

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ORIGINAL

Actitud del paciente adulto con dermatitis atópica frente a su patología y tratamiento. Estudio ACTIDA

I. Betlloch^a, R. Izu^b, M. Lleonart^c, M. Ferrer^{d,*}, J. Ferrando^e y en representación de los investigadores del estudio ACTIDA

^aServicio de Dermatología, Hospital General de Alicante, Alicante, España

^bServicio de Dermatología, Hospital de Basurto, Bilbao, España

^cDepartamento Médico, Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona, España

^dAdknom Health Research S.L., Barcelona, España

^eServicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 6 de abril de 2009; aceptado el 28 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Dermatitis atópica;
Tratamiento;
Actitud del paciente

Resumen

Introducción y objetivos: Conocer la actitud de los pacientes adultos frente a la dermatitis atópica (DA) y su tratamiento.

Material y métodos: Estudio transversal, multicéntrico, realizado en pacientes con al menos 2 brotes en el último año.

Resultados: Doscientos veintisiete dermatólogos reclutaron 1.441 pacientes analizables, mayoritariamente mujeres con 3,6 brotes al año de media. La mayoría de los pacientes (97,2%) indicó que solicitaba, al menos ocasionalmente, asesoramiento médico ante nuevos brotes. El 72,2% recurrió a la terapia combinada (TC) en el último brote, independientemente de su intensidad, siendo las combinaciones de 2 fármacos (TC2) las más utilizadas. Los dermatólogos indicaron mayoritariamente TC, siendo la TC2 más frecuente para formas leves y casi sin enfermedad, y la TC de más de 2 fármacos en brotes moderados a muy graves.

Conclusiones: Los tratamientos empleados por los pacientes ante un brote de DA son similares a los indicados por los dermatólogos.

© 2009 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mirleferrer@adknom.com (M. Ferrer).

KEYWORDS

Atopic dermatitis;
Treatment;
Patient attitude

Attitude of the adult patient with atopic dermatitis to the disease and its treatment: The ACTIDA Study

Abstract

Objective: To determine the attitude of adult patients with atopic dermatitis (AD) to their disease and its treatment.

Material and methods: A multicenter, cross-sectional study was performed in patients with at least 2 outbreaks of AD in the previous year.

Results: Two hundred twenty-seven dermatologists recruited 1441 analyzable patients, the majority women, with a mean of 3.6 outbreaks per year. Most of the patients (97.2%) indicated that they always or sometimes requested medical evaluation of a new outbreak. In the most recent outbreak, 72.2% had used combined therapy, regardless of the severity of the episode; 2-drug combinations were the most common. The majority of dermatologists prescribed combined therapy, most commonly a 2-drug combination for mild or minimal disease, and 3 or more drugs for moderate to very severe outbreaks.

Conclusions: Treatments used by patients for an outbreak of AD are similar to those prescribed by dermatologists in recent outbreaks.

© 2009 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

La dermatitis atópica (DA) o eccema atópico es una enfermedad inflamatoria de la piel con evolución crónica y recidivante que afecta a la calidad de vida de los pacientes y sus familias¹⁻³.

Es considerada la enfermedad dermatológica crónica con recidivas más común⁴, cuya prevalencia mundial se ha duplicado o triplicado a lo largo de las últimas 3 décadas⁵⁻⁷. En la mayoría de los casos se inicia a edades tempranas, y aunque mejora con la edad, persiste en el adulto hasta en un 20% de los casos⁸. En países desarrollados afecta entre un 15-20% de los niños y entre el 1 y el 10% de la población adulta⁴. Aproximadamente el 70% de estos pacientes tiene antecedentes familiares de atopia o de enfermedades alérgicas^{8,9}.

El abordaje terapéutico de la DA varía según la edad del paciente y el grado de afectación. Está basado en un manejo integral dirigido tanto al tratamiento de los síntomas propios del brote, como a reducir la aparición de nuevos brotes mediante estrategias preventivas^{3,8}. En este sentido la educación del paciente y su entorno es de vital importancia para la adopción de hábitos higienicodietéticos adecuados para el cuidado de la piel y el control de posibles factores desencadenantes de los brotes.

Actualmente se dispone de una amplia gama de tratamientos, que incluye fármacos de diferentes grupos terapéuticos (antibióticos, antisépticos, corticoides, antihistamínicos e inmunomoduladores) con potencia y actividad variada, que pueden ser indicados para el manejo de la exacerbación o como tratamiento de mantenimiento, según proceda^{3,8-10}.

