



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

**TRABAJO FIN DE GRADO
DERMATITIS ATÓPICA: ABORDAJE DESDE LA
FARMACIA COMUNITARIA**

Autor: César Andújar de Juan y Elena Winkow Fernández

D.N.I.: 02672252C y 53305803Z

Tutor: María Jesús Rodríguez

Convocatoria: junio de 2015

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La dermatitis atópica se define como: “dermatitis con carácter eccematoso liquenoide, aguda, subaguda o crónica, ligada a la atopia, con localización y evolución características. Con frecuencia se asocia al asma bronquial y a la rinitis alérgica. Aparece especialmente en niños con predisposición genética a procesos alérgicos. Se suele acompañar de niveles séricos elevados de inmunoglobulina E.” y encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades como [CIE-10:L20]¹.

La dermatitis atópica (DA) constituye en la actualidad un problema de salud pública emergente, que ha visto aumentada su prevalencia en los últimos años, afectando al 30% de los menores y al 10% de los adultos. La población más afectada es la infantil siendo una patología que se manifiesta fundamentalmente en los primeros años^{2,3}.

De este modo durante el primer año de vida es desarrollada en un 60%, en los primeros cinco años el 80-90%, y sólo el 2% de los casos después de los veinte años. Aunque se estima que en el 70% de los casos desaparece en la adolescencia, evoluciona a formas severas en aquellos pacientes que llegan a la etapa adulta padeciéndola, así como los casos que debutan en ésta⁴.

Se trata de una patología inflamatoria de la piel condicionada por múltiples factores: la alteración de las barreras de la piel, factores ambientales y predisposición genética así como el sexo, edad y etnia⁵.

Tiene un alto impacto en la calidad de vida del que la padece y supone una adaptación y aumento de la carga familiar además de un importante gasto económico que puede verse incrementado, ya que la aparición de la dermatitis supone la posible progresión a otras enfermedades atópicas, y afectado por la crisis económica actual.

Estudios realizados indican que afecta todas las razas y etnias, y que se presenta por igual en ambos sexos. Sin embargo en pacientes pediátricos aparece con mayor frecuencia en niños que en niñas, cambiando este patrón en la adolescencia y en la edad adulta, a una proporción de 1/1,5 respectivamente.

El aumento de incidencia está relacionado con varias causas, ambientales y de estilo de vida: la sociedad occidental (industrialización, higiene), zonas urbanas (estrés, contaminación), climas templados o fríos y con baja humedad ambiental. También está condicionado por factores

maternos, como el aumento de la edad, el tabaquismo y la reducción de la lactancia (disminución de la transferencia de IgA/IgG materna)^{6,7,8}.

La patología está marcada por varias condiciones:

- Predisposición genética.
- Alteraciones inmunológicas.
- Alteraciones vasculares.
- Alteraciones de la función de la barrera cutánea.

El elevado número de individuos que desarrollan la atopia tiene antecedentes familiares con alguna de las patologías de la triada atópica (dermatitis, asma y rinoconjuntivitis alérgica), poniendo de manifiesto la existencia de un componente genético.

El padecer alguna de éstas, predispone a la aparición de las demás (“marcha atópica”, siendo la primera la dermatitis atópica, y desarrollándose después el asma y la rinoconjuntivitis, incluso la alergia a ciertos alimentos). Las probabilidades de un hijo de desarrollar DA, si uno de los progenitores la ha sufrido, son del 50%, y de un 80% si ambos progenitores padecen la enfermedad.

Acerca de la respuesta inmunológica del paciente atópico, se ha comprobado que se encuentra alterada tanto a nivel humoral como a nivel celular:

A nivel humoral, los niveles de IgE están elevados en un 70-80 % de los pacientes atópicos; siendo correlativo con la gravedad de la enfermedad.

A nivel celular, existe un aumento en la activación y proliferación de las células T, presentando un desequilibrio entre las Th1/Th2.

En menor medida, se presenta a su vez una tendencia a la vasoconstricción periférica ante numerosos estímulos que determinan vasodilatación en sujetos normales; así son pacientes que presentan palidez facial, frialdad en los dedos y dermografismo blanco.

La piel tiene muchas funciones importantes. Sus tres capas, epidermis, dermis e hipodermis (tejido subcutáneo), proporcionan una barrera para prevenir la deshidratación y proteger al organismo contra las lesiones externas, los microorganismos, mantener la temperatura corporal e incluso expresar emociones a través de la dilatación o constricción de los vasos sanguíneos. La capa dérmica contiene la mayoría de los componentes estructurales de la piel,

tales como los mastocitos, fibroblastos, colágeno, fibras elásticas, glándulas sudoríparas, las glándulas sebáceas, las células productoras de melanina, y las terminaciones vasculares.

