



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

Formación en autocuidados en dermatite atópica para doentes e cuidadores

Formación en autocuidados en dermatitis atópica para pacientes y cuidadores

Therapeutic education in atopic dermatitis for patients and caregivers

Autora: Uxía Couto Lareo

Titor/a: Eduardo Fonseca Capdevila

Departamento: Cirurxía e especialidades médico- cirúrxicas.

Área de coñecemento: Dermatoloxía

Xuño 2021

A Nuria, Carmen, Sabela, Iago, e especialmente a Walter por transmitirme a súa paixón pola Dermatoloxía e brindarme a oportunidade de aprender del.

A Fonseca, por facilitarme a elaboración deste traballo e axudarme a melloralo.

Tamén á miña familia, a Brais, Carla, Uxía, e demais amigos, por todos os consellos e o apoio recibido neste período.

Índice

1. Resumo
2. Introducción
 - 2.1. Factores inmunolóxicos
 - 2.2. Disbiose cutánea
 - 2.3. Factores xenéticos
 - 2.4. Factores ambientais
 - 2.5. Epidemioloxía
 - 2.6. Clínica
 - 2.7. Medidas de gravidade: o SCORAD
 - 2.8. Comorbilidades non cutáneas
 - 2.9. Diagnóstico
 - 2.10. Histopatoloxía
3. Tratamento
 - 3.1. Tratamento do prurito
 - 3.2. Tratamento tópico
 - 3.2.1. Corticoides tópicos
 - 3.2.2. Inhibidores tópicos da calcineurina
 - 3.2.3. Fototerapia
 - 3.3. Tratamento sistémico
 - 3.3.1. Corticoides sistémicos
 - 3.3.2. Ciclosporina A
 - 3.3.3. Metrotexato
 - 3.3.4. Azatioprina
 - 3.3.5. Biolóxicos: Dupilumab
 - 3.3.6. Novos avances
4. Formación terapéutica en autocoidados: ¿cómo e por qué?
 - 4.1. Etapas do programa de educación terapéutica
 - 4.2. Eficacia da educación terapéutica
5. Escolas de atopía
 - 5.1. Escola de atopía de Nantes
 - 5.2. Outras escolas de atopía
 - 5.3. Escola de atopía de A Coruña
 - 5.4. Novas tecnoloxías
6. Xustificación e obxectivos
7. Material e métodos

8. Resultados
9. Conclusiones
10. Bibliografía

Índice de figuras

Figura 1. Mapa coa localización das escolas de atopía en España

Figura 2. Imaxes de arquivo para valorar a gravidade da dermatite atópica en nenos caucásicos e de raza negra

Índice de táboas

Táboa 1. Localización topográfica das lesións segundo a idade en dermatite atópica.

Táboa 2. Apartados e ítems do SCORAD.

Táboa 3. Criterios maiores de Hanifin e Rajka.

Táboa 4. Obxectivos a cumprir na educación terapéutica orientada á dermatite atópica.

Táboa 5. Comparación da redución do SCORAD entre os grupos con intervención e grupos sen intervención.

Táboa 6. Análise por subgrupos da redución do SCORAD tras programas de educación.

Resumo

Introdución: A dermatite atópica é unha enfermidade crónica multifactorial que cursa por gromos. Para evitar a aparición destes gromos é fundamental un adecuado cumprimento terapéutico e, debido ás altas taxas de falta de adherencia terapéutica, son necesarias ferramentas para asegurar un correcto tratamento. Aquí entra en xogo o papel da educación terapéutica e a creación das escolas de atopía.

Métodos: Revisión bibliográfica de artigos e literatura científicos atopados en bases de datos coma PubMed, Google Scholar, The Cochrane Library Plus e material proporcionado por páxinas web de escolas de atopía, sen restrición de data, nos idiomas español, inglés e francés. Non houbo restrición en canto a tipos de estudos, pero priorizáronse as revisións sistemáticas.

Resultados: Os programas de educación terapéutica conseguen mellorar a adherencia terapéutica, o que contribúe a diminuír a gravidade da dermatite atópica, e parece que tamén poden mellorar a calidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores.

Conclusións: As escolas de atopía constitúen un programa de educación para os pacientes e familiares baseadas na creación de obxectivos personalizados para asegurar o cumprimento terapéutico e mellorar a relación médico-paciente que pode contribuír a mellorar a súa calidade de vida.

Palabras chave: dermatite atópica, eccema, educación terapéutica, escolas de atopía.

Resumen

Introducción: La dermatitis atópica es una enfermedad crónica multifactorial que cursa en brotes. Para evitar la aparición de estos brotes es fundamental un adecuado cumplimiento terapéutico y, debido a las altas tasas de falta de adherencia terapéutica, son necesarias herramientas para asegurar un correcto tratamiento. Aquí entra en juego el papel de la educación terapéutica y la creación de las escuelas de atopía.

Métodos: Revisión bibliográfica de artículos y literatura científicos encontrados en bases de datos como PubMed, Google Scholar, The Cochrane Library Plus y material proporcionado por páginas web de escuelas de atopía, sin restricción de data, en los idiomas español, inglés y francés. No hubo restricción en relación a tipos de estudios, pero se priorizaron las revisiones sistemáticas.

Resultados: Los programas de educación terapéutica consiguen mejorar la adherencia terapéutica, lo que contribuye a disminuir la gravedad de la dermatitis atópica, y parece que también pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores.

Conclusiones: Las escuelas de atopía constituyen un programa de educación para los pacientes y familiares basados en la creación de objetivos personalizados para asegurar el cumplimiento terapéutico y mejorar la relación médico-paciente que puede contribuir a mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: dermatitis atópica, eccema, educación terapéutica, escuelas de atopia.

Abstract

Introduction: Atopic dermatitis is a multifactorial chronically relapsing disease. To avoid the appearance of these flares it is fundamental an adequate therapeutic adherence. Due to the high rates of lack of therapeutic adherence, tools are necessary to ensure correct treatment. Here intervenes the role of therapeutic education and the inception of atopic schools.

Methods: Bibliographic review of scientific articles and literature found in databases such as PubMed, Google Scholar, The Cochrane Library Plus and other material provided by atopic schools' webpages, without date restriction, in Spanish, English and French. There was no restriction regarding types of studies, but systematic reviews were prioritized.

Results: Therapeutic education programs lead to improve therapeutic adherence, which contributes to reduce the severity of atopic dermatitis, and it seems that they can also improve the quality of life of patients and their caregivers.

Conclusions: Atopic schools constitute an education program for patients and families based on the creation of personalized objectives to ensure therapeutic adherence and improve the doctor-patient relationship that can contribute to improve their quality of life.

Key words: atopic dermatitis, eczema, therapeutic education, atopic schools.

Introdución

A dermatite atópica ou eccema atópico é unha enfermidade inflamatoria crónica caracterizada por unha perda da función barreira da pel, xerose e prurito crónico. A fisiopatoloxía é complexa, debido ó carácter multifactorial da dermatite atópica, no que inflúen fenómenos inmunitarios, disbiose da microbiota cutánea, alteracións xenéticas e ambientais (1).

Factores inmunitarios

Na patoxenia do eccema están involucradas tanto a inmunidade innata coma a inmunidade adaptativa (1).

Aparece disfunción da barreira cutánea e alteracións lipídicas na pel, que conducen a un déficit de ceramidas provocando así unha maior perda de auga transcutánea. Isto tradúcese nun aumento da penetrancia de substancias esóxenas, coma potenciais alérxenos, irritantes e microorganismos, que poden desencadear unha resposta inmune. Así, perpetúase unha inflamación crónica.

A mala función do sistema inmunitario innato aumenta o risco de infeccións virais, e todos estes factores sobreactivan os linfocitos T cutáneos e activan unha cascada inflamatoria que suscita un aumento na produción de citocinas e da IgE, provocando eritema, prurito e lesións por rascado (2,3).