El control de los brotes de DA depende en gran medida del abordaje terapéutico, y según se ha podido comprobar en diferentes estudios, la perspectiva del médico y del paciente en cuanto a la patología difieren en algunos aspectos, lo cual puede influir en el manejo de la misma^{11,12}. Aunque se han realizado estudios acerca del tratamiento farmacológico que indican los dermatólogos¹³, se desconoce qué fármacos utilizan realmente los propios

pacientes frente a un brote de DA. El paciente, a partir de la información facilitada por su médico y con la experiencia adquirida frente a la patología, aprende con el tiempo a manejar sus brotes, lo que puede influir, ante una nueva recidiva, en la decisión de acudir a su médico u optar por el uso de tratamientos previamente prescritos por su dermatólogo con los que consiguió controlar la sintomatología.

En este contexto se planteó el estudio ACTIDA, con el objetivo de conocer la actitud de los pacientes con DA frente a su patología, valorando la utilización de medicación en el brote más reciente en función de su intensidad. Además, se estudió el abordaje terapéutico realizado por el dermatólogo que visitó al paciente en el último brote.

Pacientes y método

Estudio transversal, multicéntrico, realizado en consultas ambulatorias de Dermatología de todo el territorio nacional, que contó con la participación de 227 dermatólogos y con la aprobación de un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) independiente. Se reclutaron pacientes de ambos sexos con diagnóstico de DA con edad igual o superior a 18 años, que acudieran a consulta entre los meses de febrero y septiembre de 2007, que hubieran presentado como mínimo dos brotes en el último año y que otorgaran su consentimiento informado por escrito.

Se realizó una única visita, en la que se registraron las variables del estudio mediante un cuaderno de recogida de datos, que incluyó datos biodemográficos y clínicos del paciente relacionados con la patología en estudio. La valoración de la gravedad de la DA según el investigador se recogió mediante la escala Investigator Global Assessment (IGA) en el momento de la visita¹⁴, y para aquellos pacientes visitados con anterioridad a causa de un brote de DA se registró además el IGA de la visita previa. Se recogieron los tratamientos farmacológicos indicados por el dermatólogo en el último brote, según el grupo terapéutico y la vía de administración.

Se preguntó al paciente acerca de la intensidad del último brote (leve, moderado o grave) y se recogió el tratamiento

farmacológico que había utilizado para el control del mismo (grupo terapéutico y vía de administración). Se evaluó la actitud del paciente frente a un brote de la DA y la afectación en su calidad de vida.

Análisis estadístico

Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media junto con la desviación típica y para las cualitativas las frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables cualitativas se realizaron las pruebas de Chi cuadrado o McNemar en variables independientes o relacionadas, según procedía en cada caso. El nivel de significación para todas las pruebas realizadas fue del 0,05. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SAS versión 9.1.3.

Resultados

Descripción de la muestra estudiada

Se incluyeron en el estudio un total de 1.552 pacientes que acudieron a consultas ambulatorias de Dermatología de todo el territorio nacional, siendo válidos para el análisis 1.441

sujetos (92,8%), que cumplían con los criterios de selección y especificaban datos completos y coherentes.

En la **tabla 1** se describen las características biodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados, cuya edad media fue de 32,5 años (DT = 12,7), siendo mujeres el 62,6%. Más de la mitad de los pacientes tenía antecedentes personales o familiares de alergia o atopia. La mayoría vivían en ámbito urbano (70,9%), tenían un nivel de estudios de secundarios a superiores (81,2%) y se encontraban en situación laboral activa (61,0%).

En cuanto a la intensidad del último brote, según la valoración de los propios pacientes, el 56,2% indicó que esta había sido moderada, el 26,4% leve y el 14,7% refirió que el brote había sido grave. Las zonas afectadas con mayor frecuencia durante el último brote fueron las extremidades superiores (70,9%), las inferiores (51,7%), el tronco (43,2%), la cara (42,7%) y el cuello (40,8%).

El 66,9% de los pacientes había sido visitado con anterioridad por el dermatólogo debido a la DA, y de ellos el 48,1% mostraba signos de enfermedad moderada según IGA en la visita previa.

En el momento de la visita del estudio la determinación de la gravedad de la enfermedad mediante IGA señaló que el 74,7% de los pacientes presentaba signos de DA de leves a moderados (**tabla 2**).

