



Original

[Artículo traducido] Consenso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre el manejo farmacoterapéutico óptimo de la dermatitis atópica



Joaquín Borrás-Blasco^{a,*}, Esther Ramírez Herráiz^b, Piedad López Sánchez^c, Rosa Romero-Jimenez^d, Andrés Navarro-Ruiz^e y Nuria Rudi Sola^f

^a Servicio de Farmacia, Hospital de Sagunto, Valencia, España

^b Servicio de Farmacia, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

^c Servicio de Farmacia, Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, Ciudad Real, España

^d Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^e Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^f Servicio de Farmacia, Hospital General Granollers, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de diciembre de 2022

Aceptado el 10 de marzo de 2023

On-line el 5 July 2023

Palabras clave:

Dermatitis atópica
Farmacia Hospitalaria
Delphi
Consenso
Abordaje multidisciplinar

R E S U M E N

Objetivos: los objetivos de este estudio son: 1) determinar, mediante el método Delphi, el grado de consenso existente entre los farmacéuticos hospitalarios (FH) en cuanto a los factores que intervienen en el abordaje actual de los pacientes con dermatitis atópica (DA); 2) identificar posibles áreas de mejora en la farmacia hospitalaria en cuanto al abordaje de los pacientes con DA grave; y 3) contribuir a una adecuada atención farmacéutica a los pacientes con DA mediante la elaboración de recomendaciones.

Método: una encuesta Delphi con participación de FH de toda España. Se establecieron 3 bloques temáticos: 1) DA; 2) manejo de pacientes con DA grave desde la farmacia hospitalaria; y 3) necesidades no cubiertas (patología, paciente, tratamiento y manejo).

Resultados: los 42 FH participantes llegaron a un consenso en el reconocimiento del impacto de la DA grave en los pacientes, la necesidad de fomentar la adherencia y las recomendaciones de utilizar escalas que tengan en cuenta la calidad de vida y los indicadores de la experiencia del paciente. También se muestra la conveniencia de evaluar los resultados en la práctica clínica real en consenso con otros especialistas del equipo multidisciplinar. Por último, es aconsejable utilizar fármacos que hayan demostrado eficacia y seguridad a largo plazo para los pacientes con DA grave, dado el carácter crónico de la enfermedad.

Conclusiones: este consenso Delphi pone de manifiesto el impacto de la DA grave en los pacientes, la importancia del abordaje multidisciplinar y holístico, en el que el FH juega un papel de gran importancia. También se resalta la importancia de un mayor acceso a nuevos fármacos que permitan mejorar los resultados en la salud.

© 2023 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Consensus of Spanish Society of Hospital Pharmacy on optimal medication therapy management of atopic dermatitis

A B S T R A C T

Keywords:

Atopic Dermatitis
Hospital Pharmacist
Delphi
Consensus
Multidisciplinary approach

Aim: This study's aims are: 1) To use the Delphi method to determine the level of consensus among HPs as regards the factors involved in the current approach to patients with AD; 2) To identify potential areas for improvement in hospital pharmacy in terms of dealing with patients with severe AD; and 3) To contribute to adequate pharmaceutical care for patients with AD by drawing up recommendations.

Methods: A two-round Delphi survey with participation from HPs from all over Spain. Three theme-based blocks were set out: 1) AD; 2) Management of patients with severe AD in the Hospital Pharmacy setting; and 3) Unmet needs (pathology, patient, treatment and management).

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.03.007>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jburras@gmail.com (J. Borrás-Blasco).

<https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.05.007>

1130-6343/© 2023 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Results: The 42 HPs participating reached a consensus in recognizing the impact of severe AD on the patients suffering from it, the need to encourage adherence and the recommendations to use scales that take into account the patient's quality of life and indicators of the patient's experience. It has also been demonstrated that it is worthwhile evaluating the results in real clinical practice in consensus with other specialists from the multidisciplinary team. Finally, it is advisable to use drugs that have demonstrated long-term effectiveness and safety for patients with severe AD, given the disease's chronic nature.

Conclusions: This Delphi consensus highlights the impact of severe AD on patients, the importance of a multidisciplinary and holistic approach, in which HP play a major role. It also highlights the importance of increased access to new drugs to improve health outcomes.

© 2023 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea crónica recidivante, que suele provocar un aumento de la hipersensibilidad tipo II, defectos en la función barrera y una mayor colonización de *Staphylococcus aureus*^{1,2}. Sus síntomas más característicos son: eritema, edema, xerosis, erosiones, escoriaciones, eccemas exudativos o liquenificados y costras, dependiendo de la edad del paciente y el nivel de cronicidad de las lesiones³. En los pacientes con DA de moderada a grave, las lesiones cutáneas pueden cubrir un área extensa de la piel, y suelen ir asociadas a un prurito persistente, lo que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, causando alteraciones del sueño, ansiedad o depresión^{1,4,5}. Se suele asociar a otras enfermedades inflamatorias de tipo II, como el asma, la rinitis alérgica o las alergias alimentarias, lo que incrementa aún más la carga de la enfermedad⁶. La DA es una de las enfermedades cutáneas más comunes, con una prevalencia estimada de 1-10% en los adultos, y 10-20% en la población pediátrica. En España, se estima que la prevalencia de la DA es del 7,2% en la población adulta, presentando entre el 41 y el 69% de los pacientes con enfermedad de moderada a severa⁷.