Disbiose cutánea

Os cambios na microbiota da pel en doentes con eccema atópico vense reflexados na diminución da diversidade microbiana e na alta taxa de colonización por *Staphylococcus aureus* (90%) en comparación con persoas sas (5%), producido principalmente polo déficit de filagrina e o aumento do pH no estrato córneo (1,4).

Está en estudo se a alteración da microbiota tanto das zonas lesionadas como de zonas sas pode estar en relación coa gravidade da dermatite atópica, debido a que se atopou unha menor diversidade microbiana en doentes con formas graves de eccema (4,5).

Factores xenéticos

Alteracións nos xenes que codifican a proteína filagrina están recoñecidas como factor de risco para presentar eccema atópico.

Os produtos de degradación da filagrina, chamados factores hidratantes naturais, interveñen no correcto funcionamento da pel como primeira barrera contra as infeccións, debido a que teñen un efecto antimicrobiano cutáneo, acidificando o pH da pel.

Tamén están implicadas mutacións nos receptores de vitamina D e alteracións na síntese de ceramidas (1).

Factores ambientais

Os factores externos que máis frecuentemente desencadean gromos son as substancias irritantes, os alérxenos, a calor, a suor, o estrés e outros factores psicolóxicos e as infeccións, tanto cutáneas coma de outra localización (6,7).

Epidemioloxía

A prevalencia está aumentando, e oscila entre o 5-20% (8), sendo máis común en nenos (15-25%) ca en adultos (1-10%) e en países industrializados (2).

Clínica

A clínica caracterízase por prurito crónico e xerose cutánea. As lesións agudas elementais son pápulas prurixinosas sobre base eritematosa, normalmente excoriadas, que cronifican e acaban liquenificando, especialmente nas flexuras. É habitual a coexistencia de lesións agudas e crónicas.

No 90% dos casos a clínica aparece antes dos 5 anos, habitualmente entre o 4º e o 6º mes, inda que tamén pode debutar no adulto (6). A localización das lesións varía en función da idade do doente.

Lactante	Neno	Adulto
- Cara, respectando o surco nasoxeniano	- Caras flexoras (especialmente cubital e poplítea)	- Caras flexoras
- Coiro cabeludo	- Zona perioral e periocular	- Cara
- Tronco	- Nuca	- Zona periocular
- Caras extensoras de extremidades		- Colo
		- Dorso mans e pes

Táboa 1. Localización topográfica das lesións segundo a idade en DA (9).

A dermatite atópica constitúe a primeira representación da “marcha atópica”, da que tamén forman parte a rinite, o asma e as alerxias alimentarias mediadas por IgE. Unha presentación temperá e grave do eccema atópico condiciona un aumento no risco de padecer esta marcha (10,11).

Os costes sanitarios causados pola dermatite atópica son elevados e poden compararse con outras enfermidades crónicas coma a epilepsia ou a fibrose quística, e tamén leva asociada unha perda da calidade de vida do doente e dos seu cuidadores no caso de nenos ou persoas dependentes.

As alteracións psicosociais máis frecuentes en nenos son fundamentalmente derivadas do prurito, que repercute no descanso nocturno e pode levar a un escaso rendemento escolar e irritabilidade. Isto ocasiona unha fatiga física e mental que repercute no día a día das persoas con eccema atópico. O risco de depresión, ansiedade e outras alteracións psicolóxicas está aumentado, tanto nos doentes coma nos seus familiares (2,12).

Medidas de gravidade: o SCORAD

Na década dos 90 xurdiu o índice SCORAD para valorar de forma estandarizada a gravidade da dermatite atópica. Consta de 3 partes: A, B e C.

O primeiro apartado (A) valora a extensión das lesións, considerando a palma da man do doente como o 1% da superficie corporal.

O apartado B infórmanos da intensidade da afectación, estando constituído por 6 ítems: eritema, edema, exsudado, excoriación, liquenificación e sequidade. Todas menos a sequidade cutánea valóranse nas zonas lesionadas. Cada un dos ítems puntúa dende 0 (ausencia) ata 3 (grave), existindo un atlas de referencia para comparar as lesións.

O último apartado (C) valora os síntomas subxectivos mais significativos, o prurito e a calidade do sono, dándolles un valor comprendido entre 0 e 10.

A puntuación final establécese segundo a fórmula $A/5 + 7B/2 + C$, clasificando a dermatite atópica como leve (0-25), moderada (25-50) e grave (>50) (13).

A	% extensión
----------	--------------------

B	Intensidade	Eritema
		Pápulas-edema
		Exsudación
		Excoriación
		Liquenificación
		Sequidade

C	Síntomas subxectivos	Prurito (0-10)
		Perda de sono (0-10)

Táboa 2. Apartados e ítems do SCORAD (13).

Comorbilidades non cutáneas

O eccema atópico está relacionado con outras enfermidades alérxicas coma rinite, asma e alerxias alimentarias, formando parte da marcha atópica, pero tamén está asociada a maior risco de dermatite irritativa de contacto.

En nenos, o prurito pode condicionar irritabilidade, falta de atención e alteracións do sono, que levan a baixo rendemento escolar e accidentes. Os problemas do sono non só afectan ó neno, senón que tamén afectan á súa familia, pola necesidade de confort do paciente e de aplicar medicación (2,12).

Tamén existe un maior risco de padecer enfermidades mentais e alteracións psicolóxicas, coma baixa autoestima, problemas de socialización e alteracións do comportamento. Os menores con dermatite atópica presentan máis depresión e ansiedade, condicionado en parte pola mala calidade do sono. Tamén presentan un risco aumentado de trastornos de hiperactividade, autismo e mesmo suicidio.

Igual ca nas alteracións do sono, que transcenden do propio doente ata a súa familia, o mesmo acontece coa depresión e ansiedade, especialmente nas nais. Os cuidadores de nenos con eccema atópico poden atoparse máis illados socialmente, e tamén poden ter un rendemento menor no traballo, debido a ausencias polo coidado do fillo (12).

Todas estas comorbilidades poñen de manifesto a necesidade dunha abordaxe multidisciplinar, con terapia psicolóxica se fora preciso, e a necesidade de programas de educación para as familias, co obxectivo de mellorar a calidade de vida familiar e o aumento da percepción de apoio por parte do persoal sanitario.

Diagnóstico

O diagnóstico da dermatite atópica adoita ser clínico, xa que non existe ningunha proba diagnóstica patognomónica ou suficientemente específica. O marcador bioquímico máis comunmente elevado é a IgE, pero non é nin causa suficiente nin necesaria para presentar eccema atópico. A presenza de lesións prurixinosas compatibles con dermatite en flexuras representa o signo máis específico para o diagnóstico.

En 1977 publicáronse os criterios de Hanifin e Rajka, e posteriormente unha revisión deles en 1980. Presentan limitacións, especialmente a extensión, que fai que non sexan moi aplicables no día a día na consulta, pero son os máis empregados en publicacións científicas. Están compostos por 4 criterios maiores: prurito, afectación crónica e recorrente, historia familiar ou persoal de atopía e distribución característica, diferenciando aquí entre adultos, nos que o criterio sería a liquenificación en flexuras, e nenos, nos que sería afectación de cara, flexuras e superficies de extensión.

A maiores, descríbese unha ampla variedade de criterios menores, entre os que atopamos xerose, reacción de hipersensibilidade tipo 1 en prick test, elevación de IgE sérica, queilite, eccema de pezón, pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, queratocono, pitiríase alba, queratose pilar,...

Para o diagnóstico, o doente debe cumprir 3 ou máis criterios maiores e 3 ou máis criterios menores (2,14,15).

Criterios maiores	Prurito
	Carácter crónico e recidivante
	Morfoloxía típica (en función da idade)
	Historia de atopía

Táboa 3. Criterios maiores de Hanifin e Rajka, 1980 (14).