Tabla 1 Características biodemográficas y clínicas de los pacientes

	n	Media (DT)
Edad (años)	1.441	32,5 (12,7)
IMC (kg/cm ²)	1.382	24,1 (3,4)
Edad al diagnóstico de la DA (años)	1.416	15,3 (13,3)
Número de brotes anuales	1.412	3,6 (2,3)
	n	Porcentaje
Mujeres (n = 1.432)	896	62,6
Residen en ámbito urbano (n = 1.398)	991	70,9
Con estudios secundarios a universitarios (n = 1.367)	1.110	81,2
Laboralmente activos (n = 1.332)	812	61,0
Antecedentes personales de alergia (n = 1.427)	877	61,5
Antecedentes familiares de alergia o atopia (n = 1.415)	834	58,9
Visitados previamente por el dermatólogo debido a la DA (n = 1.436)	960	66,9

DA: dermatitis atópica; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2 Estado del paciente en el momento de la visita según la valoración global del investigador*

IGA		n = 1.423	
		n	Porcentaje
0	Sin enfermedad (ningún signo inflamatorio de DA)	43	3,0
1	Casi ha desaparecido (eritema apenas perceptible y papulación/infiltración apenas perceptible)	169	11,9
2	Enfermedad leve (eritema leve y papulación/infiltración leve)	507	35,6
3	Enfermedad moderada (eritema moderado y papulación/infiltración moderada)	557	39,1
4	Enfermedad grave (eritema intenso y papulación/infiltración intensa)	124	8,7
5	Enfermedad muy grave (eritema intenso, y papulación/infiltración intensa con costras/exudación)	23	1,6

IGA: valoración global del investigador.

*Para 18 pacientes no se indicaron los datos de dicha valoración.

Tabla 3 Actitud del paciente frente a un brote de dermatitis atópica

	Siempre n (%)	A veces n (%)	Nunca n (%)	Global n (%)
¿Solicita asesoramiento al médico para su tratamiento?	637 (44,3)	760 (52,9)	40 (2,8)	1.437 (100,0)
¿Solicita asesoramiento al farmacéutico para su tratamiento?	73 (5,1)	649 (45,4)	706 (49,4)	1.428 (100,0)
¿Utiliza los medicamentos que le fueron bien en brotes anteriores?	545 (38,8)	771 (55,0)	87 (6,2)	1.403 (100,0)
¿Utiliza los medicamentos en seguida, tras la aparición de los primeros síntomas del brote?	615 (43,2)	715 (50,2)	95 (6,7)	1.425 (100,0)

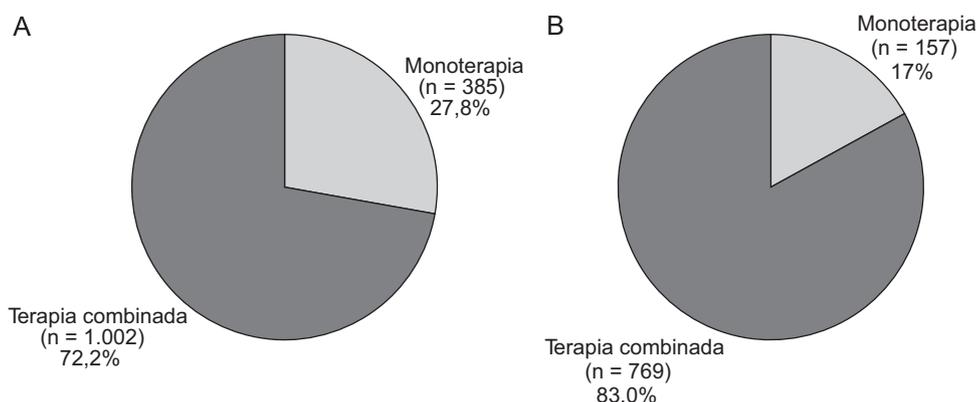


Figura 1 Tratamiento frente a un brote de DA utilizado por los pacientes (A) e indicado por los dermatólogos (B). A) Porcentajes calculados sobre el total de pacientes que especificaron el tratamiento utilizado en el último brote. B) Porcentajes calculados sobre el total de pacientes que habían sido visitados previamente por el dermatólogo debido a la dermatitis atópica para los que se especificó el tratamiento.

Tabla 4 Tratamiento farmacológico utilizado por el paciente en el último brote de dermatitis atópica en función de su intensidad