El objetivo del tratamiento de la DA es reducir los síntomas, prevenir los brotes, minimizar los riesgos del tratamiento y lograr el control de la enfermedad a largo plazo⁶. El desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento de la DA ha supuesto un cambio en la estrategia terapéutica empleada para esta patología. No obstante, estos tipos de tratamiento aumentan la complejidad del manejo general del paciente, requiriendo un enfoque multidisciplinar óptimo. En este contexto, el farmacéutico hospitalario (FH) adquiere un papel fundamental en el equipo. Desde 2014, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha realizado un gran esfuerzo por satisfacer las necesidades de los pacientes ambulatorios, con iniciativas como el proyecto MAPEX (Strategic Map of Outpatient Pharmaceutical Care)⁸. Para definir el mapa estratégico de atención farmacéutica a pacientes con DA, es necesario identificar las acciones a desarrollar por el FH a nivel macro, meso y micro, así como el marco ideal que pueda favorecer y poner en valor su aportación. Esta estrategia ayudará a los FH a desarrollar sus funciones, así como a afrontar los retos que suponen las necesidades presentes y futuras de nuestros pacientes. Como punto de partida, se creó este proyecto destinado a analizar y consensuar la atención farmacéutica a los pacientes con DA, así como a identificar necesidades y establecer recomendaciones.

Los objetivos del estudio son: 1) Aplicar el método Delphi, con el objeto de determinar el nivel de consenso entre los FH en lo relativo a los diversos aspectos relacionados con el manejo de los pacientes con DA; 2) identificar potenciales áreas de mejora en la farmacia hospitalaria, en el tratamiento de pacientes con DA grave y 3) contribuir a la prestación de una atención farmacéutica adecuada, mediante la elaboración de recomendaciones.

Métodos

Estructura del estudio

El papel que hasta ahora han desempeñado los FH en el manejo de la DA ha sido limitado, lo que se traduce en la escasez de información disponible sobre este tema. Se eligió el método Delphi para organizar y estructurar un debate entre expertos y determinar el nivel de consenso entre los FH.

Se realizó una encuesta transversal de 2 vueltas a lo largo de 10 meses (entre marzo y diciembre de 2021) a FH de toda España. La SEFH respaldó el estudio.

Comité científico y panel de expertos

En las fases iniciales, se creó un comité científico compuesto por 2 coordinadores, así como un comité asesor formado por 4 especialistas en farmacia hospitalaria, con experiencia demostrada e interés en la DA. Los coordinadores Delphi pertenecen al Grupo de Trabajo de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas y participaron activamente en el desarrollo del proyecto MAPEX. Los miembros del comité asesor fueron seleccionados en función de su experiencia en el manejo de enfermedades inflamatorias inmunomediadas, así como en el tratamiento de los pacientes complejos en general. Se trataba de líderes nacionales de opinión con publicaciones de gran impacto. El comité científico se encargó de analizar los factores relacionados con la estrategia actualmente aplicada a los casos de DA. Así mismo, fue el responsable de elaborar el cuestionario, interpretar los resultados y realizar una revisión crítica del informe final.

El panel de expertos Delphi estaba compuesto por farmacéuticos expertos, con amplia experiencia en el manejo de casos de DA. A través de las redes profesionales, se identificó a farmacéuticos que fueran responsables del tratamiento de pacientes ambulatorios con DA, a los que se invitó a participar. En total, se invitó a rellenar el cuestionario Delphi a 50 expertos regionales, con el fin de garantizar que el panel estuviera formado por un mínimo de 40 expertos. La obtención de una perspectiva regional a través del panel de expertos aumentaría su representatividad. Los cuestionarios se remitieron por correo electrónico, la forma más común de distribuir los cuestionarios Delphi.

Procedimiento

Los coordinadores del estudio identificaron las áreas de incertidumbre que formarían la base de la estructura del cuestionario. Durante la elaboración del cuestionario, se tuvo en cuenta que no existía una estrategia previa de manejo de DA, desde el punto de vista de la farmacia hospitalaria. Se establecieron 3 bloques temáticos: 1) DA, 2) manejo de pacientes con DA grave a través de la farmacia hospitalaria

Tabla 1
Comunidades autónomas que participaron en el estudio Delphi

Centro	Número	Porcentaje (%)
Andalucía	9	21,4
Islas Baleares	1	2,4
Islas Canarias	2	4,8
Cantabria	2	4,8
Castilla La Mancha	3	7,1
Castilla y León	3	7,1
Cataluña	6	14,3
Comunidad Valenciana	2	4,8
Extremadura	1	2,4
Galicia	2	4,8
Comunidad de Madrid	9	21,4
Comunidad Foral de Navarra	1	2,4
País Vasco	1	2,4
Total	42	100,00

(visita inicial, visita de seguimiento; derivación; tratamiento y manejo) y 3) detección de necesidades no satisfechas (patología, paciente, manejo farmacoterapéutico).

Los miembros del comité científico desarrollaron los *items* del cuestionario del estudio. Posteriormente, se subió el cuestionario a una microweb, a la que los participantes podían acceder a través de un enlace y una contraseña de usuario.