Histopatoloxía

A biopsia cutánea pódese realizar nos casos nos que o diagnóstico non estea claro ou sexa necesario excluír outras dermatoses.

Na histoloxía destas lesións podemos ver infiltrado linfocítico perivascular, monocitos, e, na fase aguda da enfermidade, eosinófilos e esponxiose dos queratinocitos, que é patrón histolóxico de edema intercelular.

Nas lesións de carácter crónico (liquenificadas), a esponxiose é mínima, e o patrón histolóxico predominante é a hiperplasia con hiperqueratose (16).

Tratamento

Os pilares do tratamento da dermatite atópica son:

- Hidratación e hixiene diaria. A limpeza da pel debe ser con auga tibia, e é importante para eliminar escamas, diminuír o prurito e facilitar a aplicación de tratamentos posteriores. Debido ás alteracións da función barreira da pel e o aumento da perda de auga transepidérmica, debe manterse unha correcta hidratación con emolientes e humectantes, tanto para mellorar a xerose e o prurito como para diminuír a aparición de brotes.
- Evitar factores desencadeantes, como poden ser aeroalérxenos (pole, ácaros do polvo, pelo de animais,...), cambios bruscos de temperatura, tecidos irritantes, estrés,...
- Tratamento farmacolóxico:
 - Tratamento tópico antiinflamatorio: corticoides tópicos, inhibidores tópicos da calcineurina, inhibidores tópicos da fosfodiesterasa 4.
 - Fototerapia
 - Terapia sistémica antiinflamatoria: corticoides orais, ciclosporina A, metotrexato, azatioprina, micofenolato de mofetilo.
 - Terapia biolóxica: Dupilumab, anti IL4.

Para acadar o resultado óptimo destes tratamentos, é fundamental a existencia dun programa de educación e formación en autocoidados, para o doente e familiares (3,17).

No paso de terapia tópica a terapia sistémica, hai que ter en conta unha serie de consideracións. A primeira sería individualizar en cada doente o impacto da dermatite atópica coa severidade e a alteración da calidade de vida, xa que determinadas localizacións, como as mans, os xenitais e a cara poden presentar lesións pouco extensas pero que afecten moito á vida diaria do paciente.

Debemos tamén considerar outros factores que poidan ser culpables do empeoramento clínico, como as infeccións. No paciente con eccema atópico son especialmente frecuentes as infeccións por *Staphylococcus aureus*, debido a alta taxa de colonizacións cutáneas e nasais que presenta esta poboación polos cambios na microbiota da pel xa comentados. Tamén son máis frecuentes infeccións víricas por virus da familia herpes e *Molluscum contagiosum*, que no caso de aparecer deben ser tratadas correctamente antes de comezar terapia sistémica.

Outro punto importante é analizar se a causa da recaída é unha eficacia insuficiente do tratamento tópico, onde se valora a terapia sistémica, ou falta de adherencia ó plan terapéutico, caso onde, en primeiro lugar, deberíamos remitir ó paciente a un programa de formación en autocoidados para mellorar a aplicación dos tratamentos tópicos antes de plantexar fármacos sistémicos (18).

Tratamento do prurito

O prurito é un dos síntomas máis importantes no eccema, formando parte dos criterios diagnósticos. O tratamento consiste no propio tratamento da dermatite atópica, evitar posibles desencadeantes, manter unha correcta hidratación e os tratamentos farmacolóxicos mencionados.

Os antihistamínicos orais non teñen moito efecto contra o prurito, sendo máis relevantes os antihistamínicos sedativos, xa que un dos problemas do prurito é a alteración do sono, e o efecto sedante mellora a calidade do sono e diminúe o rascado nocturno, podendo evitar o agravamento do eccema (19).

Tratamento tópico

Corticoides tópicos

Na enfermidade leve, o tratamento consta de emolientes e corticoesteroides tópicos de potencia media, sendo importante destacar que un maior uso dos primeiros pode reducir a necesidade dos segundos (20).

Os efectos adversos máis frecuentes dos corticoides tópicos son locais, sendo a súa aparición condicionada por factores como a potencia do corticoide, a idade do doente (as estrías aparecen máis en poboación xove, e outros signos de atrofia cutánea coma a aparición de telanxiectasias adoitan aparecer en adultos), o grosor da pel onde se aplique (canto máis fina, máis sensible a estes efectos adversos) e se a forma de aplicación foi con oclusión (máis risco) ou non (17).

No tratamento dun gromo, préferense empregar corticoides de media potencia durante menos tempo, xa que normalmente os de baixa potencia non conseguen resolvelo. É interesante ofrecer os coidadores unha lista de varios corticoides ordenados por potencia.

Para un correcto tratamento tópico, non só é suficiente con escoller a potencia do corticoide empregado, tamén hai que ter en conta a vehiculización do principio activo. Algunhas formas galénicas teñen máis potencia, coma os unguentos e as pomadas, que ademais pola súa maior composición graxa teñen efectos hidratantes, oclusivos e conxestivos. Recoméndanse especialmente para zonas máis secas ou liquenificadas. O principal problema é a pouca cosmetividade que presentan, sendo este un factor a ter en conta xa que pode limitar o seu uso terapéutico. Para evitar o abandono do tratamento por cuestións estéticas, poden recomendarse á noite.

As cremas e locións teñen menor potencia oclusiva, pero son máis aceptadas e están máis recomendadas en lesións exsudativas (7,21).

O embarazo en si pode ser un factor estresor que empeore a clínica do eccema atópico, sendo de igual forma os corticoides tópicos o tratamento de elección, podéndose empregar de forma segura os de clase II e III ata un máximo de 200 gramos, e evitando o propionato de fluticasona, xa que este non é metabolizado pola placenta.

Na etapa preconcepcional pódense empregar con seguridade, tanto en homes coma en mulleres, e durante a lactancia o único que hai que ter en conta e que se a área na que aplicamos os corticoides tópicos é o pezón, deberá facerse xusto despois da lactancia e limpalos correctamente antes dela (22).

Inhibidores tópicos da calcineurina

A pesares da efectividade do tratamento tópico con esteroides, a corticofobia está presente en máis do 50% dos pais de nenos con DA. Sen embargo, a maioría dos pais refire aplicar correctamente o tratamento esteroideo. Para que isto aconteza é importante unha boa relación medico-doente, onde os cuidadores e doentes poidan expresar as súas dúbidas e medos (23).

Os efectos secundarios dos corticoides por vía tópica normalmente son debidos a mal uso (abuso, combinacións con antimicrobianos, elección inadecuada do principio activo, ...).

Existen escalas, coma o TOPICOP, para medir o grao de corticofobia, baseándose en crenzas e preocupacións sobre os corticoides (24,25).

Como alternativa os corticoides, xurdiron os inhibidores tópicos da calcineurina: pimecrólimus e tacrólimus. Estes fármacos inhiben a activación de linfocitos T e mastocitos na pel. O principal efecto adverso é o prurito ou escozor na zona, que adoitan desaparecer progresivamente. Ámbolos dous serven para tratar a lesión activa e para diminuír a recorrencia. Son fármacos seguros e con baixa absorción sistémica polo que non presentan risco de neoplasias nin outros efectos dos inhibidores da calcineurina orais.

O pimecrolimus emprégase fundamentalmente na dermatite leve-moderada. A súa maior lipofilia en relación co tacrolimus permite o seu uso en crema.

O tacrólimus está indicado en eccema moderado grave, e a súa absorción é maior na pel con lesións que na pel sa. Só está dispoñible en preparados graxos (ungüento ou pomada).

Ningún dos dous produce atrofia cutánea, estrías ou alteracións na cor da pel (2,26–28).

Son unha opción segura en embarazadas, tanto preconceptionalmente, coma no propio embarazo e na lactancia, tendo nesta última etapa precaución se a zona lesionada son os pezóns, caso no que debería aplicarse inmediatamente despois da toma do bebé e limpar os pezóns antes da lactancia (22).