En los pacientes atópicos, la piel se ve afectada debido a varios factores:

La concentración de los ácidos grasos esenciales, componentes esenciales de la barrera cutánea, se ve alterada. Presentan a su vez niveles disminuidos del enzima Δ -6-desaturasa, enzima responsable de la transformación de ácido linoleico en ceramidas que constituyen la barrera cutánea. Estos bajos niveles de ácidos grasos esenciales y de ceramidas podrían ser la causa de la xerosis que presenta la piel atópica a consecuencia de la pérdida de agua a través de la epidermis.

Además, presentan diversas mutaciones en el gen que codifica para la filagrina, una proteína epidérmica fundamental que facilita la diferenciación terminal de la epidermis y la formación de la barrera cutánea.

La filagrina es un componente clave de la capa córnea que deriva de una proteína precursora mayor y contribuye a su consistencia, estado de hidratación de la piel, pH y capacidad tampón entre otras propiedades fisicoquímicas⁹.

Por tanto las alteraciones que el paciente atópico presenta a nivel de la barrera cutánea se encuentran tanto a nivel intracelular como a nivel extracelular.

A nivel intracelular presenta un déficit de proteínas estructurales (filagrina e involucrina) y a nivel extracelular, una alteración lipídica esencial.

Además, la piel de estos pacientes es más seca, porque se pierde agua a través de la piel alterada. Debido a esto se posibilita que agentes infecciosos como el estafilococo, irritantes como el polvo o el sudor, o elementos químicos como el níquel o el cromo, atraviesen la barrera cutánea y sensibilicen las células del sistema inmunológico, produciendo la inflamación^{4,10}.

Por otra parte, el picor producido por la liberación de diferentes sustancias desde las células inflamatorias (mastocitos, eosinófilos, linfocitos...) hace que el paciente se rasque de forma intensa. Con el rascado se estimulan directamente las células de la epidermis, lo que activa su división y les hace producir otras sustancias que estimulan los linfocitos T. Con ello se cierra el ciclo: a mayor picor, mayor rascado; y a mayor rascado, mayor picor¹¹.

Recientes investigaciones relacionan una molécula liberada por *Staphylococcus aureus* como inductora de dermatitis atópica en ratones (Gabriel Nuñez, Michigan EEUU)¹².

Según sus últimos estudios, la liberación de la toxina delta de *S.aureus* induciría la enfermedad en la piel de los ratones, sugiriendo que la infección puede ser la causa o contribuir de forma importante su desarrollo.

La toxina haría que las células del sistema inmune de la piel reaccionen produciendo eccemas, debido a la liberación del contenido de los mastocitos.

La investigación continúa con el fin de determinar si la infección es causa suficiente para causar la enfermedad, así como trabajar en un tratamiento adecuado, evitando la aparición de posibles resistencias.

En resumen, las alteraciones en la barrera de la piel llevan a:

1. Una disminución en la producción del factor humectante natural (FHN) que favorece un aumento de la pérdida transepidérmica de agua (PTA), con alteración en el gradiente hídrico de la piel, situación que dificulta su adaptación a los cambios del medioambiente así como su renovación y reparación.
2. Disminución en los ácidos grasos y ceramidas y alteración en las proporciones en que normalmente se encuentran.
3. Alteración del pH de la piel.
4. Disminución de péptidos antimicrobianos que favorece la adherencia de bacterias como el *Staphylococcus aureus* a la piel.
5. Aumento en la permeabilidad a los antígenos exógenos, que permite que los mismos entren en contacto con el sistema inmune y generen respuestas inmunológicas inadecuadas¹³.

OBJETIVOS

El objeto principal de este Trabajo de Fin de Grado es la revisión bibliográfica de la dermatitis atópica, conocer su fisiopatología, situación actual e impacto así como resaltar el papel en el abordaje de la enfermedad desde la Farmacia Comunitaria.

METODOLOGÍA

El método de desarrollo de este trabajo se basó en una revisión bibliográfica. Se partió definiendo los objetivos para determinar la estrategia de búsqueda: la utilización de las palabras clave, criterios de inclusión y exclusión, utilizados para realizar una búsqueda efectiva en bases de datos, bibliotecas específicas e Internet. La información seleccionada fue organizada y evaluada críticamente, desechando aquella procedente de fuentes no contrastadas, no relevantes o desactualizadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Farmacia Comunitaria, es muy común que se acuda al farmacéutico como primer recurso de atención primaria, para consultas acerca de afecciones dermatológicas. Por ello es de gran importancia que la intervención farmacéutica sea adecuada, incluyendo la identificación de estos problemas e indicar los tratamientos adecuados, además de la capacidad de derivación de los pacientes a otros profesionales de la salud.