Se pidió a los participantes que puntuaran cada declaración en una escala Likert de 9 puntos. El nivel de acuerdo se clasificó en 1-3 (en desacuerdo), 4-6 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo) o 7-9 (de acuerdo). De este modo, cuanto mayor la puntuación, mayor es el nivel de acuerdo. Con el objeto de evaluar el nivel de concordancia entre las respuestas de los participantes a cada declaración, los valores se calcularon con datos entre 1 y 3, 4 y 6, y 7 y 9, calculando el número de respuestas a cada *item* que se encontraban en el tercil que contenía la mediana. Una cuestión con respuesta concordante se tenía en cuenta, si al menos 2 tercios de las respuestas se encontraban en ese mismo rango.

Tras la primera ronda, las cuestiones en las que no se alcanzó consenso pasaron a la segunda ronda, reformulándose aquellas cuya redacción se podía mejorar o que se podían aclarar. Una vez realizado el análisis estadístico, el comité asesor se reunió para debatir y desarrollar las conclusiones del estudio.

Análisis estadístico e interpretación de los resultados

Los valores medios (y la desviación estándar), la mediana y el rango intercuartílico (p25-p75) de cada uno de los *items* del cuestionario se calcularon con el programa *Statistical Analysis System* (SAS 9.4). El nivel de significación se midió mediante la prueba de bondad de ajuste

de Kolmogorov-Smirnov, para comprobar la normalidad de la distribución.

Los criterios fueron «unanimidad», cuando el 100% de los participantes se mostraban de acuerdo en la misma categoría de la escala Likert; «consenso» cuando existía acuerdo entre el ≥ 80% de los participantes; «mayoría», cuando existía acuerdo entre el ≥ 66% de los participantes, y «desacuerdo», cuando existía acuerdo entre < 66% de los participantes. Para los fines de este estudio, los grupos de «unanimidad» y «consenso» fueron considerados de consenso.

A la hora de emitir las recomendaciones, se tuvieron en cuenta los *items* sobre los que se alcanzó un consenso.

Resultados

Un total de 42 FH de los que fueron invitados a participar aceptaron hacerlo y completaron las 2 rondas Delphi. En la *tabla 1* se muestra la distribución de los hospitales participantes por comunidad autónoma. En cuanto al tipo de hospital, 24 eran hospitales terciarios, 15 secundarios y 3 primarios.

El cuestionario inicial estaba compuesto por 51 declaraciones, divididas en los bloques anteriormente mencionados (con 12, 29 y 10 declaraciones, respectivamente) (*fig. 1*). En la *tabla 2* se muestran los resultados del estudio, incluidos los resultados en los ítems sobre los que se observó un consenso en la primera y segunda ronda.

En la primera ronda, hubo discrepancia sobre 5 cuestiones que pasaron a la segunda ronda, dividiéndolos en 7 para mejorar su comprensión, de manera que los resultados finales se obtuvieron a partir de 53 declaraciones. Tras las 2 rondas Delphi, se alcanzó consenso en 41 de las 53 declaraciones (77,4%). Hubo 9 declaraciones sobre las que la mayoría estuvo de acuerdo (17,0%), frente a las 3 declaraciones sobre las que hubo discrepancia (5,7%).

Discusión

El propósito de utilizar el método Delphi era perfilar la opinión, nivel de acuerdo o consenso sobre un tema o asunto actual entre un grupo de expertos en farmacia hospitalaria. Se trata de un proceso iterativo con respuestas controladas y un análisis de resultados, que se emplea con frecuencia en las ciencias de la salud. El método Delphi ya se ha aplicado en estudios anteriores para evaluar el nivel de consenso sobre el manejo de la DA entre especialistas facultativos^{9,10}, pero no entre especialistas en farmacia hospitalaria. El presente consenso Delphi ofrece una perspectiva clínica en el mundo real sobre el manejo de la DA desde el punto de vista de los FH, estableciéndose una serie de recomendaciones sobre diferentes aspectos relacionados con el manejo de pacientes con DA grave. Así mismo, se ofrece una perspectiva general de necesidades no satisfechas, que podrían mejorar la atención al paciente a través de la farmacia hospitalaria.



Figura 1. Diagrama de flujo Delphi.