Fototerapia

A fototerapia ten un efecto inmunosupresor local, diminuindo a presentación antixénica das células de Langerhans e a liberación de IgE. É eficaz no tratamento do prurito (19,24,25).

Tanto a radiación UVA coma a UVB teñen efecto antiinflamatorio, e pódense empregar sos ou como coadxuvantes. A terapia con psoralenos non é moi utilizada nesta patoloxía (24,25).

Antes de pasar a fármacos sistémicos, a fototerapia é un paso previo que debe valorarse en función de cada doente. É mellor tolerada cando se consegue controlar o gromo ca no momento máis agudo, cando a inflamación é maior.

Non se debe combinar con algúns fármacos sistémicos coma a azatioprina e o micofenolato, debido a que teñen efecto sinérxico para inducir lesións neoplásicas cutáneas (18).

A fototerapia sen psoralenos ou a exposición natural ó sol (helioterapia) é especialmente útil en embarazadas que non controlan a enfermidade con hidratación e os corticoides tópicos mencionados, xa que a fototerapia é segura no embarazo, a diferenza doutros tratamentos sistémicos (22).

Tratamentos sistémicos

Corticoides sistémicos

Son moi eficaces na forma aguda, xa que actúan rapidamente, pero o principal problema ó que nos enfrontamos é que os doentes con dermatite atópica habitualmente precisan tratamentos crónicos, e os corticoides orais presentan moitos efectos secundarios a longo prazo, tales como osteopenia, risco de fracturas, cataratas, leucopenia, síndrome de Cushing, alteracións no crecemento (importante a ter en conta en nenos), alteracións iónicas, hipertensión,...

Adoitase utilizar a vía oral durante 1-2 semanas a dose máxima de 0,5 mg/kg/día. Para a súa suspensión, é necesario facelo de forma escalonada, aproximadamente durante 1 mes, diminuíndo a dose e despois administrando o fármaco a días alternos (24,25).

É importante recordar que todos os doentes que reciban corticoides orais durante máis de 12 semanas, independentemente da dose, deben recibir suplementos de calcio e de vitamina D, como ferramenta da prevención da osteoporose inducida por corticoides. Nalgúns casos, con doses moi altas de corticoides, fracturas por fragilidade, mulleres posmenopáusicas,... pode estar indicado a administración conxunta de antirresortivos, sendo de elección o alendronato e o risendronato (29).

Poden empregarse no embarazo como terapia de rescate despois de considerar outras opcións, preferindo a prednisona e períodos curtos de 2-3 semanas (22).

Ciclosporina A

É un inmunosupresor pertencente ós macrólidos. Pódese empregar tanto en nenos coma en adultos, e tamén é seguro no embarazo.

As doses usuais son de 3-5 mg/kg/día na fase de indución, para despois baixar ata 2,5-3 mg/kg/día na fase de mantemento.

A principal limitación deste fármaco é a elevación que produce da tensión arterial e a nefrotoxicidade (24,25).

Metrotexato

O metrotexato tarda entre 8-12 semanas en acadar a máxima eficacia clínica. Os principais efectos adversos son gastrointestinais, pero tamén son importantes a hepatotoxicidade e o seu potencial teratoxénico, tanto en homes, que deben abandonar o tratamento 3 meses antes de buscar un embarazo, coma en mulleres, que deben suspender o metrotexato polo menos 6 meses antes.

Debe administrarse semanalmente e sempre en conxunto cunha suplementación de ácido fólico para diminuír a aparición de efectos adversos (22,24,25).

Azatioprina

De igual forma ca o metrotexato, ten un comezo de acción lento (8-12 semanas).

É necesario comprobar que os niveis da enzima tiopurina metil transferasa (TPMT) sexan normais, xa que no caso de estar diminuídos aumenta o risco de mielotoxicidade (25).

Biolóxicos: Dupilumab

O dupilumab é un anticorpo monoclonal humano contra a IL4 que inhibe á IL4 e á IL13.

Os efectos adversos mais frecuentes son leves coma conxuntivite e blefarite, e non obrigan a suspender o tratamento.

Pode empregarse en combinación con corticoides tópicos, e é seguro tanto en adultos como en nenos maiores de 12 anos (30).

Novos avances

Actualmente están en investigación inhibidores orais da vía JAK, coma o baricitinib, o upadacitinib e o abroticininib, tendo os tres un perfil de acción rápido (25).

Formación en autocoidados: ¿cómo e por qué?

A educación terapéutica para o doente permite as persoas con enfermidades crónicas adquirir habilidades para poder autoxestionar ou modificar o tratamento da súa doenza, aumentando así a súa

autonomía. A educación terapéutica permite evitar complicacións e non diminuír ou mesmo aumentar a calidade de vida, sendo estes efectos complementarios ás terapias farmacolóxicas habituais (31–33).

Os beneficios destes programas educativos están mellor estudados noutras enfermidades crónicas, especialmente na diabetes, asma e enfermidades cardiovasculares. Estas patoloxías, igual que a dermatite atópica, pola súa condición de cronicidade, levan moitas veces asociadas unha falta de adherencia terapéutica, perda da calidade de vida e a aparición de complicacións. A educación terapéutica pode mellorar estes tres problemas nas condicións non dermatolóxicas mencionadas. Nos últimos anos está cobrando importancia en patoloxías cutáneas crónicas coma o eccema atópico, onde a educación terapéutica está directamente relacionada co grado de satisfacción do doente.

O tratamento local da dermatite atópica é moi efectivo (especialmente os xa comentados corticoides tópicos), pero precisa continuidade no tempo e debe estar adaptado á intensidade e localización das lesións. Isto pode derivar en fracaso terapéutico e baixa adherencia ó tratamento, empeorando a gravidade do eccema atópico e a calidade de vida.

Existen pautas formais sobre como realizar esta formación de educación terapéutica en asma, e diabetes, e na dermatite atópica publicáronse unha serie de recomendacións (31,32).

Etapas do programa de educación terapéutica

A educación terapéutica para o eccema atópico pode dividirse en catro etapas. A primeira está constituída por unha exhaustiva entrevista clínica para coñecer o punto de partida dun doente en particular, para determinar cales son os coñecementos previos, os seus medos e obxectivos. Neste paso débese investigar se existe reticencia á utilización de corticoides tópicos e o grao de cumprimento de tratamentos previos.

Na segunda etapa establécense obxectivos adaptados á idade do doente, e poden dividirse en obxectivos teóricos, relacionados coa etiopatoxenia da dermatite atópica, obxectivos prácticos, para que o propio doente poda valorar a gravidade das lesións e realizar un tratamento adaptado e obxectivos relacionais, que consisten en recursos para poder comunicar a outras persoas en que consiste a enfermidade e saber cando acudir a un profesional sanitario.

Metas	
Coñecemento da enfermidade	Comprender a DA
	Coñecer o funcionamento dos diferentes tratamentos
	Identificar posibles desencadeantes
Adquisición de habilidades prácticas	Uso correcto do tratamento tópico
	Identificar a gravidade da enfermidade
Habilidades relacionais	Comunicación a terceiras persoas información sobre a enfermidade

Táboa 4. Obxectivos a cumprir na educación terapéutica orientada á dermatite atópica (32,33).

A terceira etapa consiste en ensinar ó paciente ou á súa familia ferramentas para poder adquirir as habilidades prácticas definidas no punto anterior. Para lograr esta meta, empréganse recursos como un

plan de acción escrito ou plans de seguimento, ben sexa polo persoal médico ou de enfermaría. As dúas primeiras etapas son claramente individuais, pero a terceira pódese facer de forma individual ou colectiva, en forma de talleres con grupos reducidos ou en conferencias con grupos máis grandes. Calquera destas opcións pódese combinar coas demais.