Dado que no existe ningún tratamiento curativo para la DA, y no es posible modificar el curso de la enfermedad, el objetivo de éste va dirigido a la reducción de los síntomas, disminuir y controlar la aparición de los brotes.

El farmacéutico debe informar, asesorar e indicar las medidas higiénico-dietéticas y productos sanitarios adecuados para estos pacientes, con el fin de mejorar los signos y síntomas de la dermatitis y siendo el médico especialista el facultativo encargado del diagnóstico y prescripción del tratamiento farmacológico, si fuera necesario.

El uso de productos inadecuados es un factor desencadenante y agravante de las recurrencias así como de cronicidad.

En una evaluación adecuada, se deben considerar diversos factores: como la edad del paciente, factores hormonales, la historia farmacoterapéutica y antecedentes clínicos así como examinar y evaluar las lesiones.

El farmacéutico debe revisar el problema y hacer una valoración diferencial respecto a otras enfermedades de la piel.

Por ello, es necesaria una entrevista con el paciente, en la que se recogen datos de utilidad, como situaciones especiales en las que se pueda encontrar el paciente (embarazo...etc) así como la historia clínica y farmacoterapéutica, para garantizar el tratamiento adecuado y evitar errores en la indicación.

Algunas preguntas útiles son las siguientes, todas ellas destinadas a descartar otras posibles causas del problema dermatológico que presenta el paciente (melanoma, reacción alérgica medicamentosa...etc):

¿Tiene otros síntomas, dificultad para respirar, fiebre o náuseas / vómitos? ¿Dónde apareció el problema por primera vez? ¿Dónde está afectando? ¿Se ha propagado? ¿Qué aspecto tiene la lesión? ¿Cuánto tiempo han estado presentes las lesiones? ¿Han cambiado las lesiones de tamaño, forma, color o consistencia? ¿Qué piensa el paciente acerca de su trastorno dermatológico? ¿Ha tenido algún antecedente alérgico o una lesión parecida con anterioridad que relacione con algún medicamento?¹¹.

Además de esta recogida de datos, es importante realizar una valoración de la lesión: tipo, distribución, disposición, delimitación, color, morfología, humedad, turgencia, textura, untuosidad y temperatura.

Al no existir un test específico de diagnóstico de laboratorio, la DA se diagnostica en base a criterios clínicos. Diversos estudios establecen criterios mayores y menores de la enfermedad, la combinación de los cuales es suficiente para establecer el diagnóstico de certeza de DA¹³.

1) Criterios diagnósticos de Hanifi y Rajka (1980).

2) Criterios diagnósticos de Williams (1994).

Muchas veces, no se percibe la gravedad de la enfermedad y frecuentemente se trata como una condición de menor transcendencia.

Es de importancia la interpretación de los casos de dermatitis atópica en la Farmacia Comunitaria así como determinar su gravedad, para determinar cuáles requieren derivación a un especialista y qué casos se pueden abordar desde la Farmacia.

Tabla I. Criterios diagnósticos utilizados en la dermatitis atópica (Hanifi y Rajka, 1980)

Criterios mayores
<ol style="list-style-type: none">1. Prurito.2. Dermatitis crónica y recurrente.3. Morfología típica y distribución.4. Adultos: liquenificación flexural y linearidad. Niños: afectación facial y áreas extensoras.5. Historia personal o familiar de atopía: asma, dermatitis atópica, rinitis.
Criterios menores
<ol style="list-style-type: none">1. Xerosis.2. Test cutáneos positivos.3. IgE sérica elevada.4. Inicio en edad temprana.5. Tendencia a infecciones cutáneas.6. Dermatitis de las manos y de los pies.7. Eczema del pezón.8. Conjuntivitis.9. Pliegue de Dennie Morgan.10. Queratocono.11. Cataratas subcapsulares anteriores.12. Oscurecimiento orbital.13. Eritema o palidez facial.14. Pitiriasis alba.15. Pliegues anteriores del cuello.16. Prurito en la sudoración.17. Intolerancia a la lana o disolventes de lípidos.18. Acentuación perifolicular.19. Intolerancia a los alimentos.20. Curso influenciado por factores ambientales.21. Dermografismo blanco.

Los pacientes deben tener tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores.

Tabla II. Criterios diagnósticos Williams, 1994

Criterio mayor único.
1. Prurito.
Criterios menores.
1. Historia de compromiso flexural.
2. Afectación visible de los pliegues cutáneos (en menores de 4 años: frente, mejillas y superficies de extensión).
3. Asma o rinoconjuntivitis alérgica (en menores de 4 años, antecedentes familiares de atopía). Piel seca durante el último año.
4. Inicio antes de los 2 años de edad.

