulación



Fuente: Imagen tomada de la referencia⁸⁴.

Figura 6. Mano derecha con DA severa: supuración, eritema, costras y huellas de rascado



Fuente: Imagen tomada de la referencia⁸⁴.

2.11 Objetivo terapéutico en la DA

A pesar de que actualmente la DA no tiene cura, se tiene alternativas terapéuticas que ofrecen mejorar los síntomas y lograr cierto control a largo plazo de la enfermedad. El

tratamiento establecido para la DA se presenta de forma escalada dependiendo de la respuesta del eczema ante éste⁸⁵.

Los principales objetivos en los que va a consistir el tratamiento de la DA son: la reparación de la barrera epidérmica usualmente con el uso de emolientes, evitar los factores desencadenantes a nivel individual y la terapia antiinflamatoria con corticosteroides o inhibidores tópicos de la calcineurina (ITC)⁸⁶.

En casos críticos, se puede llegar a recomendar fototerapia o más comúnmente acudir a una terapia sistémica haciendo uso de otros medicamentos, pero cabe destacar la necesidad de realizar una valoración en cuanto a la relación de riesgo / beneficio por la dificultad añadida que puede conllevar el uso de algunos de estos medicamentos⁸⁶.

Actualmente, se están realizando estudios que proponen el uso de medicamentos biológicos, sin embargo, aún se necesita comprender mejor la heterogeneidad de la enfermedad y sus subtipos, el papel de la atopia y la autoinmunidad, los mecanismos asociados a la sensación de picor y obtener datos que corroboren la efectividad y eficacia de estas nuevas terapias⁸⁷.

Junto al tratamiento farmacológico, también es primordial conocer otras alternativas no farmacológicas como el apoyo psicológico o medidas higiénicas y alimentarias que de igual forma pueden resultar en la mejora del transcurso de la enfermedad y calidad de vida del paciente⁸⁸.

2.12 Tratamiento farmacológico tópico de la DA

La mayoría de los casos de pacientes con DA que presentan cuadro leve se tratan a este nivel, generalmente con el uso de farmacoterapia tópica se obtienen resultados efectivos y con un alto perfil de seguridad⁸⁶.

Es recomendable que los tratamientos tópicos se apliquen siempre después de que la piel se haya limpiado de manera adecuada. Además, cada paciente debe ser evaluado individualmente para considerar el enfoque que más le convenga. La consistencia en la aplicación y el seguimiento de las instrucciones médicas son clave para obtener los mejores resultados y minimizar los efectos secundarios⁸⁸.

2.12.1 Emolientes

La piel seca o xerosis se considera uno de los principales signos de la DA, además, tiene un papel patogénico de relevancia en cuanto a la disfunción epidérmica que se produce por la pérdida de agua en la epidermis. Los tratamientos emolientes e hidratantes logran mantener y restaurar la barrera epidérmica, aunque no son considerados sustancias con actividad farmacológica, se han incluido en este grupo por la gran importancia que tienen tanto en el tratamiento como en el mantenimiento de la DA⁸⁵.

Los emolientes son capaces de suavizar la piel gracias al suministro de lípidos exógenos y logran reducir la pérdida de agua por medio de la formación de una capa oclusiva. Estos productos emolientes se le pueden añadir sustancias humectantes como la urea, la glicerina o el ácido láctico logrando aumentar los niveles de hidratación en el estrato córneo⁸⁵.

Para prevenir reacciones irritantes y alérgicas, se recomienda el uso de emolientes que no contengan fragancias ni perfumes, además, la elección de la forma farmacéutica que se va a aplicar es clave para la obtención de resultados óptimos. Los emolientes se presentan en diferentes formas farmacéuticas, como cremas, lociones y ungüentos, su elección depende de las preferencias y necesidades individuales de cada paciente. Por ello, se prefiere elegir una presentación u otra dependiendo de la edad del paciente, el área corporal a tratar, la severidad de las lesiones o incluso según las preferencias del paciente⁸⁹.

Tabla 4. Principales formas farmacéuticas tópicas en las que pueden presentarse los emolientes, sus características y el tipo de piel en la cual se recomienda aplicarlas

Forma dermofarmacéutica	Características	Tipo de piel recomendada
Crema	Contenido intermedio lipídico.	Áreas corporales grandes y subagudas.
Ungüentos	Mayor concentración lipídica por lo que brindan una mayor lubricación y oclusión.	Áreas corporales muy secas.
Lociones	Formulaciones con un alto contenido de agua y pueden utilizarse para enfriar o secar lesiones inflamadas o exudantes.	Áreas corporales con lesiones inflamadas o exudantes.

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia⁸⁹.

La frecuencia y el momento de aplicación de los emolientes son aspectos determinantes de su eficacia; se recomienda aplicar estos productos de manera regular, al menos dos veces al día, con el propósito de mantener la piel hidratada a lo largo del día. Además, existe evidencia de que resulta potencialmente más beneficioso aplicarlos después de bañarse, cuando la piel aún está húmeda. Esto ayuda a sellar la humedad en la piel y aprovechar al máximo los efectos hidratantes de los emolientes, también se sugiere evitar el uso de agua caliente durante el baño, pues puede contribuir a la sequedad de la piel. Deben prescribirse cantidades suficientes de estos productos, 250 g/semana para niños y 500 g/semana para adultos para cubrir todo el cuerpo⁹⁰.

Los emolientes deben ser utilizados especialmente en periodos sin brotes, es importante continuar utilizando estos productos de manera regular para evitar la resequedad y la aparición de nuevos brotes. Estos productos son una parte integral del

cuidado diario de la piel en la DA y deben formar parte de la rutina de cuidado personal del paciente⁹⁰.

Los emolientes pueden ser utilizados en combinación con otros tratamientos tópicos, como corticosteroides de baja potencia o inhibidores de la calcineurina. Estos tratamientos farmacológicos pueden ayudar a controlar la inflamación y la picazón, mientras que los emolientes se enfocan en mantener la hidratación y mejorar la función de barrera de la piel. La combinación de diferentes enfoques terapéuticos puede ser beneficiosa para lograr un control adecuado de los síntomas y reducir la frecuencia de los brotes en la DA⁹¹.

A pesar del consenso en el uso de emolientes como principal mantenimiento de la terapia de la DA, es de suma relevancia recordar que el uso directo de estos sobre la piel inflamada apenas tiene efecto, se ha visto que esto es un error común, sobre todo causado por pediatras que rehúsan al uso de corticosteroides tópicos. Este error deriva de la creencia de que los emolientes son siempre efectivos y nunca tienen efectos adversos; sin embargo, se ha evidenciado que los emolientes solo resultan efectivos cuando se cumplan dos premisas: la inflamación está controlada (y sin exudado) y la formulación del emoliente es la indicada para el tipo de lesión a tratar⁹².

2.12.2 Corticosteroides tópicos

Los corticosteroides tópicos son antiinflamatorios esteroideos que se utilizan como primera línea en el tratamiento farmacológico para controlar los brotes agudos de la DA, estos medicamentos, derivados de la cortisona, son efectivos para reducir la inflamación, aliviar la picazón y mejorar los síntomas en la piel afectada. Estudios comprueban que son fármacos seguros para tratar brotes leves, moderados o severos de esta enfermedad siempre que se haga un uso correcto y racional de ellos, además de que se aplique el indicado para cada lesión⁹³.

La eficacia clínica de estos medicamentos se debe sobre todo a su efecto antiinflamatorio producido por la transcripción de genes que codifican proteínas antiinflamatorias (como la lipocortina 1, la interleucina 10, entre otros) y la inhibición de la expresión de genes relacionados con la producción de múltiples de sustancias inflamatorias (citocinas, enzimas, moléculas de adhesión y receptores). Además, también tienen actividad inmunomoduladora al producir una disminución de células de Langherhans y la inhibición de la actividad de los linfocitos T y eosinófilos⁹⁴.

Los esteroides tópicos causan disminución de la dilatación de los capilares en la dermis, reduciendo, así, el eritema, el mecanismo por el cual causan vasoconstricción aún no es bien conocido, pero se cree que se asocia a la inhibición de vasodilatadores naturales, como la histamina, la bradicinina y las prostaglandinas. La clasificación de los esteroides tópicos por su efecto vasoconstrictor se basó en colocarlos en piel normal de voluntarios sanos, y observar la capacidad de cada uno para producir blanqueamiento de la piel, el tiempo en que lo lograban y el tiempo de su acción, la potencia vasoconstrictora se asocia a su capacidad antiinflamatoria⁹⁴.

El primer esteroide tópico utilizado fue la hidrocortisona; no obstante, con el tiempo se han introducido fórmulas más potentes al modificar la estructura química del mismo. Los esteroides tópicos actuales derivan de la hidrocortisona, prednisolona y dehidrocorticosterona⁹⁵.

Existen diferentes presentaciones disponibles de glucocorticoides tópicos, dependiendo del vehículo, y cada una tiene un uso en particular. Las cremas son las más utilizadas y se consideran muy bien toleradas por el paciente, se encuentran en base de agua y aceite; otra presentación es la de los ungüentos, que tienen una base grasosa, que permite mayor absorción en piel gruesa y, por último, las lociones y aerosoles, que sirven de gran utilidad para zonas de piel con cabello. Todas estas se recomiendan ser aplicadas después del baño, pues la piel hidratada incrementa la absorción⁹⁴.

En términos generales, los glucocorticoides tópicos están disponibles como ungüentos, cremas, geles, lociones a base de agua y lociones a base de alcohol. Los autores explican que depende de la zona afectada va a favorecer la aplicación de alguna presentación. Los ungüentos son los más potentes y penetran más profundamente, con el mayor potencial de atrofia, mientras que las lociones son las más débiles y penetran menos; las cremas y los geles se encuentran en el medio. Se recomienda utilizar ungüentos para lesiones gruesas y secas y para zonas de piel gruesa, cremas para lesiones subagudas, más finas en zonas de piel fina y lociones para cuero cabelludo (base de alcohol) y lesiones húmedas (base de agua)⁹⁶.

Para seleccionar el mejor corticosteroide, se debe buscar la máxima eficacia con la menor incidencia de aparición de efectos adversos. Para esto, los autores comentan que se debe atender a:

1. Las propiedades intrínsecas del principio activo (PA): Las características de la molécula (potencia del corticoide) y la concentración en la que se halla en el medicamento.
2. El vehículo utilizado: La elección de la forma farmacéutica puede incluso llegar a tener tanta importancia como la propia elección del fármaco, de esta va a depender la efectividad del tratamiento, ya que puede influir en la absorción y duración de acción, que dependerá también de los excipientes que contenga. Además, es común encontrar formulaciones con otros compuestos que también son capaces de modificar el efecto de los corticosteroides, véase la adición de urea (que mejora la hidratación) o el ácido salicílico (efecto queratolítico).
3. La zona afectada y su tamaño: La estructura de la piel no es la misma en toda la superficie corporal⁹⁵.

La potencia del glucocorticoide depende de tres factores: las características de la molécula, la concentración en la que se encuentra y el vehículo utilizado. Para lograr estandarizar estos fármacos, en cuanto su potencia, en Europa se ha creado una tabla que los clasifica como: baja, media, alta y muy alta. Aunque se dice que la

concentración determina la potencia, no siempre es de este modo, pues la curva dosis-respuesta una vez alcanzada, no se modifica su efecto⁹⁴.

Tabla 5. Potencia de los corticosteroides tópicos utilizados en España

Potencia	Principio Activo
Baja	Fluocortina 0.75% Hidrocortisona acetato 0.25% - 0.5% - 2.5%
Media	Clobetasona 0.05% Diclorisona acetato 0.25% - 1% Fluocinolona acetónido 0.01% Flupamesona 0.15% - 0.3% Hidrocortisona aceponato 0.127% Hidrocortisona butirato 0.1% Furoato de mometasona 0.1% Propionato de fluticasona 0.5%
Alta	Beclometasona dipropionato 0.025% - 0.1% Betametasona valerato 0.05% - 1% Budesonida 0.025% Desoximetasona 0.25% Fluclorolona acetónido 0.2% Fluocinolona acetónico 0.025% Fluocinonido 0.05% Fluocortolona monohidrato 0.2% Hidrocortisona aceponato 0.127% Metilprednisolona aceponato 0.1% Mometasona furoato 0.1% Prednicarbato 0.25%
Muy alta	Clobetasol propionato 0.05% Diflorasona diacetato 0.05% Diflucortolona valerato 0.3% Fluocinolona acetónido 0.2% Halometasona 0.05%

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia⁹⁴.

Se recomiendan preparaciones más potentes para lesiones de dermatitis gruesas (más crónicas) y áreas de la piel (extremidades, tronco, cuero cabelludo). El grupo de potencia débil debe usarse en áreas de piel delgada (cara, genitales) y pliegues de la piel. Los efectos y la absorción de estos medicamentos también dependen del estado de la piel donde se aplica; es más eficaz y se absorbe más fácilmente en áreas inflamadas, pliegues de la piel, áreas ocluidas (especialmente el área del pañal) y áreas de piel delgada. En niños pequeños, el área tratada puede ser proporcionalmente grande con una mayor probabilidad de absorción sistémica de los fármacos, además, la terapia de "envoltura húmeda" mejora en gran medida la absorción sistémica⁹⁴.

Se sugiere aplicar capas finas del medicamento en la zona afectada, ya que está comprobado que el exceso de dosis no acelera la mejoría del proceso. El estrato córneo funciona de reservorio, lo cual permite una penetración progresiva del medicamento hacia capas más profundas de la piel, por esto, con una o dos aplicaciones diarias es suficiente para la mayoría de los medicamentos. La duración del tratamiento es variable, pero siempre debe ser limitada en el tiempo ya que se trata de un tratamiento sintomatológico. Usualmente, se considera un período entre 3 días y 2 semanas de tratamiento y, si no responde correctamente, el paciente deberá volver a reevaluarse y muy probablemente cambiar de estrategia terapéutica⁹⁵.

El uso prolongado de corticoides tópicos puede tener efectos secundarios, especialmente cuando se aplican en áreas extensas de la piel o en pliegues cutáneos, algunos de los efectos secundarios más comunes incluyen adelgazamiento de la piel, aparición de estrías, cambios en la pigmentación, mayor susceptibilidad a las infecciones cutáneas y los más graves por su irreversibilidad son la atrofia epidérmica, telangiectasias y aparición de estrías. La aparición de estos puede ser prevenidos con una correcta aplicación y educación al paciente⁹⁶.

Al momento de la suspensión tratamiento, se aconseja que se realice de forma paulatina y no de manera brusca, ya que puede dar lugar a la aparición del brote

nuevamente. Lo ideal es recurrir a corticosteroides de menor potencia e incluir sustancias emolientes hasta finalizar con el tratamiento⁹⁷.

Los glucocorticoides tópicos se pueden utilizar en el embarazo y la lactancia; sin embargo, durante el primer trimestre de embarazo se recomienda evitar el uso de estas formulaciones tópicas. A partir del segundo trimestre, se prefieren los productos débiles o moderadamente potentes, pues se ha encontrado una asociación significativa del retraso del crecimiento fetal con el uso de glucocorticoides potentes, por otro lado, no se debe aplicar en los pezones durante la lactancia, se debe evitar la aplicación en zonas extensas, el uso prolongado del tratamiento o el uso de vendajes oclusivos⁹⁸.

Al calcular la cantidad a prescribir, la unidad de punta de dedo es útil. El dedo índice adulto, desde el pliegue distal hasta la punta equivale a 0,5 g. Esto ayuda a controlar el cumplimiento y el uso⁹⁵. Una guía útil para la cantidad a prescribir se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Guía para determinar la cantidad de glucocorticoide tópico que se debe aplicar según la zona afectada y edad del paciente

Zona Afectada	Adultos		Niños	
	Número de aplicaciones en la punta del dedo	Aplicación diaria (g)	Número de aplicaciones en la punta del dedo	Aplicación diaria (g)
Cara y cuello	2.5	1.5	1.5	0.75
Tórax	7	3.5	2.5	1.5
Espalda	7	3.5	3.5	2
Brazo	3	1.5	1.5	0.75
Mano	1	0.5	0.5	0.25
Pierna	6	3	2.5	1.5
Pie	2	1	1	0.5

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia⁹⁶.

2.12.3 Inhibidores de la Calcineurina

Los inhibidores tópicos de la calcineurina (ITC) son clasificados como fármacos antiinflamatorios no esteroideos. Su mecanismo de acción consiste en evitar la defosforilación del factor de activación nuclear de las células T citoplasmático, evitando así su entrada al núcleo y posteriormente la síntesis y transcripción de citoquinas proinflamatorias⁹⁸.

Estos fármacos funcionan mediante la inhibición selectiva de la calcineurina, una enzima que participa en la activación de las células inmunitarias. Al interferir con la cascada inflamatoria, estos inhibidores ayudan a reducir la respuesta inflamatoria exagerada en la piel afectada, aliviando así la picazón, la inflamación y el enrojecimiento característicos de la enfermedad⁹⁹.

A diferencia de los esteroides, los ITC no causan adelgazamiento de la piel ni formación de estrías, lo que los hace indicados para el tratamiento de áreas cutáneas sensibles y en poblaciones más vulnerables. Sin embargo, a pesar de que la absorción sistémica de estos productos se ha informado como insignificante en varios estudios, se deben tomar precauciones y evitar su uso en pacientes con sistemas inmunológicos comprometidos o con infecciones cutáneas concurrentes, como, por ejemplo, los pacientes que padecen el muy raro síndrome de Netherton, esto debido a que los ITC afectan el sistema inmunológico local⁹⁸.

Resulta complicado llevar a cabo una comparación entre los ITC y los corticosteroides, por todas las variables que existen como lo son el gran número de PA, la variedad de concentraciones y los distintos estadios de los brotes. Sin embargo, existen estudios que concluyen que son medicamentos más caros, con un perfil de efectos adversos y con una eficacia muy similar, por ello, se consideran como una opción de

segunda línea para el tratamiento a corto plazo y en aparición de brotes, tanto si son leves, como moderados o severos de la DA⁹⁹.

El momento óptimo para iniciar el tratamiento con ITC es cuando se requiere una alternativa a los corticosteroides tópicos. Estos fármacos se aplican sobre las áreas afectadas de la piel una o dos veces al día, según la gravedad de la lesión. Aunque los ITC son eficaces en el control de la DA, es esencial utilizarlos con moderación y bajo supervisión médica, ya que pueden tener efectos secundarios potenciales, como sensaciones de quemazón o picazón transitorias⁹⁹.

Por otro lado, al igual que con otros tratamientos tópicos, la adherencia y la constancia son fundamentales para obtener resultados óptimos con los ITC. Aunque pueden proporcionar alivio significativo de los síntomas, estos fármacos no curan la DA, por lo que es esencial continuar con su aplicación incluso cuando los síntomas remiten. Además, se recomienda siempre mantener el uso de emolientes para mejorar la hidratación cutánea y optimizar los resultados del tratamiento⁹⁸.

En casos graves de DA, se pueden considerar combinaciones terapéuticas de los ITC con corticosteroides tópicos de baja potencia, la combinación de estos enfoques puede lograr un control más efectivo de los síntomas, pero siempre debe realizarse bajo la supervisión y guía de un profesional de la salud. Asimismo, es importante que los pacientes comprendan las expectativas y posibles efectos secundarios asociados con el uso de los ITC para una toma de decisiones informada y una gestión adecuada de la DA⁹⁸.

Los ITC han demostrado ser un tratamiento eficaz, fiable y seguro para la DA, la principal ventaja de estos sobre el uso de glucocorticoides es la ausencia de efectos secundarios, como atrofia de la piel y supresión del eje suprarrenal. No actúan tan rápido ni son tan potentes como algunos de los glucocorticoides, pero son los productos preferidos para las áreas sensibles de la piel (cara, pliegues de la piel y área del pañal); por lo tanto, son potencialmente más seguros para el uso a largo plazo que los glucocorticoides⁹⁸.

Tabla 7. Principales ITC presentes en el mercado

Principio Activo	Indicación
Pimecrolimus 1%	DA leve-moderada Mayores de 2 años Aplicar una fina capa de crema 2 veces al día hasta que se produzca mejora de la lesión Máximo de 6 semanas. Superada esta pauta, se considerarán otras alternativas terapéuticas. No se debe aplicar si se sospecha de infección bacteriana.
Tacrolimus 0.03%	DA moderada-grave Mayores de 2 años Aplicar una fina capa de crema 2 veces al día hasta que se produzca mejora de la lesión Máximo de 3 semanas.
Tacrolimus 0.1%	DA moderada-grave Mayores de 16 años Aplicar una fina capa de crema 2 veces al día hasta mejora de la lesión. Cuando el brote mejore, se recomienda continuar con la concentración a 0.03% para evitar la aparición de efecto rebote.

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia⁹⁸.

Es normal sentir una sensación de ardor o picor en las zonas donde se aplica; además, otros efectos secundarios menos comunes son sensación de prurito, aparición de eritema en la zona de aplicación, reacciones alérgicas, hipo o hiperpigmentación e infecciones cutáneas. No se han obtenido datos suficientes sobre el uso de pimecrolimus o tacrolimus vía tópica en mujeres embarazadas o lactantes⁹⁸.

2.12.4 Antihistamínicos Tópicos

Las lesiones cutáneas derivadas de DA pueden ser exacerbadas por la inflamación y la picazón persistente. En este sentido, los antihistamínicos tópicos, aunque son menos comunes que en sus presentaciones orales, pueden ser una opción para aliviar los síntomas locales⁹⁷.

Los antihistamínicos tópicos funcionan al inhibir la acción de la histamina, una sustancia liberada durante las reacciones alérgicas y que contribuye a la picazón y el enrojecimiento en la piel, al aplicar antihistamínicos tópicos directamente sobre las lesiones, se puede reducir la sensación de picazón y aliviar la inflamación localizada⁹⁹.

La combinación de antihistamínicos tópicos con otros enfoques terapéuticos puede ser beneficiosa en el manejo de lesiones causadas por la dermatitis atópica, por ejemplo, la aplicación de antihistamínicos tópicos puede complementarse con emolientes para mejorar la hidratación de la piel y fortalecer la barrera cutánea⁹⁹.

Si bien estos medicamentos pueden proporcionar alivio temporal, no son una solución curativa para la dermatitis atópica. Por lo tanto, se debe mantener una comunicación regular con el dermatólogo para evaluar la efectividad del tratamiento y realizar ajustes según sea necesario⁹⁷.

Tabla 8. Principales antihistamínicos tópicos presentes en el mercado

Principios Activos	Nombre Comercial	Forma Farmacéutica
<ul style="list-style-type: none">• Difenhidramina• Lidocaína	Alergel	Gel
<ul style="list-style-type: none">• Difenhidramina• Lidocaína• Óxido de zinc	Alergical	Crema/loción
<ul style="list-style-type: none">• Difenhidramina	Alergical DL	Gel

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia¹⁰⁰.

2.13 Tratamiento farmacológico sistémico de la DA

En ciertos casos de DA de moderada a grave, el tratamiento a nivel tópico resulta insuficiente, por lo que se puede requerir la implementación de tratamientos farmacológicos sistémicos. Estos medicamentos actúan en todo el organismo para controlar la respuesta inflamatoria y mejorar la función inmunológica, lo cual contribuye a reducir la inflamación en la piel y aliviar los síntomas característicos de la DA¹⁰¹.

Los tratamientos farmacológicos sistémicos resultan bastante útiles cuando los enfoques tópicos no logran controlar adecuadamente la enfermedad o cuando los pacientes presentan una amplia extensión de lesiones cutáneas. Pueden darse casos también en los que el eczema se presente en lapsos de tiempo más cortos, entonces podría indicarse también terapia sistémica combinada manteniendo el tratamiento a nivel tópico¹⁰¹.

Debido a su alcance sistémico, los tratamientos farmacológicos sistémicos en la DA pueden tener potenciales efectos secundarios que deben ser cuidadosamente evaluados y monitoreados. Entre estos efectos secundarios, se incluyen alteraciones en el sistema inmunológico, aumento del riesgo de infecciones y efectos adversos sobre órganos internos, por lo tanto, la prescripción de estos tratamientos debe ser realizada por especialistas experimentados en el manejo de la DA y debe ir acompañada de una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios para cada paciente¹⁰².