O equipo que imparte a educación terapéutica debe ser multidisciplinar, contando coa colaboración de dermatólogos, pediatras, persoal de enfermería, psicólogos,...

A última etapa da educación terapéutica consiste na avaliación da eficacia, incluíndo parámetros que nos informen sobre a calidade de vida, estado psicolóxico e valoración de coste-beneficio (31).

Todavía son necesarios máis estudos para valorar correctamente o impacto real da formación en autocoidados na dermatite atópica, pero existen publicacións prometedoras nos que se parece observar unha melloría da calidade de vida e na severidade da enfermidade. Estes estudos son limitados debido a gran heteroxeneidade entre eles, xa que varía a duración e periodicidade das sesións formativas (34–39).

A avaliación dos programas de educación terapéutica adóitase facer con cuestionarios de calidade de vida e de gravidade, coma o SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis), EASI (Eccema Area and Severity Index), sendo o German Atopic Dermatitis Intervention Study (GADIS) o primeiro en demostrar a eficacia destas formacións (40).

Analizando o obxectivo de adecuado coñecemento sobre a dermatite atópica, dentro dos factores desencadeantes que deben identificar os doentes temos o exceso de suor e o contacto con prendas de lá (recoméndase empregar roupa de algodón). A exposición a aeroalérxenos é un potencial desencadeante, mentres que a relación entre gromos e alerxias alimentarias é controversial. Outros factores son o estrés emocional, as infeccións, cambios de temperatura,...(19,41).

Tamén deben manexar e saber adaptar o coidado da pel en función do estado cutáneo que teñan en cada momento. Debido á perda da función barreira da pel, é fundamental o uso de emolientes, xa que pode chegar a diminuír a gravidade do eccema atópico e, en combinación cos corticoides tópicos, é a base do tratamento da enfermidade leve. O uso de emolientes en nenos é maior cando estes e os pais recibiron algún tipo de formación terapéutica (40).

No tocante á convivencia coa enfermidade, a depresión e ansiedade son máis prevalentes en doentes con dermatite atópica, e estas poden exacerbar o prurito, que leva ó rascado e este leva ó empeoramento do eccema atópico, que produce máis prurito. A terapia psicolóxica pode diminuír a intensidade do prurito, e en estudos esperanzadores, mellorar a calidade de vida e a gravidade da dermatite atópica (33).

Un problema importante é a falta de adherencia ó tratamento, que leva a un peor control da enfermidade. A falta de adherencia aumenta cantos máis produtos estean implicados e coa cronicidade do tratamento. Os programas de educación terapéutica para doentes e coidadores favorecen o adecuado cumprimento da prescripción, así como a existencia dun plan de acción escrito, que permite recordar ó paciente o modo de actuar e tamén lle permite entender como empregar o tratamento e que beneficios pode obter. A existencia de citas médicas periódicas tamén fomenta a adherencia terapéutica (42).

A estrutura do plan de acción escrito debe conter:

- Información diferente para mantemento e brote.
- Información xeral sobre a patoxenia da dermatite atópica, uso de emolientes e corticoesteroides tópicos, posibles desencadeantes dun brote, signos de infección.

- Información sobre cando acudir a un centro médico
- Individualización e preferencias do doente.

Debe ter un formato accesible (impreso ou dixital), non excesivamente extenso e adecuado a idade do receptor (43).

Eficacia da educación terapéutica

Os programas de educación terapéutica, ben plantexados, poden contribuír a diminuír a gravidade medida mediante a escala SCORAD dos pacientes con eccema atópico. Son necesarios máis estudos para avaliar o impacto destes programas na calidade de vida, xa que inda que o SCORAD está relacionado coa calidade de vida do doente, especialmente en enfermidade leve-moderada, non sempre se pode demostrar unha asociación.

A presenza nestas abordaxes educativas de atención psicolóxica é moi importante, xa que se asocia a unha mellor calidade de vida (44). Un adecuado manexo do estrés pode reducir a frecuencia de gromos e mellorar o prurito, un dos síntomas máis invalidantes do eccema atópico.

Na idade pediátrica é importante recordar que esta perda de calidade de vida esténdese os pais, xa que se hai alteracións do sono do neno eles tamén as van presentar. Por iso son interesantes programas vía *on line*, que son máis accesibles e consumen menos tempo que as sesións presenciais, polo que é unha opción de formación a valorar (45).

Escolas de atopía

Escola de atopía de Nantes

A primeira escola de atopía foi fundada no ano 2000 en Nantes (Francia) por Jean François Stalder. Agora, estas escolas pódense atopar por case todo o mundo.

Desta primeira escola, xurdiu un estudo retrospectivo para valorar o impacto desta en 40 doentes con DA moderada ou grave (SCORAD > 25). O tempo de seguimento destes pacientes foron 6 meses.

No primeiro contacto co doente, realizouse unha valoración tanto da enfermidade coa escala SCORAD como dos recursos e individualidades do paciente e o seu entorno familiar, ademais de establecerse uns obxectivos a partir das necesidades de cada caso particular. É importante realizar este dobre diagnóstico educativo, por unha banda, asegurarnos de que o doente presenta dermatite atópica, e por outra banda, preguntar que tipo de tratamentos empregou, investigar sobre falta de adherencia terapéutica, dificultades presentadas anteriormente,...

Preséntanse tamén tres obxectivos educativos principais, e varias ferramentas para acadalos. O primeiro sería dotar ó doente da capacidade de adaptar ó estado da súa pel os cuidados desta, o segundo a autoxestión da dor e o último a independencia para realizar o tratamento sen axuda de terceiras persoas.

As ferramentas empregadas foron o uso de regras e follas de seguimento para a dor, acompañadas dun adecuado tratamento antiálxico e unha folla de tratamento activo, indicando a cantidade de crema necesaria. Facilitouse tamén ós pacientes un carné de seguimento, que tiñan que presentar nos seguintes encontros.

O seguimento fíxose con consultas de enfermaría, talleres colectivos agrupados pola idade dos doentes e consultas médicas.

A estrutura destes talleres foi unha distribución en grupos pequenos de entre catro e seis persoas, agrupadas por idades de 0-6 anos, de 6-15 anos e un grupo de adolescentes e adultos. Os talleres formativos estaban adaptados á idade e personalizados.

O SCORAD dos doentes mellorou nun 97% dos casos, sendo a media da mellora un 56,4%.

Un dato importante que reflicte moi ben a necesidade deste tipo de educación terapéutica, e que antes do programa non había ningún doente que comprendera totalmente o tratamento ou que o realizara adecuadamente. Tras os 6 meses de seguimento, o 70,6% dos pacientes aprenderon a aplicar correctamente o tratamento, e todos aprenderon a controlar a dor e a autoxestionar as medidas terapéuticas.

Sen embargo, a principal limitación deste estudo é que non se puideron comparar estes resultados cun grupo control.

O equipo de Nantes dirixido por J. F. Stalder e T. S. Barbarot, comezou así a traballar na creación dunha rede de escolas de atopía, en colaboración dos laboratorios de La Ròche Posay. Os primeiros países en implementar proxectos similares foron Alemaña, Suecia, Dinamarca e Francia (46,47).

Outras escolas de atopía

Actualmente en España existen 16 escolas de atopía (catro en Madrid, dúas en Barcelona, e unha en A Coruña, Pontevedra, Oviedo, Valencia, Palma de Mallorca, Alicante, Albacete, Murcia, Málaga e Sevilla) (48).



Figura 1. Mapa coa localización das escolas de atopía en España.

Escola de atopía de A Coruña

En 2016 nace a Escola de Atopía de A Coruña, a primeira de Galicia fundada polo Dr. Eduardo Fonseca Capdevila, xefe de servizo de Dermatoloxía do Hospital de A Coruña.

O seu obxectivo é, coma o de outras plataformas de formación en autocoidado para o doente en enfermidades crónicas, proporcionar información a pacientes e coidadores para un adecuado coñecemento sobre o eccema atópico e a adquisición de habilidades para mellorar o curso da enfermidade.