Los pacientes deben presentar el criterio mayor y tres o más criterios menores

Tabla III. Cuestionario de decisión sobre el carácter atópico de una lesión (SEFAC 2010)

¿Tiene piel seca, prurito intenso, irritación, descamación?	SI	NO
Las lesiones se localizan en:	SI	NO
Zonas de flexión de brazo y piernas.	SI	NO
Base del cuello zona periorbital, peribucal y detrás de las orejas.	SI	NO
Dorso de muñecas y pies		
¿Es un bebe/niño?	SI	NO
¿Tiene antecedentes familiares de rinitis, asma, o DA?	SI	NO
¿Presenta signos de intolerancia y alergia a polvo doméstico, alimentos cambios climáticos (sobre todo otoño), jabones, piscinas o lana?	SI	NO

Un mínimo de 3 respuestas afirmativas indican que la lesión es de tendencia atópica.

Tabla IV. Clasificación de la DA según la gravedad (NICE).

Clasificación	Piel/ Gravedad física
Normal	Piel normal, sin evidencia de dermatitis atópica activa
Leve	Áreas leves de piel seca, picazón frecuente (con o sin pequeñas áreas de enrojecimiento)
Moderado	Áreas de piel seca, picazón frecuente, enrojecimiento (con o sin excoriación y engrosamiento de la piel localizado)
Grave	Áreas extensas de la piel seca, picazón incesante, enrojecimiento (con o sin excoriación, engrosamiento de la piel extenso, sangrado, supuración, formación de grietas y alteración de la pigmentación de la piel)

Existen numerosos cuestionarios para evaluar la gravedad de la dermatitis atópica. Siendo probados y validados, los siguientes:

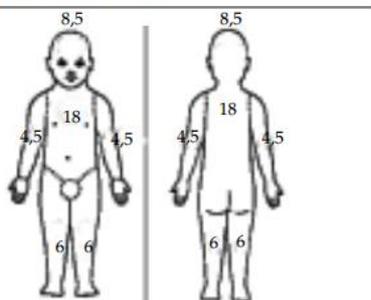
- SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD).
- Eczema Area and Severity Index (EASI).
- Patient Orientated Eczema Measure (POEM).

SCORAD es el instrumento de gravedad de la DA más ampliamente validado. Evalúa:

1. Extensión de la enfermedad: a través de la regla de los 9.
2. Características clínicas (gravedad de las mismas): 0- ausente; 1- leve; 2- moderada; 3- grave (máximo 18).
 - a. Eritema
 - b. Pápulas-edema
 - c. Exudación-costras
 - d. Excoriación
 - e. Liquenificación
 - f. Xerosis
3. Síntomas subjetivos (con escala visual análoga): 0 a 10 (máximo 20).
 - a. Prurito
 - b. Pérdida de sueño

Figura I. Regla de los 9.

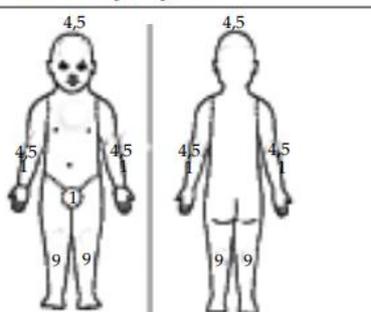
Regla de los 9 antes de los 2 años



Cálculo SCORAD: $a/5+7. b/2+c$

- <15: Leve
- 15 – 40: moderado
- >40: grave

Regla de los 9 en niños mayores y adultos



Observando la gravedad, como criterios de derivación, destacan los siguientes:

- A los servicios de urgencias cuando hay una sospecha clínica de eccema herpético (herpes simple generalizado).
- Al médico especialista si:
 - Existe incertidumbre sobre el diagnóstico.
 - Amplia extensión de las lesiones.
 - Exacerbación de las lesiones.
 - Hay un mal control de la enfermedad o la falta de respuesta a los tratamientos tópicos apropiados.
 - Se presentan problemas psicológicos, estomacales o trastornos del sueño.
 - Infecciones secundarias recurrentes.
 - Concomitancia con varicela.