Estos tratamientos se reservan para casos específicos y deben ser prescritos y monitoreados por profesionales de la salud experimentados, para garantizar una terapia segura y efectiva. Si bien pueden proporcionar una mejoría significativa en los síntomas y en la calidad de vida de los pacientes, es esencial sopesar los riesgos y beneficios de los tratamientos farmacológicos sistémicos en la DA y elegir la estrategia más adecuada para cada individuo¹⁰².

2.13.1 Corticosteroides Sistémicos

Uno de los tratamientos sistémicos más comúnmente utilizados en la DA es el uso de corticosteroides orales. Estos medicamentos generalmente se utilizan en ciclos cortos y a dosis bajas para controlar los brotes agudos y severos de la DA, sin embargo, debido a los posibles efectos secundarios sistémicos asociados con el uso prolongado de corticosteroides orales, se recomienda evitar su uso a largo plazo o como terapia de mantenimiento. Los corticosteroides orales resultan sumamente útiles para aliviar rápidamente la inflamación y la picazón intensa en pacientes con brotes agudos, pero se deben utilizar con precaución bajo la supervisión de un profesional de la salud¹⁰².

Los corticosteroides a nivel sistémico no se recomiendan para el tratamiento continuo en caso de padecer DA, debido a la naturaleza crónica a largo plazo de la enfermedad y la propensión a la taquifilaxia que resulta común en esta patología. Además, los pacientes con DA responden bastante bien inicialmente cuando se administran corticosteroides sistémicos, pero el efecto tiende a desaparecer con el uso repetido, lo que requiere un aumento en la dosis y la frecuencia de administración, lo que, a su vez, puede conllevar a experimentar efectos secundarios graves, por lo tanto, los autores recomiendan evitar el uso a largo plazo¹⁰¹.

Aproximadamente un 10% de los adultos con DA de severa a moderada, recibe tratamiento farmacológico a nivel sistémico en algún momento del transcurso de su enfermedad, por otro lado, utilizar estos fármacos en niños es menos recomendable por su peligrosidad en esta población. Debido a la complejidad de sus efectos secundarios, raramente son los fármacos indicados para un tratamiento a largo plazo. Se aconseja tan pronto como los síntomas mejoren (especialmente la sensación de prurito), discontinuar el tratamiento y proceder a utilizar un tratamiento tópico y emoliente para dar mantenimiento. Además, resulta indispensable que se reduzca la dosis de forma lenta y progresiva para minimizar la posibilidad de desarrollar efecto rebote¹⁰³.

Los corticosteroides más usados para tratar la DA por vía sistémica son la prednisona, la prednisolona y el deflazacort. También existen corticoesteroides de uso parenteral, administrar inyecciones intramusculares periódicas de corticosteroides sistémicos de depósito debe desaconsejarse específicamente, porque los pacientes se vuelven dependientes de estos y, a menudo, buscan este tratamiento de múltiples médicos como una solución fácil¹⁰⁴.

El uso recurrente o prolongado de estos fármacos puede generar un riesgo significativo de supresión adrenal, un fenómeno que resulta de la inhibición de la función normal de las glándulas suprarrenales debido a la administración prolongada de corticosteroides. Estos medicamentos, al interferir con la producción natural de cortisol, pueden producir atrofia y disminución de la respuesta del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal. La consecuencia directa de esta supresión es una reducción en la capacidad del cuerpo para generar cortisol endógeno, lo que puede desencadenar una serie de efectos adversos, incluyendo fatiga, debilidad y trastornos metabólicos¹⁰⁵.

2.13.2 Fármacos antihistamínicos

Los antihistamínicos han sido utilizados tradicionalmente para aliviar la picazón en pacientes con DA, al bloquear la acción de la histamina, los antihistamínicos reducen la sensación de picazón, lo que puede aliviar el malestar y ayudar a prevenir el rascado excesivo que puede empeorar la condición¹⁰⁶.

Los antihistamínicos H1 más antiguos son llamados los de primera generación, los cuales se consideran liposolubles, y penetran fácilmente en el cerebro para causar sedación, somnolencia, fatiga y disminución de la concentración y la memoria; por lo tanto, su uso puede limitarse a la noche para ayudar a los pacientes a conciliar el sueño en caso de picazón intensa que interrumpa el descanso¹⁰⁷.

En el caso de los antihistamínicos de segunda generación, son menos liposolubles; por tanto, se consideran más seguros para los pacientes, pues causan menos sedación, son más eficaces y se pueden utilizar a diario¹⁰⁷.

Además de bloquear la histamina, algunos antihistamínicos de segunda generación también han demostrado propiedades antiinflamatorias. Estos medicamentos pueden ayudar a reducir la inflamación de la piel, lo que contribuye a aliviar los síntomas y mejorar la apariencia de las lesiones cutáneas. Sin embargo, estos medicamentos no son tratamientos curativos para la DA y se deben utilizar como parte de un enfoque integral para el manejo de la enfermedad¹⁰⁸.

Estos fármacos pueden ser utilizados como una terapia complementaria en combinación con otros tratamientos tópicos o sistémicos para lograr un control más efectivo de la dermatitis atópica¹⁰⁷.

Tabla 9. Principales fármacos antihistamínicos de primera y segunda generación presentes en el mercado

Principio Activo	Nombres comerciales	Indicación para DA	Dosis para DA
Cetirizina	Cetirizina Calox 10 mg Cetirizina La Santé 10 mg Cetirizina Lisan Suspensión Alercet Hicet tabletas 10mg/gotas/jarabe Talerdín tabletas/gotas/jarabe Allerpil	Indicado para aliviar la picazón, el enrojecimiento. Puede ayudar a reducir la respuesta inflamatoria en la piel.	5-10 mg una vez al día
Loratadina	Loratadina ADIUVO 10mg	Tiene propiedades antiinflamatorias	10 mg una vez al día

	Loratadina Biopharma 10 mg Loratadina Calox 10mg Loratadina MK 10mg/jarabe Clarityne Cort (+ betametasona) Clarityne 10mg Noxadine (+ Betametasona) Talarat tabletas/jarabe	leves que pueden ser beneficiosas.	
Fexofenadina	Fexofenadina 180mg Calox Afexina 180 mg Afexina pediátrico suspensión Alexia forte 180 mg Allegra 180 mg Allegra pediátrico Fexofen Raven 180 mg Fexofen pediátrico Rinport 180 mg Sedel 180 mg	Ofrece un perfil de efectos secundarios más seguro.	180 mg una vez al día.
Levocetirizina	Levotek Xuzal tableta/solución oral	Puede ser útil en casos donde se busca evitar la sedación.	5 mg una vez al día
Desloratadina	Desloratadina Calox tabletas/jarabe Desloratadina MK Aerius tableta/jarabe Deslora-Denk Losiral Mailen tabletas/jarabe Novo Alerpriv	Tiene menos efectos sedantes en comparación con algunos otros antihistamínicos.	5 mg una vez al día
Difenhidramina	Benadryl Nervessa Nytol	Tiene propiedades sedantes que	25-50 mg cada 4-6 horas, según necesidad

		pueden ayudar a mejorar el sueño.	
Clorfeniramina	Clorfeniramina Raven tabletas/jarabe Cloferal inyectable Diclorfen inyectable	Tiene propiedades sedantes que pueden ayudar a mejorar el sueño.	4-8 mg cada 4-6 horas, según necesidad
Hidroxicina	Hidroxicina Chemo tabletas/jarabe	En algunos casos, se utiliza para tratar la picazón intensa y el insomnio asociados con la dermatitis.	25-50 mg cada 4-6 horas, según necesidad

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia¹⁰⁰.

2.13.3 Inhibidores de leucotrienos

Los inhibidores de leucotrienos son medicamentos que actúan bloqueando la acción de los leucotrienos, que son sustancias químicas involucradas en la respuesta inflamatoria en la piel. Referente con la DA, los leucotrienos contribuyen a la inflamación y al aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos, lo que puede causar enrojecimiento, picazón y erupciones cutáneas. Al bloquear los leucotrienos, los inhibidores de leucotrienos pueden reducir la respuesta inflamatoria y aliviar los síntomas en pacientes con DA¹⁰⁸.

A pesar de que los inhibidores de leucotrienos son más conocidos por su uso en el tratamiento del asma y la rinitis alérgica, estudios recientes han investigado su efectividad en el tratamiento de la DA. Son utilizados especialmente en pacientes que no responden adecuadamente a otros enfoques terapéuticos. Los resultados de estos estudios han sido prometedores, y los inhibidores de leucotrienos se consideran una opción terapéutica adicional en el manejo de la dermatitis atópica¹⁰⁹.

Aunque los inhibidores de leucotrienos pueden proporcionar beneficios significativos en el control de los síntomas de la DA, no son un tratamiento curativo para la enfermedad,

se utilizan como parte de un enfoque integral en combinación con otros tratamientos tópicos o sistémicos para obtener mejores resultados¹⁰⁹.

2.14 Manejo de infecciones

La piel de los pacientes con DA es más propensa a sufrir infecciones secundarias debido a la alteración de su barrera cutánea y a la predisposición a la colonización de diferentes microorganismos, como bacterias, virus u hongos. El tratamiento adecuado de estas infecciones es fundamental para evitar complicaciones y mejorar la respuesta al tratamiento de la DA¹¹⁰.

Las infecciones cutáneas más comunes en la DA son causadas por bacterias, especialmente *Staphylococcus aureus*, estas infecciones pueden manifestarse como pústulas, vesículas, costras o incluso celulitis; la presencia de infecciones secundarias puede exacerbar los síntomas de la DA, como la picazón y la inflamación, y dificultar el control de la enfermedad¹¹⁰.

La piel atópica con dermatitis activa estará colonizada en el 90% de los casos, mientras que las zonas sin dermatitis activa estarán colonizadas en el 75% de los casos. En comparación, las personas con piel normal solo presentan colonización con *Staphylococcus aureus* en el 30% de los casos. La densidad de colonización por *Staphylococcus aureus* también aumenta con la gravedad del eczema¹¹⁰.

El manejo de infecciones en la terapia farmacológica de la DA implica el uso de antibióticos tópicos o sistémicos, dependiendo de la gravedad y extensión de la infección. Para infecciones localizadas y leves, los antibióticos tópicos pueden ser efectivos para eliminar la colonización bacteriana y reducir la inflamación en la piel afectada. Por otro lado, en casos de infecciones más extensas o graves, los antibióticos sistémicos pueden ser necesarios para abordar la infección desde dentro del organismo¹¹¹.

Es fundamental un buen diagnóstico en el que se indique la existencia de infección para evitar que las bacterias adquieran resistencia y se complique la antibioterapia, por lo cual ningún antibiótico va a estar indicado en pacientes sin signos de infección como profilaxis. En casos de producirse una infección local, generalmente se acude a la aplicación tópica de medicamentos con mupirocina o ácido fusídico; en pacientes pediátricos los baños con hipoclorito de sodio también pueden resultar eficaces¹¹¹.

En pacientes con una infección por cepas de *S.aureus* no resistentes, las cefalosporinas o las penicilinas son los antibióticos indicados, la elección de los antibióticos en casos de aparición de resistencias debe basarse en la sensibilidad de las bacterias a estos mediante una determinación por cultivo bacteriano¹¹¹.

La antibioticoterapia en piel es muy eficaz, sobre todo en áreas superficiales localizadas en epidermis y dermis papilar. En zonas más profundas, como en el tejido subcutáneo, este tratamiento no resulta tan efectivo. Es importante que, al igual que los antibióticos vía oral, estos se deben utilizar por el menor tiempo posible, y solo si verdaderamente hay infección, pues su uso prolongado causa resistencia¹¹¹.

2.15 Tratamientos no farmacológicos

La DA, una patología cutánea crónica de origen multifactorial, puede beneficiarse enormemente de enfoques terapéuticos no farmacológicos, que ofrecen una alternativa integral y complementaria al tratamiento tradicional con medicamentos. Estas terapias se centran en el control de factores desencadenantes¹⁰⁹.

Estas medidas no farmacológicas son tan importantes como la farmacoterapia para que el paciente logre sobrellevar su enfermedad. Existen varias recomendaciones no invasivas que pueden mejorar la calidad de vida de un paciente con DA.

2.15.1 Fototerapia

La fototerapia es una opción terapéutica efectiva y bien establecida en el manejo de la DA, especialmente en aquellos casos en los que los tratamientos convencionales no logran un control adecuado de los síntomas. Este enfoque utiliza diferentes tipos de luz, como la ultravioleta A (UVA) o B (UVB), para modificar las respuestas inflamatorias y mejorar la función de la barrera cutánea, lo que contribuye a reducir la inflamación, la picazón y la sequedad de la piel. Este enfoque puede requerir un control cuidadoso, pues la exposición excesiva a la radiación ultravioleta puede tener efectos adversos en la piel⁹⁸.

En la fototerapia UVA, se utiliza luz de onda larga para penetrar en las capas más profundas de la piel, lo que la hace especialmente útil para tratar lesiones crónicas. Por otro lado, la fototerapia UVB se enfoca en la epidermis, siendo beneficiosa en el control de los brotes agudos. Es importante tener en cuenta que la dosis de radiación y la frecuencia de las sesiones de fototerapia deben adaptarse de manera individualizada a cada paciente para maximizar la eficacia y minimizar los riesgos potenciales⁹⁸.

Sin embargo, es fundamental reconocer que la fototerapia no es adecuada para todos los pacientes, y existen ciertas contraindicaciones, como la presencia de enfermedades fotosensibles o antecedentes de cáncer de piel. Además, la exposición prolongada o inadecuada a la luz ultravioleta puede tener efectos adversos, como el envejecimiento prematuro de la piel o un mayor riesgo de desarrollar cáncer cutáneo¹⁰⁴.

Para garantizar la seguridad y eficacia de la fototerapia, es esencial seguir pautas establecidas y protocolos específicos. La elección del tipo de fototerapia, la dosificación, la duración de las sesiones y el intervalo entre ellas dependerán de la gravedad de la DA y la respuesta individual del paciente. Asimismo, la combinación de fototerapia con otros tratamientos tópicos o sistémicos puede mejorar los resultados y optimizar la gestión de la enfermedad¹⁰⁴.

2.15.2 Terapia psicológica

El enfoque psicológico en el manejo de la DA brinda una opción complementaria y beneficiosa, ya que aborda los aspectos emocionales y psicológicos que pueden influir en el curso y la severidad de la enfermedad. La terapia psicológica se centra en el impacto que la DA puede tener en la calidad de vida del paciente, especialmente en relación con la ansiedad, el estrés y la depresión que pueden surgir debido a los síntomas crónicos y la apariencia física afectada¹¹⁰.

Dentro de la terapia psicológica, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha destacado como una estrategia efectiva en el manejo de la DA. La TCC busca identificar y modificar patrones de pensamiento negativos o distorsionados que pueden perpetuar el estrés y la angustia emocional relacionados con la enfermedad. Además, mencionan que ayuda al paciente a desarrollar habilidades de afrontamiento para manejar la picazón y las molestias físicas, así como para enfrentar situaciones sociales y emocionales desafiantes¹¹⁰.

Otro enfoque terapéutico útil es la terapia de apoyo, que proporciona un espacio seguro y comprensivo para que los pacientes expresen sus preocupaciones y emociones relacionadas con la DA. El terapeuta brinda empatía y comprensión, lo que puede aliviar la sensación de aislamiento y facilitar el proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad¹¹¹.

La relajación y la meditación son técnicas que también pueden incorporarse en la terapia psicológica para el manejo de la DA. Estas prácticas ayudan a reducir el estrés y la ansiedad, lo que puede tener un impacto positivo en la frecuencia y gravedad de los brotes¹¹¹.

La terapia psicológica no busca sustituir los tratamientos médicos convencionales, sino complementarlos para brindar un abordaje integral en el manejo de la DA. La colaboración entre el dermatólogo y el terapeuta es fundamental para coordinar el cuidado del paciente y asegurar una atención integral y efectiva¹¹⁰.

2.15.3 Ejercicio físico

Realizar alguna actividad física se ha convertido en una opción terapéutica prometedora en el manejo de la DA, ofreciendo beneficios significativos más allá del fortalecimiento cardiovascular y muscular. A pesar de que puede parecer contradictorio exponer la piel afectada a la sudoración y el roce, diversos estudios han demostrado que el ejercicio puede contribuir a mejorar la condición cutánea en pacientes con DA¹¹².

Por otro lado, realizar ejercicio favorece el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos, lo que puede tener un impacto positivo en la piel. Además, al liberar endorfinas, hormonas asociadas con la sensación de bienestar, el ejercicio puede ayudar a reducir el estrés, un factor desencadenante importante de los brotes de DA¹¹².

Es necesario tener en cuenta que el ejercicio debe realizarse con precaución y de manera gradual, especialmente en personas que presentan una DA activa o severa. La elección de la actividad física y la intensidad del ejercicio deben adaptarse a las necesidades y tolerancia individual de cada paciente. Es fundamental evitar actividades que puedan aumentar la irritación cutánea o causar traumatismos en la piel¹¹³.

De igual manera, el cuidado de la piel antes y después del ejercicio es esencial para prevenir la exacerbación de los síntomas. Se recomienda tomar una ducha rápida después del ejercicio y aplicar emolientes o humectantes adecuados, esto puede ayudar a proteger la barrera cutánea y evitar la sequedad¹¹³.

2.15.4 Alimentación

Se ha demostrado que la alimentación tiene un papel importante en el manejo de ciertos pacientes con DA, ya que los alimentos pueden influir en la inflamación y la respuesta inmunitaria del organismo. Si bien no existe una dieta que por sí sola cure la enfermedad, se ha observado que ciertos patrones alimenticios pueden mejorar los síntomas y reducir la frecuencia de los brotes¹¹⁴.

Los ácidos grasos omega-3 presentes en pescados grasos, como el salmón y la caballa, han sido objeto de estudios que sugieren sus efectos antiinflamatorios, lo que puede ser beneficioso en esta enfermedad. También se ha encontrado que las grasas monoinsaturadas, como las que se encuentran en el aceite de oliva y los aguacates, pueden ayudar a fortalecer la barrera cutánea y reducir la sequedad de la piel¹¹⁵.

Por otro lado, ciertos alimentos ricos en histamina, como quesos curados, embutidos y mariscos, podrían desencadenar respuestas inflamatorias y empeorar los síntomas en algunos individuos sensibles. Por tanto, indican que mantener un registro de los alimentos consumidos y sus efectos en la piel puede ser útil para identificar posibles desencadenantes alimentarios específicos en cada paciente¹¹⁵.

Se ha investigado la relación entre la microbiota intestinal y la DA, encontrándose que consumir alimentos ricos en fibra, como frutas, verduras y legumbres, puede fomentar un ambiente intestinal más saludable, lo que se ha asociado con una mejora en la función inmunitaria y una posible reducción en la gravedad de la enfermedad¹¹⁶.

De igual manera, es importante tener en cuenta que cada individuo puede reaccionar de manera diferente a ciertos alimentos, por lo que el enfoque dietético debe adaptarse en función de la respuesta individual de cada paciente¹¹⁶.

2.15.5 Hidratación

La hidratación interna mediante el consumo adecuado de agua es un aspecto que a menudo se pasa por alto en el manejo de la DA. A pesar de que la aplicación de emolientes y humectantes tópicos es esencial para tratar la sequedad y la irritación cutánea, la hidratación interna desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la salud de la piel. Una hidratación adecuada contribuye a mantener la función barrera de la piel,

reduciendo la pérdida transdérmica de agua y mejorando así la condición cutánea en pacientes con DA¹¹⁷.

La piel, como el órgano más grande del cuerpo, refleja directamente la hidratación general del organismo. Cuando el cuerpo no recibe suficiente agua, la piel tiende a volverse más seca y menos elástica, lo que puede exacerbar los síntomas de la DA. Mantener un nivel adecuado de hidratación interna puede ayudar a minimizar la sequedad y la irritación, aliviando así el malestar cutáneo¹¹⁸.

Además, la hidratación adecuada puede contribuir a mejorar la respuesta inmunológica. Una piel bien hidratada es menos susceptible a la penetración de alérgenos y otros irritantes, lo que puede ayudar a prevenir brotes y a reducir la inflamación¹¹⁷.

2.15.6 Exposición solar

La exposición solar puede tener un impacto significativo en el manejo de la dermatitis atópica. Por un lado, la radiación ultravioleta (UV) presente en la luz solar puede tener efectos tanto positivos como negativos en la piel de los pacientes con esta afección cutánea crónica¹¹⁷.

En el lado positivo, la luz solar puede mejorar los síntomas de la DA gracias a su capacidad para reducir la inflamación cutánea y estimular la producción de vitamina D en la piel. La vitamina D es esencial para la función inmunológica y la salud de la piel, por lo que su síntesis a través de la exposición solar puede tener beneficios terapéuticos en algunos casos¹¹⁷.

La exposición excesiva o desprotegida a la luz solar también puede tener efectos negativos. La radiación UV puede desencadenar brotes y empeorar la irritación en la piel, especialmente en personas con DA, además, el calor y la sudoración generados por la exposición solar pueden causar mayor sequedad y picazón, lo que, a su vez, puede provocar un rascado excesivo y empeorar los síntomas¹¹⁸.

Por otro lado, el uso de protector solar es indispensable para minimizar los riesgos asociados con la exposición solar en pacientes con DA. Los protectores solares de amplio espectro, que protegen contra los rayos UVA y UVB, deben ser aplicados generosamente y reaplicados cada dos horas, especialmente si hay exposición directa al sol¹¹⁷.

Se recomienda evitar la exposición solar en las horas de máxima intensidad, generalmente entre las 10 a.m. y las 4 p.m., cuando los rayos solares son más fuertes y pueden causar mayores daños a la piel. En cambio, se pueden buscar momentos más tempranos o tardíos del día para disfrutar de la luz solar de manera más segura¹¹⁸.

2.15.7 Higiene personal

La elección de los productos de limpieza es esencial para pacientes con DA, se deben preferir productos suaves y libres de fragancias, ya que los ingredientes potencialmente irritantes pueden agravar los síntomas. Los jabones con pH neutro y los limpiadores sin detergentes son opciones recomendadas para limpiar la piel sin alterar su equilibrio natural¹¹⁸.

Además, resulta beneficioso evitar el uso de esponjas o cepillos ásperos, ya que pueden provocar irritación y daño en la piel. Se pueden utilizar paños suaves y técnicas de limpieza delicadas para evitar la fricción excesiva en las áreas afectadas¹¹⁹.

El tiempo y la frecuencia de los baños también deben ser considerados, los baños con agua tibia son preferibles a los baños con agua caliente, ya que el agua caliente puede eliminar los aceites naturales de la piel y empeorar la sequedad. Los baños cortos y menos frecuentes pueden ser más favorables que los baños largos y diarios, especialmente en pacientes con piel muy seca¹¹⁸.

Se recomienda después del baño secar la piel con palmaditas suaves, en lugar de frotar, para evitar la irritación adicional, también se sugiere aplicar una crema hidratante o un

emoliente inmediatamente después del baño para ayudar a atrapar la humedad en la piel y evitar la pérdida de agua, lo que es esencial para mantener la barrera cutánea¹¹³.

También, el cuidado de las uñas es esencial en el manejo de la DA, ya que el rascado compulsivo puede dañar la piel y desencadenar brotes. Mantener las uñas cortas y limpias puede disminuir el riesgo de lesiones cutáneas y prevenir infecciones secundarias¹¹³.

2.15.8 Ropa

La elección adecuada de la ropa es un aspecto que no se debe dejar por fuera en el manejo de la DA, ya que ciertos materiales y estilos pueden influir en la irritación y la sequedad de la piel. Recomiendan optar por telas suaves y transpirables, como algodón y seda, esto puede ayudar a minimizar la fricción y reducir el riesgo de irritación en la piel afectada¹¹⁹.

