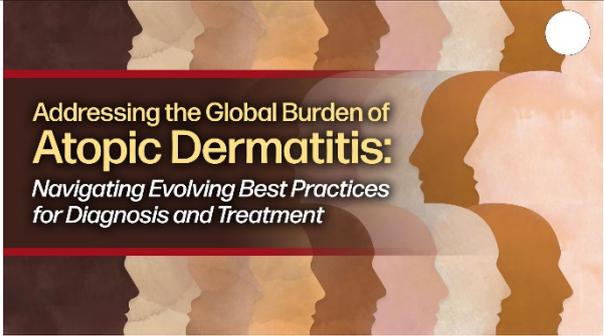
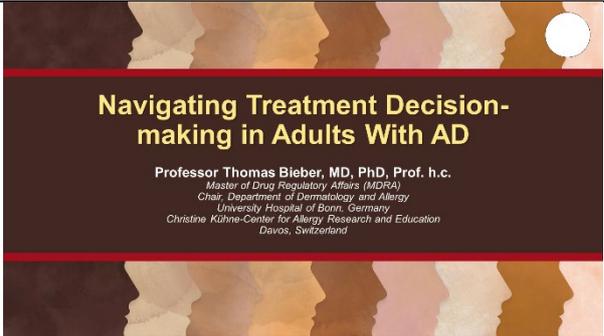
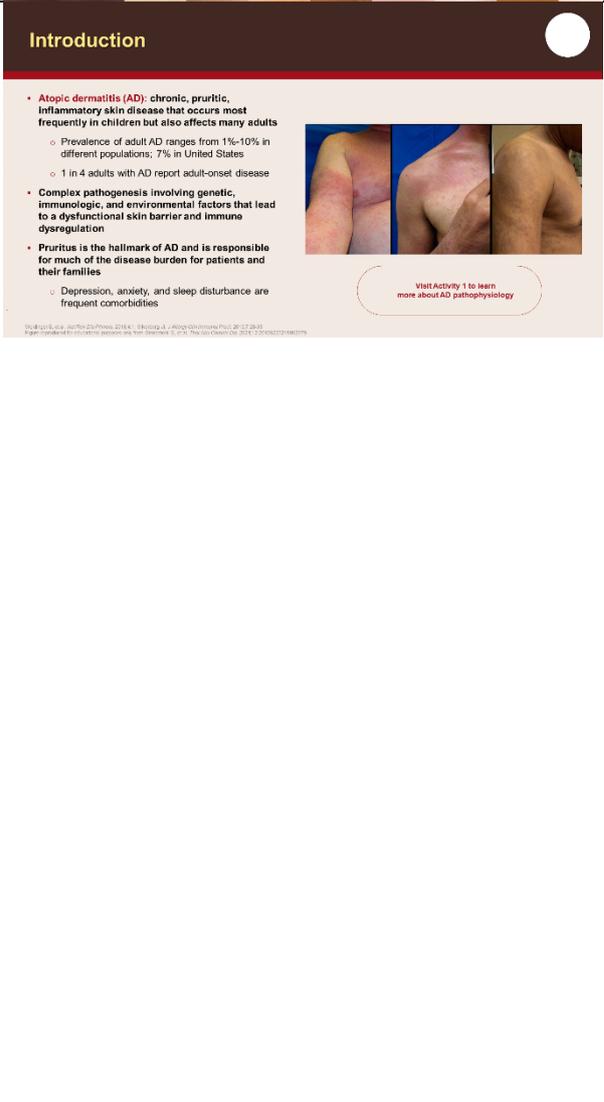


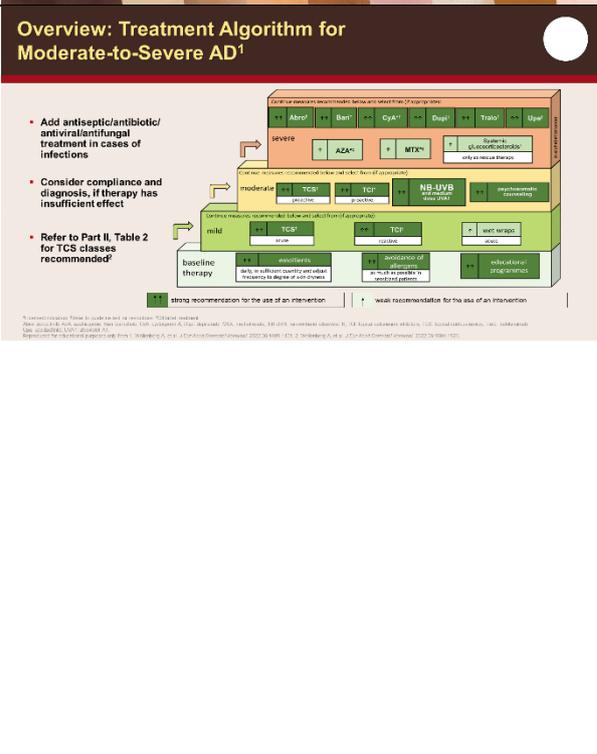
# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