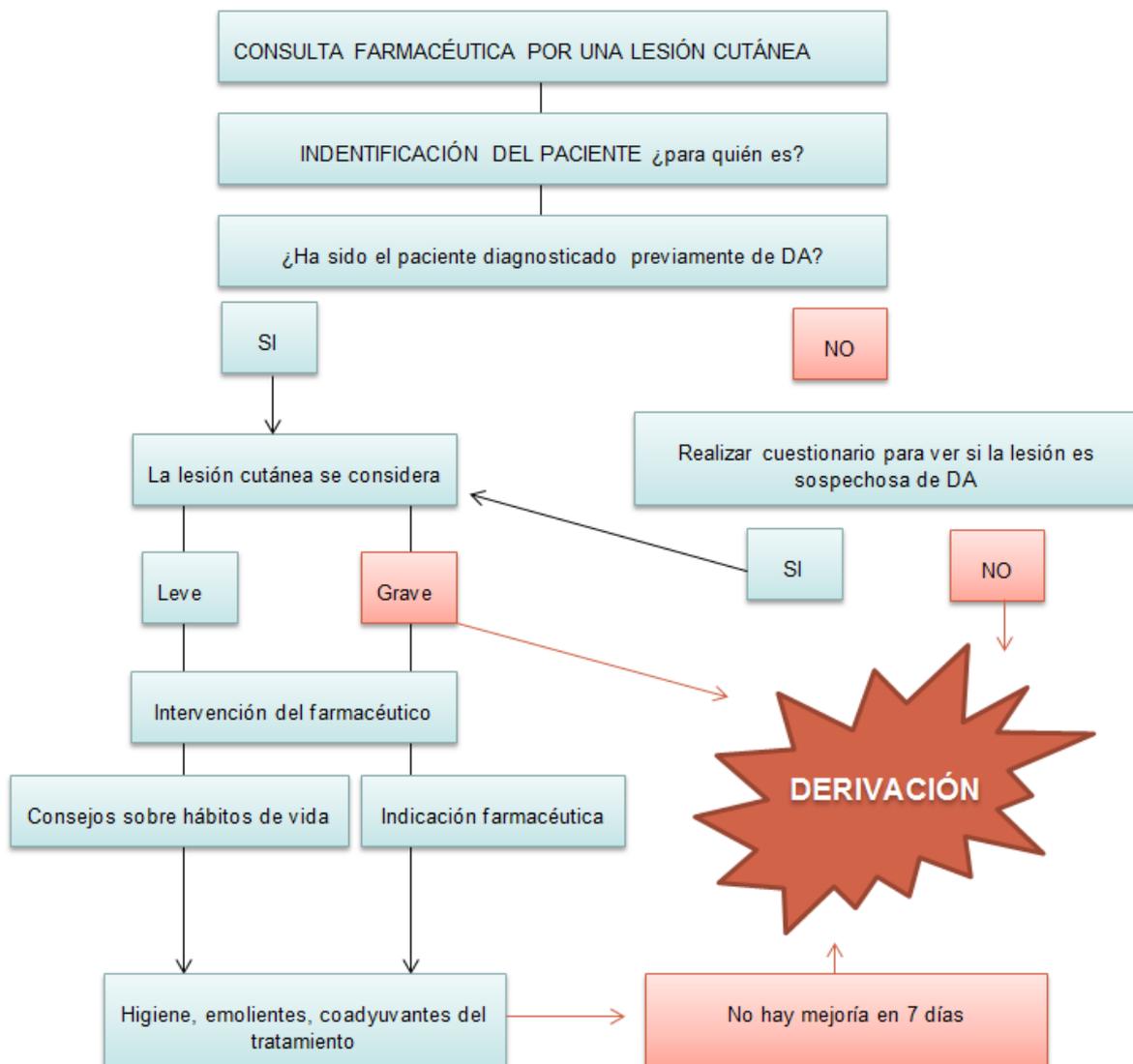
Para el seguimiento, vigilancia y acompañamiento al paciente con dermatitis atópica se debe elaborar un plan de cuidados para el paciente, que busque:

- Reducir y evitar factores desencadenantes.

- Revisión de los principios del baño e hidratación.
- Explicar el uso seguro y óptimo de los corticoides tópicos, ya que dependiendo de la gravedad de la enfermedad, algunos pacientes pueden necesitar corticosteroides tópicos de baja resistencia.
- Mencionar las opciones terapéuticas auxiliares.

Cómo se mencionó anteriormente, la dermatitis es una de las razones más comunes por la cual los pacientes piden consejo al farmacéutico, es por eso que se establecen protocolos para la actuación farmacéutica con el fin de realizar una indicación adecuada para cada caso particular como a continuación se muestra en la Figura II.

Figura II. Protocolo de actuación farmacéutica en DA (adaptado, SEFAC 2010)



En relación al tratamiento, el objetivo terapéutico principal es controlar la enfermedad mediante la prevención de los brotes y, en general, producir una mejor calidad de vida sin complicaciones.

El farmacéutico debe ayudar a identificar y eliminar los factores desencadenantes y alérgenos, brindando educación relacionada con tratamiento no farmacológico de la enfermedad.

Todos los pacientes con dermatitis atópica deben ser aconsejados cuando acudan a la farmacia sobre la importancia del uso de emolientes y otras medidas para el adecuado cuidado de la piel¹⁴.