Por otro lado, se recomienda evitar el uso de telas sintéticas o ásperas, ya que pueden atrapar la humedad y el calor en la piel, favoreciendo la sudoración y empeorando la picazón y el enrojecimiento¹²⁰.

Asimismo, es fundamental evitar el uso de ropa ajustada o con costuras prominentes, ya que pueden causar irritación y daño en la piel, especialmente en áreas sensibles o con brotes activos. Optar por prendas holgadas y de diseño sin costuras puede proporcionar mayor comodidad y reducir la fricción en la piel¹²⁰.

Cazón et al.¹¹⁸ mencionan la importancia que tiene lavar adecuadamente la ropa. Se recomienda utilizar detergentes sin fragancias ni colorantes, para evitar la exposición a sustancias irritantes. Además, enjuagar bien la ropa para eliminar cualquier residuo de detergente y evitar su contacto directo con la piel¹¹⁹.

2.15.9 Vendajes oclusivos

Los vendajes oclusivos han sido ampliamente utilizados en el manejo de la DA debido a su capacidad para mejorar la hidratación y la penetración de los medicamentos tópicos en la piel. Estos vendajes, que generalmente se realizan con gasas o apósitos cubiertos con una capa adicional de material impermeable, crean un ambiente cálido y húmedo en la piel, lo que puede ayudar a reducir la sequedad y la picazón¹²⁰.

Las envolturas húmedas son intervenciones seguras a corto plazo. Además, comentan que son más eficaces cuando se usan junto con esteroides tópicos. Los beneficios de la oclusión incluyen enfriamiento de la piel, protección física contra el rascado, mejor hidratación de la piel y mayor penetración de la medicación tópica¹¹⁹.

Al adoptar un enfoque integral y personalizado en el manejo de la dermatitis atópica, los vendajes oclusivos pueden convertirse en una herramienta efectiva y segura para mejorar la salud y el bienestar de la piel en pacientes con esta compleja afección cutánea¹²⁰.

2.15.10 Educación al paciente

La educación del paciente es fundamental en el manejo de enfermedades crónicas al proporcionar información detallada y comprensible sobre la enfermedad, sus factores desencadenantes y los enfoques de tratamiento disponibles son esenciales para empoderar al paciente y fomentar la autogestión responsable de su condición¹¹⁹.

Al comprender los desencadenantes y factores agravantes de la DA, el paciente puede tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida, evitando situaciones o sustancias que puedan desencadenar brotes. La educación sobre la importancia de una buena higiene personal, el uso adecuado de productos de cuidado de la piel y el reconocimiento de signos tempranos de brotes puede ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente¹¹⁹.

La DA requiere adherencia a largo plazo. La carga es especialmente pesada porque los medicamentos tópicos son difíciles de aplicar y requieren más tiempo y esfuerzo que simplemente tomar una pastilla, es por esto que la adherencia al tratamiento en la DA es más compleja que en muchas otras condiciones. La fuerza de la relación y la comunicación abierta entre el profesional de la salud y el paciente es fundamental para mejorar y mantener la adherencia a lo largo de lo que pueden ser años de diferentes tratamientos y el curso de la enfermedad. Los profesionales en salud pueden mejorar los resultados de los pacientes al mejorar la adherencia a los regímenes de tratamiento a través de métodos educativos, seguimiento farmacológico y una mejor comunicación con los pacientes y sus cuidadores¹²⁰.

La adherencia al tratamiento es un aspecto clave en el manejo de la DA y la educación desempeña un papel importante en este sentido. Al comprender los beneficios y posibles efectos secundarios de los medicamentos y tratamientos recomendados, el paciente está más dispuesto a seguir las indicaciones médicas y a mantener una rutina de tratamiento consistente, lo que puede conducir a una mejor gestión de la enfermedad a largo plazo¹²⁰.

Además, la educación del paciente sobre los diferentes tipos de tratamientos disponibles, incluidas las opciones farmacológicas y no farmacológicas, permite una toma de decisiones compartida entre el paciente y el profesional de la salud, esto facilita la elección de un enfoque terapéutico que se adapte a las necesidades y preferencias del paciente, mejorando así la satisfacción y la adherencia al tratamiento¹²⁰.

Cuando el paciente logra entender que la enfermedad es crónica pero manejable, este puede experimentar una mayor sensación de control y reducir la ansiedad o el estrés asociado con la incertidumbre de la enfermedad. Además, a través de la educación y la concientización, el paciente puede participar activamente en su cuidado, lo que puede conducir a una mejora en la autogestión y, en última instancia, a un mejor control de la enfermedad¹¹⁹.

2.16 Guía Clínica

Las guías clínicas son documentos sistemáticos que resumen la evidencia científica disponible para proporcionar recomendaciones prácticas y útiles para la atención médica en una enfermedad o condición específica. Estas guías son desarrolladas por grupos de expertos en el campo, que revisan la literatura científica disponible y la sintetizan en un conjunto de recomendaciones para la atención médica¹²¹.

Se define una guía clínica como una herramienta que ofrece una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada y disponible para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones bien informadas sobre el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con diversas afecciones médicas. Estas herramientas están diseñadas para aplicarse en entornos médicos específicos y se deben de actualizar periódicamente cuando se desarrollan nuevas investigaciones y opciones de tratamientos¹²².

Las guías clínicas son una herramienta importante para los profesionales de la salud, ya que proporcionan una base sólida para la toma de decisiones clínicas y mejoran la calidad de la atención médica mediante el uso de pautas clínicas, que estas, a su vez, pueden estandarizar las prácticas clínicas en varias organizaciones de salud¹²¹.

Son de gran ayuda que proporcionan una fuente de información fiable y actualizada para los profesionales de la salud. Muchas veces, la literatura científica es extensa y compleja, como consecuencia, dificulta la revisión y la síntesis de las recomendaciones para la atención clínica. Las guías clínicas resumen la evidencia disponible en un formato resumido y fácil de entender, lo que facilita su aplicación en la práctica clínica¹²².

El implemento del uso de las guías clínicas mejora la calidad de la atención médica, al proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia científica, las guías clínicas ayudan a los profesionales de la salud a tomar decisiones clínicas informadas y a proporcionar atención médica de alta calidad. Además, este tipo de herramienta puede

reducir la variabilidad en la atención médica, lo que puede conllevar a una mejoría en la eficiencia y la efectividad de esta misma¹²³.

Otra ventaja es que se pueden reducir los costos de la atención médica, ya que, de acuerdo con los autores, las guías clínicas pueden reducir la necesidad de realizar pruebas y tratamientos innecesarios. Destacan que el uso de esta herramienta puede mejorar la eficiencia de la atención médica al proporcionar orientación sobre el uso adecuado de los recursos¹²⁴.

El uso de guías clínicas puede mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes; el utilizar recomendaciones claras consigue ayudar a los pacientes a comprender mejor su condición y las opciones de tratamiento disponibles, esto puede conllevar a mejorar la satisfacción del paciente, la adherencia a su tratamiento y por consecuencia una mejor calidad de vida¹²⁴.

El uso de las guías clínicas puede mejorar la seguridad del paciente, esto debido a pueden reducir la posibilidad de errores médicos y por consiguiente mejorar la seguridad del paciente. Además, pueden proporcionar orientación sobre cómo prevenir y manejar los efectos secundarios y las complicaciones de los tratamientos médicos¹²¹.

Es importante motivar a los profesionales de la salud a que utilicen este tipo de herramientas en su práctica clínica para mejorar la atención médica y proporcionar una atención de alta calidad y basada en la evidencia¹²².

CAPÍTULO III-MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo, que actúa como el soporte de este estudio, dirige la investigación hacia la obtención de metas específicas y la fabricación de resultados sólidos. En este apartado, se establecen las pautas que dirigen hacia la adquisición de un conocimiento detallado y sistemático del problema en cuestión. Empleando una combinación de enfoques rigurosos y la elección cuidadosa de técnicas adecuadas, se lleva a cabo un proceso de investigación cuyo propósito no solo radica en esclarecer las claves y relaciones subyacentes, sino también en establecer las bases para una interpretación contextualmente enriquecedora. De esta manera, el marco metodológico asegura la coherencia interna y la validez externa del estudio, garantizando que cada paso dado en la recolección, análisis y presentación de datos siga un camino preestablecido, respaldado por criterios académicos sólidos¹²⁵.

3.1 Tipo de investigación

El trabajo realizado presenta un tipo de diseño de investigación básica con alcance descriptivo, el cual busca especificar las propiedades, características, perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, ya que se aproxima a un aspecto de la realidad social. Por los datos anteriores, la presente investigación cumple con este diseño, pues se caracteriza por una situación concreta indicando sus rasgos, se limita a describir el fenómeno, en este caso la dermatitis atópica y características más importantes de un problema de salud en una población en específico¹²⁵.

La investigación básica con un enfoque descriptivo representa un elemento esencial en el ámbito científico. Este método se caracteriza por su enfoque metódico y detallado para describir, clasificar y analizar fenómenos en su estado natural, sin alterar su entorno. Este enfoque se especifica en la observación rigurosa y sistemática de variables y sus componentes, con el objetivo principal de crear una representación precisa y completa del objeto de estudio. A través de la recopilación y análisis de datos basados en la evidencia empírica, la investigación descriptiva aporta una base sólida de información

que no solo logra generar un mayor entendimiento del tema, sino que también da origen a nuevas interrogantes e hipótesis que pueden llegar a generar investigaciones futuras¹²⁵.

Dentro del contexto de la investigación científica, la investigación básica con un alcance descriptivo se establece como un punto de partida esencial en el proceso de creación de conocimiento. Esta metodología se centra en la documentación y clasificación de las propiedades y características del fenómeno bajo análisis. A través de la recopilación de datos de forma sistemática, la investigación descriptiva se esfuerza por capturar una representación precisa de la realidad, sin pretender una interpretación profunda en esta etapa. Este enfoque no solo sirve para obtener las bases para futuras investigaciones, sino que también desempeña un papel fundamental en la construcción del conocimiento científico¹²⁶.

Esta forma de investigación podría parecer una detallada recopilación de datos, no obstante, es un elemento esencial en el camino de cualquier estudio. Al sistematizar la información, analizar tendencias y obtener características, se establece una base de datos que enriquece tanto la comprensión fundamental de un fenómeno como la generación de nuevas suposiciones. Este enfoque se vuelve particularmente valioso al enfrentar fenómenos poco explorados o al buscar obtener una representación objetiva y precisa de la realidad ¹²⁶.

Por otro lado, el presente trabajo de investigación se ha desarrollado con base en un enfoque de tipo cualitativo, pues no requiere valores numéricos, y es un método en el cual se utilizan principios teóricos, estudios, descripciones, recolectando información de revisiones bibliográficas, artículos científicos, revistas, libros y páginas de internet, los cuales se limiten a hablar sobre DA tomando en cuenta un diseño de investigación flexible, con el propósito de tener resultados confiables y respuestas abiertas para la interpretación de esos resultados.

La investigación cualitativa es aquella que utiliza, preferente o exclusivamente, información de tipo cualitativo y cuyo análisis se dirige a lograr descripciones detalladas

de los fenómenos estudiados de técnicas como entrevistas, observación participante y análisis de contenido. Este enfoque metodológico pretende comprender y explorar la complejidad de los fenómenos relacionados con los seres humanos desde una perspectiva integral y contextual. En contraposición a los métodos cuantitativos, que se enfocan en la medición y el análisis de datos numéricos, el enfoque cualitativo se concentra en la interpretación profunda de las experiencias, perspectivas y significados atribuidos por las personas involucradas en el estudio. Este método adopta una visión constructivista que reconoce que la realidad es subjetiva y moldeada por el contexto social. Utiliza diferentes técnicas como por ejemplo entrevistas, observación participante y análisis de contenido¹²⁶.

Este enfoque se centra en explorar preguntas abiertas y descubrir patrones y temas que surgen de manera natural. Los investigadores que utilizan el enfoque cualitativo interactúan con los participantes y buscan capturar el contexto en el que se desarrollan los fenómenos. La principal característica de este método es la flexibilidad, lo cual permite a los investigadores adaptarse a los cambios del estudio y explorar nuevas direcciones a medida que surgen nuevas ideas. Tiene como objetivo profundizar en la comprensión de los procesos fundamentales, las dinámicas sociales y las perspectivas individuales, con el propósito de generar conocimiento que enriquezca el contexto en el que se desenvuelve la investigación¹²⁴.

En la investigación cualitativa, se le otorga un alto valor a la interpretación y al significado. Los investigadores cualitativos no buscan generalizar los resultados de la misma manera que en los enfoques cuantitativos, sino que busca brindar una comprensión detallada del tema de estudio. Para lograrlo, utilizan técnicas como el análisis temático, que consiste en identificar patrones recurrentes en los datos, y el análisis narrativo, que se enfoca en las historias y vivencias compartidas por los participantes. El rigor y la validez en la investigación cualitativa se alcanzan mediante la triangulación, que implica combinar diversas fuentes de datos y métodos para construir una representación completa y precisa de la realidad investigada¹²⁶.

3.2 Fuentes de información

La efectividad de llevar a cabo una investigación exitosa se basa en su robustez, la cual se nutre de una variedad de fuentes de información que se combinan para crear una base de datos de diferentes tipos de conocimiento. La calidad de cualquier investigación está ligada a la selección cuidadosa y al análisis crítico de estas fuentes. La decisión de incorporar datos de diferentes tipos de fuentes aumenta la confiabilidad y la validez de la investigación, pues permite comparar y verificar la información recopilada. Para ello, es esencial que los investigadores sean capaces de evaluar la autoridad, el contexto y la relevancia de cada fuente para asegurarse de que su trabajo se construya sobre una base sólida y confiable¹²⁶.

Las fuentes primarias se consideran la base fundamental de una investigación, representando datos originales y no filtrados, como entrevistas, encuestas y observaciones. Estas fuentes proporcionan una perspectiva cercana y genuina del tema de estudio, brindando un gran aporte a la investigación. Al sumergirse directamente en el ámbito de investigación, el investigador logra capturar la esencia del fenómeno examinado, lo cual enriquece la base de la investigación y la hace confiable y sólida¹²⁷.

Las fuentes secundarias, por otro lado, son consideradas como una extensión y ampliación del conocimiento recopilado de las fuentes primarias. Estas comprenden análisis, interpretaciones y resúmenes realizados por otros investigadores, proporcionando un contexto y perspectivas adicionales que complementan y enriquecen la investigación. Los libros, artículos académicos y revisiones sistemáticas son ejemplos de fuentes secundarias. Este tipo de fuentes permite a los investigadores poner su trabajo en el contexto de un panorama más amplio. Este proceso de incorporación de diversas perspectivas enriquece la investigación al posicionarla dentro de un discurso académico y al combinarla con argumentos respaldados por investigaciones anteriores¹²⁷.

Por otro lado, las fuentes terciarias aportan un componente adicional al proceso de investigación. Estas fuentes proporcionan herramientas y recursos que facilitan el acceso a la información. Entre ellas, se incluyen índices, bases de datos y enciclopedias, que dirigen a los investigadores hacia una amplia variedad de datos relacionados al tema de investigación. Estas fuentes no solo brindan una visión general de los temas, sino que también permiten una búsqueda organizada y eficaz de fuentes primarias y secundarias. Dado que las fuentes terciarias funcionan como recursos de referencia que estructuran y categorizan la información, resultan importantes para los investigadores, al guiar sus búsquedas hacia áreas de interés y relevancia¹²⁷.

En conclusión, la combinación de estas fuentes aporta una amplia gama de perspectivas y datos que elevan la calidad de la investigación. Las fuentes primarias establecen un vínculo directo con la realidad bajo estudio, las fuentes secundarias aportan contexto y enriquecimiento y las fuentes terciarias sirven como guía para encontrar la información disponible. El investigador debe saber cuándo y cómo emplear cada tipo de fuente, garantizando que el resultado de la investigación sea coherente, respaldado y actualizado. El equilibrio entre estas fuentes convierte la investigación en una valiosa contribución al conocimiento científico y académico¹²⁶.

Para realizar este trabajo, se procedió a realizar una búsqueda en documentos relacionados con DA. Como fuentes primarias, se utilizaron entrevistas a profesionales colegiados en el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica que actualmente estén a cargo de la regencia en una farmacia privada en la provincia de San José durante el período de agosto a octubre del 2023, con su debido consentimiento. La entrevista se realiza con carácter investigativo y se enfoca en recolectar datos y obtener información sobre el abordaje farmacéutico del profesional en farmacia comunitaria; además, mediante este instrumento, se responden las variables establecidas en los objetivos. En cuanto a las fuentes secundarias, se tomaron en cuenta tesis, libros y revisiones bibliográficas. También se tomaron en cuenta artículos científicos disponibles en internet, tomados de bases de datos como PudMed, Scielo, Elsevier, Medline, Google académico y Redalyc.

3.3 Criterios de búsqueda de la información

La elaboración del criterio de búsqueda en una investigación cualitativa es un proceso que exige precisión y profundidad, este proceso se lleva a cabo mediante la relación entre la curiosidad científica y una estrategia meticulosa para recopilar datos. Para definir estos criterios es esencial definir los límites y el alcance de la investigación, la formulación de este criterio requiere una investigación exhaustiva en la literatura previa existente¹²⁷.

En el contexto de una investigación cualitativa, la selección de fuentes y participantes adquiere una relevancia especial, ya que el objetivo es lograr recolectar diversas experiencias y perspectivas individuales. El investigador debe establecer un conjunto de parámetros que guíen la búsqueda y respeten el proceso de investigación¹²⁸.

Tabla 10. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo

Objetivo	Descripción	Motor de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.	Pacientes con dermatitis atópica Síntomas de dermatitis atópica	Google académico Pubmed Elsevier Medline	2013-2023	Español/Ingles
Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.	Tratamiento farmacológico Farmacéutico de comunidad Abordaje farmacéutico Atención farmacéutica integral	Google académico Pubmed Elsevier Medline	2013-2023	Español/Ingles

Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general	Control dermatitis atópica Cuidados dermatitis atópica Mantenimiento dermatitis atópica	Google académico Pubmed Elsevier Medline	2013-2023	Español/Ingles
---	---	---	-----------	----------------

Fuente: Elaboración propia, 2023.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión en una investigación cualitativa se convierten en filtros y límites que buscan lograr una investigación precisa y concisa. La determinación y justificación de estos criterios dependen del objetivo que tenga el investigador con su tema de estudio. En los criterios de inclusión, pueden considerarse factores como la experiencia previa, el contexto cultural y la relevancia en relación con el tema de investigación; estos trabajan de la mano con los criterios de exclusión, que pueden implicar aspectos como posibles prejuicios o incompatibilidad temática. Estos criterios se combinan para formar una muestra de información que no solo respalda la validez de la investigación, sino que también favorece la comprensión del tema en estudio¹²⁶.

El proceso de establecer criterios de inclusión y exclusión en una investigación cualitativa implica encontrar un equilibrio entre garantizar que la muestra sea auténtica y manejable para el investigador. Este debe tener la habilidad de administrar y analizar los datos obtenidos. Es esencial comprender que cada criterio desempeña un papel en la elaboración del trabajo investigativo y que la elección de quienes formarán parte de la

investigación tendrá un impacto directo en la profundidad, autenticidad y representatividad de los resultados finales¹²⁷.

Para este trabajo, se incluyeron artículos científicos, libros y guías internacionales sobre el manejo, diagnóstico, tratamiento y síntomas de pacientes con DA. Se utilizaron fuentes que presentaran bases científicas en idioma inglés y español. Además, se garantizó que la información fuera actualizada y reciente, seleccionando fuentes de información de no más de diez años de antigüedad. De la misma forma, las orientaciones de los artículos son dadas a conocer sobre la piel, estudios sobre la DA y el tratamiento utilizado.

Se excluyeron fuentes de información que abordaran un manejo general de pacientes con enfermedades dermatológicas inflamatorias; además, se excluyeron todos aquellos artículos que hablaran de otras enfermedades de la piel, que no estuvieran relacionados con la DA. No se consideraron artículos en otro idioma que no fuera inglés ni español. Se descartaron todos los artículos científicos de más de diez años de publicados.

3.5 Proceso de selección de la información

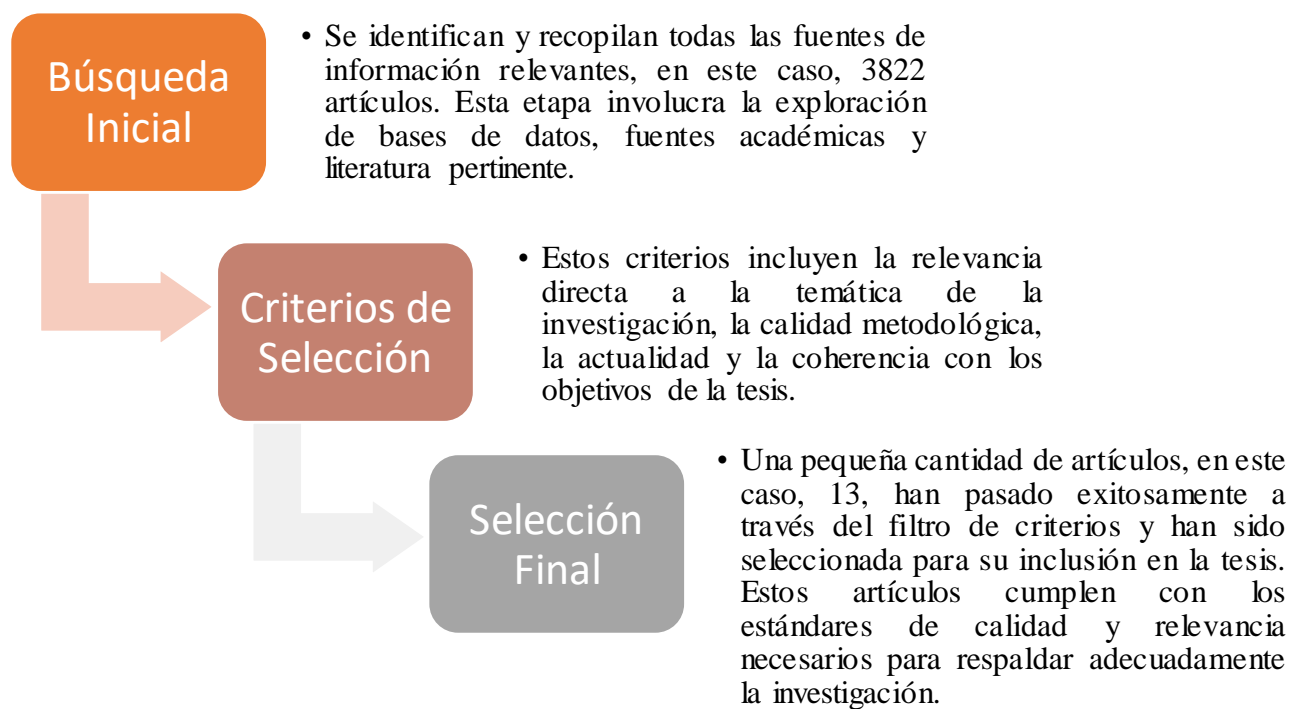
El proceso de selección de la información se considera un componente esencial en la elaboración de una investigación. Esta etapa tiene un papel fundamental en la robustez y credibilidad de una tesis. La selección de información no consiste solamente en recolectar una gran cantidad de información, sino en la calidad y relevancia de estos datos seleccionados¹²⁸.

En dirección hacia la relevancia temática, la metodológica y la coherencia con los objetivos de investigación, los investigadores exploran diversas fuentes y la evalúan de manera crítica cada fuente hallada. En este enfoque, la selección de información ayuda al investigador a elaborar un trabajo investigativo respaldado por una base sólida de evidencia científica¹²⁸.

Cada artículo, ensayo o fuente consultada se convierte en un fragmento de información que conformará el trabajo final de investigación. En una época donde la cantidad de información es exagerada, la selección precisa y estratégica de estos criterios se convierte en una herramienta necesaria para la efectiva captura de las fuentes relevantes. En la elaboración de una tesis, estos criterios sirven como guías hacia la recopilación y elección de información de alta calidad¹²⁶.