Por mor da propagación da COVID-19, as actividades presenciais non son neste intre a mellor forma de aproximarse ós doentes e as súas familias, polo que as actividades *on line* como as que recolle a Escola de Atopía de A Coruña son agora máis necesarias ca nunca.

Durante os anos 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020 realizáronse no Hospital Abente e Lago charlas coloquio para nenos con DA e para os seus pais/coidadores, así como talleres, animacións teatrais e manualidades (48).

Novas tecnoloxías

Nas últimas décadas, o impacto da información atopada en internet en materia de saúde aumentou, polo que é necesario tamén avaliar a calidade dos datos atopados na rede. Esta circunstancia dáse en pacientes con dermatite atópica, principalmente debido ós estigmas asociados ó eccema, que derivan en frustración e vergoña.. O interese que mostran estes doentes en búsquedas vía internet é alto (49,50)

Aproximadamente o 30% das búsquedas ofrecen información concordante coas guías. Os principais puntos discordantes son as dietas de eliminación (que non son recomendadas salvo casos individuais) e o uso de suplementos (a súa eficacia non está demostrada) (50).

Unha fonte de búsqueda frecuente é *Youtube*, plataforma que permite a subida de vídeos e a interacción entre creadores de contido e usuarios por vía comentarios. É unha rede social moi empregada por nenos e adolescentes, poboación na que a prevalencia é maior. As visualizacións son maiores en vídeos nos que son os propios doentes os que narran o seu punto de vista ca en vídeos preparados por profesionais sanitarios.

Atopamos nesta plataforma vídeos con información contrastada e de calidade (aproximadamente o 20%), pero tamén atopamos vídeos que levan á desinformación, podendo chegar a conclusións erróneas e incluso perigosas. Os usuarios non parecen saber distinguir entre eles, de feito os vídeos con calidade dubidosa en termos de evidencia científica reciben máis visitas.

Case a metade dos vídeos analizados contiñan información enganosa, algúns incluso potencialmente perigosas, como as dietas de eliminación, tratamentos tópicos non recomendados e as terapias alternativas (49)

O médico ten que coñecer a existencia destas fontes de desinformación e fomentar unha adecuada relación de confianza co paciente para poder desmentir datos non contrastados, punto onde as escolas de atopía poden actuar (50).

Existen recursos en internet de calidade e baseados na evidencia científica, coma a páxina web da Fundación Eccema, onde atopamos moitos recursos para a educación terapéutica do doente e coidadores. Unha destas ferramentas é unha aplicación para calcular o PO-SCORAD (Patient Orientated SCORAD), adaptación do índice de gravidade SCORAD desenvolvido pola European Task Force on Atopic Dermatitis, para que sexan os propios doentes os que o calculen. Este índice contén un atlas de imaxes para que poidan comparar o estado da súa pel con unhas referencias validadas.

Ademais, está adaptado a diferentes razas e etnias, incluíndo pacientes con distintas tonalidades de pel, xa que moitas veces os signos coma o eritema e a liquenificación son mais difíciles de valorar en peles escuras (51,52) .



Figura 2. Imaxes de arquivo para valorar a gravidade da dermatite atópica en nenos caucásicos e de raza negra (53)

A monitorización da enfermidade polo propio paciente a través do PO-SCORAD, correlaciónase co SCORAD e a gravidade, permitindo unha mellor comunicación médico-paciente (54).

Xustificación e obxectivos

Xustificación: Os programas de educación terapéutica están moi estendidos en enfermidades crónicas como a diabetes, asma e as enfermidades cardiovasculares. Un eido de recente inclusión son as patoloxías dermatolóxicas, en concreto a dermatite atópica. Para evitar que se desencadenen os gromos, é fundamental un correcto tratamento intercrítico, que as veces pode resultar difícil de comprender ou aplicar. É aquí onde os programas de educación, as escolas de atopía, entran en xogo para dotar ós doentes ou ós seus coidadores de recursos e ferramentas tanto para entender mellor a súa enfermidade como para poder manexala de forma autosuficiente, diminuindo así a gravidade e contribuíndo a mellorar a calidade de vida do paciente e das persoas que o rodean.

Obxectivo principal: Analizar como se constitúen as escolas de atopía, cales son os seus obxectivos e como os levan a cabo, así como valorar o impacto que teñen sobre o propio doente e coidadores tanto na severidade coma na calidade de vida despois de participar nestes programas.

Obxectivos secundarios: Revisar os aspectos máis relevantes da dermatite atópica, a súa etiopatoxenia, diagnóstico e clínica. Ademais, coñecer as comorbilidades non cutáneas que poden presentar os pacientes, como depresión, ansiedade e insomnio, que poñen de manifesto a necesidade dun equipo multidisciplinar para reducir estes síntomas.

Por último, repasar as formas de tratamento clásicas, ben sexa tópico (corticoides, inhibidores da calcineurina) ou sistémico (corticoides, inmunosupresores), o uso de biolóxicos (dupilumab) e estar pendente do uso de novas moléculas (inhibidores JAK).

Material e métodos

Deseño: Para este traballo de fin de grado empregouse a estrutura dunha revisión bibliográfica de artigos científicos, metaanálises e outras publicacións de interese, coma páxinas web de varias escolas de atopía europeas.

Estratexia de búsqueda: Realizouse unha búsqueda en bases de datos coma PubMed, The Cochrane Library Plus, Google Scholar e en fontes de información *on line* sobre as escolas de atopía, sen límite de fecha nin extensión. Foron incluídos tamén algúns artigos proporcionados por un experto no eido.

Criterios de inclusión e exclusión: Para este traballo incluíronse publicacións con información relevante e actualizada sobre cuestións clinicamente relevantes sobre o eccema atópico, así como as diferentes vías e opcións de tratamento, tanto de mantemento coma no momento agudo. Tamén se engadiron publicacións sobre a estrutura e obxectivos dos programas de educación terapéutica na

dermatite atópica, así como resultados do análise da influencia destes medios de formación na gravidade e calidade de vida dos pacientes e dos seus cuidadores. Incluíronse publicacións en lingua española, inglesa e francesa. O principal criterio de exclusión foi que as publicacións estiveran noutro idioma, especialmente alemán.

Resultados

A eficacia dos programas de educación terapéutica en dermatite atópica e a súa influencia na gravidade e na calidade de vida está sendo obxecto de estudo.

Nunha revisión sistemática da Cochrane Library de 2014 incluíronse 10 estudos controlados aleatorizados, co obxectivo de avaliar en nenos os efectos de programas de educación e intervencións psicolóxicas.

Deses 10 estudos, 9 foron principalmente orientados ós cuidadores e 1 ós nenos. Ningún destes estudos foi cego, xa que non é posible con este tipo de intervencións.

O tempo de seguimento variou entre 1 e 12 meses e o tipo de intervención tamén foi distinta entre os estudos valorados. Na comparación entre unha intervención educativa e unha forma de tratamento habitual, cinco de seis estudos demostraron diferencias estatisticamente significativas, e ningún dos estudos presentou un intervalo de confianza que estivera totalmente por encima de 8.2, que é o punto de corte da redución do SCORAD a partir do cal se considera unha diferenza clinicamente significativa.

Tampouco se atoparon diferencias estatisticamente significativas en relación coa calidade de vida do doente e da familia.

Estudo/subgrupo	IC 95% da diminución do SCORAD con intervención
Grillo 2006	-16.69 [-27.03, -6.35]
Moore 2009	-7.91 [-11.30, -4.52]
Schuttelaar 2010	-3.10 [-6.86, 0.66]
Shaw 2008	1.37 [-2.76, 5.50]
Staab 2006	-4.30 [-6.14, -2.46]

Táboa 5. Comparación da redución do SCORAD entre os grupos con intervención e grupos sen intervención (41).