Estas medidas incluyen:

- Temperatura ambiental: el calor es mal tolerado por los pacientes con dermatitis atópica. Debe evitarse la temperatura ambiental elevada y el uso de ropa de abrigo excesiva.
- Humedad ambiental: la sequedad del ambiente incrementa la xerosis y el prurito en la dermatitis atópica. Las calefacciones por aire caliente pueden ser un factor agravante importante. La humidificación ambiental con instalaciones adecuadas es beneficiosa; en cambio, las medidas caseras con pequeños humidificadores o recipientes de agua son poco eficaces.
- Exposición solar: suele resultar beneficiosa en la dermatitis atópica, pero debe evitarse siempre la quemadura solar. Algunos pacientes tienen mala tolerancia al sol e incluso pueden sufrir agravamiento de sus lesiones.
- Ropa: evitar el contacto directo de la piel con lana, plásticos, gomas, etc. La tolerancia de las fibras sintéticas es muy variable y deberá evaluarse en cada caso.
- Alimentos: algunos alimentos ácidos (ej.: cítricos, tomate) pueden irritar la piel del atópico al ingerirlos o ser manipulados. Los excitantes, como el café, el cacao y el alcohol incrementan el prurito y son contraproducentes. Algunos alimentos, por su contenido en histamina o por liberar esta sustancia, sobre todo si se consumen en grandes cantidades (ej.: fresas, marisco), pueden desencadenar también prurito. Exceptuando estas circunstancias, no es necesario efectuar restricciones dietéticas en la dermatitis atópica¹⁵.
- Vacunas: los niños con dermatitis atópica deben recibir el calendario vacunal completo y a su debido tiempo, si no existen otras contraindicaciones. Durante los tratamientos con corticoides sistémicos no deben realizarse vacunas con virus vivos (poliomielitis, sarampión-parotiditisrubéola, varicela).

- Enfermedades asociadas: otros procesos que forman parte de las manifestaciones de la constitución atópica pueden desencadenar prurito (ej.: crisis asmáticas, urticaria). Su correcto control es esencial para lograr el de la dermatitis atópica.
- Higiene: los baños, especialmente con agua muy caliente y detergentes agresivos, incrementan la xerosis e irritan la piel del atópico. No obstante, debe mantenerse una higiene suficiente, combinando medidas poco lesivas y el uso de emolientes. Es preferible la ducha al baño, con agua templada y gel de pH ácido.
- Emolientes: la aplicación una o varias veces al día de una crema emoliente ("hidratante") en todo el cuerpo es una medida esencial en el tratamiento de la dermatitis atópica. El momento más adecuado para aplicar la crema es inmediatamente tras la ducha o el baño. Debe tenerse en cuenta que muchos pacientes atópicos tienen mala tolerancia a algunos de los compuestos de uso más habitual en este grupo, como la urea.
- Rascado: es esencial convencer al paciente o a sus familiares de que el rascado y el frotamiento son factores decisivos en el mantenimiento de las lesiones y de la necesidad de evitarlos.

El tratamiento farmacológico de la dermatitis atópica se suele realizar según se trate de una forma leve, moderada o grave de la enfermedad. Para enfocar la actuación del fármaco se considera como trastorno menor solamente la forma leve con buena respuesta y tolerante a corticoides. Las demás formas deben ser tratadas por el médico.

Tratamiento de las formas leves

- Puede ser suficiente el empleo de las medidas generales.
- En fases de agudización o en lesiones eccematosas persistentes, añadir un corticoide tópico de potencia baja o media durante 5-10 días.
- En niños mayores de 2 años y adultos con mala respuesta o intolerancia a los corticoides, puede aplicarse crema de pimecrolimus al 1%, 2 veces al día.

Tratamiento de las formas de intensidad moderada

- Las medidas generales deben seguirse de forma constante.
- Se combina el uso de corticoides de potencia baja y media según la evolución. Puesto que estos pacientes requerirán el empleo repetido de estos fármacos, debe prestarse atención a su perfil de seguridad y absorción.

- En casos de mala respuesta o intolerancia a los corticoides puede emplearse tacrolimus pomada al 0,03% en niños mayores de 2 años y al 0,1% en adultos. Inicialmente se aplicará 2 veces al día, para espaciarla a medida que se obtiene respuesta. También puede utilizarse pimecrolimus en crema al 1%, 2 veces al día.
- Se deben administrar antihistamínicos anti-H1 por vía oral mientras exista prurito intenso. Los antihistamínicos de primera generación son más eficaces con este propósito. No deben emplearse antihistamínicos por vía tópica.
- En lesiones localizadas y muy cronificadas pueden emplearse breas y derivados.