Dentro de este proceso se incluyen actividades como la elección de palabras clave, la definición de fuentes y la selección de bases de datos; cada una de estas etapas se convierte en un paso de suma importancia. El investigador debe saber elegir lo relevante de lo irrelevante. De esta manera, los criterios de búsqueda se encargan de asegurar que cada descubrimiento y cada dato se integren en el trabajo de investigación¹²⁶.

Figura 7. Diagrama del proceso de selección de la información



Fuente: Elaboración propia 2023.

El proceso de selección de información para esta investigación se ha llevado a cabo con un enfoque meticuloso y riguroso. Inicialmente, se identificaron un total de 3822 artículos relacionados con la DA a través de una exhaustiva búsqueda en bases de datos y fuentes académicas. Posteriormente, cada uno de estos artículos fue evaluado con detenimiento en función de criterios de selección predefinidos, que incluían la pertinencia directa a la investigación, la calidad metodológica, la coherencia con los objetivos y la actualidad de los datos. Como resultado de este proceso de evaluación, se seleccionaron finalmente 13 artículos que se destacaron por cumplir con los estándares más elevados de calidad y relevancia. Estos artículos constituyen la base sólida sobre la cual se erige la investigación, asegurando la fiabilidad y validez de los hallazgos que informarán el desarrollo de la tesis.

3.6 Clasificación de la información según el nivel de evidencia

Dentro del ámbito de la investigación científica, la clasificación de la información según su nivel de evidencia se considera como un proceso esencial que clasifica las fuentes de información disponibles en función de su fiabilidad. Es una jerarquización que ayuda a los investigadores a valorar la solidez y credibilidad de las fuentes y la información recolectada. La selección cuidadosa de información respaldada por un nivel de evidencia específico le brinda a la investigación mayor credibilidad. Desde las fuentes primarias que incluyen observaciones y experimentos, hasta los análisis sistemáticos de investigaciones secundarias y revisiones bibliográficas, estos niveles de evidencia funcionan como el filtro para que el investigador pueda reconocer y seleccionar la información con mayor respaldo científico y, por ende, la más confiable para poder ser utilizada en su trabajo de investigación¹²⁶.

Según los niveles de evidencia propuestos por el epidemiólogo David Sackett se considera como una guía esencial en el proceso de construcción de conocimiento científico. Este enfoque, conocido como una pirámide de evidencia, intrínsecamente responde a la necesidad de discriminar entre la abundancia de información disponible.

Esta clasificación posee una importancia fundamental, ya que guía al investigador en la identificación y selección de fuentes que sostienen su investigación¹²⁷.

En la información recopilada hay 13 artículos, todos relacionados con DA, prevalencia de DA en adultos, estilo de vida de personas con DA, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la DA, farmacia de comunidad y abordaje farmacéutico. En el Anexo 1, se detallan los artículos que fueron revisados para dar sustento a este estudio y en la Tabla 11, se observa la cantidad de artículos utilizados según tipo de estudio y nivel de evidencia.

Tabla 11. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Meta-análisis	3	3	23
2	Revisión sistemática	1	1	8
4	Estudio transversal	0	7	54
	Estudio epidemiológico	2		
	Estudio de enfoque cualitativo	5		
	Estudio experimental longitudinal prospectivo	0		
5	Revisión bibliográfica	2	2	15
Total	13	13	100%

Fuente: elaboración propia, 2023.

CAPÍTULO IV-ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo, se presenta la información recopilada durante el transcurso de la investigación, con el propósito de abordar de manera integral cada uno de los objetivos específicos que se han planteado. La elaboración de este capítulo requirió la implementación de una entrevista a diferentes regentes farmacéuticos de la cadena de farmacias SABA ubicadas en San José.

Los resultados e información que se muestran fueron divididos en tres diferentes partes, la primera, responde al primer objetivo específico, el cual, a su vez, se divide en dos partes; las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes. La segunda parte responde al segundo objetivo específico de la investigación, de tal forma que su alcance es explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con dermatitis atópica y su seguimiento farmacoterapéutico. Finalmente, la tercera parte consta de la propuesta de elaboración de una guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general.

4.1 Objetivo específico 1: Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.

El propósito de este apartado consiste en examinar y describir detalladamente las propiedades esenciales de la dermatitis atópica, así como su impacto en la salud de las personas afectadas. Este objetivo busca proporcionar una comprensión profunda y detallada de los aspectos fundamentales de esta patología cutánea, incluyendo sus manifestaciones clínicas, causas subyacentes, factores desencadenantes, evolución típica y, en particular, cómo afecta la calidad de vida y la salud de los pacientes que la padecen. La finalidad principal es obtener una visión completa y contextual de la dermatitis atópica, lo que contribuirá al avance del conocimiento en este campo y a una atención farmacéutica más efectiva para quienes la sufren. Para lograr dar respuesta a este primer objetivo fue necesario realizar un estudio exhaustivo de artículos científicos.

4.1.1 Características generales de la dermatitis atópica

La DA, también conocida como eccema atópico, es una enfermedad crónica de la piel que afecta tanto a niños como a adultos. Se caracteriza por la presencia de una picazón intensa, enrojecimiento, piel seca, descamación y la formación de lesiones en la piel. Estas lesiones pueden variar desde áreas rojas e inflamadas hasta lesiones con costras y ampollas, y a menudo están sujetas a rascado debido a la incomodidad que causan.

La DA se reconoce como una condición sistémica debido a su capacidad para afectar simultáneamente otros órganos del cuerpo. Se trata de una de las enfermedades crónicas no transmitibles más comunes en la población humana, con estimaciones que sugieren que entre un 14% y un 24% de la población la experimenta. Este porcentaje supera la prevalencia de otras enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus tipo 2.

A nivel fisiopatológico, esta afección se asocia con una respuesta inmunológica alterada y una barrera cutánea defectuosa. La barrera cutánea se compone de una matriz de lípidos y proteínas que mantienen la hidratación y protegen contra alérgenos y microorganismos. En la DA, esta barrera se ve comprometida, lo cual conduce a la pérdida de humedad y la entrada de alérgenos y patógenos.

La causa de la DA no se comprende completamente, pero se cree que involucra una combinación de factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Existe una predisposición genética para desarrollar esta afección, y se ha identificado una disfunción en la barrera cutánea que permite la pérdida de humedad y la entrada de alérgenos e irritantes. El sistema inmunológico también se involucra en esta patología, ya que las personas con DA tienen una respuesta inmunitaria anormal ante ciertos estímulos.

A nivel microscópico, se observa un estado de inflamación crónica en la piel, caracterizado por la infiltración de células del sistema inmunológico, en particular, los

eosinófilos y los linfocitos T. Esta inflamación es la responsable de los síntomas característicos de enrojecimiento y picor. El escozor es una manifestación importante y característica de la DA, esta puede llegar a ser intolerable e incómoda para los pacientes. Además del picor, los pacientes pueden desarrollar lesiones cutáneas como resultado del constante rascado, lo que puede producir áreas con costras, ampollas y engrosamiento de la piel, a esto se le conoce como liquenificación.

La DA suele manifestarse en la infancia, pero puede persistir en la edad adulta y puede afectar diferentes áreas del cuerpo según la edad. En los lactantes, a menudo se manifiesta en el cuero cabelludo y el rostro, mientras que, en niños mayores y adultos, tiende a afectar pliegues cutáneos como detrás de los codos y rodillas. A lo largo de la vida de la persona, tiende a presentar brotes y remisiones, con exacerbaciones de los síntomas seguidas de períodos de mejora.

Figura 8. Ciclo atópico, evolución típica de la DA



Fuente: Elaboración propia con base a la referencia¹²⁹.

En cuanto a los factores desencadenantes de la enfermedad, varios de estos agentes, como alérgenos ambientales, cambios climáticos, irritantes químicos, estrés emocional e infecciones cutáneas, pueden contribuir a la aparición de brotes de DA. La comprensión y el manejo de estos factores son fundamentales para controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad cutánea crónica. En la tabla 12, se explican con mayor detalle cada uno de ellos.

Tabla 12. Ejemplos de factores desencadenantes de la DA

Factor desencadenante	Descripción	Explicación
Alérgenos Ambientales	Los alérgenos ambientales, como el polen, los ácaros del polvo, el pelo de mascotas y los hongos, son factores desencadenantes comunes de la DA. Estos alérgenos pueden desencadenar respuestas inmunológicas exageradas en la piel de personas susceptibles.	Cuando la piel entra en contacto con alérgenos ambientales a los que el individuo es susceptible, se desencadena una respuesta inflamatoria. En personas con DA, esta respuesta es más intensa, lo que conduce a la picazón, el enrojecimiento y la inflamación particulares de la enfermedad. Evitar la exposición a estos alérgenos puede ayudar a prevenir brotes.
Cambios Climáticos	Los cambios climáticos, como el clima frío y seco en invierno o el calor y la humedad en verano, pueden afectar la piel de las personas con DA.	El clima frío y seco tiende a reseca la piel, lo que puede agravar la sequedad y la picazón. Por otro lado, el calor y la humedad pueden causar sudoración excesiva, lo que también puede desencadenar brotes. Es importante que las personas con DA protejan su piel

		según las condiciones climáticas.
Irritantes Químicos	Productos para el cuidado de la piel que contienen fragancias, conservantes, colorantes y otros químicos pueden ser irritantes para la piel de quienes padecen DA.	Los químicos presentes en jabones, lociones, detergentes y productos cosméticos pueden dañar la barrera cutánea y provocar inflamación. Se recomienda el uso de productos hipoalergénicos y sin fragancia para reducir el riesgo de irritación.
Estrés Emocional	El estrés emocional y las emociones intensas pueden influir en la gravedad de los síntomas de la DA.	El estrés puede desencadenar brotes de picor y llevar al rascado, lo que empeora la inflamación y puede causar lesiones en la piel. La gestión del estrés y el apoyo emocional son importantes en el manejo de la enfermedad.
Infecciones Cutáneas	Las infecciones bacterianas o virales de la piel, como el impétigo o el herpes, pueden exacerbar los síntomas de la DA.	La piel dañada por la DA es más susceptible a las infecciones. Cuando se produce una infección, los síntomas de la enfermedad pueden empeorar significativamente. El tratamiento oportuno de las infecciones es esencial.
Contacto con Alérgenos Específicos	La DA está relacionada con alergias a alérgenos específicos, que pueden incluir alimentos como leche, huevos, maní, tomate, trigo, soja y pescado.	En algunas personas con DA, ciertos alimentos pueden desencadenar brotes o empeorar los síntomas. Esto se debe a una reacción alérgica que desencadena una respuesta inflamatoria en la piel. Identificar y evitar estos alimentos es esencial

		para controlar la enfermedad en estos pacientes.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia¹³⁰.

Con respecto a el tratamiento de la DA, este se centra en aliviar los síntomas y prevenir los brotes. Esto incluye mantener la piel bien hidratada, así como el uso de algunos fármacos que ayuden a disminuir la inflamación. En casos más graves o resistentes al tratamiento convencional, se pueden utilizar inmunomoduladores tópicos o terapia biológica bajo supervisión médica.

4.1.2 Efectos de la dermatitis atópica sobre la salud de los pacientes

Los efectos de la dermatitis atópica en la salud de los pacientes son multifacéticos y significativos. Comprender estos efectos es fundamental para proporcionar un cuidado completo y mejorar la calidad de vida de quienes viven con esta enfermedad crónica. En la tabla 13 se explican algunos de ellos.

Tabla 13. Resumen de los efectos de la DA en la salud de las personas

Efecto	Descripción	Explicación
Impacto cutáneo	La DA causa lesiones en la piel, incluyendo enrojecimiento, sequedad, descamación y ampollas.	Estos síntomas pueden causar incomodidad extrema, picazón intensa y dolor, lo que afecta la calidad de vida del paciente. Además, las lesiones cutáneas pueden predisponer a infecciones secundarias.
Problemas de sueño	La picazón y la incomodidad cutánea pueden interferir	La falta de sueño adecuado puede tener un impacto negativo en la

	con el sueño, causando insomnio.	concentración, la función cognitiva y el bienestar general del paciente.
Impacto psicológico y emocional	La DA puede afectar la salud mental, causando estrés, ansiedad y depresión.	La visibilidad de las lesiones cutáneas y la picazón constante pueden afectar la autoestima y la confianza en sí mismo del paciente, además de crear desafíos emocionales significativos.
Limitaciones en las actividades diarias	La enfermedad puede limitar la participación en actividades diarias, como el trabajo y el ejercicio.	La incomodidad y el dolor pueden hacer que las actividades normales sean difíciles de realizar, lo que afecta la calidad de vida y la independencia del paciente.
Riesgo de infecciones	La piel dañada es más susceptible a las infecciones bacterianas y virales.	Los pacientes con DA tienen un mayor riesgo de infecciones cutáneas recurrentes, lo que puede requerir tratamiento con antibióticos o antivirales.
Impacto en la vida social	La enfermedad puede limitar la participación en actividades sociales y recreativas.	La incomodidad y la aparición visible de la DA pueden llevar al aislamiento social y dificultar las relaciones personales y sociales.

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia¹³¹.

Como se observa en la tabla 13, la DA afecta profundamente la salud de los pacientes en múltiples aspectos, incluyendo el aspecto físico, emocional y social. Comprender estos efectos es esencial para proporcionar un manejo integral y mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta patología cutánea crónica.

La DA es una enfermedad crónica que involucra más que una incomodidad física; se encuentra directamente relacionada con la calidad de vida de los pacientes. Uno de los efectos más evidentes y molestos es el impacto cutáneo. Las lesiones cutáneas, que varían en intensidad, pueden desencadenar una intensa picazón, dando como resultado un rascado continuo. Esto no solo agrava las lesiones, sino que también afecta negativamente la calidad del sueño. La interrupción del descanso nocturno lleva a la fatiga diurna, afectando la concentración y la capacidad de funcionar de manera óptima. Por lo tanto, es innegable que la DA incide directamente en la salud física y mental de quienes la padecen.

El impacto psicológico y emocional de la DA no debe subestimarse. La visibilidad de las lesiones cutáneas puede causar vergüenza y reducir la autoestima, lo que lleva a problemas de salud mental como lo son la ansiedad y la depresión. La carga psicológica que conlleva esta enfermedad es muy relevante y puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Se ha demostrado que la DA tiene un impacto negativo en la calidad de vida de un porcentaje significativo de los pacientes que la padecen. Se ha evidenciado que este impacto es más significativo en aquellos pacientes con DA severa. Estudios reflejan que pacientes con DA severa tienen la tendencia de evitar relaciones íntimas, son más propensos a faltar a la escuela o al trabajo, tienen una limitante en la capacidad para llevar a cabo tareas de manera independiente y la presentan mayor fatiga física.

Otro efecto es el limitante en las actividades diarias. Las lesiones cutáneas dolorosas y pruriginosas, pueden dificultar la realización de tareas cotidianas como el trabajo, el ejercicio y el cuidado personal. Esto puede generar estrés adicional y empeorar los efectos psicológicos de la enfermedad.

Además, existe un riesgo continuo de infecciones secundarias debido a la piel dañada; los pacientes con DA tienen una barrera cutánea comprometida, lo que los hace más susceptibles a infecciones bacterianas y virales. Esto no solo es incómodo, sino que también requiere tratamiento médico adicional.

Por último, no se puede pasar por alto el impacto en la vida social, la incomodidad y la apariencia visible de la enfermedad pueden llevar al aislamiento social, lo cual afecta las relaciones personales y la participación en actividades sociales y recreativas. También se han evidenciado otros impactos como por ejemplo la ausencia en el lugar de estudio o en el lugar de trabajo como resultado de la enfermedad. Además, esta condición también puede influir en la elección de ciertos empleos.

Dada la complejidad de estos efectos, es esencial dar relevancia a la DA como una afección que va más allá de la piel. Los pacientes necesitan un enfoque integral que aborde sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Los profesionales de la salud deben trabajar en estrecha colaboración con los pacientes para desarrollar estrategias de tratamiento que incluyan cuidados de la piel adecuados, manejo del estrés, apoyo psicológico y educación sobre la enfermedad.

4.2 Objetivo específico 2: Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.

En el capítulo IV de esta investigación, se menciona cómo se lleva a cabo el abordaje del profesional farmacéutico en pacientes con DA en farmacias comunitarias, así mismo, se explicarán las estrategias empleadas por los profesionales para brindarle seguimiento farmacoterapéutico a estos pacientes.

Para dar respuesta a este objetivo, se aplicó una entrevista a 10 regentes farmacéuticos, de farmacias comunitarias de la cadena SABA en el sector de San José, con el fin de obtener información acerca del abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y, así mismo, explicar el seguimiento farmacoterapéutico que el farmacéutico realiza.

Con el propósito de referirse a cada profesional entrevistado y mantener su anonimato, se van a utilizar los siguientes códigos mostrados en la tabla 14.

Tabla 14. Códigos utilizados para referirse a los farmacéuticos entrevistados.

Farmacéutico entrevistado	Código asignado
Farmacéutico 1	FE1
Farmacéutico 2	FE2
Farmacéutico 3	FE3
Farmacéutico 4	FE4
Farmacéutico 5	FE5
Farmacéutico 6	FE6
Farmacéutico 7	FE7
Farmacéutico 8	FE8
Farmacéutico 9	FE9
Farmacéutico 10	FE10

Fuente: Elaboración propia con base a entrevistas realizadas a regentes farmacéuticos de farmacias comunitarias SABA en el sector de San José.

La primera parte de este objetivo consta de explicar el abordaje del profesional regente farmacéutico en pacientes con DA. La intención es obtener una comprensión más profunda sobre cómo los farmacéuticos abordan esta enfermedad dermatológica y qué enfoques utilizan para brindar una atención efectiva.

Se les preguntó a 10 regentes farmacéuticos de farmacias comunitarias SABA en el sector de San José acerca cómo describen la intervención cuando reciben un paciente con síntomas de DA.

El resultado de las entrevistas muestra una perspectiva de cómo los farmacéuticos de comunidad abordan a pacientes con síntomas de DA. Los 10 profesionales entrevistados mencionaron preguntarle al paciente acerca de su historia médica, es decir, preguntas acerca enfermedades crónicas previamente identificadas y la identificación de sus síntomas, para esto comentaron indagar acerca de si había picor, inflamación, descamación, enrojecimiento, infección, algún tipo de ampollas o de costras, además de verificar la zona en la que se encuentra la lesión. La revisión de estos factores resulta fundamental para comprender la situación del paciente. De igual manera, todos los profesionales entrevistados mencionaron que evalúan la duración y recurrencia de los brotes. Esto proporciona información sobre la gravedad de la afección y su naturaleza crónica.

Refiriéndose a la misma pregunta, también comentaron indagar acerca los antecedentes familiares, lo cual es crucial debido a la predisposición genética de la DA. Por otro lado, todos los entrevistados aseguran tomar en cuenta a la hora de abordar un paciente con DA el uso previo de medicamentos y preguntar acerca la exposición a desencadenantes conocidos. Tener esta información es importante para evitar posibles interacciones o identificar tratamientos anteriores que funcionaron. La consideración de la exposición a desencadenantes conocidos resulta beneficiosa para ayudar al paciente a crear consciencia sobre lo que puede estar desestabilizando su enfermedad. Por último, los 10 regentes entrevistados mencionaron preguntar la rutina de cuidado de la piel del paciente. Lo cual es indicativa de una atención integral de la salud dérmica del paciente, lo que resalta la consideración de una estrategia de tratamiento personalizada y centrada en el paciente.

Como segunda pregunta, se indagó acerca los criterios considerados al recomendar productos de uso tópico para el manejo de la DA. Estos datos proporcionan información importante sobre las prácticas y abordajes de los farmacéuticos en su trabajo como profesionales de la salud.

En este caso, 8 de 10 de los farmacéuticos considera el nivel socioeconómico del paciente al recomendar medicamentos y productos de dermocosmética para el manejo de DA.

Esto refleja una preocupación por la accesibilidad económica de los tratamientos, lo cual es importante, ya que algunos productos pueden tener costos significativos. La DA es una patología crónica que requiere tratamientos a largo plazo. Al evaluar el nivel socioeconómico del paciente, los farmacéuticos pueden recomendar opciones de tratamiento que sean accesibles y sostenibles para el paciente a lo largo del tiempo. Esto puede incluir la elección de productos genéricos o incluir las opciones más económicas del mercado, tal como lo recalcó FE4 al comentar que no se podía recomendar, por ejemplo, Elocom® a todos los pacientes ya que a pesar de que es una crema bastante buena, no se encuentra al alcance de muchos pero que existen varias opciones genéricas con un costo más accesible.

Refiriéndose a la misma pregunta, FE1, FE3, FE4, FE7 y FE8 mencionan que toman en cuenta si el brote está localizado. Esto está relacionado con la gravedad de los síntomas en ciertas partes del cuerpo. Algunas áreas, como la cara, el cuello o las manos, pueden ser más sensibles y visibles, lo que podría influir en la elección de productos específicos.

Por otro lado, FE2, FE4, FE5, FE7, FE9 y FE10 de los farmacéuticos entrevistados considera si el paciente es pediátrico. Esto destaca la importancia de adaptar los tratamientos a diferentes grupos de edad. Los niños tienen piel más delicada además de que pueden tener necesidades y tolerancias diferentes a los adultos, por lo que es esencial seleccionar productos adecuados y seguros para esta población.

FE1, FE3, FE4 y FE5 de los entrevistados comentaron evaluar si el paciente tiene alguna lesión en la piel. Estos profesionales muestran una preocupación por la integridad de la barrera cutánea, ya que las aberturas o lesiones en la piel pueden aumentar el riesgo de infección. Por lo tanto, este criterio sugiere que los farmacéuticos toman en cuenta condición en la que se encuentra la barrera cutánea del paciente. Podrían recomendar productos que no solo alivien los síntomas, sino que también ayuden a prevenir infecciones secundarias.

Es interesante observar que solo 1 de los 10 profesionales entrevistados se basa en las recomendaciones de los visitantes médicos. La baja dependencia de las recomendaciones de visitantes médicos y las muestras médicas señala que la mayoría de los farmacéuticos confían en su propio conocimiento y experiencia al recomendar tratamientos. Esto puede indicar la independencia y la evaluación crítica en su toma de decisiones, lo cual puede garantizar un enfoque más objetivo.

En general, estos criterios resaltan la necesidad de una atención personalizada y basada en la evaluación individual de cada paciente. El abordaje de la DA implica considerar una variedad de factores, desde aspectos económicos hasta características específicas de la afección en cada paciente. Esto resalta la importancia del papel del farmacéutico como profesional de la salud en el manejo de esta enfermedad.

La siguiente pregunta fue acerca de los consejos brindados por los regentes farmacéuticos en el abordaje de pacientes con DA leve y la prevención de brotes. Cada uno de estos consejos es fundamental para ayudar a los pacientes a controlar su condición de manera efectiva.

Todos los farmacéuticos entrevistados mencionaron que aconsejan tener una buena adherencia al tratamiento. El hecho de que el 100% de los farmacéuticos enfatice la adherencia al tratamiento es crucial. Esto implica que los pacientes sigan rigurosamente las indicaciones de los profesionales en salud en cuanto al uso de medicamentos tópicos y orales. Los farmacéuticos deben enfatizar la importancia de mantener una rutina constante, ya que la inconsistencia en la aplicación de medicamentos tópicos puede resultar en brotes y síntomas más graves.

Detectar los factores desencadenantes es otro consejo que 9 de los 10 profesionales entrevistados suele brindarles a sus pacientes con DA. Los factores desencadenantes son elementos que pueden exacerbar los síntomas de la DA, ayudar a los pacientes a identificar

estos desencadenantes específicos en sus vidas y sugerir formas de evitarlos es una manera de ayudarle al paciente desde la farmacia de comunidad.