<p>1</p>		<p>Hola, me llamo Thomas Bieber. Soy dermatólogo y alergólogo en la Universidad de Bonn, en Alemania, y les doy la bienvenida a esta serie de presentaciones, Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica.</p>
<p>2</p>		<p>Hoy me gustaría abordar la toma de decisiones terapéuticas en pacientes adultos con este trastorno.</p>
<p>3</p>		<p>Creo que a la mayoría de ustedes no necesito presentarles los cuadros clínicos del fenotipo de este trastorno, pero me gustaría recordarles los puntos clave; es decir, que se trata del trastorno inflamatorio de la piel más importante y más frecuente a nivel mundial. Afecta a uno de cada cuatro adultos, sobre todo cuando la enfermedad aparece en la edad adulta. Afecta a muchos más niños, pero este no será el tema de esta presentación. Sabemos que esta enorme heterogeneidad en el fenotipo clínico refleja de algún modo lo que ocurre en el sistema inmunitario y en la propia piel. Así, en la compleja patogenia intervienen factores genéticos, inmunológicos y ambientales, y probablemente también la regulación epigenética, todos los cuales contribuyen a este</p>

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>trastorno tan pruriginoso y particularmente complejo. El trastorno en sí tiene una serie de consecuencias en términos de impacto en la calidad de vida de estos pacientes, y particularmente también en las familias y los parientes o cuidadores. Me gustaría sugerirles que consulten también la Actividad 1 para aprender un poco más sobre la fisiopatología de este trastorno. Esta actividad les guiará hacia las opciones interpretativas farmacológicas para este trastorno en particular.</p>
<p>4</p>		<p>Eso es exactamente lo que nos gustaría debatir en los próximos minutos; es decir, las opciones y recomendaciones actuales de gestión y tratamiento disponibles, al menos según las directrices.</p>
<p>5</p>	 <p><b>Overview: Treatment Algorithm for Moderate-to-Severe AD<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Add antiseptic/antibiotic/antiviral/antifungal treatment in cases of infections</li> <li>• Consider compliance and diagnosis, if therapy has insufficient effect</li> <li>• Refer to Part II, Table 2 for TCS classes recommended<sup>2</sup></li> </ul> <p>The algorithm shows a progression from Baseline Therapy (emollients, barrier repair, phototherapy, biologics) through Mild (TCS, TCI) to Moderate (TCS, TCI, NB-LUVB, dupilumab, cyclosporine) to Severe (AZA, MTX, dupilumab, cyclosporine, JAK inhibitors, Abro, Ban, CyA, Dupi, Trilic, Upl).</p>	<p>Esta imagen solo muestra una de las cifras de las directrices más recientes. Veamos el plan escalonado para adultos, en ese caso, para pacientes con dermatitis atópica. Como pueden ver, esto es lo que se ve en todas o casi todas las directrices del mundo, empezando por el tipo de tratamiento de base, que incluye, por un lado, el uso de emolientes y otros preparados destinados a tratar la alteración de la función de barrera. Por supuesto, evitar los alérgenos, porque sabemos que en una subpoblación de pacientes, las alergias</p>

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>pueden desempeñar un papel importante en la inducción de las exacerbaciones. Tampoco hay que olvidar los programas pedagógicos, que son sumamente importantes, sobre todo porque estos pacientes siempre están deseosos de aprender más sobre el trastorno. La cuestión del cumplimiento terapéutico es muy importante en el tratamiento de estos pacientes. Como en casi todas las enfermedades que conocemos, tenemos que abordar a estos pacientes en función de la gravedad. Así, los algoritmos terapéuticos son diferentes según se trate de pacientes con una presentación leve, moderada o más grave, tal como se muestra en esta diapositiva. En los casos leves, los brotes agudos pueden tratarse con corticoesteroides tópicos de forma más reactiva. Mientras que para las formas más leves a moderadas, diría que el uso de corticoesteroides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina de forma proactiva es muy útil para controlar mejor la enfermedad a largo plazo y evitar las exacerbaciones frecuentes. Esto se ha demostrado muy bien en una serie de estudios hace aproximadamente una década en el contexto de la ampliación de la autorización de Protopic, por ejemplo. Como tratamiento</p>
--	--	---

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>complementario —me gustaría especificar que no se trata de una alternativa, no es algo entre el tratamiento tópico y el tratamiento sistémico—. Creo que el tratamiento con UVB es muy útil para muchos pacientes, sobre todo para aquellos que afirman que el trastorno mejora normalmente durante el verano. El asesoramiento psicosomático también es importante porque, de nuevo, contribuye en gran medida a aumentar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes. Para los pacientes más graves hay que confiar en el tipo de tratamiento sistémico y actualmente tenemos —entraremos en detalles más adelante— tratamientos anticuados, en mi opinión, como en el caso de los tratamientos inmunodepresores, como la ciclosporina y el metotrexato, la azatioprina y los corticosteroides sistémicos. Mientras que, por otro lado, está el tratamiento más moderno con biofármacos (dupilumab, tralokinumab) y los inhibidores de la janocinasa (baricitinib, upadacitinib y abrocitinib).</p>
--	--	---