	Leve (n = 363) n (%)*	Moderada (n = 778) n (%)*	Grave (n = 247) n (%)*	Global (n = 1.382) n (%)*	p**
Monoterapia					
Tópico	144 (39,7)	194 (25,1)	18 (7,3)	356 (25,8)	0,0017
Corticoides	49 (13,5)	98 (12,7)	9 (3,6)	156 (11,3)	0,0150
Inmunosupresores	83 (22,9)	92 (11,9)	8 (3,2)	183 (13,2)	0,0559
Otros	12 (3,3)	4 (0,5)	1 (0,4)	17 (1,2)	0,0253
Sistémico	5 (1,4)	8 (1,0)	5 (2,0)	18 (1,3)	0,0006
Corticoides	1 (0,3)	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,1)	0,1216
Antihistamínicos	4 (1,1)	4 (0,5)	2 (0,8)	10 (0,7)	0,1513
Inmunosupresores	1 (0,3)	3 (0,4)	2 (0,8)	6 (0,4)	0,0397
Otros tratamientos	3 (0,8)	5 (0,6)	1 (0,4)	9 (0,7)	0,6181
Terapia combinada					
	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	p**
Combinaciones de dos tratamientos	140 (38,6)	294 (38,1)	88 (35,6)	522 (37,8)	<0,0001
Inmunosupresor tópico+antihistamínico sistémico	22 (6,1)	79 (10,2)	22 (8,9)	123 (8,9)	0,1835
Corticoide tópico+antihistamínico sistémico	28 (7,7)	66 (8,5)	17 (6,9)	111 (8,0)	0,1403
Corticoide tópico+inmunosupresor tópico	29 (8,0)	43 (5,6)	7 (2,8)	79 (5,7)	0,0002
Antibiótico tópico+corticoide tópico	10 (2,8)	17 (2,2)	3 (1,2)	30 (2,2)	0,1172
Corticoide tópico+corticoide sistémico	1 (0,3)	10 (1,3)	13 (5,3)	24 (1,7)	0,0004
Inmunosupresor tópico+corticoide sistémico	0 (0,0)	9 (1,2)	0 (0,0)	9 (0,7)	0,0300
Otras combinaciones	47 (12,9)	55 (7,1)	22 (8,9)	124 (9,0)	<0,0001
Combinaciones de más de dos tratamientos	71 (19,6)	271 (35,1)	135 (54,7)	477 (34,5)	<0,0001

*Porcentajes calculados sobre el total de pacientes que aportaron datos de tratamiento según la intensidad del último brote de la dermatitis atópica percibida por el propio paciente.

**Prueba de la Chi cuadrado.

Actitud del paciente y medicación utilizada por este en el último brote de dermatitis atópica

El 97,2% de los pacientes indicó que solicitaba asesoramiento médico siempre o a veces ante nuevos brotes, mientras que el asesoramiento del farmacéutico fue referido sólo por el 50,5% de los pacientes. Más del 90% indicó que solía utilizar siempre o a veces los medicamentos que le fueron bien en brotes anteriores y los usaban tras percibir los primeros síntomas (tabla 3).

En cuanto a la medicación utilizada por el paciente en el último brote, el 72,2% recurría a la terapia combinada, mientras que sólo el 27,8% seguía monoterapia (fig. 1A).

Los tratamientos más utilizados por los pacientes en monoterapia fueron los inmunomoduladores y los corticoides de uso tópico. Para los tratamientos con más de un fármaco las combinaciones más utilizadas fueron las de dos fármacos (37,8%), siendo las más frecuentes: antihistamínicos sistémicos con corticoides tópicos o con inmunomoduladores tópicos. El 34,5% de los pacientes había recurrido a combinaciones de más de dos fármacos. Independientemente de la intensidad del último brote se observó que la mayoría de los pacientes usaba terapias combinadas (tabla 4).

En el grupo que recurrió a monoterapia se encontraron diferencias significativas en la utilización de tratamientos tópicos y sistémicos en función de la intensidad del brote,

siendo los tópicos los más utilizados en brotes leves y los sistémicos en brotes graves (prueba Chi cuadrado; $p < 0,05$). Cabe destacar la baja utilización en general de los tratamientos sistémicos por parte de los pacientes.

Para la terapia combinada también se detectaron diferencias, siendo las combinaciones de más de dos fármacos las más utilizadas por los pacientes con brotes de intensidad moderada a grave (prueba Chi cuadrado; $p < 0,05$).

Abordaje terapéutico por el dermatólogo

Al 53,4% de los pacientes que habían sido previamente visitados por el dermatólogo con ocasión de un brote de DA se había prescrito terapia combinada al 83,0%, y tan sólo al 17,0% se le había indicado monoterapia (fig. 1B).