Tabla 2
Resultados finales del estudio Delphi

Elemento	Rango de la mediana	Participantes en el rango de acuerdo (7–9) (% , n)	Participantes en el rango de indiferencia (4–6) (% , n)	Participantes en el rango de desacuerdo (1–3) (% , n)	Acuerdo	
Patología - Dermatitis Atópica						
1	La dermatitis atópica grave (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por picor intenso y sequedad en la piel	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
2	La DA grave tiene gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
3	Los pacientes con DA grave suelen presentar otras patologías inflamatorias de tipo II, como el asma, la rinitis alérgica o alergias alimentarias	7–9	95,2 (40)	4,8 (2)	0 (0)	Consenso
4	La DA grave tiene efectos psicológicos significativos para los pacientes, como depresión, ansiedad, ideación suicida o trastornos de atención	7–9	85,7 (36)	14,3 (6)	0 (0)	Consenso
5	La DA grave está asociada a infecciones bacterianas secundarias (superinfecciones), que agravan la inflamación cutánea y suelen requerir tratamiento antibiótico	7–9	62 (26)	35,7 (15)	2,4 (1)	Discrepancia
6	La DA grave se asocia a infecciones cutáneas que derivan en un número considerable de visitas a urgencias por parte de los pacientes	4–6	35,7 (15)	47,6 (20)	16,7 (7)	Discrepancia
7	Los pacientes con DA grave tienen problemas cardiovasculares, obesidad y diabetes	4–6	30,9 (13)	59,4 (25)	9,5 (4)	Discrepancia
8	La DA es una patología trivializada que está ganando importancia gracias a la aparición de nuevas terapias	7–9	83,3 (35)	16,7 (7)	0 (0)	Consenso
9	Dupilumab ha permitido satisfacer una necesidad farmacoterapéutica significativa entre los pacientes con DA grave	7–9	85,7 (36)	9,6 (4)	4,8 (2)	Consenso
10	Dupilumab consigue una mejora rápida, sostenida y clínicamente relevante a largo plazo de los signos y síntomas de la DA grave, mejorando así la calidad de vida de los pacientes	7–9	95,2 (40)	4,8 (2)	0 (0)	Consenso
11	Dupilumab ha mejorado significativamente la persistencia de la DA grave, en comparación con el tratamiento convencional	7–9	85,7 (36)	14,3 (6)	0 (0)	Consenso
12	Dupilumab ofrece seguridad y buena tolerabilidad a largo plazo, y no requiere la monitorización de parámetros analíticos	7–9	78,6 (33)	16,7 (7)	4,8 (2)	Mayoría
13	El mecanismo de acción de Dupilumab sobre la inflamación de tipo 2 permite un mejor control sobre las comorbilidades atópicas, como el asma, la poliposis nasal que ocurre entre los pacientes con DA grave	7–9	95,2 (40)	4,8 (2)	0 (0)	Consenso
Manejo de los pacientes con dermatitis atópica grave a través del hospital de farmacia						
<i>Visita inicial</i>						
14	Es aconsejable estratificar a los pacientes con DA grave siguiendo el modelo general del Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX) de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria)	7–9	71,5 (30)	21,5 (9)	7,5 (3)	Mayoría
15	Es aconsejable informar al paciente sobre su patología, el tratamiento prescrito, la forma de administrarlo y conservarlo, así como sobre los posibles efectos secundarios y su manejo	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
16	Es aconsejable fomentar la adherencia, personalizando esta información según la forma de administración del fármaco	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
17	Dependiendo del perfil del paciente, es aconsejable facilitar páginas web, aplicaciones y/o información sobre asociaciones de pacientes	7–9	83,4 (35)	11,9 (5)	4,8 (2)	Consenso
18	Es aconsejable proporcionar información escrita para reforzar la información que se ha proporcionado al paciente verbalmente	7–9	97,6 (41)	2,4 (1)	0 (0)	Consenso
19	Es aconsejable formar a los pacientes en el manejo de la jeringa o autoinyector, en el caso de los tratamientos biológicos	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
<i>Visita de seguimiento</i>						
20	Es aconsejable centrar la asistencia farmacéutica en verificar la adherencia al tratamiento y el seguimiento de los posibles efectos adversos	7–9	95,3 (40)	4,8 (2)	0 (0)	Consenso
21	Es aconsejable que la atención farmacéutica incluya el seguimiento de los resultados clínicos a corto y largo plazo	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
22	Es aconsejable que la atención farmacéutica incluya el seguimiento de la persistencia con el tratamiento	7–9	95,3 (40)	4,8 (2)	0 (0)	Consenso
23	Es aconsejable vigilar la adherencia mediante el empleo de diferentes escalas de evaluación de la adherencia, como la escala modificada de Morisky–Green (MMAS-8) y el registro de dispensaciones	7–9	92,8 (39)	7,10 (3)	0 (0)	Consenso
24	Es aconsejable vigilar los tratamientos tópicos de los pacientes con DA grave a través del FH, cuando también estén siendo tratados con un fármaco de uso hospitalario	7–9	73,9 (31)	23,8 (10)	2,4 (1)	Mayoría
25	Es aconsejable que sea la clínica dermatológica y/o de alergia la que emplee las escalas de evaluación de gravedad de la DA grave (por ejemplo, EASI) y que se informe al FH de los resultados, para que pueda realizar un seguimiento del paciente	7–9	97,6 (41)	2,4 (1)	0 (0)	Consenso
26	Es aconsejable emplear escalas de evaluación de la calidad de vida como las escalas DLQI y POEM, con el fin de evaluar el resultado de un tratamiento	7–9	92,9 (39)	4,8 (2)	2,4 (1)	Consenso
27	Es aconsejable emplear indicadores de la experiencia del paciente (PROM y PREM) en el manejo de los pacientes con DA grave	7–9	85,8 (36)	11,9 (5)	2,4 (1)	Consenso
28	Es aconsejable emplear escalas de satisfacción del paciente como la escala VAS	7–9	76,1 (32)	19,1 (8)	4,8 (2)	Mayoría
29	Es aconsejable emplear las nuevas tecnologías (por ejemplo la telefarmacia) para comunicarse y prestar atención a los pacientes con DA grave	7–9	83,4 (35)	14,3 (6)	2,4 (1)	Consenso
<i>Derivación</i>						
30	Es aconsejable derivar a un paciente con DA grave al clínico responsable del tratamiento cuando el tratamiento es poco eficaz o se detectan problemas de tolerancia o seguridad	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Consenso
31	Es aconsejable informar al médico responsable de cualquier falta de adherencia o interrupción del tratamiento para la DA grave	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Consenso
32	En situación de embarazo, lactancia, deseo de embarazo o preservación de la fertilidad masculina o femenina, es aconsejable que se realice un seguimiento a través del servicio de farmacia hospitalaria, en comunicación estrecha con el clínico y el o la enfermera	7–9	95,2 (40)	4,8 (2)	0 (0)	Consenso