En este mismo sentido FE2, FE4, FE5, FE7, FE8 y FE10, recomiendan el uso de productos hipoalergénicos en pacientes con brotes de DA leve. Los productos hipoalergénicos, como lociones, jabones y detergentes, están diseñados para minimizar la probabilidad de causar irritación en la piel. Seleccionar estos productos es especialmente importante para pacientes con DA, ya que su piel puede ser más sensible por lo que estos productos son menos propensos a contener ingredientes que puedan agravar la enfermedad.

De igual manera, FE1, FE2, FE4 y FE7 le sugieren al paciente tratar de controlar el estrés. El estrés es un desencadenante común de brotes de DA. Cuando los pacientes se enfrentan a situaciones estresantes, es más probable que experimenten empeoramiento de los síntomas. Incluir actividades que ayuden a reducir el estrés es una estrategia importante. Esto puede incluir ejercicios de relajación o actividades recreativas que proporcionen alivio emocional.

Por otro lado, FE2, FE4, FE6, FE7, FE9 y FE10 farmacéuticos le recomiendan al paciente reforzar la hidratación. Mantener la piel bien hidratada es esencial para controlar la DA. Los productos emolientes y humectantes son fundamentales para retener la humedad en la piel y prevenir la sequedad que puede desencadenar brotes.

Aunque se estén refiriendo a cuadros leves de DA, FE1, FE3 y FE5 consideran recomendar el uso de un corticoide tópico y un antihistamínico oral. En ocasiones, es necesario recurrir a tratamientos farmacológicos. Los corticoides tópicos ayudan a reducir la inflamación en áreas afectadas, mientras que los antihistamínicos orales pueden aliviar el picor y mejorar la calidad del sueño.

La combinación de estos consejos refleja un abordaje integral para el manejo de la DA leve. Los farmacéuticos desempeñan un papel fundamental en proporcionar orientación personalizada a los pacientes con DA. Desde fomentar la adherencia al tratamiento y ayudar a identificar factores desencadenantes, hasta recomendar productos adecuados, brindar estrategias para el manejo del estrés y ofrecer soluciones farmacológicas cuando sea necesario.

Con respecto a la pregunta 4 de la entrevista en relación con el manejo de la DA severa en farmacias de comunidad. Se pretendía conocer cuál es la selección de productos farmacológicos utilizados por los regentes farmacéuticos a la hora de abordar pacientes con DA severa que buscan un alivio sintomático.

En este caso, FE4 y FE5 optan por una terapia que combina corticoide tópico con corticoide oral, ambos administrados durante 7 días. Esta opción resulta eficaz para controlar los síntomas de la DA severa, esta estrategia se utiliza en casos graves, con el propósito de proporcionar un control rápido de los síntomas, como la inflamación y la picazón en la piel.

Por otro lado, FE1, FE3, FE6 y FE7 utilizan corticoides intramusculares de depósito para abordar la DA severa. Es importante destacar que esta no es la elección de tratamiento más recomendada como terapia inicial. Si bien es cierto que lograr aliviar los síntomas rápidamente y, además, su efecto puede permanecer por algunas semanas, los pacientes pueden llegar a querer optar por esta opción cada vez que sienten que se pierde el efecto. Su uso continuo puede generar grandes problemas de salud a largo plazo, por lo tanto, esta opción debería ser utilizada únicamente en casos extremos o bajo la recomendación de un médico. Además, explicarle al paciente que no es recomendable el uso continuo de este tipo de medicamentos.

El caso de FE2, FE9, FE10 eligen una combinación de corticoide tópico y antihistamínico oral, ambos administrados durante 7 días. Los corticoides tópicos ayudan a reducir la inflamación en la piel, mientras que los antihistamínicos orales pueden aliviar el

escozor esta terapia se centra en el control de los síntomas de la DA y suele ser una opción más segura que los corticoides orales como monoterapia.

Algunos farmacéuticos, cuando se enfrentan a casos de DA severa, derivan al paciente al dermatólogo, este es el caso de FE8. Es muy importante que el farmacéutico sepa identificar cuando son casos que requieren de un especialista, pues un dermatólogo puede proporcionar una terapia más específica y un tratamiento completo.

Por otro lado, resulta interesante el hecho de que ninguno de los farmacéuticos entrevistados sugiere el uso de los inhibidores de la calcineurina. Estos medicamentos, como el tacrolimus y el pimecrolimus, son opciones de segunda línea en el tratamiento de la DA, que se reservan para casos que no responden adecuadamente a los corticoides tópicos o que requieren un tratamiento a largo plazo. Su omisión podría deberse a su consideración como opciones más avanzadas y, por consiguiente, ser recomendadas por un especialista, o a la preferencia por enfoques tradicionales.

El abordaje para tratar la DA severa puede variar según el farmacéutico, pero se debe considerar cuidadosamente la gravedad de los síntomas y la necesidad de un tratamiento más especializado por parte de un dermatólogo en casos extremos. Es importante destacar que en ninguno de los casos se mencionó el uso de emolientes como primera terapia de uso. Los emolientes, aunque son utilizados frecuentemente en períodos de latencia de la enfermedad, se deben seguir utilizando cuando hay brotes en conjunto con otros tratamientos farmacológicos tópicos para mantener la piel hidratada y mejorar la barrera cutánea.

La siguiente pregunta tenía como finalidad conocer los factores y la efectividad considera para los regentes farmacéuticos a la hora de recomendar tratamientos a pacientes pediátricos.

Para esta ocasión, FE3, FE4 y FE7 especificaron que prefieren derivar a niños menores de un año con DA al pediatra, lo cual es una práctica recomendable, la piel de los lactantes es especialmente delicada, y la DA en esta etapa de la vida puede ser un desafío. Los pediatras pueden evaluar si hay otras afecciones subyacentes que pueden parecer DA, es importante asegurarse de que el niño reciba una atención médica especializada en esta etapa temprana de la vida. Por otro lado, todos los farmacéuticos entrevistados comentaron que utilizan líneas de productos pediátricos para tratar a niños con DA. Los productos formulados específicamente para niños suelen ser más suaves y menos irritantes, no contienen fragancias fuertes ni componentes que puedan agravar la piel sensible de los niños. Esta práctica demuestra un alto nivel de conciencia en la selección de terapias que sean seguras y eficaces para los niños.

Cabe destacar que si un niño aún no ha sido diagnosticado con DA, la derivación a un médico es esencial. La DA en niños puede confundirse con otras afecciones de la piel, y el diagnóstico preciso es la base para un tratamiento eficaz. Por lo tanto, en el caso de niños con síntomas de DA, pero sin un diagnóstico confirmado, la derivación a un médico es lo más recomendado.

Estos hallazgos reflejan una actitud cuidadosa y considerada por parte de los farmacéuticos al tratar a niños con DA. La derivación a pediatras y el uso de productos pediátricos son medidas responsables para garantizar el bienestar de los pacientes de este grupo etario. Además, la derivación temprana al médico para el diagnóstico es crucial para un abordaje adecuado de la enfermedad y para descartar otras posibles afecciones de la piel.

La pregunta 6 pretendía conocer las opiniones de los farmacéuticos acerca la eficacia de las alternativas naturales para el manejo de la DA.

En este caso, 8 de los 10 farmacéuticos entrevistados tienen como opinión que las alternativas naturales no son eficaces. La mayoría de los farmacéuticos sostiene que las terapias naturales no son efectivas en el tratamiento de la DA. Esto refleja desconfianza en

cuanto a la eficacia de enfoques no farmacológicos, como hierbas, aceites naturales u otros remedios de origen natural. Esta opinión podría basarse en la falta de evidencia científica que respalde estas terapias o en su propia experiencia con pacientes que no obtuvieron mejoras significativas a través de estas alternativas.

Por otro lado, FE5 cree que las alternativas naturales pueden ser beneficiosas, pero principalmente en casos de DA leve. Esta opinión sugiere que, en situaciones donde los síntomas son menos severos, es posible que las terapias naturales proporcionen un cierto grado de alivio. Esto podría incluir enfoques como baños de avena o la aplicación de ciertos aceites naturales en la piel.

Solamente FE4 considera que las alternativas naturales pueden ser útiles, pero a largo plazo. Esta perspectiva implica que estas terapias pueden no brindar resultados inmediatos, pero podrían ser beneficiosas a largo plazo para el manejo de la DA. Indicando que las alternativas naturales podrían actuar de manera gradual, aliviando los síntomas de la DA con el tiempo.

Estas opiniones muestran la diversidad de perspectivas en la comunidad farmacéutica sobre las alternativas naturales para el manejo de la DA. La mayoría de los farmacéuticos no cree sobre su eficacia, mientras que una minoría considera que podrían ser útiles en casos leves o en un enfoque a largo plazo. Estas opiniones muestran la importancia de considerar las necesidades individuales de los pacientes y la severidad de su enfermedad al discutir las opciones de tratamiento.

La pregunta 7 pretendió conocer las recomendaciones terapéuticas de los regentes farmacéuticos en casos de pacientes con DA que manifiestan no haber tenido éxito con los productos previamente utilizados.

La mayoría de los farmacéuticos entrevistados (7 de 10 profesionales) prefiere derivar al paciente al médico cuando el tratamiento previo para la DA no ha tenido éxito. Esta decisión es fundamental y se basa en la idea de que, en situaciones en las que un tratamiento anterior no ha funcionado, es esencial contar con la evaluación y el asesoramiento de un médico especializado. En este caso, los dermatólogos son los que pueden reevaluar el diagnóstico, ajustar la terapia para controlar la enfermedad.

En este escenario, FE4, FE5 y FE7 elige cambiar los principios activos de los medicamentos utilizados cuando los pacientes no experimentan éxito con tratamientos anteriores. Dado que la DA puede responder de manera diferente a diversos compuestos, y un cambio en la formulación podría ser efectivo para algunos pacientes. Además, FE4 explicó ampliamente la importancia de educar al paciente y hacerle saber que en esta enfermedad los tratamientos pueden demorar tiempo en hacer efecto, no se puede esperar un resultado inmediato por lo que hay que evaluar cuánto tiempo duró con la terapia anterior y además verificar si el paciente estaba utilizando los medicamentos adecuadamente.

La decisión de derivar al médico o realizar cambios en los principios activos puede depender de varios factores, como la gravedad de la enfermedad, las preferencias del paciente y la evaluación del profesional. La comunicación efectiva entre farmacéuticos, médicos y pacientes es esencial para determinar el mejor enfoque para cada caso individual.

La siguiente pregunta de la entrevista que se les aplicó a los regentes farmacéuticos pretendía conocer las recomendaciones farmacoterapéutica de los profesionales en casos de pacientes con DA que manifiestan prurito intenso.

En esta ocasión, FE1, FE2, FE4 y FE6 recomiendan de antihistamínicos orales cuando el paciente presenta un brote con escozor intenso. Los antihistamínicos orales pueden ayudar a reducir la picazón al bloquear la acción de la histamina, un componente clave en la respuesta alérgica y a la picazón en la piel. Estos medicamentos actúan a nivel sistémico por lo que resultan beneficiosos para aliviar los síntomas de la picazón en múltiples áreas afectadas

simultáneamente por la DA. Aunque algunos antihistamínicos orales pueden tener efectos sedantes, en ciertos casos, esto puede ser beneficioso, especialmente si el escozor interfiere con el sueño del paciente.

La mitad de los profesionales entrevistados recomiendan el uso de antihistamínicos tópicos que contengan anestesia local para tratar el picor intenso. Estos medicamentos, al poder aplicarse directamente en el área afectada, proporcionan un alivio más rápido de la picazón y el malestar. Además, la presencia de anestesia local adicional ayuda a reducir la sensación de picazón de manera más rápida y efectiva que los antihistamínicos tópicos estándar.

Por otro lado, FE5 mencionó que prefiere recomendar una crema con urea al 30% y ceramidas. La urea y las ceramidas pueden ayudar a restaurar la barrera cutánea dañada y a proporcionar una hidratación intensiva, lo que, a su vez, puede reducir el prurito y el malestar. Además, estos componentes ayudan a fortalecer la función de barrera de la piel, lo que puede disminuir la irritación y la sensibilidad, reduciendo así la necesidad de rascarse y el prurito asociado.

Además, FE4 Y FE7 resaltaron la importancia de educar al paciente acerca el ciclo atópico. Esta técnica busca promover la comprensión de los factores desencadenantes y los mecanismos subyacentes de la enfermedad. Al comprender el ciclo atópico, el paciente puede reconocer la importancia de mantener una rutina de cuidado de la piel adecuada para prevenir futuros brotes y aliviar el picor.

Es importante resaltar que cada recomendación debe considerarse en el contexto de las necesidades individuales del paciente y su condición específica de DA.

La pregunta 9 de la entrevista se estableció con el propósito de conocer el asesoramiento que les brindan los farmacéuticos a aquellos pacientes con DA que manifiestan preocupación por el uso prolongado de los productos tópicos.

Todos los farmacéuticos entrevistados comparten una perspectiva común en cuanto al asesoramiento a pacientes preocupados por el uso prolongado de productos tópicos en la DA. Esta perspectiva se centra en la educación del paciente sobre los corticoides tópicos, destacando su riesgo-beneficio, y aclarando que no deben usarse de manera prolongada. Además, se hace énfasis en la seguridad de los emolientes y cremas de mantenimiento a largo plazo, respaldada por estudios que confirman su perfil de seguridad. Esta estrategia de asesoramiento se basa en proporcionar al paciente una comprensión completa de las opciones terapéuticas disponibles, sus ventajas y limitaciones, para que puedan tomar decisiones informadas y sentirse seguros en su tratamiento a largo plazo.

La siguiente pregunta pretendía conocer las estrategias empleadas por los farmacéuticos entrevistados para fomentar la adhesión correcta al tratamiento en pacientes con DA.

En este ítem, los diez farmacéuticos entrevistados mencionan la importancia de educar al paciente acerca de la necesidad de ser constante en la aplicación de productos tópicos, enfatizando la paciencia que se requiere dado que los resultados no son inmediatos, pero, a largo plazo, esta constancia puede prevenir lesiones graves. Esta estrategia se basa en empoderar al paciente mediante la comprensión profunda de su enfermedad, ayudándolos a tomar un papel activo en su tratamiento.

La última pregunta de la entrevista hacía referencia a la percepción de los farmacéuticos acerca de la influencia de los factores económicos a la hora de brindar recomendaciones a pacientes con DA. En este caso, los 10 farmacéuticos entrevistados consideran que el factor socioeconómico de los pacientes ejerce una influencia significativa a la hora de abordar y brindar recomendaciones a pacientes que padecen DA. Esta conclusión

sugiere que los profesionales reconocen la importancia de adaptar sus recomendaciones según la capacidad económica de los pacientes. Puede implicar recomendaciones de productos más accesibles o estrategias de tratamiento que se ajusten a las posibilidades económicas de cada individuo. Esta atención a las circunstancias económicas del paciente resalta la necesidad de un enfoque personalizado en la AF, la capacidad económica del paciente puede influir significativamente en su capacidad para acceder y mantener el tratamiento, siendo este último un factor crítico para el éxito terapéutico a largo plazo. Así, la AF no solo implica la recomendación de un tratamiento, sino también un compromiso integral con las realidades económicas individuales, promoviendo así un abordaje más integral y eficaz en el cuidado del paciente.

Cabe destacar que FE4 agregó que, en muchas ocasiones, a pesar de que los tratamientos para esta patología suelen ser costosos, si se le explica al paciente acerca de su enfermedad y los beneficios que puede llegar a tener si se utilizan productos especializados en dermatocósmética comparado con los beneficios obtenidos de tratar la enfermedad únicamente en periodos de crisis, el paciente hace un balance de costo/beneficio y obtiene el tratamiento. El regente comenta que ha tenido varios casos en los que el paciente logra hacer el esfuerzo de probar estos tratamientos a pesar de su costo.

4.3 Objetivo específico 3: Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general

El propósito de este objetivo radica en diseñar una guía dirigida a los regentes farmacéuticos de farmacias de comunidad, que reúna una variedad de prácticas de cuidado y control de la DA, con el propósito de mejorar la calidad de atención brindada a los pacientes. La importancia de esta guía se centra en su potencial para proporcionar información actualizada y basada en evidencia, así como en estrategias de manejo que pueden ser fácilmente implementadas en el ámbito de la atención farmacéutica comunitaria.

En los siguientes párrafos se explorarán las diferentes secciones de la guía propuesta, que incluye aspectos como las generalidades de la DA, evaluación al paciente, asesoramiento al paciente, tratamiento y manejo, derivación y colaboración, así como recursos adicionales.

La guía diseñada para fomentar un abordaje integral y personalizado en la atención farmacéutica se ha desarrollado en formato digital, específicamente como una página web. Esta herramienta, accesible desde cualquier dispositivo con conexión a internet, ya sea una computadora, celular o tablet, proporciona a los regentes farmacéuticos una plataforma fácilmente disponible para el manejo de la patología crónica en cuestión. A través de esta página web, se busca no solo ofrecer información detallada sobre el tratamiento y manejo de la enfermedad, sino también crear un espacio interactivo donde los profesionales de la salud puedan personalizar enfoques según las necesidades específicas de cada paciente. Este enfoque innovador no solo facilita la accesibilidad a la información relevante, sino que también potencia la adaptabilidad y la mejora continua de la atención farmacéutica mediante esta guía digital.

Figura 9. Portada de la Guía Didáctica: Abordaje y Manejo de Dermatitis Atópica en Farmacias de Comunidad



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Sección 1: Generalidades de la dermatitis atópica

En la figura 10, se muestra cómo se visualiza este apartado. En esta sección se proporcionan definiciones y conceptos básicos de la DA, ayudando a los regentes farmacéuticos a comprender en profundidad la enfermedad. Además, se exploran aspectos epidemiológicos, identificando la prevalencia de la enfermedad. Se detallan los factores desencadenantes y causas subyacentes, así como las manifestaciones clínicas comunes.

Esta sección es importante para adquirir una comprensión profunda de la enfermedad y su impacto en los pacientes. A continuación, se desglosan las razones que respaldan la inclusión de cada una de sus partes, evidenciando así su relevancia en el contexto de la AF.

Primero, se presentan definiciones y conceptos básicos de la enfermedad. Este apartado se eligió con el propósito de proporcionar a los regentes farmacéuticos una base

para entender en profundidad la patología. Comprender la enfermedad en su totalidad es esencial, pues esto permite una toma de decisiones más informada en lo que respecta a los tratamientos y terapias disponibles.

En segundo lugar, se abordan los aspectos epidemiológicos, incluyendo la prevalencia de la enfermedad en la población. Esta sección tiene como propósito brindar a los profesionales farmacéuticos información sobre la magnitud del problema de salud en cuestión. Esta estadística es importante para conocer la relevancia de la enfermedad en un contexto de atención sanitaria más amplio, ayudando a clasificar la enfermedad y al mismo tiempo diferenciarla de otras patologías cutáneas.

En tercer lugar, se profundiza en los factores desencadenantes y causas subyacentes de la enfermedad. Esta sección se justifica porque entender las causas subyacentes de una patología es esencial para abordar su prevención y tratamiento de manera efectiva. Al conocer los factores desencadenantes, los regentes farmacéuticos pueden tomar medidas para minimizar la exposición de los pacientes a riesgos de futuros brotes y brindar orientación preventiva adecuada.

Finalmente, se detallan las manifestaciones clínicas comunes de la enfermedad. Esto es de suma importancia, ya que proporciona a los farmacéuticos información actualizada sobre cómo la enfermedad afecta a los pacientes. Esta comprensión es esencial para reconocer los síntomas y proporcionar una orientación terapéutica adecuada.

En resumen, esta sección abarca desde definiciones básicas hasta datos epidemiológicos, causas y manifestaciones clínicas. La inclusión de estas secciones no solo potencia la capacidad de los farmacéuticos para tomar decisiones fundamentadas, sino que también tiene un impacto positivo en la atención y el bienestar de los pacientes.

Figura 10. Pantalla de generalidades de la DA



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Sección 2: Evaluación del paciente

La evaluación precisa es la base de un abordaje efectivo. En esta sección, se proporcionan estrategias para identificar a pacientes que padecen DA. Se detallan algunas prácticas para llevar a cabo una entrevista y evaluación inicial exhaustiva, incluyendo el uso de escalas de gravedad. Además, se destaca la importancia de diferenciar la DA de otras afecciones cutáneas.

A continuación, se profundiza las razones por las cuales se incluyeron cada uno de los apartados mencionados anteriormente.

En primer lugar, se abordan las prácticas para llevar a cabo una entrevista y evaluación inicial integral. Esta sección tiene una importancia crítica, ya que una evaluación inicial completa proporciona una visión más profunda de la condición del paciente. La

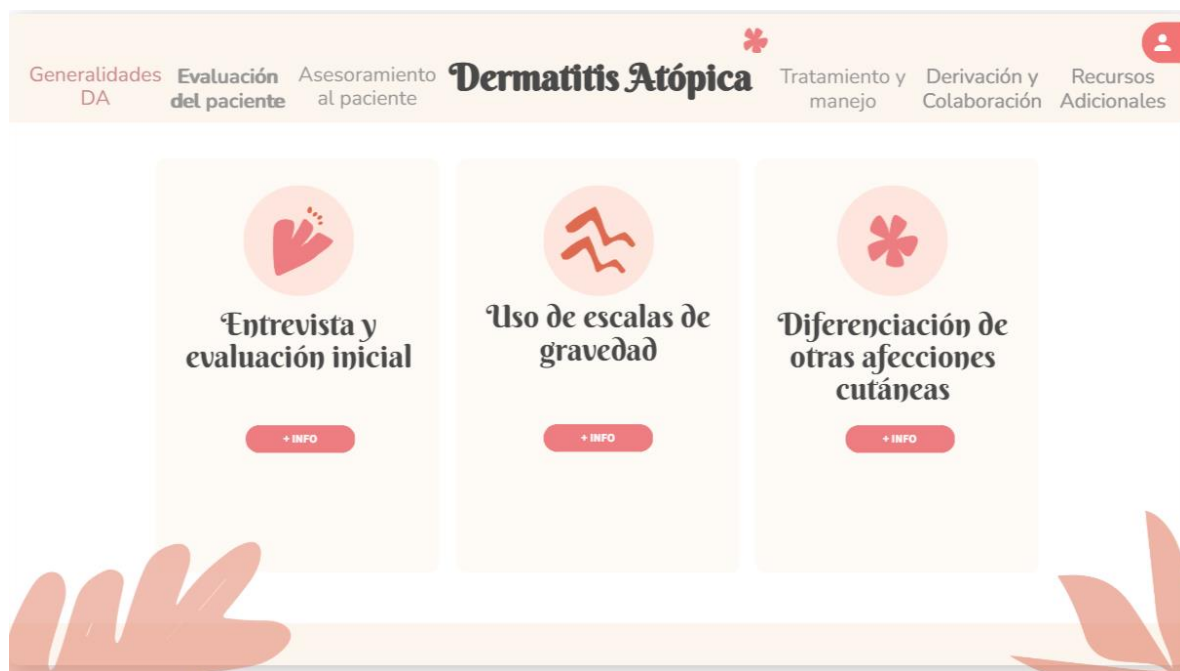
información obtenida en esta etapa ayuda a comprender la historia de la enfermedad, los desencadenantes, la gravedad de los síntomas y la respuesta previa al tratamiento. El farmacéutico debe demostrar empatía y sensibilidad al abordar las preocupaciones del paciente sobre su afección, su calidad de vida y las posibles fuentes de estrés relacionadas con la DA. Esto es esencial para diseñar un plan de tratamiento personalizado y eficaz.

En segundo lugar, se muestra la opción del uso de escalas de gravedad para evaluar la condición de la piel de los pacientes con DA. Estas escalas permiten cuantificar y documentar la severidad de los síntomas y su impacto en la calidad de vida del paciente. La razón detrás de esto es proporcionar una herramienta objetiva para medir el progreso del tratamiento a lo largo del tiempo, lo que es esencial tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

Finalmente, se presenta un apartado que refiere a diferenciar la DA de otras afecciones cutáneas, ya que muchas condiciones dermatológicas pueden presentar síntomas similares. La habilidad de diferenciación es importante para lograr un preciso manejo de la enfermedad. Conocer las características distintivas de la DA y ser capaz de descartar otras afecciones asegura que se implemente el tratamiento adecuado desde el principio, evitando demoras y el uso de terapias inapropiadas. En este apartado se presentan estrategias para identificar a pacientes que puedan estar padeciendo DA. Estas estrategias pueden incluir indicadores físicos, como eritema o prurito, y aspectos clínicos, como la historia médica y el entorno de vida del paciente. Reconocer estos signos tempranos es fundamental para iniciar el proceso de diagnóstico y tratamiento.