En general, en cuanto a la terapia combinada, las combinaciones de más de dos fármacos fueron indicadas con mayor frecuencia que las de dos fármacos. Al analizar los tratamientos más indicados por los dermatólogos se observó que independientemente de la gravedad según el índice IGA, estos prescribieron mayoritariamente terapia combinada, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de combinación (prueba Chi cuadrado; $p < 0,05$). Las combinaciones de dos fármacos fueron las más indicadas en las formas leves (40,7%) y casi

Tabla 5 Abordaje terapéutico por parte del dermatólogo en función de la gravedad de la dermatitis atópica según la valoración global del investigador del último brote en que fue visitado el paciente*

Monoterapia	0 (n = 2) n (%)*	1 (n = 45) n (%)*	2 (n = 236) n (%)*	3 (n = 446) n (%)*	4 (n = 160) n (%)*	5 (n = 30) n (%)*	p**
Tópico	2 (100,0)	14 (31,1)	61 (25,8)	68 (15,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,1478
Corticoides	1 (50,0)	5 (11,1)	16 (6,8)	30 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,2121
Inmunosupresores	0 (0,0)	7 (15,6)	44 (18,6)	37 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,0029
Otros	1 (50,0)	2 (4,4)	1 (0,4)	1 (0,2)	1 (0,6)	0 (0,0)	0,0052
Sistémico	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	3 (0,7)	3 (1,9)	1 (3,3)	0,0798
Corticoides	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,6308
Antihistamínicos	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,5385
Inmunosupresores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,9)	1 (3,3)	0,0004
Otros tratamientos	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,2629
Terapia combinada	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	p**
Combinaciones de dos tratamientos	0 (0,0)	19 (42,2)	96 (40,7)	135 (30,3)	41 (25,5)	5 (16,7)	0,0009
Inmunosupresor tópico+antihistamínico sistémico	0 (0,0)	5 (11,1)	25 (10,6)	37 (8,3)	3 (1,9)	1 (3,3)	0,1584
Corticoide tópico+antihistamínico sistémico	0 (0,0)	2 (4,4)	18 (7,6)	42 (9,4)	10 (6,2)	0 (0,0)	0,0040
Corticoide tópico+inmunosupresor tópico	0 (0,0)	5 (11,1)	18 (7,6)	23 (5,2)	4 (2,5)	0 (0,0)	0,0353
Antibiótico tópico+corticoide tópico	0 (0,0)	1 (2,2)	6 (2,5)	3 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,1271
Corticoide tópico+corticoide sistémico	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	3 (0,7)	5 (3,1)	1 (3,3)	0,2497
Inmunosupresor tópico+corticoide sistémico	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,1)	4 (2,5)	0 (0,0)	0,0372
Otras combinaciones	0 (0,0)	6 (13,3)	28 (11,9)	20 (4,5)	13 (8,1)	3 (10,0)	0,1271
Combinaciones de más de dos tratamientos	0 (0,0)	11 (24,4)	78 (33,1)	239 (53,6)	116 (72,0)	24 (80,0)	<0,00-01

0: sin enfermedad (ningún signo inflamatorio de dermatitis atópica); 1: casi ha desaparecido (eritema y papulación/infiltración apenas perceptibles); 2: enfermedad leve (eritema y papulación/infiltración leves); 3: enfermedad moderada (eritema y papulación/infiltración moderados); 4: enfermedad grave (eritema y papulación/infiltración intensos); 5: enfermedad muy grave (eritema y papulación/infiltración intensos con costras/exudación).

*Porcentajes calculados sobre el total de pacientes que aportaron datos de tratamiento y de escala IGA, según la gravedad observada por el dermatólogo en el último brote en que visitó al paciente.

**Prueba de la Chi cuadrado.

sin enfermedad (42,2%), mientras que las combinaciones de más de dos fármacos se utilizaron principalmente en las formas muy graves (80,0%), graves (72,0%) y moderadas (53,6%), observándose que el porcentaje de pacientes que recibía tratamiento con más de dos fármacos aumentaba a mayor gravedad de la DA (tabla 5).

En aquellos pacientes en los que se indicó monoterapia los tratamientos tópicos más frecuentes fueron los inmunomoduladores y los corticoides en las formas leves (25,8%) y casi sin enfermedad (31,1%) (prueba Chi cuadrado; $p < 0,05$).

En general, los tratamientos sistémicos fueron prescritos en mayor medida en pacientes con enfermedad de moderada a muy grave, tanto en monoterapia como en combinación con otro fármaco (prueba Chi cuadrado; $p < 0,05$).

Tratamiento farmacológico utilizado para el manejo de un brote de dermatitis atópica: dermatólogo frente a paciente

Al comparar el tratamiento en monoterapia entre pacientes y dermatólogos (fig. 2A) se detectó una mayor utilización de fármacos de uso tópico por los pacientes (15,9%) respecto a la indicación reportada por los dermatólogos (10,2%), observándose que por grupos terapéuticos los pacientes usaban más inmunomoduladores y corticoides tópicos (prueba McNemar; $p < 0,05$).