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

## La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

<p>6</p>	<p><b>Limitations of Historic Therapies: TCS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mainstay of therapy for moderate-to-severe AD, but may not be sufficient for certain patients</li> <li>• Limited by anatomic use restrictions and local AEs             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Skin atrophy, striae, and/or application site reactions</li> </ul> </li> <li>• Systemic AEs: less likely to occur, but may develop with prolonged use of high-potency TCS on thin epidermal regions</li> <li>• Withdrawal reactions: may occur with inappropriate, prolonged, or frequent use, particularly with mid- to high-potency TCS</li> <li>• Steroid addiction: dependence on TCS to manage eczema symptoms, leading to continuous or increasing use</li> <li>• Can occur due to skin tolerance to the effects of steroids, leading to a need for higher doses to achieve the same symptom relief</li> </ul>  <p><small>© 2014 American Academy of Dermatology. All rights reserved. Reproduction of this document is prohibited without the express written permission of the American Academy of Dermatology. All trademarks are the property of their respective owners. All other trademarks are the property of their respective owners.</small></p>	<p>Volviendo a las limitaciones de los tratamientos históricos, en particular de los corticosteroides tópicos (TCS, por sus siglas en inglés) como ven aquí, probablemente habrán observado un cierto número de estos pacientes que han usado corticosteroides tópicos durante muchas semanas y meses, lo cual lleva, en ocasiones, a una adicción a los corticosteroides, tal como se aprecia en la parte inferior derecha de la diapositiva, en este niño que ha usado TCS durante un periodo prolongado y luego ha experimentado este síndrome de abstinencia con exacerbación aguda del trastorno.</p>
<p>7</p>	<p><b>Limitations of Historic Therapies: TCI Immunomodulators</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pimecrolimus: mild-to-moderate AD             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 1% indicated for patients aged ≥6 months depending on country</li> </ul> </li> <li>• Tacrolimus: moderate-to-severe AD             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 0.1% indicated for patients aged &gt;15 years</li> <li>◦ 0.03% indicated for children aged ≥2 years</li> </ul> </li> <li>• Common AEs: local skin irritation (burning, pruritus, and erythema) at the application site             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ May drive some patients to discontinue TCIs prematurely</li> </ul> </li> <li>• Black box warning: although a causal relationship has not been established, rare cases of malignancy (eg, skin and lymphoma) have been reported in patients treated with TCIs</li> </ul> <p>Potential AEs of Topical TCIs</p>  <p><small>© 2014 American Academy of Dermatology. All rights reserved. Reproduction of this document is prohibited without the express written permission of the American Academy of Dermatology. All trademarks are the property of their respective owners. All other trademarks are the property of their respective owners.</small></p>	<p>Por otro lado, también tenemos los inhibidores tópicos de la calcineurina (TCI por sus siglas en inglés). No diría que se trata realmente de fármacos inmunodepresores, sino de inmunomoduladores tópicos, pero disponemos de dos fármacos: el pimecrolimus y el tacrolimus. Está claro que el pimecrolimus no es tan eficaz como el tacrolimus. Es, sin duda, la primera elección para el tratamiento de los pacientes con formas de leves a moderadas, sobre todo en la población pediátrica, mientras que el tratamiento con tacrolimus es muy eficaz en casos moderados y a veces graves</p>

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>que padecen este trastorno. Sin embargo, con ambos compuestos —como saben y como se informa a los pacientes— se produce esta irritación local típica, una especie de hormigueo y sensación de quemazón, sobre todo durante los primeros días después de la primera aplicación. Por tanto, hay que explicar a los pacientes este tipo de efecto secundario y que este desaparecerá, muy probablemente, una vez que la inflamación haya mejorado, la función de barrera se haya restaurado, cuando el fármaco será mucho menos agresivo en términos de efectos secundarios. Todos ustedes conocen las advertencias especiales que deben figurar en los envases de estos productos desde 2005. No obstante, sabemos que estas advertencias especiales no están respaldadas científicamente y que ambos fármacos son seguros para el tratamiento de estos trastornos.</p>
8	<p><b>Limitations of Historic Therapies: Systemic Immunosuppressive Agents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cyclosporine A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Discontinued in nearly half of patients due to ineffectiveness or patient-reported or clinician-reported (nephrotoxicity and hypertension) AEs</li> </ul> </li> <li>• <b>Oral corticosteroids</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Long-term use not recommended due to AE profile and risk of severe rebound flares after discontinuation</li> </ul> </li> <li>• <b>Off-label drugs (eg, azathioprine, methotrexate, and mycophenolate mofetil)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Often discontinued due to ineffectiveness or AEs</li> <li>◦ Long-term effectiveness and safety data are scarce</li> </ul> </li> </ul> <p><b>AEs of Oral Corticosteroids:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Increased risk of infection</li> <li>• Weight gain</li> <li>• Osteoporosis</li> <li>• Worsening of diabetes or hypertension</li> <li>• Cataracts</li> <li>• Muscle weakness</li> <li>• Fluid retention</li> <li>• Peptic ulcers</li> <li>• Easy bruising</li> <li>• Altered mood or psychosis</li> </ul> 	<p>Así, en lo que respecta a los inmunodepresores sistémicos, como la ciclosporina A, los corticoesteroides tópicos y orales, y los fármacos con un uso para una indicación no autorizada, en particular la azatioprina y el metotrexato, todos los conocemos y somos conscientes de su uso. En Europa, la ciclosporina A es el único autorizado por la Agencia Europea del</p>

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>Medicamento, mientras que la azatioprina, el metotrexato y el micofenolato no están autorizados y supongo que nunca lo estarán para esta indicación. Como saben, el uso de corticoesteroides orales, según las últimas directrices, está muy restringido a situaciones muy particulares. Cuando se tiene un paciente con un brote muy grave, tal vez se pueda permitir el uso de corticoesteroides orales, pero desde luego no para un uso a medio o largo plazo como, por desgracia, todavía vemos en algunos pacientes que nos son remitidos. Los problemas relacionados con los corticoesteroides orales se muestran muy bien aquí, en la parte derecha de la diapositiva. Ya conocen los efectos secundarios de estos corticoesteroides y creo que, hoy en día, disponemos de suficientes fármacos nuevos como alternativa a este tipo de tratamiento.</p>
9	<p><b>Patient Case 1</b></p>  <p><b>23-YEAR-OLD WOMAN WITH A 15-YEAR HISTORY OF AD THAT IS WORSENING RECENTLY</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medical history: asthma, treated with albuterol inhaler</li><li>• Current treatment:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pimecrolimus cream on face</li><li>○ Clobetasol 0.05% to problem areas involving other body sites</li><li>○ Triamcinolone to all non-facial skin, twice weekly for maintenance</li></ul></li><li>• Physical examination: 30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 8</li><li>• Reports difficulty with daily activities including decreased work productivity and sleep disturbance</li></ul> <p><i>We will revisit this case later, but consider what might be an appropriate next step for this patient.</i></p>	<p>Así, este es un paciente típico, que me gustaría presentar brevemente aquí, ya que retomaremos este caso más adelante. Se trata de una mujer de 23 años con antecedentes de 15 años de dermatitis atópica que empeoró recientemente. Muy importante en la anamnesis es el hecho de que se trata de una paciente atópica típica, que padece particularmente asma como otra comorbilidad</p>