Tratamiento de las formas graves

- Las medidas generales deben seguirse de forma constante.
- Se aplicarán corticoides tópicos de potencia baja, media o alta, según evolución. Estos últimos deben reservarse para periodos cortos y áreas limitadas, siguiendo las medidas de precaución indicadas en las formas de intensidad moderada. El clobetasol no debe utilizarse en la infancia.
- En casos con mala respuesta o intolerancia a corticoides puede emplearse tacrolimus en pomada, igual que se indica en el apartado anterior.
- Administrar antihistamínicos orales de primera generación mientras exista brote o prurito. En casos resistentes pueden asociarse dos antihistamínicos distintos o uno de primera generación y uno de segunda.
- La asociación de antibióticos tópicos a los corticoides o la administración oral de un antibiótico eficaz frente a *Staphilococcus aureus*, puede resultar beneficiosa, además de servir de tratamiento de las sobreinfecciones.
- Los corticoides orales deben reservarse para casos graves que no respondan a un tratamiento rigurosamente realizado con las medidas anteriores. Se administrarán por vía oral en ciclos cortos, con dosis iniciales de 0,5-1 mg/kg de peso/día de prednisona, disminuyendo ésta de forma paulatina. Se seguirán las medidas de precaución y en su caso, tratamientos complementarios para el uso de esteroides sistémicos.

Formas muy graves

- Ingreso hospitalario.
- El tratamiento estándar es similar al descrito en las formas graves. Se prestará especial atención al riesgo de sobreinfección.

Formas rebeldes al tratamiento

La dermatitis atópica tiene un curso habitual en brotes. Se entiende como rebelde al tratamiento las formas en que un brote determinado no remite, no aquellas en las que los brotes se repiten. Las medidas a adoptar deben individualizarse en cada caso e incluyen:

- Utilización de psicofármacos para control del prurito (antidepresivos tricíclicos).
- Fototerapia (mayores de 13 años). Este procedimiento exige consentimiento informado por escrito para su realización.
- Metotrexato (adultos) 12,5-25 mg IM/semana o 2,5 mg/día, 4 días/semana p.o. Requiere monitorización de parámetros hematológicos y hepáticos.
- Azatioprina oral (adultos) 100-200 mg/día p.o. Precisa al menos 2 meses para ser efectiva. Requiere monitorización de parámetros hematológicos.
- Ciclosporina oral (adultos). Dosis inicial 5 mg/kg/día p.o.; al obtener respuesta, disminuir a 3 mg/kg/día y a continuación a 3 mg/kg/días alternos. Precisa monitorización de tensión arterial, parámetros hematológicos y función renal. No mantener más de 3-6 meses.

Para llevar a cabo la dispensación e indicación farmacéutica y la pertinente evaluación de la farmacoterapia, se debe:

1. Establecer en función de la edad, el comienzo y el curso natural de la dermatitis atópica.
2. Revisar la historia atópica personal y familiar.
3. Indagar sobre los factores desencadenantes.
4. Determinar la aparición de infecciones.
5. Establecer si existen errores en el baño y/o la hidratación.
6. Determinar si hay exposición a irritantes.
7. Preguntar sobre dificultades ante el calor y el sudor.
8. Establecer el manejo del estrés emocional.
9. Registrar las alergias que refiera el paciente.
10. Retomar las terapéuticas pasadas y las actuales.
11. Verificar la frecuencia y gravedad de los síntomas clínicos¹⁰.

Según el estudio DATOP¹⁶, cuyo ánimo fue el de conocer, desde la perspectiva del paciente, los desencadenantes de la dermatitis atópica, el grado de control percibido y el cumplimiento

de las indicaciones médicas y su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), quedó constatado que:

“Los desencadenantes más frecuentes fueron: cosméticos, ropa, ácaros, detergentes/jabones y cambios de temperatura. El 47,2% de los pacientes adultos y el 39,7% de los pediátricos no aplicaban el TF desde el inicio del episodio. El TF, la hidratación y los consejos médicos de cuidado fueron las recomendaciones más seguidas. El 41,6 y el 27,6% (adultos y pediátricos, respectivamente) consideraba que su grado de control era insuficiente y se asoció con la gravedad de la DA en adultos ($p = 0,014$)”

Este estudio arroja una perspectiva de la situación actual de la DA, a razón de todos los puntos abordados a lo largo de este trabajo.

CONCLUSIONES

Queda demostrado que el papel del farmacéutico desde la Farmacia Comunitaria para el abordaje de la dermatitis atópica, es hoy día de gran importancia debido al aumento de incidencia que está teniendo esta enfermedad con los cambios en los estilos de vida.

Se ha visto que el grado de control actual de la DA puede mejorarse, sobretodo en adultos ya que, a pesar de que los pacientes dicen seguir las indicaciones médicas, los tratamientos no son correctamente aplicados en un alto porcentaje de los casos.

La actuación en primera línea de atención primaria da lugar a una mayor interacción con el paciente, lo que beneficia a éste a la hora de comprender y conocer su enfermedad.