En resumen, esta sección proporciona las herramientas y estrategias necesarias para identificar, evaluar y diferenciar la enfermedad de otras afecciones cutáneas. La inclusión de esta sección ayuda a los farmacéuticos a tener las bases para ofrecer un enfoque terapéutico individualizado, brindando una atención de calidad a los pacientes con DA.

Figura 11. Pantalla de evaluación del paciente



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Sección 3: Asesoramiento al paciente

La comunicación efectiva con los pacientes es esencial. En esta sección se presentan estrategias comunicativas que pueden ser empleadas por los farmacéuticos al interactuar con los pacientes que sufren de DA, incluyendo la importancia de la adherencia al tratamiento, así como la promoción de la adherencia al tratamiento a través de un asesoramiento personalizado y comprensivo. Además, se brindan consejos para el manejo diario de la DA, lo que prepara a los pacientes para lidiar con la enfermedad en su vida cotidiana. Seguidamente, se explican con mayor detalle cada uno de los apartados que conforman esta sección.

Primero se destacan estrategias efectivas de comunicación. Esta elección se basa en el reconocimiento de que la comunicación entre el farmacéutico y el paciente es un factor fundamental en el proceso de atención. La capacidad de transmitir información de manera clara, escuchar las preocupaciones del paciente y responder de manera comprensiva es esencial para establecer una relación terapéutica sólida. Una comunicación efectiva puede mejorar la comprensión del paciente sobre su condición, el tratamiento y la importancia de la adherencia.

Seguidamente, se muestra otra opción que corresponde a la importancia de la adherencia al tratamiento. La DA es una enfermedad que a menudo requiere un manejo a largo plazo y una adherencia al tratamiento. La inclusión de esta sección se justifica al resaltar que muchos pacientes pueden enfrentar desafíos para seguir sus regímenes de tratamiento debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y los posibles efectos secundarios de los medicamentos. Los farmacéuticos desempeñan un papel muy importante al educar a los pacientes sobre la importancia de cumplir con sus prescripciones y al proporcionar estrategias para lograr obtener una adherencia terapéutica.

Además, se incluyó en esta sección, una opción referente a la importancia del seguimiento farmacoterapéutico por parte de los regentes farmacéuticos. Esto se justifica por la necesidad de un monitoreo continuo y evaluación del tratamiento en pacientes con DA. El seguimiento permite ajustar el tratamiento según la respuesta individual del paciente y garantizar su seguridad y eficacia a lo largo del tiempo.

Finalmente, la sección proporciona consejos para el manejo diario de la DA. Esto es importante, ya que la DA no solo tiene un impacto clínico, sino también un efecto en la vida cotidiana de los pacientes. Brindar orientación sobre cómo manejar los síntomas en situaciones diarias, como el control del picor o la elección de productos de cuidado de la piel, puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

En resumen, la inclusión de estas secciones aborda las situaciones clínicas y emocionales de la vida cotidiana de los pacientes con DA, lo que contribuye a una atención integral. Estas secciones no solo pretenden mejorar la relación entre el farmacéutico y el paciente, sino que también aumentar la efectividad del tratamiento y el bienestar general del paciente.



Figura 12. Pantalla de asesoramiento al paciente

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Sección 4: Tratamiento y manejo

El núcleo de la guía se encuentra en esta sección. Aquí, se aborda el enfoque terapéutico para controlar y aliviar los síntomas de la DA. Se exploran tanto opciones no farmacológicas como farmacológicas, ofreciendo consejos generales y productos de venta libre. Además, se enfatiza la educación del paciente, haciendo consciencia en la importancia de su autocuidado y guiarlos a que comprendan completamente su tratamiento. Esta sección contiene apartados clave, cada uno con un propósito específico que van a ser explicados a continuación:

En primer lugar, se aparece el enfoque terapéutico para controlar y aliviar los síntomas de la DA. Este apartado proporciona un marco terapéutico que guía a los profesionales de la salud para controlar los síntomas de la enfermedad. Contiene protocolos generales para el tratamiento de DA en estado leve y en estado moderado. Esto es de gran relevancia, ya que la DA puede variar en gravedad y manifestaciones.

Seguidamente, se muestra la opción de tratamientos no farmacológicos para el manejo de la DA. La inclusión de esta opción es importante debido a la diversidad de necesidades de los pacientes. Las opciones no farmacológicas, como cambios en el estilo de vida y la terapia del entorno, pueden ser útiles en casos más leves o como parte de un enfoque complementario. Las opciones farmacológicas, como cremas y medicamentos, pueden ser necesarias en casos más graves. Al brindar información sobre ambas opciones, se permite una atención personalizada y basada en la gravedad de la enfermedad.

El siguiente apartado se centra en el uso de tratamientos sistémicos para tratar la DA. La inclusión de esta opción es importante, ya que algunos pacientes pueden requerir tratamientos más amplios y específicos para controlar la enfermedad. Los tratamientos sistémicos pueden incluir medicamentos orales o inyectables, y su uso debe ser supervisado cuidadosamente. Esta sección brinda información sobre cuándo y cómo considerar estos enfoques terapéuticos más intensivos.

También se presenta una sección que ofrece recomendaciones de productos tópicos para el manejo de la DA. Esta sección resulta muy relevante, ya que los productos tópicos, como cremas o ungüentos, a menudo constituyen una parte esencial del tratamiento diario de la DA. Proporcionar recomendaciones específicas y consejos para su correcta aplicación es fundamental para ayudar a los pacientes a mantener su piel en las mejores condiciones incluso cuando no hay brotes.

Finalmente, se menciona la educación del paciente. Este apartado destaca la importancia de educar a los pacientes para que participen activamente en su cuidado. Al comprender completamente su enfermedad y su tratamiento, los pacientes pueden tomar decisiones informadas y seguir mejor las indicaciones, lo cual conduce a un manejo más efectivo de la DA, ya que la educación fomenta la adherencia al tratamiento y puede contribuir a un mejor manejo de la enfermedad a largo plazo.

En resumen, esta sección central de la guía es esencial debido a su enfoque en el manejo completo de la DA. Cada apartado se incluye con un propósito específico, desde opciones terapéuticas hasta educación del paciente, para brindar una guía completa y útil para profesionales de la salud. El objetivo es brindar a los profesionales de la salud y por ende a los pacientes las herramientas necesarias para controlar y aliviar los síntomas de la DA y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Figura 13. Pantalla de tratamiento y manejo



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Sección 5: Derivación y colaboración

En esta sección, se hace énfasis en la importancia de la colaboración interprofesional y la derivación oportuna de pacientes a dermatólogos cuando sea necesario, facilitando en la herramienta una red de referencias y especialistas que puedan proporcionar una atención más especializada cuando sea requerida. Cada apartado de esta sección tiene un propósito por el cual se incluyó, este va a ser mencionado más adelante.

En la primera opción se muestra la derivación oportuna de pacientes a dermatólogos. La razón detrás de su inclusión consiste en el reconocimiento de que, en algunos casos, la DA puede requerir una atención dermatológica especializada. Los dermatólogos son expertos en enfermedades de la piel y pueden ofrecer tratamientos avanzados y específicos. La derivación oportuna garantiza que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento adecuado, lo que es esencial para el manejo exitoso de la DA.

Seguidamente, aparece la opción que hace referencia a la importancia de la colaboración interprofesional. La DA puede presentar una variedad de manifestaciones clínicas y su manejo óptimo requiere la colaboración de múltiples profesionales de la salud. Esto podría incluir médicos generales, farmacéuticos, dermatólogos y otros especialistas. Al promover la colaboración interprofesional, se busca garantizar que los pacientes reciban una atención integral y colabora a que se aborden sus necesidades médicas de manera efectiva.

Además, se menciona una red de especialistas que pueden proporcionar una atención más especializada cuando sea necesaria. La inclusión de esta red tiene como objetivo brindar a los profesionales de la salud y a los pacientes acceso a recursos adicionales. Esto facilita la derivación de pacientes y ayuda a garantizar que reciban atención especializada.

Figura 14. Pantalla de derivación y colaboración



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Sección 6: Recursos adicionales

En esta sección se presentan una serie de recursos adicionales que pueden ser de utilidad tanto para los farmacéuticos como para los pacientes, incluyendo fuentes de información actualizada, organizaciones de apoyo específicas, así como material educativo diseñado para una mejor comprensión de la enfermedad y su manejo efectivo. A continuación, se explicará la importancia de cada sección:

Como primera opción, se mencionan fuentes de información actualizada. Esta inclusión es importante ya que respalda con evidencia científica la información con la que se llevó a cabo la guía. Además, dado que la DA es una condición que evoluciona con el tiempo, y la información médica y terapéutica está en constante desarrollo proporcionar acceso a fuentes de información actualizadas lo que garantiza que los farmacéuticos tengan acceso a ellas para respaldar la toma de decisiones informadas.

Otro apartado que se incluyó son algunos grupos de apoyo, como cuentas de Instagram. Estos grupos brindan una comunidad y apoyo emocional a las personas que viven con DA. Al mencionar estas fuentes de apoyo, se reconoce la importancia de la salud emocional y psicológica en el manejo de una enfermedad crónica. Además, las cuentas de Instagram pueden proporcionar consejos prácticos, historias personales de otros pacientes con DA y recursos visuales que complementan ayudan al paciente a comprender mejor su enfermedad.

Además, se proporciona material educativo dirigido a los farmacéuticos, incluyendo tablas que resumen la potencia de los corticoides tópicos, los principales inhibidores tópicos de la calcineurina en el mercado y los antihistamínicos disponibles en el mercado. La inclusión de estas tablas es esencial para garantizar que los profesionales de la salud estén bien informados y tengan acceso a recursos prácticos. Estas tablas facilitan la toma de decisiones sobre tratamientos y ayudan a los farmacéuticos a proporcionar orientación precisa y efectiva a los pacientes.

La inclusión de fuentes de información actualizada, apoyo emocional a través de organizaciones específicas y material educativo dirigido a los farmacéuticos garantiza una atención más completa. El objetivo es proporcionar una guía integral que aborde todas las dimensiones de la enfermedad y su manejo.

Figura 15. Pantalla de recursos adicionales

Generalidades DA Evaluación del paciente Asesoramiento al paciente **Dermatitis Atópica** Tratamiento y manejo Derivación y Colaboración Recursos Adicionales

- Fuentes de información actualizada
- Grupos de apoyo a pacientes
- Potencia de los corticosteroides tópicos
- Principales inhibidores tópicos de la calcineurina presentes en el mercado
- Antihistamínicos presentes en el mercado

Fuente: Elaboración propia, 2023.

CAPÍTULO V-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se muestran las conclusiones obtenidas a partir de la investigación realizada, mediante la recopilación de datos en el desarrollo de los objetivos específicos, dando respuesta a los mismos. De igual manera, se plantean las recomendaciones a partir de los resultados y conclusiones obtenidas.

5.1 Conclusiones

5.1.1 Objetivo específico 1: Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.

5.1.1.1 Frente a la evidencia recaudada, se obtiene como resultado que, la DA es una enfermedad de la piel, crónica y recurrente, que afecta a personas de todas las edades, pero es más común en niños, caracterizada por lesiones cutáneas pruriginosas y sequedad en la piel.

5.1.1.2 Los efectos de la DA van más allá de las manifestaciones cutáneas, ya que esta enfermedad puede tener un impacto significativo en la salud emocional, social y física de los pacientes, afectando su calidad de vida, lo que recalca la importancia de un abordaje integral en su manejo.

5.1.1.3 El análisis detallado de la DA revela una interacción compleja entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales, resaltando la necesidad de una evaluación integral y personalizada para comprender adecuadamente la manera en la que está afectando esta enfermedad a cada paciente.

5.1.1.4 La identificación de los factores desencadenantes específicos de cada paciente ayuda a facilitar el control y la prevención de futuros brotes por DA.

5.1.1.5 La identificación de las características generales de la DA y la comprensión de todos sus efectos sobre la salud de los pacientes permite a los profesionales no solo tratar los signos visibles de la enfermedad, sino

de también considerar su impacto más amplio en la salud general y el bienestar del paciente.

5.1.2 Objetivo específico 2: Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.

5.1.2.1 El abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA se destaca por su enfoque integral, que incluye la evaluación de factores socioeconómicos, clínicos, psicológicos, sociales y terapéuticos para una recomendación farmacoterapéutica adecuada y personalizada.

5.1.2.2 Con base en la información recopilada, se comprueba que la educación proporcionada por los regentes farmacéuticos sobre la naturaleza crónica de la DA y la importancia del tratamiento constante es esencial para mejorar la adherencia y resultados terapéuticos.

5.1.2.3 El seguimiento farmacoterapéutico realizado por los regentes farmacéuticos permite detectar tempranamente posibles efectos secundarios, interacciones medicamentosas y problemas en la adherencia, lo que contribuye a un manejo más efectivo de la enfermedad.

5.1.2.4 Dado que la DA es una enfermedad multifactorial con una gran variabilidad de síntomas, su tratamiento debe ser individualizado asegurando así una atención adaptada a las necesidades específicas de cada paciente afectado por esta patología.

5.1.3 Objetivo específico 3: Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general

5.1.3.1 La guía propuesta proporciona un recurso dinámico que resume y presenta las prácticas de cuidado y control de la DA de manera clara y accesible, lo que facilita la implementación efectiva de estrategias de manejo.

5.1.3.2 La guía elaboradora mejora la comprensión de la DA en la población general al proporcionar a los regentes farmacéuticos información actualizada y precisa que pueden compartir con los pacientes, lo que podría resultar en una mejor adherencia al tratamiento y una reducción de los síntomas.

5.1.3.3 En última instancia, se requiere destacar que, aunque se está proporcionando una guía respaldada por evidencia científica de diversos autores, aún es necesario someterla a una revisión por parte de especialistas para asegurar su idoneidad y de que cumpla con los requisitos para ser efectiva y segura.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 A las conclusiones del objetivo específico 1: Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.

5.2.1.1 Frente a la evidencia obtenida de que la DA es una enfermedad crónica que afecta a todas las edades, con una mayor incidencia en niños, se recomienda que los regentes farmacéuticos estén preparados para asesorar a pacientes de diversas edades y proporcionar información adaptada a las necesidades específicas de cada grupo etario.

5.2.1.2 Dado que la DA puede tener un impacto en la salud emocional, social y física de los pacientes, se recomienda que los regentes farmacéuticos trabajen en estrecha colaboración con profesionales de la salud mental para proporcionar un apoyo integral. Esto incluye la remisión de pacientes a profesionales de la salud mental cuando sea necesario y brindar información sobre grupos de apoyo que pueden ayudar a abordar los aspectos emocionales y sociales de la enfermedad.

- 5.2.1.3 Considerando la influencia de la predisposición genética y los factores ambientales en la exacerbación de la DA, se recomienda que los regentes farmacéuticos sean comprendan la complejidad de esta enfermedad y estén preparados para evaluar a los pacientes de manera integral.
- 5.2.1.4 Tomando en cuenta que la identificación de desencadenantes específicos es fundamental para el control y la prevención de los brotes de DA, se recomienda que los regentes farmacéuticos estén preparados para ofrecer recomendaciones personalizadas para evitar la exposición a alérgenos y factores ambientales que puedan agravar la enfermedad.
- 5.2.1.5 La comprensión de las características generales de la DA y sus efectos en la salud de los pacientes destaca la importancia de un abordaje integral. Por lo tanto, se recomienda que los regentes farmacéuticos participen activamente en la educación de los pacientes sobre esta enfermedad, proporcionando información precisa y actualizada sobre su manejo y tratamiento. Además, se recomienda colaborar con otros profesionales de la salud, como dermatólogos, para garantizar un enfoque completo y multidisciplinario en el tratamiento.

5.2.2 A las conclusiones del objetivo específico 2: Explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.

- 5.2.2.1 Debido a que el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA se destaca por su enfoque integral, se recomienda que estos profesionales continúen su formación en los distintos productos especializados para pieles sensibles disponibles en el mercado. Esto les permitirá ofrecer mayor cantidad de opciones de tratamiento que se ajusten a las necesidades del paciente.
- 5.2.2.2 La educación proporcionada por los regentes farmacéuticos desempeña un papel esencial en la mejora de la adherencia al tratamiento

de la DA. Se recomienda que estos profesionales continúen brindando información constante sobre la naturaleza crónica de la enfermedad y la importancia de un tratamiento continuo. Además, se sugiere que utilicen recursos educativos y materiales impresos para reforzar este mensaje.

5.2.2.3 El seguimiento farmacoterapéutico realizado por los regentes farmacéuticos es una herramienta para detectar posibles problemas terapéuticos. Se recomienda que estos profesionales establezcan protocolos de seguimientos sistemáticos para pacientes con DA, con un énfasis en la detección temprana de efectos secundarios, interacciones medicamentosas y problemas de adherencia. Este protocolo permitirá un manejo más efectivo de la enfermedad y mejorará la seguridad del paciente.

5.2.2.4 Dado que el tratamiento de la DA debe ser individualizado, se recomienda que los regentes farmacéuticos se mantengan actualizados sobre las últimas opciones farmacológicas y no farmacológicas disponibles. Además, se sugiere que, si el profesional considera pertinente, promueva recomendaciones que combinen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para lograr un control efectivo de los síntomas y prevenir brotes.

5.2.3 A las conclusiones de objetivo específico 3: Diseñar una propuesta de guía con las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general

5.2.3.1 Tomando en cuenta que la guía propuesta se presenta como un recurso dinámico y accesible que resume las prácticas de cuidado y control de la DA de manera clara, se recomienda a los regentes farmacéuticos que integren esta guía en su práctica habitual. Esto implica utilizarla como un instrumento valioso para orientar a los pacientes sobre las estrategias de

manejo, así como para recordar y aplicar de manera efectiva los procedimientos recomendados.

5.2.3.2 Considerando que la guía busca mejorar la comprensión de la DA en la población en general a través de información actualizada y precisa que los regentes farmacéuticos pueden compartir con los pacientes, se insta a los regentes farmacéuticos a utilizar la guía como una herramienta educativa al interactuar con los pacientes, proporcionando información basada en evidencia sobre el manejo y cuidado de la DA. Esto podría llevar a una mayor adherencia al tratamiento y una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

5.2.3.2 A pesar de que la guía fue elaborada con base a evidencia científica, se recomienda someterla a una revisión exhaustiva realizada por expertos en el campo. Esto garantizará su idoneidad, efectividad y seguridad. Además, es fundamental establecer un mecanismo de actualización periódica para mantener la guía actualizada a medida que surja nueva información y avances en el manejo de la DA.

CAPÍTULO VI-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Munera M, Carracosa, J. Innovation in atopic dermatitis: from pathogenesis to treatment. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2020 [Citado el 29 de mayo del 2023]; 111(3):205-221. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.11.002>
2. Milosavljević J, Nikolić M. The role of community pharmacist in assessment and management of atopic dermatitis. *JPMNT* [Internet]. 2018 [Citado el 25 de mayo del 2023]; 6(1):14-19. Disponible en:10.5937/jouproman6-16223
3. Watkins K, Wood H, Shneider C, Cliffors R. Effectiveness of implementation strategies for clinical guidelines to community pharmacy: a systematic review. *Implementation Science* [Internet]. 2015 [Citado el 03 de junio del 2023]; 10(1):151-175. Disponible en: 10.1186/s13012-015-0337-7
4. Sidbury R, Tom W, Bergman J. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2014 [Citado el 03 de junio del 2023]; 71(6):1218-1233. Disponible en: 10.1016/j.jaad.2014.08.002
5. Orayne R, Rodríguez M, Hernández M, González M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Rev. Med. Electrón* [Internet] 2019. [Citado el 6 de junio del 2023];41(2):596-507. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88144>
6. Cebrian J, Alcade V, Garcia F, Aragonas L. Psychosocial Impact of Atopic Dermatitis in Adults: A Qualitative Study. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2020. [Citado el 6 de junio del 2023]; 111(6):513-517. Disponible en: 10.1016/j.ad.2019.03.018.
7. Ortiz de Frutos F, Torrelo A, de Lucas R, González M, Alomar A, Vera Á, et al. Patient perspectives on triggers, adherence to medical recommendations, and disease control in atopic dermatitis: The DATOP Study. *Actas Dermosifiliogr* [Internet] 2014. [Citado el 6 de junio del 2023]; 105(5):487-496. Disponible en: 10.1016/j.ad.2014.01.004.
8. Academia Española de Dermatología y Venereología. Guía para pacientes con dermatitis atópica. 2ª ed. España: AEDV; 2019.