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>atópica, y que recibe tratamiento con un inhalador de albuterol. El tratamiento actual del trastorno se intentó con pimecrólimus en el rostro, clobetasol en las zonas problemáticas y triamcinolona en la piel no facial dos veces por semana como tratamiento de mantenimiento. Lo interesante es la superficie corporal afectada, del 30 %, que es bastante y, como se puede ver aquí, la puntuación en la escala VIGA, que es de 4, lo que implica que esta paciente se clasifica como una forma grave. No es de extrañar, teniendo una puntuación de 8 en la escala de valoración numérica del prurito. Por supuesto, como era de esperar, esta joven refiere problemas con las actividades cotidianas; en particular, el impacto en la productividad laboral y la alteración del sueño. Se trata de un tipo de paciente arquetípico al que volveremos dentro de un momento.</p>
10		Hablemos ahora de los nuevos tratamientos.

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

## La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

<p>11</p>	<p><b>Biologic and JAK1 Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>Indication(s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>FDA-approved</b></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab subcutaneous injection</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCs</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Tralokinumab*</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCs</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib†</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib†</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>EMA-approved</b></td> </tr> <tr> <td>Baricitinib‡</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1/2 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>* Under review for FDA approval. † Under review for FDA approval. ‡ Under review for FDA approval. © 2019 AbbVie. All rights reserved. Dupilumab, Tralokinumab, Abrocitinib, Upadacitinib, Baricitinib are trademarks of AbbVie. All other trademarks are the property of their respective owners.</small></p>	Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s)	<b>FDA-approved</b>				Dupilumab subcutaneous injection	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCs</li> </ul>	Tralokinumab*	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCs</li> </ul>	Abrocitinib†	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>	Upadacitinib†	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>	<b>EMA-approved</b>				Baricitinib‡	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul>	<p>A grandes rasgos, en Estados Unidos tenemos estos cuatro productos, mientras que en Europa tenemos un quinto. Así, en la situación de EE. UU. tenemos los dos principales biofármacos disponibles, dupilumab y tralokinumab. En Estados Unidos, los inhibidores típicos de la janocinasa (JAK) son el upadacitinib y el abrocitinib. En Europa, también disponemos de baricitinib, que es un inhibidor de JAK1 y 2, que está disponible para el tratamiento de pacientes de moderados a graves.</p>
Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s)																															
<b>FDA-approved</b>																																		
Dupilumab subcutaneous injection	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCs</li> </ul>																															
Tralokinumab*	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCs</li> </ul>																															
Abrocitinib†	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>																															
Upadacitinib†	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable</li> </ul>																															
<b>EMA-approved</b>																																		
Baricitinib‡	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul>																															
<p>12</p>	<p><b>Biologic Therapy for Moderate-to-Severe AD: Dupilumab and Tralokinumab</b></p> <p><b>FDA-approved indication:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> </ul> <p><b>FDA-approved indication:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adult patients with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> </ul> <p><small>© 2019 AbbVie. All rights reserved. Dupilumab, Tralokinumab are trademarks of AbbVie. All other trademarks are the property of their respective owners.</small></p>	<p>Ahora, con respecto al modo de acción, como saben, el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave con biofármacos actualmente es factible con dos productos principales. Dupilumab, que ha sido autorizado principalmente para la dermatitis atópica, pero entretanto se ha beneficiado de una ampliación de la autorización para otras indicaciones como el asma, la rinosinusitis crónica y la esofagitis eosinofílica, y, más recientemente, también para el prurigo nodular. Así, el fármaco está autorizado para toda una serie de pacientes que padecen este trastorno a partir de los 6 meses. Por otro lado, tenemos el tralokinumab, que también está autorizado por la FDA para pacientes adultos, si bien la autorización para</p>																																