En relación con el uso de terapia combinada (fig. 2B) los pacientes utilizaban con mayor frecuencia las combinaciones de dos fármacos en comparación con lo prescrito por los dermatólogos (23,8 frente a 20,7%), siendo a la inversa para las combinaciones de más de dos

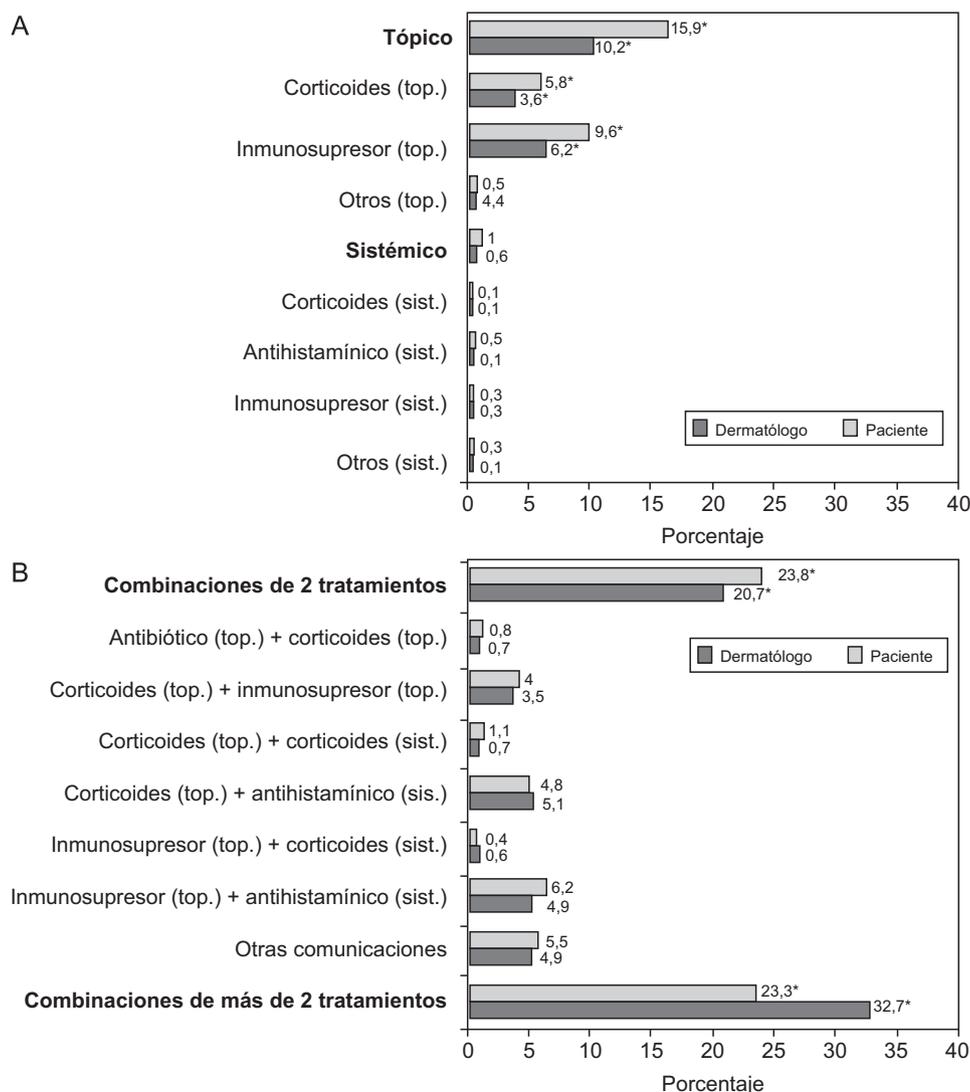


Figura 2 Tratamiento para el manejo de un brote: prescripción del dermatólogo vs. a medicación atendiendo al uso de monoterapia (A) y de terapia combinada (B).

Sist: sistémico. Top: tópico;

*Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre dermatólogo y paciente (prueba de McNemar; $p < 0,05$).

El análisis fue realizado en pacientes que habían sido visitados previamente por el dermatólogo con datos disponibles del tratamiento prescrito y que también aportaron el tratamiento utilizado por el paciente en el último brote. Monoterapia (n = 941); terapia combinada (n=800).