(Continúa)

Tabla 2 (Continuación)

Elemento	Rango de la mediana	Participantes en el rango de acuerdo (7–9) (% , n)	Participantes en el rango de indiferencia (4–6) (% , n)	Participantes en el rango de desacuerdo (1–3) (% , n)	Acuerdo
33	7–9	85,7 (36)	11,9 (5)	2,4 (1)	Consenso
34	7–9	88,1 (37)	0 (0)	11,9 (5)	Consenso
<i>Tratamiento</i>					
35	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Consenso
36	7–9	95,2 (40)	4,8 (2)	0 (0)	Consenso
37	7–9	69 (29)	28,6 (12)	2,4 (1)	Mayoría
38	7–9	71,4 (30)	28,6 (12)	0 (0)	Mayoría
<i>Manejo</i>					
39	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
40	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Consenso
41	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Consenso
42	7–9	92,9 (39)	2,4 (1)	2,4 (1)	Consenso
Detección de necesidades no satisfechas					
<i>Patología</i>					
43	7–9	92,9 (39)	4,8 (3)	0 (0)	Consenso
44	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
45	7–9	83,3 (35)	14,3 (6)	2,4 (1)	Consenso
<i>Paciente</i>					
46	7–9	71,5 (30)	21,5 (9)	7,1 (3)	Mayoría
47	7–9	76,2 (32)	23,9 (10)	0 (0)	Mayoría
<i>Tratamiento</i>					
48	7–9	81 (34)	19,1 (8)	0 (0)	Consenso
49	7–9	78,6 (33)	21,5 (9)	0 (0)	Mayoría
50	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
<i>Manejo</i>					
51	7–9	97,6 (41)	2,4 (1)	0(0)	Consenso
52	7–9	100 (42)	0 (0)	0 (0)	Unanimidad
53	7–9	83,3 (35)	11,9 (5)	4,8 (2)	Consenso

EASI: Eczema Area and Severity Index; DA: dermatitis atópica; DLQI: Dermatology Life Quality Index FH: farmacéutico hospitalario; PREM: Medidas de experiencia reportada por el paciente; PROM: medidas de resultados en salud reportados por el paciente.; y POEM: Patient Oriented Eczema Measure.

Este estudio señala que la DA grave afecta significativamente a la calidad de vida de los pacientes. Según un informe de la Federación Europea de Asociaciones de Pacientes con Alergias y Enfermedades de las Vías Altas (EFA), el 45% de los pacientes presentaban síntomas graves y reconocieron que la DA influía en su vida diaria, así como en sus relaciones sociales y sexuales. Además, el 13% de los pacientes afirmaba que habían faltado más de 11 días al trabajo o a clase en un solo año¹¹. Además, los pacientes con DA grave suelen presentar otras patologías inflamatorias de tipo II, como el asma, la rinitis alérgica o alergias alimentarias^{11,12}.

Por otro lado, sorprende el elevado porcentaje de expertos que se muestran indiferentes a las declaraciones relacionadas con comorbilidades no de tipo II, como las infecciones, lo que derivó en la

falta de consenso sobre esta cuestión. No obstante, la mayoría (62%) coincidían en que la DA grave está asociada a infecciones bacterianas secundarias (superinfecciones), que agravan la inflamación cutánea y suelen requerir tratamiento antibiótico.

Con respecto a la DA, se subraya la necesidad de proporcionar formación continua y crear una guía de atención farmacéutica, ya que, tal como muestra la elevada participación en este estudio, esta patología está adquiriendo importancia y atrayendo el interés de los FH.

En cuanto al tratamiento de la DA grave, los participantes de este estudio alcanzaron un elevado nivel de consenso al considerar que dupilumab ha cubierto una necesidad farmacoterapéutica significativa entre los pacientes con DA grave, lo cual resulta lógico si tenemos en cuenta que desde que se aprobó la ciclosporina hace 20 años, no se

había aprobado hasta ahora ningún tratamiento sistémico nuevo para tratar la DA grave. Por otro lado, se trata del primer tratamiento que permite un uso prolongado, gracias a su perfil de seguridad, especialmente en la patología crónica, siendo el primer tratamiento aprobado para los pacientes de 6 o más años de edad. Se alcanzó consenso entre los participantes sobre el hecho de que dupilumab consigue una mejora rápida, sostenida y clínicamente relevante a largo plazo de los signos y síntomas de la DA grave, mejorando la calidad de vida de los pacientes y la persistencia, en comparación con el tratamiento convencional con inmunosupresores. Este consenso viene reforzado por la evidencia publicada de que el tratamiento con dupilumab es efectivo y bien tolerado, con un inicio de acción rápido sobre los signos y síntomas, mejorando la calidad de vida de los pacientes con DA moderada o grave¹³. Los nuevos tratamientos para la DA grave aprobados recientemente en España han introducido nuevos mecanismos de acción, que deberán demostrar su efectividad y seguridad en la vida real.