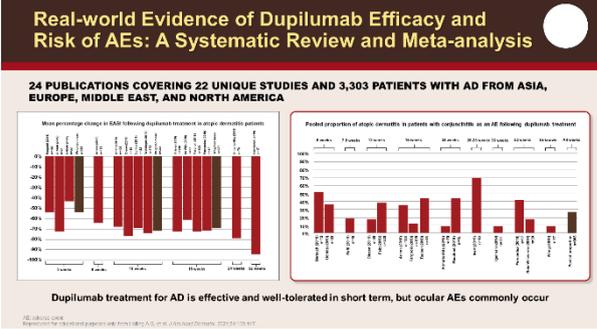
# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>adolescentes aún está pendiente. Tiene la misma indicación que dupilumab: pacientes de moderados a graves para los que no se obtiene una mitigación adecuada con el tratamiento tópico sujeto a receta médica o para aquellos pacientes en los que dicho tratamiento no es aconsejable. Veamos algunos datos de estos diferentes productos.</p>
<p>13</p>	<p><b>Dupilumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Long-term Efficacy</b></p> <p><b>LIBERTY AD OLE STUDY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adults previously enrolled in dupilumab trials for moderate-to-severe AD; included patients who switched to biweekly dosing</li> <li>Concomitant ICI and ICS permitted</li> </ul> <p><b>A</b> EASI scores over 168 weeks. <b>B</b> Weekly average Pruritus NRS scores over 168 weeks.</p> <p>AD signs and symptoms improved throughout the OLE, with (A) EASI and (B) weekly average Pruritus NRS scores improving rapidly during the first several weeks, followed by incremental improvements throughout the remainder of the treatment period.</p> <p>Most common TEAEs: nasopharyngitis (28.9%), AD (16.6%), upper respiratory tract infections (13.3%), herpes viral infections (12.8%), and conjunctivitis (10.3%).</p>	<p>En primer lugar, probablemente sean conscientes del número de estudios que se han realizado con dupilumab. El programa de fase III que Regeneron y Sanofi han iniciado en el contexto del desarrollo clínico de ese medicamento en particular es realmente increíble. Esta diapositiva solo muestra la eficacia a largo plazo de dupilumab en pacientes que han estado expuestos, como se muestra aquí, hasta 4 años a este fármaco. Puede verse claramente que no hay nada similar a un mecanismo de resistencia. Por tanto, los pacientes que responden a este fármaco lo hacen durante más tiempo. Creo que es una buena noticia para los pacientes que padecen este trastorno crónico y necesitan un tratamiento a largo plazo. La diapositiva te muestra, por un lado, la mejora de la puntuación en la escala EASI (por las siglas en inglés de «índice de área y gravedad del eccema») en el lado izquierdo y, en el</p>

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>lado derecho, una respuesta positiva en términos de mejora del prurito, a partir de una escala muy sustancial de 7 puntos típicamente, que baja a 2 puntos, y una respuesta muy estable aquí.</p>
<p>14</p>	 <p><b>Real-world Evidence of Dupilumab Efficacy and Risk of AEs: A Systematic Review and Meta-analysis</b></p> <p>24 PUBLICATIONS COVERING 22 UNIQUE STUDIES AND 3,303 PATIENTS WITH AD FROM ASIA, EUROPE, MIDDLE EAST, AND NORTH AMERICA</p> <p>Mean percentage change in IGA2 following dupilumab treatment in atopic dermatitis patients</p> <p>Prevalence proportion of atopic conjunctivitis in patients with conjunctivitis at baseline following dupilumab treatment</p> <p>Dupilumab treatment for AD is effective and well-tolerated in short term, but ocular AEs commonly occur</p>	<p>Estos son los datos del ensayo de fase III a la hora de constatar qué ocurre en condiciones reales. Somos muy afortunados, porque disponemos de un gran número de publicaciones que informan de la experiencia con dupilumab en una gran cantidad de centros a escala mundial. En la actualidad, contamos con más de 3300 pacientes de diferentes países, que han sido incluidos en estos estudios en condiciones reales. El resultado final es que los datos recabados en el contexto de los ensayos de fase III se han reproducido muy bien en condiciones reales. Por otro lado, como saben, creo que el único problema que puede estar relacionado con el uso de dupilumab es las conjuntivitis. No sorprende, ya que se ha referido este problema ocular a través de la literatura y pueden verlo aquí en el lado derecho. Normalmente, existe una especie de correlación entre la duración del tratamiento y la proporción de pacientes que declaran ese tipo de efecto secundario.</p>

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

<p>15</p>	<p><b>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy—Monotherapy</b></p> <p><b>ECZTRA 1 (NCT03131648) AND ECZTRA 2 (NCT03160885)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients aged 17-75 years; diagnosis of AD for ≥1 year; inadequate response to topical medications or systemic treatment for AD in the past year</li> <li>Patients randomized 2:1 to tralokinumab 300 mg after a 600-mg loading dose on day 0 or placebo Q2W for 16 weeks</li> </ul> <p>Tralokinumab showed significantly higher results in both IGA score of 0/1 and EASI-75 at week 16 compared with placebo, with over 50% of patients maintaining their clinical response at 52 weeks without additional medication</p> <p>Conjunctivitis as an AE of special interest; most cases were mild and resolved by the end of the treatment period</p>	<p>Ahora, el tralokinumab es el segundo producto actualmente disponible para el tratamiento de la dermatitis atópica de la forma moderada a grave. Estos son los resultados que resumen los dos criterios de valoración: IGA 0/1 en el lado izquierdo y EASI-75 en el lado derecho. Si tomáramos la puntuación IGA de 0/1 como el criterio de valoración más estricto actualmente disponible, corresponde aproximadamente a una mejora en la escala EASI del 90 % en adelante. Aquí pueden constatar una respuesta media del 20 %; el 22 % de los pacientes alcanzaron una puntuación IGA de 0/1. Sin embargo, como también se puede ver en estas curvas, no se estanca en la semana 16.</p>
<p>16</p>	<p><b>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Long-Term Efficacy</b></p> <p><b>ECZTEND (NCT03587895)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Open-label extension trial of AD patients enrolled in previous tralokinumab phase trials</li> <li>Participants received subcutaneous tralokinumab 300 mg every 2 weeks after a 600-mg loading dose of tralokinumab</li> </ul> <p>Tralokinumab was well tolerated and maintained substantial clinical improvements over 2 years in participants with moderate-to-severe AD.</p>	<p>En otra diapositiva posterior verán que, de hecho, cuando se observa la respuesta de estos pacientes hasta la semana 52, se registra un aumento adicional de la respuesta. En otras palabras, cuando se administra tralokinumab a los pacientes, hay que explicarles que la respuesta máxima no se alcanzará hasta la semana 20 o 24, por ejemplo. Por tanto, hay que tener paciencia y explicar a estos pacientes que se necesita un poco más de tiempo que con dupilumab para alcanzar la máxima eficacia.</p>