Tabla 6 Influencia de la dermatitis atópica sobre la calidad de vida del paciente según la intensidad del último brote

	Leve (n = 378) n (%)*	Moderado (n = 806) n (%)*	Grave (n = 250) n (%)*	Total (n = 1.434) n (%)*	p**
¿Le afecta la dermatitis atópica (DA) en su vida cotidiana?	327 (100,0)	665 (100,0)	219 (100,0)	1.211 (100,0)	<0,0001
Mucho	19 (5,8)	101 (15,2)	110 (50,2)	230 (19,0)	
Bastante	25 (7,6)	109 (16,4)	45 (20,5)	179 (14,8)	
Poco	195 (59,6)	376 (56,5)	58 (26,5)	629 (51,9)	
Nada	88 (26,9)	79 (11,9)	6 (2,7)	173 (14,3)	
¿Le preocupa su aspecto físico?	327 (100,0)	665 (100,0)	219 (100,0)	1.211 (100,0)	<0,0001
Mucho	43 (13,1)	117 (17,6)	79 (36,1)	239 (19,7)	
Bastante	69 (21,1)	189 (28,4)	59 (26,9)	317 (26,2)	
Poco	123 (37,6)	266 (40,0)	64 (29,2)	453 (37,4)	
Nada	92 (28,1)	93 (14,0)	17 (7,8)	202 (16,7)	
¿Le afecta la DA en las relaciones personales (se ha sentido marginado, diferente, etc.)?	327 (100,0)	665 (100,0)	219 (100,0)	1.211 (100,0)	<0,0001
Mucho	9 (2,8)	30 (4,5)	43 (19,6)	82 (6,8)	
Bastante	15 (4,6)	55 (8,3)	29 (13,2)	99 (8,2)	
Poco	110 (33,6)	275 (41,4)	93 (42,5)	478 (39,5)	
Nada	193 (59,0)	305 (45,9)	54 (24,7)	552 (45,6)	
¿Cómo afecta a su rendimiento laboral o escolar la DA?	327 (100,0)	665 (100,0)	219 (100,0)	1.211 (100,0)	<0,0001
Mucho	8 (2,4)	40 (6,0)	58 (26,5)	106 (8,8)	
Bastante	15 (4,6)	64 (9,6)	35 (16,0)	114 (9,4)	
Poco	120 (36,7)	308 (46,3)	93 (42,5)	521 (43,0)	
Nada	184 (56,3)	253 (38,0)	33 (15,1)	470 (38,8)	

*Porcentajes calculados sobre el total de pacientes según la intensidad del último brote de la DA percibida por el propio paciente.

**Prueba de la Chi cuadrado.

fármacos (23,3 frente a 32,7%) (prueba de McNemar; $p < 0,05$).

Influencia de la dermatitis atópica sobre la calidad de vida de los pacientes

Al analizar la afectación de la calidad de vida percibida por el paciente en función de la intensidad del brote, se detectaron diferencias significativas para todos los aspectos evaluados (prueba Chi cuadrado; $p < 0,05$), observándose que aquellos pacientes con un brote grave señalaron una mayor afectación en la vida cotidiana, y estaban más preocupados por su aspecto físico que el resto de los sujetos estudiados (tabla 6).

Discusión

Los pacientes con DA incluidos en el presente estudio eran en su mayoría mujeres con más de tres brotes de DA por año, y habían presentado un último episodio de intensidad leve a moderada. Según señalaron, en estas situaciones consultaban habitualmente a su médico y utilizaban los fármacos que les han ido bien en brotes anteriores tras los primeros síntomas. La naturaleza de la DA de curso crónico-recurrente, y que frecuentemente se inicia en la infancia, conlleva que los pacientes aprendan a manejar los brotes de acuerdo con su intensidad, y que frente a una nueva recidiva utilicen los tratamientos ya prescritos con anterioridad por su médico y que resultaron eficaces.

Coincidiendo con datos publicados acerca de cómo afecta la DA a la calidad de vida de los pacientes^{1,2}, para los aspectos evaluados en el presente estudio fueron los pacientes que habían presentado un último brote grave los que mostraron una mayor afectación en las actividades de la vida diaria y estaban más preocupados por su aspecto físico.

A pesar de la gran cantidad de opciones terapéuticas de diversa potencia de las que se dispone actualmente para el manejo de la DA, es conocido que los tratamientos tópicos, fundamentalmente corticoides de diversa potencia, ya sea en combinación con otros fármacos o por sí solos, son el tratamiento más utilizado para el control de los brotes leves o moderados^{3,8-10,13,15}. Unido a esto, la introducción en los últimos años de los inmunomoduladores tópicos, ya sea como tratamiento de primera línea o bien como alternativa terapéutica en aquellos pacientes en los que se desaconseje o no sea posible el uso de corticoides^{16,17}, ha reforzado de forma considerable la indicación de fármacos tópicos como tratamiento de primera línea.