Este estudio también muestra un amplio consenso sobre la recomendación de emplear indicadores de la experiencia de los pacientes en el manejo de la DA grave. Cada vez con mayor frecuencia se está promoviendo el uso de instrumentos de evaluación como PREM y PROM (medidas de experiencia reportada por el paciente y medidas de resultados reportados por el paciente, por sus siglas en inglés), para ayudar a los facultativos a evaluar con eficacia y responder a aspectos de la salud que son relevantes para los pacientes y sus cuidadores^{13–15}. Los principales estudios sugieren que la información aportada por los PREM y PROM permite mejorar la comunicación con el paciente, crear conciencia sobre aspectos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos y mejorar los planes asistenciales, así como la colaboración multidisciplinar¹⁴. De hecho, se han descrito casos de éxito relacionados con la DA en otros países¹⁶.

No obstante, se han identificado barreras que obstaculizan la plena incorporación de estas técnicas en la práctica clínica, como la falta de formación a la hora de aplicarlas o la dificultad para interpretar los datos¹⁷. Con el fin de popularizar su uso, resulta fundamental que estos instrumentos se integren perfectamente en la práctica clínica, y que la información se sintetice en informes comprensibles sobre las áreas que son prioritarias para los pacientes y su entorno^{14,18,19}.

Se le debe dar mayor relevancia al papel de los FH, con el propósito de que estos se impliquen en el manejo de los pacientes con DA, involucrándolos en el proceso de elaboración de los protocolos de tratamiento y proporcionando educación al paciente, con el fin de optimizar la adherencia al tratamiento, el manejo farmacoterapéutico y evaluar los resultados clínicos. En los últimos años, se ha extendido en España la cultura de medir los resultados clínicos; por ejemplo, el registro *Valtermed* contiene información sobre productos farmacéuticos innovadores aparecidos recientemente en el mercado²⁰.

Este estudio muestra que las escalas normalmente utilizadas no adoptan una visión holística del impacto que la DA tiene en la vida de los pacientes. La escala SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) mide la extensión de las áreas afectadas, la gravedad de las lesiones y los síntomas subjetivos, mientras que la EASI (Eczema Area and Severity Index) no incluye los síntomas subjetivos^{3,21}. Los participantes en este estudio afirmaron unánimemente que se deberían consensuar escalas y métodos para medir el impacto de la DA, que tengan en cuenta síntomas como el prurito y el sueño; y la calidad de vida, para poder evaluar de manera global la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, casi el 93% de los participantes recomendaban el uso de escalas de evaluación de la calidad de vida como la escala DLQI y la escala POEM.

La colaboración entre los FH y otros especialistas sigue siendo fundamental. Resulta esencial crear equipos multidisciplinarios, donde se incluya al especialista en farmacia hospitalaria, con el fin de garantizar que todos los profesionales sanitarios proporcionan una atención integral, coordinada y sostenible. Los FH no se encargan únicamente de dispensar la medicación, sino también de desarrollar los protocolos de tratamiento y proporcionar educación al paciente, así como de

supervisar la adherencia, efectividad y seguridad del tratamiento prescrito²² y contribuir a mejorar la respuesta clínica de los pacientes²².

Así mismo, cabe señalar que este consenso posee algunos puntos fuertes, como el uso del método Delphi y la participación de un panel de expertos en DA. Dado que se trata de un consenso, se han podido incluir una variedad más amplia de temas de los que se habrían abordado en una revisión sistemática o en una guía de práctica clínica, que se suelen basar en un estricto método que restringe el alcance de la investigación. No obstante, los consensos también tienen sus limitaciones. No se alcanzó el 100% de acuerdo en todas las afirmaciones. Además, aunque algunas de estas recomendaciones reflejan los puntos de vista de los expertos, estas no son universales. Las características individuales de cada paciente y su comodidad deberían tenerse también en cuenta antes de seleccionar un tratamiento.

Finalmente, la creación de una guía de práctica clínica para la atención farmacéutica podría ayudar a optimizar el manejo farmacoterapéutico y los resultados clínicos en la DA grave, así como contribuir a la elaboración de nuevos estudios observacionales, destinados a determinar su impacto sobre los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Estamos seguros de que este análisis ayudará a mejorar la asistencia y calidad de vida de los pacientes con DA grave, desde la perspectiva de los FH que les prestan asistencia dentro del equipo asistencial multidisciplinar.

Se ha alcanzado un consenso a la hora de reconocer el impacto que la DA grave tiene en los pacientes que la padecen, así como de recomendar el empleo de escalas que tengan en cuenta la calidad de vida del paciente (así como sus síntomas más relevantes), y de indicadores de la experiencia del paciente. También se demuestra que resulta de utilidad evaluar los resultados en la práctica clínica, en conjunto con otros especialistas del equipo multidisciplinar. Además, se debe mejorar el acceso a nuevos fármacos, con el fin de que se pueda actuar lo antes posible en el programa terapéutico de los pacientes. Está ampliamente aceptado que dupilumab ha supuesto un antes y un después para los pacientes con DA grave. Se recomienda elaborar una guía de práctica clínica para el manejo farmacoterapéutico de la DA. Finalmente, el consenso Delphi subraya el papel fundamental que deben desempeñar los FH en los equipos multidisciplinarios que atienden a los pacientes con DA grave.