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

<p>17</p>	<h3>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy—Combination With TCS</h3> <p><b>ECZTRA 3 (NCT03363854)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aged ≥18 years, diagnosis of AD for ≥1 year, inadequate response to topical medications or systemic treatment for AD in the past year</li> <li>• Tralokinumab 300-mg loading dose followed by tralokinumab 300 mg Q2W or placebo and TCS for 16 weeks</li> </ul> <p>At week 16, significantly more patients receiving tralokinumab achieved the IGA 0/1 and EASI 76 compared with placebo</p> <p>Overall frequency and severity of AEs were comparable between tralokinumab and placebo; majority nonserious and mild or moderate in severity</p>	<p>Esta eficacia puede mejorarse, normalmente con la administración concomitante de corticoesteroides tópicos. Así sucede también con dupilumab: el estudio CHRONOS demostró que la politerapia con dupilumab y corticoesteroides tópicos proporciona una respuesta adicional aproximadamente entre el 10 % y el 15%.</p>																																																																																																									
<p>18</p>	<h3>Oral JAK1 Inhibitors for Moderate to Severe AD</h3> <p><b>ABROCITINIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selective JAK1 inhibitor</li> <li>• Approved in the US, EU, and Japan for treatment of adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD</li> </ul> <p><b>UPADACITINIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selective JAK1 inhibitor</li> <li>• Approved in the US, EU, and Japan for treatment of adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD</li> </ul> <p><b>BARICITINIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• JAK1/2 inhibitor</li> <li>• Approved in many countries, including the EU and Japan, for the treatment of adult patients with moderate-to-severe AD who are candidates for systemic therapy</li> </ul>	<p>Pasemos ahora a la siguiente clase de moléculas: los inhibidores orales de la janocinasa. Los inhibidores orales de la janocinasa (JAK) son tres fármacos: abrocitinib, un inhibidor selectivo de JAK1; upadacitinib, también un inhibidor selectivo de JAK1; y baricitinib, inhibidor de JAK1 y 2. Todos estos productos se han autorizado en los distintos países excepto el baricitinib, que no está autorizado actualmente en Estados Unidos para esta indicación.</p>																																																																																																									
<p>19</p>	<h3>Baricitinib in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy at Week 16<sup>1-5</sup></h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Treatment (mg) (n of pts)</th> <th>Responder rate (% of pts) (95% CI)</th> <th>vIGA-AD</th> <th>EASI75</th> <th>EASI90</th> <th>SCORAD15</th> <th>LDN % at Week 16 (mean [SD])</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7"><b>Monotherapy</b></td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>BREZZE-AD1</b></td> </tr> <tr> <td>BAR 4 (135)</td> <td>16.5 (1.1-24.7)***</td> <td>28.8 (2.7-34.8)***</td> <td>47.6 (1.1-53.6)***</td> <td>16.4 (1.3-21.3)***</td> <td>59.1** (37)</td> <td>54.9** (33)</td> </tr> <tr> <td>BAR 2 (132)</td> <td>11.4 (2.4-12.4)***</td> <td>18.7 (2.5-13.4)***</td> <td>16.6 (2.5-11.4)***</td> <td>7.2 (0.1-1.4)***</td> <td>51.9** (31)</td> <td>54.8** (32)</td> </tr> <tr> <td>PL (148)</td> <td>4.8</td> <td>8.8</td> <td>4.8</td> <td>1.2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>BREZZE-AD2</b></td> </tr> <tr> <td>SAR 4 (132)</td> <td>13.8 (3.8-19.8)***</td> <td>21.1 (1.4-23.4)***</td> <td>32.0 (2.4-36.9)***</td> <td>11.4 (1.3-21.8)***</td> <td>54.9** (33)</td> <td>54.9** (33)</td> </tr> <tr> <td>BAR 2 (132)</td> <td>10.6 (2.1-14.5)***</td> <td>17.9 (3.5-17.7)***</td> <td>8.9 (3.9-14.4)***</td> <td>7.3 (0.1-6.6)***</td> <td>54.8** (35)</td> <td>54.8** (35)</td> </tr> <tr> <td>PL (144)</td> <td>4.3</td> <td>6.1</td> <td>2.2</td> <td>1.4</td> <td></td> <td>50.9** (32)</td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>Combination Therapy</b></td> </tr> <tr> <td colspan="7"><b>BREZZE-AD3</b></td> </tr> <tr> <td>BAR 4 + TCS (111)</td> <td>31.0 (8.1-44.6)***</td> <td>48.3 (3.1-54.6)***</td> <td>34.0 (1.1-64.7)***</td> <td>18.0 (7.1-24.9)***</td> <td>67.2** (36.5)</td> <td>67.2** (36.5)</td> </tr> <tr> <td>BAR 2 + TCS (129)</td> <td>24.1 (3.0-34.3)***</td> <td>42.2 (2.1-44.8)***</td> <td>17.1 (1.2-66.2)***</td> <td>11.1 (3.3-24.3)***</td> <td>58.2* (29.2)</td> <td>58.2* (29.2)</td> </tr> <tr> <td>PL + TCS (139)</td> <td>15</td> <td>23</td> <td>14</td> <td>7</td> <td></td> <td>43.1 (29.5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>• Baricitinib 4 mg showed a significant improvement at week 16 compared with placebo in primary and secondary disease severity endpoints</p> <p>• Improvements in patients enrolled in BREZZE-AD1 and BREZZE-AD2 were sustained over up to 68 weeks of treatment<sup>6</sup></p> <p>• Most common TEAEs were infections, many mild to moderate upper respiratory tract infections, and herpes simplex</p> <p>• Most frequent laboratory change was an increase in serum CPK to grade 2</p>	Treatment (mg) (n of pts)	Responder rate (% of pts) (95% CI)	vIGA-AD	EASI75	EASI90	SCORAD15	LDN % at Week 16 (mean [SD])	<b>Monotherapy</b>							<b>BREZZE-AD1</b>							BAR 4 (135)	16.5 (1.1-24.7)***	28.8 (2.7-34.8)***	47.6 (1.1-53.6)***	16.4 (1.3-21.3)***	59.1** (37)	54.9** (33)	BAR 2 (132)	11.4 (2.4-12.4)***	18.7 (2.5-13.4)***	16.6 (2.5-11.4)***	7.2 (0.1-1.4)***	51.9** (31)	54.8** (32)	PL (148)	4.8	8.8	4.8	1.2			<b>BREZZE-AD2</b>							SAR 4 (132)	13.8 (3.8-19.8)***	21.1 (1.4-23.4)***	32.0 (2.4-36.9)***	11.4 (1.3-21.8)***	54.9** (33)	54.9** (33)	BAR 2 (132)	10.6 (2.1-14.5)***	17.9 (3.5-17.7)***	8.9 (3.9-14.4)***	7.3 (0.1-6.6)***	54.8** (35)	54.8** (35)	PL (144)	4.3	6.1	2.2	1.4		50.9** (32)	<b>Combination Therapy</b>							<b>BREZZE-AD3</b>							BAR 4 + TCS (111)	31.0 (8.1-44.6)***	48.3 (3.1-54.6)***	34.0 (1.1-64.7)***	18.0 (7.1-24.9)***	67.2** (36.5)	67.2** (36.5)	BAR 2 + TCS (129)	24.1 (3.0-34.3)***	42.2 (2.1-44.8)***	17.1 (1.2-66.2)***	11.1 (3.3-24.3)***	58.2* (29.2)	58.2* (29.2)	PL + TCS (139)	15	23	14	7		43.1 (29.5)	<p>Empecemos con el baricitinib, que fue el primer fármaco o la primera clase autorizada para el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave, al menos en Europa. Como pueden ver aquí, de nuevo con base en la evaluación vIGA para los estudios que analizan dos dosis diferentes, 4 mg y 2 mg, una media del 20 % de los pacientes alcanzaron ese criterio de valoración en particular, un poco más por</p>
Treatment (mg) (n of pts)	Responder rate (% of pts) (95% CI)	vIGA-AD	EASI75	EASI90	SCORAD15	LDN % at Week 16 (mean [SD])																																																																																																					
<b>Monotherapy</b>																																																																																																											
<b>BREZZE-AD1</b>																																																																																																											
BAR 4 (135)	16.5 (1.1-24.7)***	28.8 (2.7-34.8)***	47.6 (1.1-53.6)***	16.4 (1.3-21.3)***	59.1** (37)	54.9** (33)																																																																																																					
BAR 2 (132)	11.4 (2.4-12.4)***	18.7 (2.5-13.4)***	16.6 (2.5-11.4)***	7.2 (0.1-1.4)***	51.9** (31)	54.8** (32)																																																																																																					
PL (148)	4.8	8.8	4.8	1.2																																																																																																							
<b>BREZZE-AD2</b>																																																																																																											
SAR 4 (132)	13.8 (3.8-19.8)***	21.1 (1.4-23.4)***	32.0 (2.4-36.9)***	11.4 (1.3-21.8)***	54.9** (33)	54.9** (33)																																																																																																					
BAR 2 (132)	10.6 (2.1-14.5)***	17.9 (3.5-17.7)***	8.9 (3.9-14.4)***	7.3 (0.1-6.6)***	54.8** (35)	54.8** (35)																																																																																																					
PL (144)	4.3	6.1	2.2	1.4		50.9** (32)																																																																																																					
<b>Combination Therapy</b>																																																																																																											
<b>BREZZE-AD3</b>																																																																																																											
BAR 4 + TCS (111)	31.0 (8.1-44.6)***	48.3 (3.1-54.6)***	34.0 (1.1-64.7)***	18.0 (7.1-24.9)***	67.2** (36.5)	67.2** (36.5)																																																																																																					
BAR 2 + TCS (129)	24.1 (3.0-34.3)***	42.2 (2.1-44.8)***	17.1 (1.2-66.2)***	11.1 (3.3-24.3)***	58.2* (29.2)	58.2* (29.2)																																																																																																					
PL + TCS (139)	15	23	14	7		43.1 (29.5)																																																																																																					