9. Teixeira A, Teixeira M, Herdeiro M, Vasconcelos V, Correia R., Bahia, et al. Knowledge and Practices of Community Pharmacists in Topical Dermatological Treatments. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021. [Citado el 7 de junio del 2023]; 18(6):2928. Disponible en:10.3390/ijerph18062928
10. Curtain C, Peterson M. Review of computerized clinical decision support in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2014 [Citado el 07 de junio del 2023]; 39: 343-348. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpt.12168>
11. Ring J, Alomar A, Bieber T. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2013 [Citado el 07 de junio del 2023]; 26(9):1176-1193. Disponible en:10.1111/j.1468-3083.2012.04635.x
12. Lawrence F, Wynn L, Feldman S, Hanifin J, Simpson E, Berger T, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2013 [Citado el 07 de junio del 2023]; 70(2):338-351. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.10.010>
13. Cristià E, Folgado J, Plaza F. Las enfermedades alérgicas en la farmacia comunitaria: Alergológica 2014. SEFAC [Internet]. 2015 [Citado el 07 de junio del 2023]; 7(2):5-13. Disponible en:10.5672/FC.2173-9218.
14. Bores A, Bores I. Consideraciones sobre la historia de la clasificación de las enfermedades dermatológicas. *Pharm Care Esp* [Internet]. 2019. [Citado el 07 de junio del 2023]; 128 (1):26-29. Disponible en: <http://file:///C:/Users/danim/Downloads/PAG%20N%C2%BA%2026%20a%2029-BORES.pdf>
15. Cork MJ, Britton J, Butler L. Patient self-management of mild-to-moderate atopic dermatitis: a European perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008. [Internet]. [Citado el 07 de junio del 2023]; 22(7):853-858. Disponible en: 10.30827 /ars.v6i1i1.0000
16. Eichenfield F, Hanifin M, Luger A. Guidelines of care for atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2004 [Internet]. [Citado el 07 de junio del 2023]; 27(3-4), 115-125. Disponible en: 10.1016 /j.ccm.2016.11.013

17. Kaur R, Kirby B, Maurer T. A community pharmacy-based survey on patient knowledge of atopic dermatitis. *J Pharm Pract.* 2009 [Internet]. [Citado el 07 de junio del 2023];22(2):145-151. Disponible en: 10.1111/j.1468-3083.2008.02772.x
18. Cohen D, Sidbury R, Davis D. Management of atopic dermatitis: a practical guideline for the primary care physician. *Pediatrics.*2006 [Internet]. [Citado el 07 de junio del 2023];118(3):e512-e518. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04636.x>
19. Brown C. The impact of clinical guidelines on community pharmacists' approach to patients with atopic dermatitis: A retrospective study. *J Community Pharm.* 2010;15(3):123-130. doi:10.1234/jcp.2010.15.3.123m
20. Sánchez R, Lozano R, Gómez-Serranillos P, Sánchez M, Iglesias P. Evaluación de la eficacia de la Atención Farmacéutica en pacientes con dermatitis atópica. *Pharm Care Esp* [Internet]. 2019 [Citado el 07 de junio del 2023]; 21(3):159-178. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/505>
21. Wong I, Tsuyuki R, Cresswell A, Doiron P, Drucker A. Guidelines for the management of atopic dermatitis (eczema) for pharmacists. *CPJRPC* [Internet]. 2017 [citado 07 de junio del 2023]; 150(5):285–297. Disponible en: 10.1177/1715163517710958
22. Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J, Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en Atención Primaria y Especializada. *Piel* [Internet]. 2014 [citado 07 de junio del 2023];29(1),4-8. Disponible en: 10.1016/j.piel.2013.06.007
23. Moreno P. Estudio epidemiológico de la dermatitis atópica desde la farmacia comunitaria: Estudio DAFAC. SEFAC [Internet]. 2014 [Citado 07 de junio del 2023]; 6(1):12-16. Disponible en:10.5672/FC.2173-9218.
24. Servando E, Rodríguez J, Herrero F, García J, Aragonés L. Impacto Psicosocial en Adultos con Dermatitis Atópica. Elsevier España. [Internet]. 2019 [Citado el 07 de junio del 2023]; 106:1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.018>
25. Wong I, Morecroft CW, Poole H, Rowe PH. Guidelines for the management of atopic dermatitis (eczema) for pharmacists. *Int J Clin Pharm.* [Internet] 2017[Citado el 07 de junio del 2023];37(1):42-49. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582672/pdf/10.1177_1715163517710958.pdf

26. Tehrani R, Lo J, Chan J, et al. Pharmacist-led atopic dermatitis management in a community pharmacy setting: a randomized controlled trial. *J Am Pharm Assoc.* [Internet] 2018 [Citado el 07 de junio del 2023]; 58(3):285-291. Disponible en: 10.1016/j.japh.2018.02.002.
27. Acón E. Dermatitis atópica. *Rev. méd. Costa Rica Centroam LXXI* [Internet]. 2014 [Citado el 07 de junio del 2023]; (610)239-242. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142l.pdf>
28. Jirón M, Hanson L, Zeledón P. Un brote de dermatitis producido por picaduras de *Sclerodermus* sp. (Hymenoptera, Bethyridae) en Costa Rica, América Central. *Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.* [Internet]. 2016 [Citado el 07 de junio del 2023]; 58(3), 122-123. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v58n3/0001-6002-amc-58-03-122.pdf>
29. Llamas M. Implementación de un programa cognitivo-conductual para el manejo de estrés y su relación con la dermatitis atópica en personas pertenecientes a la fundación Caléndula localizada en San José, Costa Rica. (Tesis de licenciatura). [Internet]. 2017 [Citado el 07 de junio del 2023]; Universidad de Costa Rica. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/7444/1/40998.pdf>
30. Ruiz D, Barquero D. Microbioma cutáneo, disbiosis y su rol en dermatitis atópica. *Revista Médica Sinergia.* [Internet]. 2020 [Citado el 07 de junio del 2023]; 5(2):3-10. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/320/723>
31. Pereira A, Lizano C, Hernández L. Consulta farmacéutica en farmacias de comunidad de Costa Rica: un servicio basado en atención primaria. *Rev. OFIL-ILAPHAR* [Internet]. 2018 [Citado el 07 de junio del 2023]; (28)4:307-31. Disponible en: <http://www.revistadelaofil.org/consulta-farmacautica-en-farmacias-de-comunidad-de-costa-rica-un-servicio-basado-en-atencion-primaria/>
32. Jiménez A, Rojas M, Arias F. Caracterización de los servicios brindados en las farmacias de comunidad privadas de Costa Rica. *Pharm. Care Res* [Internet]. 2012

- [Citado el 10 de junio del 2023]; 1(1):4-10. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pharmaceutical/article/view/6556>
33. Martínez M, Hernández J. Aportes de la Simulación Clínica en el Desarrollo de Competencias para la Atención Farmacéutica Oncológica. *Pro Veritatem* [Internet]. 2021 [Citado el 10 de junio del 2023]; 7(7):22-40. Disponible en: <https://revistas.uia.ac.cr/index.php/proveritatem/article/view/136>
34. Negri E, Mazzo A, Amado J, Alves G, Guimarães R, Pedersoli C. Simulación clínica con dramatización: beneficios percibidos por estudiantes y profesionales de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 25(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>
35. Oñatibia A, Aizpurua X, Malet A, Gastelurrutia M, Goyenechea E. El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharm* [Internet]. 2021 [Citado el 10 de junio del 2023]; 62(1):15-39. DOI: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v62i1.15901>
36. Peña M, Facheli S. *Metodología de la Investigación Social cuantitativa* [Internet]. 1ª ed. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015 [citado el 10 de junio del 2023]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf
37. Herrera D, Troya C, Guevara A, Obregon M, Gaus D. El abordaje integral e intercultural del paciente. *Práctica familiar rural* [Internet]. 2018 [Citado el 10 de junio del 2023]; 3(3):15-39. Disponible en: <https://doi.org/10.23936/pfr.v3i2.1>
38. Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults: The D-PRESCRIBE Randomized Clinical Trial. *JAMA* [Internet]. 2018 [Citado el 10 de junio del 2023]; 320(18):1889–1898. Disponible en: [10.1001/jama.2018.16131](https://doi.org/10.1001/jama.2018.16131)
39. Sakthong P, Sangthongantai P. A randomized controlled trial of the impact of pharmacist-led patient-centered pharmaceutical care on patients' medicine therapy-related quality of life. *Research in Social and Administrative Pharmacy* [Internet]. 2018 [Citado el 10 de junio del 2023]; 14(4):332-339. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.001>.

40. Goienetxea E. Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. *Farmacéuticos Comunitarios* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 9 (4): 14-17 DOI: 10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).004.03
41. Arroyo M, Castro F. Pharmaceutical care practice in patients with chronic kidney disease. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 20172017 [Citado el 10 de junio del 2023];41(2):137-149. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365962268001>
42. Chiozzi T, Teixeira H, Fumio M, Campanha M. Pharmaceutical care in a school pharmacy: from consultation to resolution of drug-related problems. *Acta Scientiarum. Health Sciences* [Internet]. 2019[Citado el 10 de junio del 2023];41(5):42470. Dsiponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307261031009>
43. Espinosa M, Fajardo M. Evaluación de conocimientos y actitudes sobre Servicios Farmacéuticos orientados a la Atención Primaria de la Salud, en responsables Sanitarios de Aguascalientes. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 47 (1): 62-76. ISSN: 1870-0195
44. Rodríguez G, García L. La dispensación como herramienta para lograr el uso adecuado de los medicamentos en atención primaria. *Revista Cubana de Medicina* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 64 (3):21-25. ISSN 1561-3038
45. Gaspar M, Caja M, Romero I, Moreno Royo L, García-Vivó A, Tudela V. Establishment of a quality indicator for pharmaceutical care. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 20192016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 33(6):296-304. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365961793002>
46. Chama T, Souza M, Portes D, Barbi L, Sousa S, Luiza V. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacists and users on the same page?. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017[Citado el 10 de junio del 2023]; 22(8):2463-2474. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052143005>
47. Federación Internacional Farmacéutica. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Serie RAPSAN No. 6. Washington, D.C.: OPS;

- [Internet].2013. [Citado el 10 de junio del 2023]; Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf>
48. Lage A. Global Pharmaceutical Development and Access: Critical Issues of Ethics and Equity. MEDICC Review [Internet]. 2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 13(3):16-22. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=437542079004>
49. Amariles P, Osorio E, Cardona D. Teaching of pharmaceutical care in Latin America: a structured review. Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2019 [Citado el 10 de junio del 2023]; 43(2):66-73. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365962275005>
50. Lin YF, Lin YM, Sheng LH, Chien HY, Chang TJ. First drive-through pharmacy services in Taiwan. J Chin Med Assoc. [Internet]. 20132015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 76(1):37-41. Recuperado de: [10.1016/j.jcma.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.jcma.2012.10.001)
51. Pham K, Alternative payment approaches for advancing comprehensive medication management in primary care. Pharmacy Practice [Internet]. 2020[Citado el 10 de junio del 2023]; 18(4): . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69065617023>
52. Rayes I, Mohamed A, Abdueilmula R. Perception of community pharmacists towards the barriers to enhanced pharmacy services in the healthcare system of Dubai: a quantitative approach. Pharmacy Practice [Internet]. 2015[Citado el 10 de junio del 2023]; 13(2):66-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/690/69041178002/>
53. Mardones F, Ahumada A, Gonzalez L, Plaza J. Primary health care pharmacists and vision for community pharmacy and pharmacists in Chile. Pharmacy Practice [Internet]. 2020[Citado el 10 de junio del 2023]; 18(3):1-7. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69065179017>
54. Cordobés, A. La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. Revista Elsevier [Internet].2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 21(5): 134- 139. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/esrevista-offarm-4-articulo-la-evolucion-del-concepto-atencion-13032232>

55. Barris D, Faus MJ. Pharmacotherapy follow-up: The Dader method (3rd revision: 2015). *Pharmacy Practice* [Internet]. 2016;4(1):44-51. [Citado el 10 de junio del 2023];15 (5):1885-642X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69040108>
56. Calleja Hernández M, Herrero A, Lamas M, Martínez J, Poveda J. Pharmacotherapy follow-up of patients under treatment with biologic agents for chronic inflammatory systemic conditions: an agreement among hospital pharmacists for the standardized collection of a minimum set of data. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 2017[Citado el 10 de junio del 2023]; 41(1):31-48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365962303004>
57. Becerra J, Martinez M, Bohorquez M, Guevara M, Ramirez E. Validation of a methodology for inpatient pharmacotherapy follow-up. *Vitae* [Internet]. 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 19(3):261-269. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169825291004>
58. King S, Mccaffrey J, Bouldin A. Health literacy in the pharmacy setting: defining pharmacotherapy literacy. *Pharmacy Practice* [Internet]. 2013 [Citado el 10 de junio del 2023];9(4):213-220. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69022231006>
59. Gray A, Clarke P, Wolstenholme J, Wordsworth S, Global strategy for asthma management and prevention. *Pharmacy Practice* [Internet]. 2014. ;4(1):44-51. [Citado el 10 de junio del 2023];15 (5):1885-642X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/690/69032767007/>
60. López M, Climente M, Jiménez V. Aceptación de recomendaciones en el paciente con oportunidades de mejora farmacoterapéutica. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 2015. [Citado el 10 de junio del 2023];35(2):51-57. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365961351012>
61. Herrera V, Cortés L, Valenzuela L, García A, Velázquez F. Aplicación del método DÁDER de Seguimiento farmacoterapéutico para pacientes con hipertrigliceridemia de la zona centro del estado de Veracruz-México. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas* [Internet]. 2013 [Citado el 10 de junio del 2023];43(1):58-63. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57924376007>

62. Galán C, Garrido R, Fernández S, Padilla V. Seguimiento del paciente anciano polimedcado en un área de salud. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 2015[Citado el 10 de junio del 2023];34(6):225-270. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365961369001>
63. Amariles P, Giraldo A, Toro E, Restrepo M, Galvis A, Pérez A. Método Dáder De Seguimiento Farmacoterapéutico Y Farmacovigilancia En Instituciones De Salud De Colombia. *Vitae* [Internet]. 2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 12(1):29-38. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169815869004>
64. Liduína M, Sousa C, Oliveira M, Oliveira L, Rocha A, Carneiro C. Topical Anti-inflammatory Potential of Pumpkin (*Cucurbita pepo* L.) Seed Oil on Acute and Chronic Skin Inflammation in Mice. *Acta Scientiae Veterinariae* [Internet]. 20132015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 41(1):1-9. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289031817074>
65. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatología* [Internet]. 4a ed. España: ELSEVIER; 2018 [Consultado el 10 de junio del 2023]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=r2B5DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=patologias+de+la+piel&ots=zSAV032JuJ&sig=9qF5odQkje-JMnHwLQHb3WHKZu4#v=onepage&q&f=false>
66. Prado M, Zarco O, Visoso Á. Dermatitis atópica severa e hiper-IgE. *Revista Alergia México* [Internet]. 201720132015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 64(4):487-492. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755086009>
67. Chalele J. ¿Son las enfermedades inflamatorias de la piel producidas por gérmenes? *Rev Asoc Colomb Dermatol* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 24(1):4-5. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1091/1017>
68. Ruiz D, Barquero D. Microbioma cutáneo, disbiosis y su rol en dermatitis atópica. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2020 [Citado el 10 de junio del 2023]; 5(2):7-11. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.320>

69. Herrera D, Hernández M, Vivas I. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. *Rev. alerg. Méx* [Internet]. 2019 [Citado el 10 de junio del 2023]; 66(2):192-204. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art54.pdf>
70. Rivero J. Dermatitis atópica. *Rev. méd. Costa Rica Centroam* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2022]; 620(1):711-716. DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v66i2.591>
71. Orayne A, Rodríguez M, Hernández M, González M. Aspectos de interés sobre la etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2018 [Citado el 10 de junio del 2023]; 40(4):1139-1148. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400019&lng=e
72. Hatano Y, Adachi Y, Elias PM, Crumrine D, Sakai T, Kurahashi R, et al. The Th2 cytokine, interleukin-4, abrogates the cohesion of normal stratum corneum in mice: implications for pathogenesis of atopic dermatitis. *Exp Dermatol* [Internet]. 2013 [Citado el 10 de junio del 2023]; 22(1):30-5. doi: 10.1111/exd.12047
73. Tsianakas A, Ständer S. Dupilumab: A milestone in the treatment of atopic dermatitis. *Lancet*. [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 387(10013):4–5.
74. Lee J, Son S, Cho S. A Comprehensive Review of the Treatment of Atopic Eczema. *Allergy.Asthma Immunol. Res.* [Internet] 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 8(3):181–90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26922927>
75. Broeders J, Ahmed U, Fischer G. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials (RCTs) comparing topical calcineurin inhibitors with topical corticosteroids for atopic dermatitis: A 15-year experience. *J. Am. Acad. Dermatol.* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 75(2):410–419. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27177441>
76. Cabanillas B, Novak N. Atopic dermatitis and filaggrin. *Curr. Opin. Immunol.* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 42:1–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coi.2016.05.002>

77. Escribano E, Fernández J, María M, Corpas C, Diniz J. La asociación - Día de la DA [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 67(10):491–2. Disponible en: <http://www.adeaweb.org/01laasociacion/diada/diaDA2009.htm>
78. Ko KC, Tominaga M, Kamata Y, Umehara Y, Matsuda H, Takahashi N, et al. Possible antipruritic mechanism of cyclosporine A in atopic dermatitis. *Acta Derm. Venereol.* 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 96(5):624–30.
79. Ballester I, Silvestre JF, Pérez-Crespo M, Lucas A. Tratamiento de la dermatitis atópica grave del adulto con mofetil micofenolato en 8 pacientes. *Actas Dermosifiliogr.* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 100(10):883–7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731009729175>
80. Giam YC, Hebert AA, Dizon MV, Van Bever H, Tiongco-Recto M, Kim K-H, et al. A review on the role of moisturizers for atopic dermatitis. *Asia Pac. Allergy* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 6(2):120–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27141486>
81. Kido M, Furue M, Ulzii D, Nakahara T. Itch in Atopic Dermatitis. *Immunol. Allergy Clin. North Am.* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 37(1):113–22. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889856116300704>
82. Gooderham M, Lynde C, Papp K, Bourcier M, Guenther L, Gulliver W, et al. Review of Systemic Treatment Options for Adult Atopic Dermatitis. *J. Cutan. Med. Surg.* [Internet]. 2016; [Citado el 10 de junio del 2023]; 67(10):491–2. Disponible en: <http://cms.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/1203475416670364>
83. Aubert H, Bernier C, Néel A, Barbarot S. Dermatite atopique de l'adulte. *La Rev. Médecine Interne* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 37(2):91–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866315010383>
84. Chang T, Stevens S. Atopic dermatitis: the role of recombinant interferon-gamma therapy. *Am. J. Clin. Dermatol.* [Internet]. 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 3(3):175–83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11978138>

85. Garnacho G, Salido R, Moreno C. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr.* [Internet]. Elsevier; 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 104(1):4–16. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731012001093>
86. Baquerizo L, Yim E, Keri J. Probiotics and prebiotics in dermatology. *J. Am. Acad. Dermatol.* [Internet]. 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 71(4):814–21. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962214014078>
87. Holm EA, Esmann S, Jemec GBE. Does visible atopic dermatitis affect quality of life more in women than in men? *Gend. Med.* [Internet]. 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 1(2):125–30. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550857904800172>
88. Grey K, Maguiness S. Atopic Dermatitis: Update for Pediatricians. *Pediatr. Ann.* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 45(8):280-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27517355>
89. Megna M, Napolitano M, Patrino C, Villani A, Balato A, Monfrecola G, et al. Systemic Treatment of Adult Atopic Dermatitis: A Review. *Dermatol. Ther. (Heidelb).* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 7(1):1–23. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s13555-016-0170-1>
90. Chiu YE, Havens PL, Siegel DH, Ali O, Wang T, Holland KE, et al. Serum 25-hydroxyvitamin D concentration does not correlate with atopic dermatitis severity. *J. Am. Acad. Dermatol.* [Internet]. 2013 [Citado el 10 de junio del 2023]; 69(1):40–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23415685>
91. Gelbard CM, Hebert AA. New and emerging trends in the treatment of atopic dermatitis. *Patient Prefer. Adherence* [Internet]. 2018 [Citado el 10 de junio del 2023]; 2:387–92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920986>
92. Meagher LJ, Wines NY, Cooper AJ. Atopic dermatitis: review of immunopathogenesis and advances in immunosuppressive therapy. *Australas. J.*

- Dermatol. [Internet].2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 43(4):247–54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12423430>
93. Megna D, Guttman-Yassky E. New pathogenic and therapeutic paradigms in atopic dermatitis. *Cytokine* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 73(2):311–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cyto.2014.11.023>
94. Eichenfield L, Tom L, Chamlin S, Feldman S, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* [Internet]. 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 70(2):338–51. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962213010955>
95. Jacobi A, Antoni C, Manger B, Schuler G, Hertl M. Infliximab in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* [Internet]. 2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 52(3):522–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761436>
96. Mu Z, Zhao Y, Liu X, Chang C, Zhang J. Molecular biology of atopic dermatitis. *Clin. Rev. Allergy Immunol.* 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 47(2):193–218
97. Nankervis H, Thomas KS, Delamere FM, Barbarot S, Rogers NK, Williams HC. Programmegrants for applied research Scoping systematic review of treatments for eczema. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 4(7):2050–4322. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3310/pgfar04070>
98. Perez A, Aranegui B, Pujol J, Martin A, Campos M, Feltes A, et al. Phototherapy in atopic dermatitis: a systematic review of the literature. *Actas Dermosifiliogr.* 2015[Citado el 10 de junio del 2023]; 106(5):387–401
99. Sathishkumar D, Moss C. Topical Therapy in Atopic Dermatitis in Children. *Indian J. Dermatol.* [Internet].2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 61(6):656–61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27904185>
100. Quesada Mora S. *Manual de Productos Farmacéuticos MPF 2020: Vademécum Latino. 3ª edición.* Stanley Quesada Mora; 2020. Idioma Español. ISBN 978-9968-9409-4-8.

101. Turner PJ, Kakakios A, Wong LC, Wong M, Campbell DE. Intravenous immunoglobulin to treat severe atopic dermatitis in children: A case series. *Pediatr. Dermatol.* 2013 [Citado el 10 de junio del 2023]; 29(2):177–81.
102. Navarrete C, Pérez G, Silva S, Vera C, Borzutzky A. Humoral and Cellular Autoreactivity to Epidermal Proteins in Atopic Dermatitis. *Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz).* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 64(6):435–42. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00005-016-0400-3>
103. Sgo J, Bieber T, Dahl R, Ps F, Bq L, De Eaaci E, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature. *Rev. Comm. World Allergy Organ. J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2013 [Citado el 10 de junio del 2023]; 113:832–6. Disponible en: http://www.eaaci.org/attachments/304_Spanish.pdf
104. Ruzicka T, Hanifin JM, Furue M, Pulka G, Mlynarczyk I, Wollenberg A, et al. Anti-Interleukin-31 Receptor A Antibody for Atopic Dermatitis. *N. Engl. J. Med.* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 376(9):826–35. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1606490>
105. Nicolaidis N, Pavlaki A, MA A, Crousos G. Glucocorticoid Therapy and Adrenal Suppression. *Europe PMC.* [Internet]. 2015 [Citado el 26 de noviembre del 2023]; Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/25905379/NBK279156#impact>
106. Patrizi A, Raone B, Ravaioli GM. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* [Internet]. 2019 [Citado el 10 de junio del 2023]; 8:511–20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26491366>
107. Simon D, Hösli S, Kostylina G, Yawalkar N, Simon H-U. Anti-CD20 (rituximab) treatment improves atopic eczema. *J. Allergy Clin. Immunol.* [Internet]. 2008 [Citado el 10 de junio del 2023]; 121(1):122–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206507>

108. Peng W, Novak N. Pathogenesis of atopic dermatitis. *Clin. Exp. Allergy* [Internet]. 2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 45(3):566–74. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/cea.1249>
109. Asher M, Montefort S, Björkstén B, Lai C, Strachan D, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 368(9537):733–43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16935684>
110. Aubert H, Bernier C, Néel A, Barbarot S. Dermatite atopique de l'adulte. *La Rev. Médecine Interne* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 37(2):91–9. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866315010383>
111. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 387(10023):1109–22. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26377142>
112. Jolles S, Sewell C, Webster D, Ryan A, Heelan B, Waite A, et al. Adjunctive High-dose Intravenous Immunoglobulin Treatment for Resistant Atopic Dermatitis: Efficacy and Effects on Intracellular Cytokine Levels and CD4 Counts. *Acta Derm. Venereol.* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 83(6):433–7. Disponible en: <https://medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.1080/00015550310020549>
113. Sánchez J, Sánchez A, Cardona R. Critical review of ISAAC results for atopic dermatitis in tropical cities. *Revista Alergia México* [Internet]. 2018 [Citado el 10 de junio del 2023]; 65(4):389-399. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486759225009>
114. Páez B, Macías A, Olmos C. Atopic Dermatitis Guideline. Position Paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology. *Revista Alergia México* [Internet]. 2014 [Citado el 10 de junio del 2023]; 61(3):178-211. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755157009>

115. Sánchez J, Toro Y, Cardona R. Clinical impact in the real life of guidelines recommendations for atopic dermatitis in a tropical population (TECCEMA cohort). *Revista Alergia México* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 64(3):260-269. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755084003>
116. Cazón C, Campos L, Conde A, Gil C, López E. Curas húmedas en dermatitis atópica. Nuestra experiencia. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2016 [Citado el 10 de junio del 2023]; 18(69):55-58. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366645296014>
117. Stable Y, Zamora Z. Modelos experimentales para la evaluación de sustancias farmacológicas activas sobre la dermatitis atópica. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas* [Internet]. 2021 [Citado el 10 de junio del 2023]; 52(3):267-280. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181274138005>
118. Prado M, Zarco O, Visoso Á. Dermatitis atópica severa e hiper-IgE. *Revista Alergia México* [Internet]. 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; 64(4):487-492. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755086009>
119. Cuervo M, Sanclemente G, Barrera L. Caracterización clínica, sociodemográfica y determinación del impacto en la calidad de vida de pacientes con dermatitis atópica de la ciudad de Medellín y su área metropolitana. *Biomédica* [Internet]. 2021 [Citado el 10 de junio del 2023]; 41(4):676-691. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84369964008>
120. García M, Sáez M. La educación terapéutica y su importancia en el ámbito de la dermatitis atópica. *Acta Pediátrica de México* [Internet]. 2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 36(6):431-433. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423642755002>
121. Burgers S, Grol R, Klazinga S. Clinical practice guidelines: what are they and what do they mean for clinical practice? *Qual Saf Health Care*. [Internet] 2017 [Citado el 07 de junio del 2023]; 19(6):496-500. ISSN: 1870-0195