Declaraciones de impacto

- El consenso Delphi subraya el papel fundamental que deben desempeñar los FH en los equipos multidisciplinarios que atienden a los pacientes con DA grave.
- Se deben utilizar escalas que evalúen la calidad de vida del paciente (así como síntomas relevantes como el prurito), así como indicadores de su experiencia (calidad del sueño, ansiedad/depresión).
- Resulta de utilidad evaluar los resultados en la práctica clínica real, en consenso con otros especialistas del equipo multidisciplinar.
- Es recomendable emplear fármacos con probada efectividad y seguridad a largo plazo en pacientes con DA grave, dada la cronicidad de esta patología.
- Finalmente, se debe mejorar el acceso a nuevos fármacos, con el fin de que se pueda actuar lo antes posible en el programa terapéutico de los pacientes.

Conflicto de intereses

Joaquín Borrás-Blasco, Piedad López Sánchez, Rosa Romero-Jimenez, Andrés Navarro-Ruiz no tienen conflictos de intereses que declarar que sean relevantes para el contenido de este artículo. Esther Ramírez ha percibido honorarios por participar en conferencias de Abbvie, Janssen, UCB, Ammirall, Sanofi, Galápagos. Nuria Rudi Sola ha percibido honorarios por participar en conferencias de: Abbvie, UCB, Ammirall, Fresenius.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado por Sanofi. El promotor del estudio no participó en el diseño, implementación, interpretación o redacción del documento.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer su participación a los expertos que han participado como miembros del panel de expertos: Emilio Molina Cuadrado, Hospital Universitario de Torrecárdenas, Almería. Ramón Morillo Verdugo, Hospital Universitario de Virgen de Valme, Cádiz. Mercedes Romero Alonso, Hospital Infanta Elena, Huelva. Juan Jerez, Hospital Universitario de Jaén University Hospital, Jaén. Andrés Sánchez Ruiz, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. María Espinosa Bosch, Hospital Universitario de Málaga, Málaga. Pablo Quintero García, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. María Sáez-Torres de Vicente, Hospital de Osuna, Sevilla. Vicente Merino Bohórquez, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. Ángel Antonio Castelo Luque, Complejo Hospitalario Público Llerena Zafra, Badajoz. Ana Gómez Lobón, Hospital Universitario Son Espases, Palma, Mallorca. Inmaculada Plasencia García, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. Elisenda Dolz Bubi, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. Julia Sánchez Gundin, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Aitziber Illaro Uranga, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. Elena González Colominas, Hospital del Mar, Barcelona. Carlos Seguí Solanes, H. de Granollers, Barcelona. Glòria Cardona Peitx, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona. Azhara Sánchez Ulyar, Hospital Mataró, Barcelona. Neus Pagès Puigdemont, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Pau Riera Armengol, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Amparo Flor García, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. María Blanco Crespo, Hospital Universitario Guadalajara, Guadalajara. Ana Domínguez Barahona, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. Magdalena Güemes García, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. Roberto Santos del Prado, Hospital General Río Carrión, Palencia. Jesús María Prada Lobato, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. Nieves Valcarce Pardeiro, Hospital Arquitecto Marcide, A Coruña. Ana Belén Veiga Villaverde, Hospital Provincial de Pontevedra, Pontevedra. Cristina García Yubero, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. María Fernández-Pacheco, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. Ángel Luis Salcedo Mingorrán, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid. María Ángeles Campos, Hospital Universitario del Henares, Madrid. Miguel Ángel Rodríguez Cabezas, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Blanca Rodríguez Vargas, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid. Ana Acuña Vega, Hospital General de la Defensa Gómez Ulla, Madrid. Irene Cañamares Orbis, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. Belén Menchen Viso, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. Amaya Arrondo Velasco, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. Mila Álvarez Lavin, Hospital de Basurto, Bilbao. Francisco José Rodríguez Lucena, Hospital Vega Baja, Alicante. Emilio Monte Boquet, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia. Los autores también agradecen a CLOVER SGM por su asesoramiento metodológico durante el estudio y por su colaboración en la redacción del manuscrito, así como por su asistencia editorial.