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>supuesto para la puntuación EASI-75. Esto muestra claramente que ese fármaco, al menos en comparación con los demás (lo que será más obvio en un metaanálisis en red), baricitinib parece ser menos eficaz en comparación con competidores como abrocitinib y upadacitinib. Sin embargo, como he mencionado, la politerapia con corticoesteroides tópicos permite obtener al menos del 10 % al 15 % de eficacia adicional. En cuanto a la mayoría de los inhibidores de la janocinasa, se observarán varios efectos secundarios potenciales; hablaremos de ello más adelante. En el caso de baricitinib, en particular el perfil de seguridad ha sido, al menos en mi experiencia, aceptable desde el punto de vista clínico en comparación con lo observado con otros fármacos.</p>
<p>20</p>	<p><b>Abrocitinib in Patients Aged ≥12 Years With Moderate-to-Severe AD: Pooled Efficacy Analysis</b></p> <p><b>PHASE 2b TRIAL (NCT02786167) AND 2 PHASE 3 TRIALS (NCT02348096, JADE MONO-1/NCT02578571, JADE MONO-2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients aged 18-75 years (phase 2b) or ≥12 years (phase 3) with moderate-to-severe AD for ≥1 year</li> <li>Inadequate response to topical medications or an inability to receive topical treatment</li> <li>Phase 2b: randomized 1:1:1:1: abrocitinib (200 mg, 100 mg, 50 mg) or placebo</li> <li>Phase 3: randomized 2:2:1 to abrocitinib (200 mg or 100 mg) or placebo</li> </ul> <p>A substantial proportion of patients with moderate-to-severe AD receiving abrocitinib met high-relevant efficacy endpoints</p> <p>Most common AEs were nausea, headache, and acne; most patients had AEs that were mild or moderate in severity</p> <p>Proportion of patients who achieved (a) EASI-75 response, (b) EASI-75 to &lt;math&gt;\leq&lt;/math&gt;EASI-60 response, (c) EASI-50 to &lt;math&gt;\leq&lt;/math&gt;EASI-100 response, and (d) EASI-100 response at weeks 4, 8, and 12</p>	<p>El abrocitinib es un inhibidor selectivo de JAK1, una molécula muy interesante. Actualmente está autorizado también para adolescentes, a diferencia del upadacitinib. Como se puede ver aquí de nuevo en esta diapositiva, cuando nos fijamos en el número de pacientes que han alcanzado la respuesta EASI-75, en el gráfico superior izquierdo de la diapositiva, se ve aquí que el 60 % de estos pacientes alcanzaron dicho criterio de</p>