En el presente estudio los tratamientos tópicos fueron en general los más indicados por los dermatólogos, tanto en monoterapia como en combinación, para el manejo de brotes de DA, observándose que la mayoría establecía combinaciones de tratamientos tópicos y sistémicos para el manejo del brote según su gravedad, relegando el uso de fármacos sistémicos para las formas más graves. Los resultados de una encuesta internacional sobre el manejo terapéutico de pacientes con DA¹³, realizada a dermatólogos japoneses, norteamericanos e ingleses, mostró que los dermatólogos japoneses, a diferencia de sus homólogos, eran más agresivos en cuanto al uso de corticoides y

antibióticos sistémicos e indicaban más tratamientos sistémicos en las formas más graves de DA. En este sentido, los investigadores del presente estudio mostraron una actitud terapéutica similar a la observada en los dermatólogos japoneses¹³. Los resultados aquí presentados señalan que, en relación con la indicación de fármacos, los dermatólogos españoles realizan un manejo terapéutico de los brotes de DA en línea con el consenso, tanto nacional como internacional^{9-13,15}.

Por otra parte, el presente estudio permitió realizar una comparación en cuanto al manejo terapéutico entre dermatólogo y paciente, al comparar los datos reportados por ambos para las dos terceras partes de la muestra estudiada. Ante un brote los pacientes utilizaban con mayor frecuencia tratamientos tópicos en monoterapia y combinaciones de dos fármacos, mientras que los dermatólogos prescribían en mayor medida combinaciones de más de dos fármacos.

A pesar de sus limitaciones en cuanto al diseño, con una única visita, y del posible sesgo de memoria al solicitar al paciente información sobre el último brote, se observó que los pacientes utilizaban tratamientos combinados para el manejo de un brote de DA, independientemente de la intensidad del mismo.

Aunque se observaron pequeñas diferencias en cuanto a la utilización de tratamientos entre pacientes y dermatólogos, en líneas generales, el presente estudio señala que los pacientes utilizan tratamientos similares a los indicados por los dermatólogos en brotes recientes, confirmando así lo planteado en un estudio previo que apunta que la perspectiva del paciente y del dermatólogo respecto a la utilización de medicación para el manejo de la DA es similar¹¹.

Conflicto de intereses

El presente estudio fue financiado por Novartis Farmacéutica, S.A.

Bibliografía

1. Finlay AY. Quality of life in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2002;45:S64-6.
2. Kiebert G, Sorensen SV, Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, et al. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol.* 2002;41:151-8.
3. Levy ML. Atopic dermatitis: understanding the disease and its management. *Curr Med Res Opin.* 2007;23:3091-103.
4. Williams H, Robertson C, Stewart A, Ait-Khaled N, Anabwani G, Anderson R, et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;103:125-38.
5. Williams H. Epidemiology of atopic dermatitis: recent advances and future predictions. *Curr Probl Dermatol.* 1999;28:9-17.
6. Williams H. Epidemiology of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2000;25:522-9.
7. Wuthrich B. Clinical aspects, epidemiology and prognosis of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 1999;83:464-470.
8. Correale CE, Walter C, Murphy LN, Graig TJ. Atopic dermatitis: A review of diagnosis and treatment. *Am Fam Phys.* 1999;60:1191-1198.
9. Méndez-Cabeza J, Alache H, Cerrada E. Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. *Medifam.* 2003;13:75-84.
10. Baselga E. Tratamiento de la dermatitis atópica en la infancia. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:345-55.
11. McAlister RO, Tofte SJ, Doyle JJ, Jackson A, Hanifin JM. Patient and physician perspectives vary on atopic dermatitis. *Cutis.* 2002;69:461-6.
12. Charman CR, Venn AJ, Williams H, Bigby M. Measuring atopic eczema severity visually. *Arch Dermatol.* 2005;141:1146-1151.
13. Baron ED, Barzilai D, Johnston G, Kawashima M, Takigawa M, Nakagawa H, et al. Atopic dermatitis management: comparing the treatment patterns of dermatologists in Japan, USA and UK. *Br J Dermatol.* 2002;147:710-5.
14. Eichenfield LF, Lucky AW, Boguniewicz M, Langley RGB, Cherill R, Marshall K, et al. Safety and efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:495-504.
15. Ellis C, Luger T, on behalf of the ICCAD Faculty: Abeck D, Allen R, Graham-Brown RAC, De Prost Y, Eichenfield LF, Ferrándiz C, et al. International Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II*): clinical update and current treatment strategies. *Br J Dermatol.* 2003;148:3-10.
16. Rudikoff D. Atopic dermatitis-Treatment Update. *US Dermatol Rev.* 2006;1-5.
17. Barbier N, Paul C, Luger T, Allen R, De Prost Y, Papp K, et al. Validation of the Eczema Area and Severity Index for atopic dermatitis in a cohort of 1,550 patients from the pimecrolimus cream 1% randomized controlled trials programme. *Br J Dermatol.* 2004;150:90-102.