Nun metaanálise recente do ano 2020, no que se incluíron 13 estudos aleatorizados, 7 que analizaban o SCORAD e 4 que analizaban a calidade de vida, atopouse unha diminución estatisticamente significativa do SCORAD de nenos afectos de DA con pais que participaron en programas de educación terapéutica. Sen embargo, non se atoparon diferencias estatisticamente significativas na melloría da calidade de vida dos doentes.

No análise do SCORAD, atopáronse diferencias en función da frecuencia das sesións informativas e do tempo de seguimento. Maiores reducións do SCORAD foron observadas en estudos con seguimento curto e en intervencións dunha sola sesión. Sen embargo, non se atoparon diferencias estatisticamente significativas entre programas individuais e colectivos.

Non se atopou unha correlación entre os programas de formación e unha mellora da calidade de vida, pero debido a que o SCORAD e a calidade de vida están relacionados, máis estudos son necesarios para afondar nesta posible relación. Unha posible explicación é que as diminucións no SCORAD que se asocian a unha mellor calidade de vida danse en formas leves da enfermidade, a maioría dos estudos presentados incluían a doentes con enfermidade moderada- grave.

Na calidade de vida ten un papel crucial o benestar psicolóxico do doente, xa que en programas que incluían atención psicolóxica si se conseguiu mellorar este parámetro.

Polo tanto, inda que os resultados son prometedores, faise necesario seguir investigando os factores que afectan á calidade de vida dos pacientes con dermatite atópica e establecer unhas recomendacións de frecuencia das sesións e a súa duración para unificar os programas de educación terapéutica neste eido (44).

	Número de estudos	Diferencia de medias (IC 95%)
Número de sesións		
Unha sesión	4	-12.11 (-14.83, -9.39)
Máis dunha sesión	2	-5.88 (-9.36, -2.40)
Duración do seguimento		
Menos de 6 meses	3	-11.97 (15.28, -8.65)
Máis de 6 meses	4	-6.45 (-9.63, -3.27)
Gravidade		
Moderado-grave	4	-8.19 (-11.99, -4.38)
Sen restrición	3	-8.74 (-15.55, -1.94)
Tipo de sesión		
Individual	1	-9.93 (-14.57, -5.29)
Colectiva	6	-8.03 (-11.35, -4.70)

Táboa 6. Análise por subgrupos da redución do SCORAD tras programas de educación (44).

A formación do doente recoméndase en calquera país e cultura, independentemente da forma de financiación (estatal, compañías aseguradoras, donacións ou farmacéuticas), segundo o consenso de expertos OPENED.

O impacto económico debe ser estudado, xa que debido o alto custo sanitario do eccema atópico, é posible que as escolas de atopía poidan levar asociadas unha diminución do consumo de recurso destes pacientes (33).

A utilización de cremas emolientes é unha das bases da prevención dos gromos, xa que contribúe a manter a función barreira da pel. Sen embargo, o seu uso está por debaixo do desexábel, razón pola que os programas educativos deben incluír este punto. Un programa educativo de apoio demostrou que tras 12 semanas de formación a nais e pais, o uso de emolientes aumentou considerablemente, e houbo tamén un aumento modesto no uso de corticoesteroides tópicos, ambos factores que contribúen a mellorar a calidade do sono, as sensacións dos pais e a gravidade da dermatite (55).

Conclusións

A dermatite ou eccema atópico é unha enfermidade cutánea crónica cunha prevalencia maior en idade pediátrica (15-25%), que nas últimas décadas está en aumento. O efecto de programas de educación terapéutica orientados ó paciente foi estudado noutras enfermidades crónicas, pero inda non está cuantificado o efecto que estes poden ter en doentes con dermatite atópica.

Seguindo a corrente da primeira escola de atopía, fundada en Nantes (Francia) por J.F. Stalder no ano 2000, xurdiron outras moitas escolas de atopía, entre as que atopamos a escola de atopía de A Coruña, pioneira na comunidade galega. A función destas escolas consiste en empoderar ós pacientes e as súas familias para lograr un mellor control da enfermidade e, en consecuencia, da súa calidade de vida.

Estes programas contribúen a diminuír a gravidade do eccema atópico na maioría de estudos, se ben non está claro que se correlacione cun aumento da calidade de vida, polo que son necesarios máis estudos de calidade centrados neste tema. Unha das principais limitacións dos estudos é a falta de homoxeneidade entre os programas.

Ó que si contribúen estas sesións educativas, é a facer do paciente un suxeito activo no tratamento dunha enfermidade que pode acompañalo toda a vida, proporcionándolle ferramentas para evitar o as reagudizacións e para adaptar ó tratamento ós gromos. Tamén aumentan a satisfacción dos doentes e melloran a relación médico-paciente.

Os doentes con dermatite atópica mostran inquietude e dúbidas con respecto a súa patoloxía, polo que adoitan buscar información en diferentes plataformas *on line*, que as veces poden incluír datos e suxerencias incorrectas e mesmo perigosas. Os profesionais sanitarios deben coñecer esta situación e guiar correctamente os pacientes que desexen saber máis sobre o eccema atópico, aportando información contrastada e segura, lugar onde entran en xogo as xa mencionadas escolas de atopía.

Bibliografía

1. Sala-Cunill A, Lazaro M, Herráez L, Quiñones MD, Moro-Moro M, Sanchez I. Basic skin care and topical therapies for atopic dermatitis: Essential approaches and beyond. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2018;28(6):379–91.
2. Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, Mendes-Bastos P, Selores M, Filipe P. Update on atopic dermatitis. *Acta Med Port*. 2019;32(9):606–13.

3. Alba Martín R. Dermatitis atópica: plan de cuidados estandarizado basado en la experiencia clínica. *Enferm Dermatol.* 2014;8(23):9–14.
4. Clausen M-L, Agner T, Lilje B, Edslev SM, Johannesen TB, Andersen PS. Association of Disease Severity With Skin Microbiome and Filaggrin Gene Mutations in Adult Atopic Dermatitis. *JAMA Dermatol.* 2018;154(3):293-300.
5. Edslev SM, Agner T, Andersen PS. Skin microbiome in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2020;100:358–66.
6. Lyons JJ, Milner JD, Stone KD. Atopic Dermatitis in Children: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2015;35(1):161–83.
7. Baselga E. Tratamiento de la dermatitis atópica en la infancia. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;94(6):345–55.
8. Mesa-Álvarez L, Batalla A, Fernández-Torres R, Suh-Oh HJ, Rivas-Arribas L, Couceiro-Gianzo JA, et al. Escuelas de dermatitis atópica: importancia de la formación de cuidadores. *Piel.* 2019;34(7):390–5.
9. Jaume ME, Guerra Pérez T. Dermatitis atópica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2019;2:161-75
10. Hill D.A., Spergel J. M. The atopic march: Critical Evidence and Clinical Relevance. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2018; 120(2): 131–137.
11. Tham EH, Leung DYM. Mechanisms by which atopic dermatitis predisposes to food allergy and the atopic March. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2019;11(1):4–15.
12. Na CH, Chung J, Simpson EL. Quality of Life and Disease Impact of Atopic Dermatitis and Psoriasis on Children and Their Families. *Children.* 2019;6(12):133.
13. Stalder JF, Taneb A, Atherton DJ, Bieber T, Bonitazi E, Broberg A, et al. Clinical and Laboratory Investigations Severity Scoring of Atopic Dermatitis: The SCORAD Index Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatol.* 1993;186:23–31.
14. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1980;92:44–7.
15. Torrelo Fernández A. Diagnóstico de la dermatitis atópica. En: Fonseca Capdevila E, editor. *Dermatitis atópica.* 1ª ed. Madrid: Drug Farma; 2002. p. 103–18.
16. Giménez-Arnau AM, Giménez Camarasa JM. Dermatitis atópica. Etiopatogenia. En: Fonseca Capdevila E, editor. *Dermatitis atópica.* 1ª ed. Madrid: Drug Farma; 2002. p. 19–74.
17. Linares Barrios M. Tratamiento: medidas generales. En: Fonseca Capdevila E, editor. *Dermatitis atópica.* 1ª ed. Madrid: Drug Farma; 2002. p. 179–208.
18. Simpson EL, Bruin-Weller M, Flohr C, Ardern-Jones MR, Barbarot S, Deleuran M, et al. When does atopic dermatitis warrant systemic therapy? Recommendations from an expert panel of the International Eczema Council. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2017;77(4):623–33.
19. Hong J, Buddenkotte J, Berger TG, Steinhoff M. Management of itch in atopic dermatitis. *Semin Cutan Med Surg.* 2011;(2):71–86.