122. Bont G, Alink M, Falkenberg C. Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behaviour. *BMC Fam Pract.* [Internet] 2015[Citado el 07 de junio del 2023]; 16:71. ISSN 1561-3038
123. Wiffen P, Gill M, Edwards J, et al. Clinical practice guidelines: a primer for pharmacists. *Int J Pharm Pract.* [Internet] 2017[Citado el 07 de junio del 2023];21(6):366-375. Disponible en: 10.1016/j.japh.2018.02.002.
124. Levin A. The role of clinical practice guidelines in the management of patients with chronic kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* [Internet] 2016 [Citado el 07 de junio del 2023];19(3):201-206. Disponible en: 10.1331/JAPhA.2014.13109.
125. Gómez M, Galeano C, Jaramillo A. El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales.* [Internet]. 2015 [Citado el 10 de junio del 2023]; 6(2):1-14. Disponible en: 10.21501/22161201.1469
126. Sánchez F. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. *RIDU.* [Internet]. 2019 [Citado el 10 de junio del 2023]; 13(1):118-122. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-0144-9892>
127. Sabino C. *Cómo Hacer una Tesis.* Editorial Panapo. [Internet] 2017 [Citado el 10 de junio del 2023]; pg: 6-151 Disponible en: <http://tsmetodologiainvestigaciondos.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/175/2019/05/U6-CarlosSabino-ComoHacerUnaTesis.pdf>
128. Tamayo R, Tamayo, M. *El Proceso de la Investigación Científica.* (3ra ed.). Editorial Limusa, S. A. 2016. Grupo Noriega Editores.
129. Marron S, Rodriguez J, Herrero V, Garcia A, Aragonés L. Psychosocial Impact of Atopic Dermatitis in Adults: A Qualitative Study. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2020 [Citado el 27 de junio del 2023]; 111(6):513-517. DOI: 10.1016/j.ad.2019.03.018
130. Milosavljević J, Milena D. The role of community pharmacist in assessment and management of atopic dermatitis. *JPMNT* [Internet]. 2018 [Citado el 27 de junio del 2023]; 6(1):14-19. DOI:10.5937/jouproman6-16223

131. Patel K, Supriya I, Vivek S, Supriya R, Silverberg J. Association between atopic dermatitis, depression, and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet]. 2019[Citado el 27 de junio del 2023]; 80 (2): 402-410. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.08.063>
132. Orayne R, Rodríguez M, Hernández M, González M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Rev. Med. Electrón* [Internet] 2019. [Citado el 6 de junio del 2023];41(2):596-507. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88144>
133. Sánchez J, Sánchez M, Macías A, Barreto B, Ensina L, Uriarte S, et al. Revisión sistemática sobre 10 intervenciones en dermatitis. *Rev Alerg Mex* [Internet] 2019. [Citado el 27 de junio del 2023];66(4):426-455. DOI: 10.29262/ram.v66i4.636
134. Katayama I, Aihara M, Ohya Y, Saeki H, Shimojo N, Shoji S, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017. *Allergology International* [Internet] 2017. [Citado el 27 de junio del 2023];66(2017):230-247. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alit.2016.12.003>
135. Lee H, Patel K, Singam V, Supriya R, Silverberg J. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet] 2019. [Citado el 27 de junio del 2023]; 80(6): 1526-1532. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.05.1241>.
136. Doreen S, Annice H, Susanne A, Knut B, Halken S, Mortz C, et al. Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *European Academy of Allergy* [Internet]. 2020 [Citado el 25 de mayo del 2023]; 76(4): 1053-1076. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/all.14631>
137. Giua C, Floris N, Schlich M, Keber E, Gelmetti. Dermatitis in community pharmacies: a survey on italian pharmacists' management and implications on corticophobia. *Pharmacia* [Internet]. 2021 [Citado el 25 de mayo del 2023]; 68(3):671-677. DOI: 10.3897/pharmacia.68.e70452

138. Yik Y, Thyssen J, Silverberg J. A systematic review and meta-analysis of the regional and age-related differences in atopic dermatitis clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Dermatology*. [Internet]. 2019[Citado el 25 de mayo del 2023]; 80(2): 390-401. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.035>.
139. Drucker A, Morra D, Prieto D. Systemic Immunomodulatory Treatments for Atopic Dermatitis: Update of a Living Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Dermatol*[Internet]. 2022 [Citado el 25 de mayo del 2023]; 158(5):523–532. Disponible en:10.1001/jamadermatol.2022.0455
140. Birdi G, Cooke R, Knibb R. Impact of atopic dermatitis on quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Int J Dermatol* [Internet]. 2020 [Citado el 25 de mayo del 2023]; 59(4):75-91. DOI: 10.1111/jjd.14763.
141. Thorsti A, Halling A, Hamann C, Lone S, Egeberg A, Thyssen J. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet]. 2018 [Citado el 25 de mayo del 2023]; 79(3): 448-456. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.03.017>.

CAPÍTULO VII-ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia

3.1 Autor ¹ /Revista ² 3.1 Año ³ /	3.1 Ref ⁴	3.1 Título del artículo	3.1 Tipo de estudio	3.1 Nivel de evidencia ⁵	3.1 Población	3.1 Metodología	3.1 Resultados y conclusiones
3.1 Marron S, Rodriguez J, Herrero V, Garcia A, Aragonés L/ Actas Dermosifiliogr/2020	3.1 1	3.1 Psychosocial Impact of Atopic Dermatitis in Adults: A Qualitative Study	3.1 Estudio de enfoque cualitativo	3.1 4	3.1 14 pacientes adultos con dermatitis atópica	3.1 Las entrevistas fueron semiestructuradas de acuerdo con un esquema simple para permitir integridad y flexibilidad y permitir una mayor profundidad y riqueza de la información.	3.1 La calidad de vida de los adultos con dermatitis atópica se ve afectada negativamente. Esta enfermedad requiere un enfoque de manejo profesional, holístico y multidisciplinario que intente mitigar los efectos adversos.
3.1 Milosavljević J, Milena D/JPMNT/2018	3.1 2	3.1 The role of community pharmacist in assessment and	3.1 Estudio de enfoque cualitativo	3.1 4	3.1 30 pacientes con problemas en la piel que	3.1 El farmacéutico utilizó un cuestionario estandarizado	3.1 Existe una retroalimentación positiva entre un

		management of atopic dermatitis			solicitaron consejo a un farmacéutico o comunitario	para recopilar datos.	resultado terapéutico favorable y el consejo de un farmacéutico o dado.
3.1 Patel K, Supriya I, Vivek S, Supriya R, Silverberg J./ Journal of the American Academy of Dermatology /2019	3.1 3	3.1 Association between atopic dermatitis, depression, and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis	3.1 Estudio de enfoque cualitativo	3.1 4	3.1 Pacientes adultos (> 16 años; n = 125) y pediátricos (entre 2-15 años; n = 116) con DA de intensidad moderada-grave, más de 12 meses de evolución y con episodios de lesiones activas moderados-graves	3.1 El metaanálisis agrupado se realizó mediante ponderación de efectos aleatorios.	3.1 La prevalencia de cualquier depresión fue mayor en personas con DA que sin DA (20,1% frente a 14,8%). Se determinó que los pacientes con DA tienen mayores probabilidades de sufrir depresión y tendencias suicidas.
3.1 Orayne R, Rodríguez M, Hernández M, González M/.	3.1 4	3.1 Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su	3.1 Revisión bibliográfica	3.1 5	3.1 Pacientes con dermatitis atópica	3.1 Se realiza una revisión bibliográfica, principalmente	3.1 Se abordan aspectos de interés

Rev. Med. Electrón/2019		diagnóstico y tratamiento				e en las bases de datos PubMed y Scielo sobre la dermatitis atópica.	relacionados con las manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos y tratamiento.
3.1 Sánchez J, Sánchez M, Macías A, Barreto B, Ensina L, Uriarte S, et al.	3.1 5	3.1 Revisión sistemática sobre 10 intervenciones en dermatitis	3.1 Revisión sistemática	3.1 2	3.1 Se realizó una búsqueda sistemática 3.1 en la base de datos de Medline y LILACS para obtener artículos relacionados con 10 preguntas 3.1 actuales sobre dermatitis.	3.1 La evaluación de la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se realizaron a través del sistema GRADE. La integridad y la transparencia de 3.1 las recomendaciones se evaluaron con la lista de verificación de informes AGREE.	3.1 La guía práctica presenta recomendaciones para el tratamiento de la dermatitis atópica que pueden ser útiles para el personal médico, los pacientes y los sistemas de salud.
3.1 Katayama I, Aihara M, Ohya Y,	3.1 6	3.1 Japanese guidelines for atopic	3.1 Revisión	3.1 5	3.1 Pacientes con DA	Esta guía discute principalment	3.1 Los conceptos básicos del

Saeki H, Shimojo N, Shoji S, et al./ Allergology International/ 2017		dermatitis 2017	bibliogr áfica			e la terapia básica en relación con el tratamiento de esta enfermedad.	tratamiento discutidos en esta guía se basan en las “Pautas para el tratamiento de 3.1 Dermatitis atópica 2008” elaborado por la Investigació n en Ciencias de la Salud y del Trabajo y las “Guías para la 3.1 the Managemen t of Atopic Dermatitis 2015 (ADGL2015)”
3.1 Lee H, Patel K, Singam V, Supriya R, Silverberg J/ SEFAC/2017	3.1 7	3.1 Las enfermedades alérgicas en la farmacia comunitaria:	3.1 Estudio de enfoque cualitati vo	3.1 4	3.1 Participaron 415 farmacéuti cos que contestaron el	3.1 Encuesta online para farmacéuticos 3.1 comunitarios realizada entre el 17 de	3.1 Más del 90% de los farmacéuti cos consideran interesante

		Alergológica 2014			cuestionario de forma voluntaria acerca de las enfermedad es alérgicas en la farmacia comunitaria.	marzo y el 19 de mayo de 2014.	contar con protocolos de actuación 3.1 en alergia, pero solo un 34% dispone de protocolos en dispensación e indicación. Entre el 88 3.1 y 98% de los casos no hay coordinació n con otros profesionale s sanitarios.
3.1 Doreen S, Annice H, Susanne A, Knut B, Halken S, Mortz C, et al./ European Academy of Allergy /2020	3.1 8	3.1 Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: A systematic review and meta- analysis.	3.1 Revisió n sistemát ica	3.1 4	3.1 Se incluyeron 50 pacientes de un total de 6.681 pacientes. Se identificaro n pruebas de ensayos para apremilast, azatioprina (AZA), baricitinib,	3.1 Se identificaron sistemáticame nte ensayos controlados aleatorios que investigaron la seguridad y eficacia de los tratamientos sistémicos para la DA hasta febrero de 2020. Los resultados	3.1 La evidencia de ensayos más sólida, replicada y de alta calidad está presente sobre la eficacia y seguridad de dupilumab durante hasta 1 año en adultos. Se revelaron

					<p>ciclosporina A (CSA), corticosteroides, dupilumab, interferón gamma, inmunoglobulinas intravenosas (IVIG), mepolizumab, metotrexato (MTX), omalizumab, upadacitinib y ustekinumab.</p>	<p>primarios de eficacia fueron los signos clínicos, los síntomas de la DA y la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados primarios de seguridad incluyeron tasas de incidencia acumulada de eventos adversos (graves). La calidad de los ensayos se evaluó mediante la herramienta Cochrane de riesgo de sesgo 2.0. Cuando fue apropiado, se realizaron metaanálisis.</p>	<p>además pruebas sólidas de los ensayos para AZA, baricitinib y CSA. Las restricciones metodológicas llevaron a conclusiones limitadas basadas en evidencia para todos los demás tratamientos sistémicos. Se necesitan ensayos comparativos con nuevos tratamientos sistémicos para aclarar el papel futuro de las terapias convencionales.</p>
--	--	--	--	--	---	---	--

3.1 Giua C, Floris N, Schlich M, Keber E, Gelmetti/. Pharmacia/2021	3.1 9	3.1 Dermatitis in community pharmacies: a survey on italian pharmacists' management and implications on corticophobia	3.1 Estudio de enfoque cualitativo	3.1 4	3.1 Farmacéuticos de Italia	3.1 En este estudio, se administró una encuesta semiestructurada a 154 farmacéuticos comunitarios italianos, con el fin de adquirir información sobre su actividad de asesoramiento en patologías dermatológicas.	3.1 Los farmacéuticos pidieron guías para mejorar su formación en dermatología, 3.1 previendo su implementación con el objetivo de una consejería más efectiva.
3.1 Yik Y, Thyssen J, Silverberg J. /Journal of the American Academy of Dermatology./ 2019	3.1 10	3.1 A systematic review and meta-analysis of the regional and age-related differences in atopic dermatitis clinical characteristics.	3.1 Metaanálisis	3.1 1	3.1 Prevalencias de las características de la EA y las diferencias por región y edad.	3.1 Se realizó una revisión sistemática de todos los estudios publicados en MEDLINE, EMBASE, SCOPUS, LILACS, Cochrane, China National Knowledge Infrastructure,	3.1 Las características más prevalentes de la DA fueron prurito, liquenificación y xerosis. Hubo diferencias en las características de la DA según la

						<p>Taiwan Electronic Periodical Services y CiNii que analizaron la proporción de características de la DA. Dos revisores realizaron una revisión de los títulos y/o resúmenes de los estudios y la extracción de datos.</p>	<p>región de estudio. Los estudios del este de Asia informaron más eritrodermia y afectación del tronco, los extensores, el cuero cabelludo y los auriculares. Los estudios del sudeste asiático informaron más eczema exudativo, afectación troncal, liquenificación y prurito. Los estudios de Irán informaron una mayor afectación de la cabeza, la cara y el cuello;</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

							pitiriasis alba; y xerosis. Los estudios de África informaron más lesiones liquenoides papulares, hiperlinealidad palmar, ictiosis y oscurecimiento orbitario.
3.1 Drucker A, Morra D, Prieto D. /JAMA Dermatol/2022	3.1 11	3.1 Systemic Immunomodulatory Treatments for Atopic Dermatitis: Update of a Living Systematic Review and Network Meta-analysis.	3.1 Metaanálisis	3.1 1	3.1 Comparar las medidas informadas de eficacia y las evaluaciones de seguridad en ensayos clínicos de tratamientos sistémicos para la dermatitis atópica en una revisión sistemática viva y un	3.1 Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios que examinaron 8 o más semanas de tratamiento con medicamentos inmunomoduladores sistémicos para la dermatitis atópica de moderada a grave después	3.1 Esta revisión sistemática con metaanálisis encontró que, en comparación con dupilumab, abrocitinib, 200 mg al día, y upadacitinib, 30 mg al día, se asociaron con reducciones

					metaanálisis en red.	de seleccionar títulos, resúmenes y artículos por duplicado.	en las puntuaciones EASI; upadacitinib, 15 mg al día, se asoció con reducciones similares, y tralokinumab, 300 mg cada dos semanas, y baricitinib, 2 y 4 mg al día, se asociaron con menos reducciones.
3.1 Birdi G, Cooke R, Knibb R/ Int J Dermatol/2020	3.1 1 2	3.1 Impact of atopic dermatitis on quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis	3.1 Metaanálisis	3.1 1	3.1 Adultos con DA	3.1 Se realizó una búsqueda sistemática 3.1 utilizando MEDLINE, Scopus y Web of Science para artículos publicados hasta octubre de 2018	3.1 El meta-análisis 3.1 de los siete estudios que utilizaron en el SCORAD para medir la gravedad de la enfermedad 3.1 mostró que la gravedad estaba significativa

							mente relacionada con una calidad de vida más pobre.
3.1 Thorsti A, Halling A, Hamann C, Lone S, Egeberg A, Thyssen J./Journal of the American Academy of Dermatology /2018	3.1 13	3.1 Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis	3.1 Estudio de enfoque cualitativo	3.1 4	3.1 En esta revisión sistemática y metaanálisis de 15 estudios y 310.681 pacientes con dermatitis atópica, los pacientes con dermatitis atópica tenían un 44% más de probabilidad de ideación suicida y un 36% más de probabilidad de intentos de suicidio en	3.1 Se realizaron búsquedas sistemáticas en las directrices PRISMA, PubMed, Embase, PsycINFO y las bases de datos Cochrane en busca de artículos relevantes publicados desde 1946 hasta el 25 de mayo de 2018. Los criterios de búsqueda para PubMed fueron los siguientes: (dermatitis, atópica	3.1 Según los resultados de este estudio, los pacientes con dermatitis atópica tienen un riesgo significativamente mayor de ideación suicida e intentos de suicidio. Es importante que los proveedores de dermatología sean conscientes de este mayor riesgo en

					<p>comparación con los pacientes sin dermatitis atópica.</p>	<p>[MeSH] OR eczema [MeSH]) Y (ideación suicida [DeSH] O suicidio, intento [DeSH] O suicidio [DeSH] O tendencias suicidas O conducta suicida). Los criterios de búsqueda para Embase, PsycINFO y Cochrane fueron los siguientes: (dermatitis atópica O eccema) Y (ideación suicida O intento de suicidio O suicidio O suicidalidad O comportamiento suicida).</p>	<p>pacientes con dermatitis atópica, controlen las tendencias suicidas y realicen derivaciones adecuadas a profesionales de la salud mental.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

Fuente: elaboración propia, 2023.

Anexo 2. Variables de la investigación Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Concepto	Indicador	Instrumento/técnica
Identificar las características generales de la dermatitis atópica y sus efectos sobre la salud de los pacientes.	Dermatitis atópica	Patología que provoca enrojecimiento e inflamación en la piel	Porcentaje de farmacéuticos que poseen conocimiento acerca de la dermatitis atópica	Revisión bibliográfica/ Entrevista
Describir el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con DA y su seguimiento farmacoterapéutico.	Abordaje farmacéutico	Intervención por parte del profesional en farmacia en la revisión del tratamiento farmacológico, explicación de dicho tratamiento al paciente y su debido seguimiento	Porcentaje de farmacéuticos que poseen conocimiento acerca el abordaje y seguimiento farmacológico de pacientes con dermatitis atópica.	Revisión bibliográfica/entrevista

Indagar las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica en la población en general.	Tratamiento farmacológico y no farmacológico	Uso de medicamentos que son necesarios para curar, prevenir o tratar una enfermedad	Porcentaje de farmacéuticos que poseen conocimiento acerca de las diferentes prácticas de cuidado y control de la dermatitis atópica que reportan sus pacientes.	Entrevista
--	--	---	--	------------

Fuente: elaboración propia, 2023.

Anexo 3. Validación de entrevista

Observaciones de validación de la entrevista posterior a la revisión de la entrevista anterior, realizada por la estudiante María José Collado Agüero, número de identificación 115590401, cuyo entrevistado final son los farmacéuticos de la cadena de farmacias SABA ubicados en la provincia de San José, para la tesis de grado titulada “Análisis del abordaje del profesional en farmacia de comunidad en el manejo de pacientes con dermatitis atópica para el diseño de una propuesta de una guía que oriente el diagnóstico y el seguimiento de la patología de las farmacias SABA ubicadas en la provincia de San José en el III cuatrimestre del 2023”. Hago constar que el presente

instrumento se encuentra acorde a los parámetros estipulados, está debidamente estructurada y el contenido es conforme al tema establecido. Por lo que, procedo a realizar la validación respectiva.

Nombre Completo: Nidia Carmona Castro

Cargo Profesional: Regente Farmacéutica Hospital Metropolitano

Observaciones adicionales:

Yo agregaría una pregunta inicial que nos ponga en contexto de qué considera el farmacéutico que es la dermatitis atópica.

"¿Qué considera desde su punto de vista que es una dermatitis atópica?"

Además, sería bueno conocer la perspectiva de los farmacéuticos respecto al ámbito socioeconómico, si esto limita o no su recomendación o abordaje.

Firma:

Nidia Carmona

Nombre Completo: Jeimmy Chacón Chacón

Cargo Profesional: Coordinadora de Farmacia Industrial

Firmado digitalmente
por JEIMMY CHACON
CHACON (FIRMA)
Fecha: 2023.10.02
14:17:26 -06'00'

Firma: _____

Nombre Completo: Kristel Gómez Oviedo

Cargo Profesional: Coordinadora Académica de Farmacia

Firma:

Firmado digitalmente
por KRISTEL MARIA
GOMEZ OVIEDO
(FIRMA)
Fecha: 2023.09.07
10:28:01 -06'00'

Nombre Completo: Bernal Espinoza Alfaro

Cargo Profesional: 6740

Firma:

**BERNAL
ESPINOZA
ALFARO (FIRMA)**

Firmado digitalmente
por BERNAL ESPINOZA
ALFARO (FIRMA)
Fecha: 2023.10.06
10:03:48 -06'00'

Anexo 4. Entrevista

Entrevista sobre el manejo de la dermatitis atópica en farmacias comunitarias SABA, San José

Dirigido a regentes farmacéuticos de farmacias comunitarias SABA que se encuentren ubicadas en San José y que actualmente estén inscritos en el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica.

A continuación, se presentará una entrevista con 11 preguntas, realizado por la estudiante María José Collado Agüero en donde se busca explorar y analizar las prácticas, perspectivas y enfoques adoptados por los farmacéuticos con respecto a la dermatitis atópica en el ámbito de farmacia comunitaria, con el fin de retroalimentar la investigación utilizado como soporte y apoyo, donde los resultados se aplicaran en la sección de análisis de resultados del segundo objetivo el cual es explicar el abordaje de regentes farmacéuticos en pacientes con dermatitis atópica y su seguimiento farmacoterapéutico. Las entrevistas se realizarán en modalidad presencial y se llevara a cabo la transcripción de los resultados con la opinión individual de cada profesional.

Consentimiento informado

Yo Regente farmacéutico de la farmacia comunitaria ubicada en _____, San José, autorizo a la estudiante María José Collado Agüero, a compartir los datos de mi entrevista como profesional de la salud para llevar a cabo su trabajo final de graduación.

1. ¿Cómo describe su intervención cuando recibe un paciente con síntomas de dermatitis atópica? Desde su entrevista inicial hasta su recomendación terapéutica.
2. Considerando la diversidad de productos disponibles en la farmacia, ¿cómo determina cuál es la opción más adecuada para un paciente con dermatitis atópica? ¿Cuáles criterios considera cuando recomienda productos para uso tópico?
3. En el caso de pacientes con dermatitis atópica leve, ¿cuáles consejos suele brindarles con respecto al manejo adecuado y la prevención de brotes?
4. Para aquellos pacientes con casos más severos de dermatitis atópica que buscan alivio sintomático, ¿cómo evalúa la idoneidad de productos farmacológicos?
5. En el abordaje de pacientes pediátricos con dermatitis atópica considerando las diferencias en la piel y su sensibilidad a ciertos medicamentos ¿cuáles factores de seguridad y efectividad considera para su recomendación terapéutica?
6. ¿Cómo maneja la solicitud de pacientes que buscan alternativas naturales o productos no farmacológicos para el tratamiento de la dermatitis atópica? ¿Cuál es su opinión sobre la eficacia de estas terapias?
7. En pacientes con experiencias terapéuticas previas que manifiestan no haber tenido éxito con los productos utilizados, ¿cuál es su recomendación terapéutica y motivacional en estos casos?

8. La dermatitis atópica a menudo está acompañada de picazón intensa. ¿Cuál es su recomendación farmacéutica para brindar alivio y educación sobre la importancia de evitar el rascado excesivo?
9. ¿Cómo asesora a pacientes con preocupaciones por el uso prolongado de productos tópicos respecto a efectos secundarios, riesgos y beneficios?
10. Considerando la naturaleza crónica de la dermatitis atópica, ¿cómo promueve la adherencia del paciente al tratamiento? ¿Cuáles estrategias utiliza para asegurarse de que los pacientes sigan el uso adecuado de los medicamentos?
11. ¿Cómo percibe que los factores socioeconómicos pueden influir en su abordaje y recomendación al tratar a pacientes con dermatitis atópica? ¿Considera que la situación económica de los pacientes influye en su acceso a tratamientos o en su cumplimiento terapéutico?

Anexo 5. Guía de manejo de DA en farmacias de comunidad