Por esto hay que destacar la Farmacia Comunitaria como el lugar idóneo para la educación, formación y asesoramiento de los pacientes, tanto sobre la enfermedad como en su manejo para mejorar el grado de control de ésta y así mejorar la calidad de vida de estos pacientes, independientemente de si es necesaria la derivación a un especialista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: editorial medica panamericana; 2011. p.464.
2. La dermatitis atópica triplica su incidencia en España en las tres últimas décadas. El Economista [En línea]. 2013. [acceso 15 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.economista.es/empresas-finanzas/noticias/5352791/11/13/La-dermatitis-atopica-triplica-su-incidencia-en-Espana-en-las-tres-ultimas-decadas.html#.Kku8nW2OpWN7GuD>
3. Moreno P. DAFAC. Estudio epidemiológico de la dermatitis atópica desde la farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios [En línea]. 2013 [acceso 15 Abril 2015] ; 4(Suplemento 1).Disponible en: <http://www.farmaceticoscomunitarios.org/journal-article/dafac-estudio-epidemiologico-dermatitis-atopica-desde-farmacia-comunitaria>
4. Herrero González JE., Moreno Fernández F. Protocolo de dermatitis atópica. Farmacéuticos Comunitarios. SEFAC [En línea]. 2010. [acceso 15 Abril 2015]; 2(3); 116-121. Disponible en: http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/revista/SEFAC_6_media2.pdf
5. Bagazgoitia L., Gutiérrez M., García Blesa C., Hernández Martín A., A. Torrelo. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica: ¿Es posible la prevención?. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet]. [acceso 1 Mayo 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300003&lng=es.
6. Farage MA. Does sensitive skin differ between men and women?. Cutan Ocul Toxicol. [PubMed]. 2010. [acceso 1 Mayo 2015]; 29(3):153-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20443651>
7. Dermatitis atópica: una enfermedad, muchas barreras. El Periódico de la Farmacia [En línea]. 2013. [acceso 1 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.elperiodicodelafarmacia.com/enfermedades_y_trastornos/116956/dermatitis-atopica-una-enfermedad-muchas-barreras
8. Cabanillas-Becerra, J., Sánchez-Saldaña, L. Dermatitis atópica. Dermatol Peru [En línea]. 2012 [acceso 15 Abril 2015]; 22 (3). Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/dp/v22n3/a08v22n3.pdf>

9. Levin J, Friedlander SF, Del Rosso JQ. Atopic Dermatitis and the Stratum Corneum: Part 1: The Role of Filaggrin in the Stratum Corneum Barrier and Atopic Skin. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*. [PubMed]. 2013;6(10):16-22. [acceso 1 Mayo 2015]. Disponible en:
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805301/?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805301/?log$=activity)
10. La Fundación por la Dermatitis Atópica [Internet]. Toulouse: 2010 [actualizado 2015; acceso 4 abr 2015]. Disponible en: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org>
11. Silva Castro, MM. Guías clínicas para la intervención farmacéutica en trastornos menores. Dicaf [En línea]. 2012. [acceso 1 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.ratiopharm.es/media/guias_clinicas_para_intervencion_farmaceutica_en_trastornos_menores_213.pdf
12. Nuñez et al.: Staphylococcus d-toxin induces allergic skin disease by activating mast cells. *Nature*, Advance Online Publication, doi:10.1038/nature12655
13. Comité Nacional de Dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. [En línea]. Argentina: 2013. [acceso 1 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dermatitis_atopica_2014.pdf
14. AFADHU. Actualización en dermatitis atópica (II): atención farmacéutica en dermatitis atópica [En línea]. 2011. [acceso 1 Mayo 2015]; 4. Disponible en: [http://www.afadhu.com/formacion/objetos/Dermatitis%20at%F3pica%20\(2\).%20Atenci%F3n%20Farmac%E9utica.pdf](http://www.afadhu.com/formacion/objetos/Dermatitis%20at%F3pica%20(2).%20Atenci%F3n%20Farmac%E9utica.pdf)
15. Rojas A Rosario, Quezada L Arnoldo. Relación entre dermatitis atópica y alergia alimentaria. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2013 Jul [acceso 20 Mayo 2015]; 84(4): 438-450. Disponible en:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000400012&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000400012&lng=es)
16. Ortiz de Frutos, FJ, et al. Dermatitis atópica desde la perspectiva del paciente: desencadenantes, cumplimiento de las recomendaciones médicas y control de la enfermedad. *Estudio DATOP. Actas Dermo-Sifiliográficas* [En línea]. 2014. [acceso 21 Mayo 2015]; 105(5). p. 487-496. Disponible en:
<http://www.actasdermo.org/es/dermatitis-atopica-desde-perspectiva-del/articulo/90326279/>