20. Mason JM, Carr J, Buckley C, Hewitt S, Berry P, Taylor J, et al. Improved emollient use reduces atopic eczema symptoms and is cost neutral in infants: Before-and-after evaluation of a multifaceted educational support programme. *BMC Dermatol.* 2013;13.
21. López García B, Ortonobes Roig S, Rebollar CAG. PUNTOS CLAVE Pequeñeces y rarezas Ungüentos, pomadas, cremas, geles y pastas: ¿es todo lo mismo? [Internet]. [Consultado 7 abr 2021] Disponible en: www.fapap.es
22. Vestergaard C, Wollenberg A, Barbarot S, Christen-Zaech S, Deleuran M, Spuls P, et al. European task force on atopic dermatitis position paper: treatment of parental atopic dermatitis during preconception, pregnancy and lactation period. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(9):1644–59.
23. el Hachem M, Gesualdo F, Ricci G, Diociaiuti A, Giraldi L, Ametrano O, et al. Topical corticosteroid phobia in parents of pediatric patients with atopic dermatitis: a multicentre survey. *Ital J Pediatr.* 2017;43(1).
24. Fernández Vozmediano JM, Armario Hita JC. Tratamiento sistémico de la dermatitis atópica. En: Fonseca Capdevila E, editor. *Dermatitis atópica.* 1ª ed. Madrid: Drug Farma S.L.; 2002. p. 253–99.
25. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. ETFAD/EADV Eccema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(12):2717–44.
26. Fonseca E. Inhibidores tópicos de la calcineurina. *Med Clin (Barc).* 2003;120(7):255.
27. Fonseca Capdevila E. Fobias y filias en el tratamiento con corticoides tópicos. *Piel.* 2004;19(8):405–11.
28. Papier A, Strowd LC. Atopic dermatitis: a review of topical nonsteroid therapy. *Drugs Context.* 2018;7.
29. Vico-Alonso C, Maroñas-Jiménez L, Lozano-Morillo F. Management of Corticosteroid-Induced Osteoporosis: A Practical Approach for the Dermatologist. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(4):357–8.
30. World Health Organization. Regional Office for Europe. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases:report of a WHO working group. WHO Regional Office for Europe; 1998. p. 1–15.
31. Barbarot S, Stalder JF. Therapeutic patient education in atopic eczema. *Br J Dermatol.* 2014;170(1):44–8.
32. Barbarot S, Bernier C, Deleuran M, de Raeve L, Eichenfield L, el Hachem M, et al. Therapeutic patient education in children with atopic dermatitis: Position paper on objectives and recommendations. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(2):199–206.
33. Stalder JF, Bernier C, Ball A, de Raeve L, Gieler U, Deleuran M, et al. Therapeutic patient education in atopic dermatitis: Worldwide experiences. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(3):329–34.
34. Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, et al. Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *Brit Med J.* 2006;332:933.

35. Grillo M, Ng M, Gassner L, Marshman G, Dunn S, Hudson P, et al. Pediatric atopic eczema: the impact of an educational intervention. *Pediatr Dermatol*. 2006;23:428–36.
36. Blessmann Weber M, de Tarso Da Luz Fontes Neto P, Prati C, Soirefman M, Mazzotti NG, Barzenski B, et al. Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(8):992–7.
37. Moore EJ, Williams A, Manias E, Varigos G, Donath S. Eczema workshops reduce severity of childhood atopic eczema. *Australas J Dermatol*. 2009;50(2):100–6.
38. Shaw M, Morrell DS, Goldsmith LA. A study of targeted enhanced patient care for pediatric atopic dermatitis (STEP PAD). *Pediatr Dermatol*. 2008;25(1):19–24.
39. Chinn D, Poyner T, Sibley G. Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2002;146:432–9.
40. Chisolm SS, Taylor SL, Gryzwacz JG, O'Neill JL, Balkrishnan RR, Feldman SR. Health behaviour models: A framework for studying adherence in children with atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35(3):228–32.
41. Ersser SJ, Cowdell F, Latter S, Gardiner E, Flohr C, Thompson AR, et al. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2017(5).
42. Powell K, le Roux E, Banks JP, Ridd MJ. Developing a written action plan for children with eczema: A qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2018;68(667):81–9.
43. Jacques Robert, Daniel Wallach, Georges Farah. Lista de escuelas [Internet]. [Consultado 9 abr 2021]. Disponible en: <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/es>
44. Zhao Yuan Liang Chunping Shen Ying Wang Lin Ma Xiuhua Ma M. Patient Education Programs in Pediatric Atopic Dermatitis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Meta-Analysis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020;10:449-64.
45. Son HK, Lim J. The effect of a web-based education programme (WBEP) on disease severity, quality of life and mothers' self-efficacy in children with atopic dermatitis. *J Adv Nurs*. 2014;70(10):2326–38.
46. Satlder J-F, Barbarot S. L'école de l'atopie: l'éducation thérapeutique de l'atopique. *Rev Prat*. 2006;56(3):273–6.
47. Chavigny J, Adiceom F, Bernier C, Debons M, Stalder J. Ecole de l'atopie, évaluation d'une expérience d'éducation thérapeutique chez 40 malades. *Ann Dermatol Venereol*. 2002;129(8–9):1003–7.
48. Fonseca Capdevila E. ¿Quiénes somos? [Internet]. [Consultado 24 mar 2021]. Disponible en: <https://escueladeatopia.com/quienes-somos/>
49. Mueller SM, Hongler VNS, Jungo P, Cajacob L, Schwegler S, Steveling EH, et al. Fiction, Falsehoods, and Few Facts: Cross-Sectional Study on the Content-Related Quality of Atopic Eczema-Related Videos on YouTube. *J Med Internet Res*. 2020;22(4).

50. Corcimaru A. The internet for patient education on atopic dermatitis: Friend or foe? *J Am Acad Dermatol.* 2017;76(6):1197–8.
51. Chalmers JR, Schmitt J, Apfelbacher C, Dohil M, Eichenfield LF, Simpson EL, et al. Report from the third international consensus meeting to harmonise core outcome measures for atopic eczema/dermatitis clinical trials (HOME). *Br J Dermatol.* 2014;171(6):1318–25.
52. Jacques R, Wallach D, Farah G. Tratar, aliviar, prevenir. . Lista de escuelas [Internet]. [Consultado 10 abr 2021]. Disponible en: <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/es>
53. Faye O, Meledie N'Djong AP, Diadie S, Coniquet S, Niamba PA, Atadokpede F, et al. Validation of the Patient-Oriented SCORing for Atopic Dermatitis tool for black skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(4):795–9.
54. Stalder JF, Barbarot S, Wollenberg A, Holm EA, de Raeve L, Seidenari S, et al. Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): A new self-assessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *Allergy.* 2011;66(8):1114–21.
55. Mason JM, Carr J, Buckley C, Hewitt S, Berry P, Taylor J, et al. Improved emollient use reduces atopic eczema symptoms and is cost neutral in infants: Before-and-after evaluation of a multifaceted educational support programme. *BMC Dermatol.* 2013;13:7.