Bibliografía

- Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, Beck LA, Blauvelt A, Cork MJ, et al. Two phase 3 trials of dupilumab versus placebo in atopic dermatitis. *N Engl J Med*. 2016;375(24):2335–48. doi: [10.1056/NEJMoa1610020](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1610020).
- Farag AK, Roesner LM, Wieschowski S, Heratizadeh A, Eiz-Vesper B, Kwok WW, et al. Specific T cells targeting *Staphylococcus aureus* fibronectin-binding protein 1 induce a type 2/type 1 inflammatory response in sensitized atopic dermatitis patients. *Allergy*. 2022;77(4):1245–53. doi: [10.1111/all.15120](https://doi.org/10.1111/all.15120).
- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):338–51. doi: [10.1016/j.jaad.2013.10.010](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.10.010).
- Eckert L, Gupta S, Gadhari A, Mahajan P, Gelfand JM. Burden of illness in adults with atopic dermatitis: Analysis of National Health and Wellness Survey data from France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):187–95. doi: [10.1016/j.jaad.2019.03.037](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.03.037).
- Mesjasz A, Zawadzka M, Chałubiński M, Trzeciak M. Is atopic dermatitis only a skin disease? *Int J Mol Sci*. 2023;24(1):837. doi: [10.3390/ijms24010837](https://doi.org/10.3390/ijms24010837).
- Fundación de Ciencias del Medicamento y Productos Sanitarios (Fundamed). Informe del Grupo de trabajo. Dermatitis atópica: del diagnóstico a la definición de una ruta asistencial [Internet]. [consultado 21 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.fundacionfundamed.org/GT-Dermatitis-Atopica.aspx>.
- Artime E, Serra E, Mert C, Díaz-Cerezo S, Huete T, Hernández-Subirá I, et al. Real-world treatment patterns, resource use and costs in adult patients with atopic dermatitis receiving systemic treatment: derma-atopic study in Spain. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114(1):T9–18. doi: [10.1016/j.ad.2022.08.025](https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.08.025).
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Proyecto MAPEX [Internet]. [Consultado 21 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentacion.php>.
- Sastre J, Baldrich ES, Armario Hita JC, Herráiz L, Jáuregui I, Martín-Santiago A, et al. Consensus on the clinical approach to moderate-to-severe atopic dermatitis in Spain: a Delphi survey. *Dermatol Res Pract*. 2020;2020. doi: [10.1155/2020/1524293](https://doi.org/10.1155/2020/1524293).
- Smith S, Baker C, Gebauer K, Rubel D, Frankum B, Soyer HP, et al. Atopic dermatitis in adults: an Australian management consensus. *Australas J Dermatol*. 2020;61(1):23–32. doi: [10.1111/ajd.13124](https://doi.org/10.1111/ajd.13124).
- De Carlo G, Romagosa S, Proaño I, et al. EFAh© EFA, European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations [Internet]. [Consultado 21 Abr 2022]. Disponible en: https://www.efahet.org/images/2018/EN_-_Itching_for_life_quality_of_life_and_costs_for_people_with_severe_atopic_eczema_in_Europe.pdf.
- Khan AH, Gouia I, Kamat S, Johnson R, Small M, Siddall J. Prevalence and severity distribution of type 2 inflammation-related comorbidities among patients with asthma, chronic rhinosinusitis with nasal polyps, and atopic dermatitis. *Lung*. 2023;201(1):57–63. doi: [10.1007/s00408-023-00603-z](https://doi.org/10.1007/s00408-023-00603-z).
- Augustin M, Bauer A, Ertner K, von Kiedrowski R, Schenck F, Ramaker-Brunke J, et al. Dupilumab demonstrates rapid onset of action in improving signs, symptoms and quality of life in adults with atopic dermatitis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(3):803–16. doi: [10.1007/s13555-023-00894-3](https://doi.org/10.1007/s13555-023-00894-3).
- Sawatzky R, Laforest E, Schick-Makaroff K, Stajduhar K, Reimer-Kirkham S, Krawczyk M, et al. Design and introduction of a quality of life assessment and practice support system: perspectives from palliative care settings. *J Patient Rep Outcomes*. 2018;2:36. doi: [10.1186/s41687-018-0065-2](https://doi.org/10.1186/s41687-018-0065-2).
- Feeny D. Health-related quality-of-life data should be regarded as a vital sign. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):706–9. doi: [10.1016/j.jclinepi.2012.12.013](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.12.013).
- Stuart B, Howells L, Pattinson RL, Chalmers JR, Grindlay D, Rogers NK, et al. Measurement properties of patient-reported outcome measures for eczema control: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(10):1987–93. doi: [10.1111/jdv.17335](https://doi.org/10.1111/jdv.17335).
- Perez-Chada L, Taliencio VL, Gottlieb A, Van Beek M, Duffin KC, Reeder M, et al. Achieving consensus on patient-reported outcome measures in clinical practice for inflammatory skin disorders: on behalf of international dermatology outcome measures and the American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(1):86–93. doi: [10.1016/j.jaad.2019.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.09.008).
- Greenhalgh J. The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? *Qual Life Res*. 2009;18(1):115–23. doi: [10.1007/s11136-008-9430-6](https://doi.org/10.1007/s11136-008-9430-6).
- Dunckley M, Aspinall F, Addington-Hall JM, Hughes R, Higginson IJ. A research study to identify facilitators and barriers to outcome measure implementation. *Int J Palliat Nurs*. 2005;11(5):218–25. doi: [10.12968/ijpn.2005.11.5.218](https://doi.org/10.12968/ijpn.2005.11.5.218).
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Sistema de Información para determinar el Valor Terapéutico en la Práctica Clínica Real de los Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico en el SNS (VALTERMED) [Internet]. [Consultado 21 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/farmacia/valtermed/home.htm>.
- Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szalai Z, Kunz B, et al. ETFAD/EADV eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2016;30:729–47. doi: [10.1111/jdv.13599](https://doi.org/10.1111/jdv.13599).
- González-Fernández A, Jiménez-Nácher I, Villamañán-Bueno E, García-Trevijano M, Herrero A. Encuesta a profesionales sanitarios sobre el papel del farmacéutico en la Unidad de Enfermedades Inflammatorias Inmunomediadas. *Farm Hosp*. 2021;45(6):305–16.