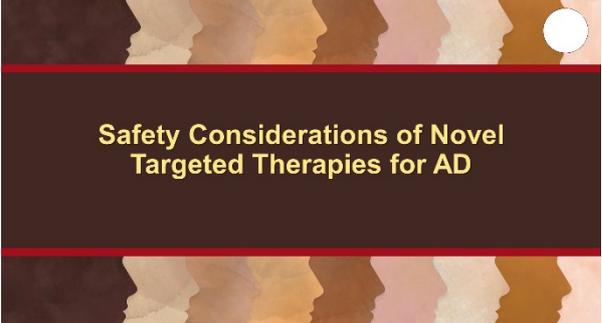
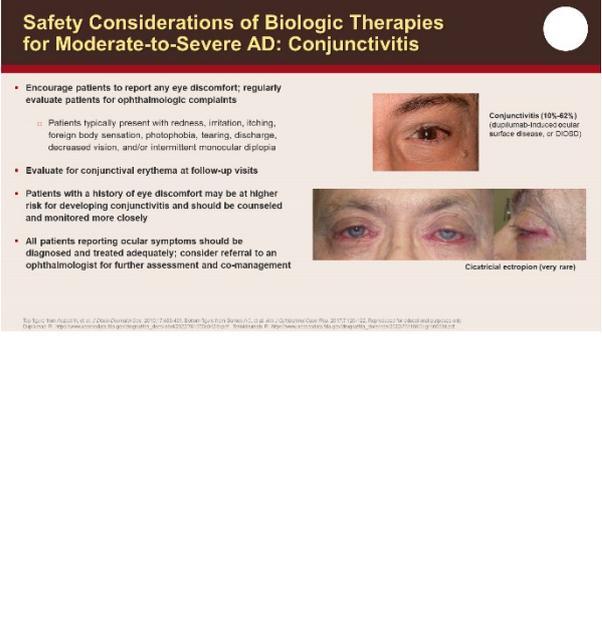
# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>valoración, algo realmente notable. Esta podría clasificarse como una respuesta realmente excelente y también se traduce en términos de EASI-90, en el panel C inmediatamente debajo, con aproximadamente el 30 % de los pacientes. Es una respuesta realmente notable.</p>
<p>21</p>	<p><b>Upadacitinib in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy at Week 52</b></p> <p>ANALYSIS OF FOLLOW-UP DATA FROM THE LARGE, GLOBAL, REPLICATE PHASE 3 MEASURE UP 1 AND MEASURE UP 2 RANDOMIZED CLINICAL TRIALS (N=1,609)</p> <p><b>Efficacy over time for (a) EASI-75 and (b) IGA-AD of 0 or 1.</b></p> <p>* Once-daily use of upadacitinib (15 mg or 30 mg) resulted in long-lasting efficacy with consistent responses observed through 52 weeks, both in patients who received upadacitinib from the start of treatment and in placebo-treated patients who were rerandomized to upadacitinib at week 16.</p> <p><small>FIG 1. Upadacitinib (U) vs placebo (P). Reproduced from the abstract of publication: Park et al., JAMA Dermatol. 2022;158:108-115.</small></p>	<p>Del mismo modo, el upadacitinib parece tener el mismo tipo de eficacia, tal vez un poco mejor en algunos ensayos clínicos, en particular para la dosis más alta, de 30 mg. Como se puede ver aquí, y en contraste con los biofármacos, el modo de acción es bastante rápido. Después de 8 a 12 semanas se estanca la eficacia, lo que realmente contrasta con lo que sabemos sobre dupilumab y, en particular, tralokinumab. Esto es cierto, por supuesto, de nuevo para EASI-75 en el lado izquierdo y para la puntuación IGA de 0/1 en el lado derecho. Un punto importante, que no se menciona en esta diapositiva es la diferencia drástica entre dupilumab, tralokinumab por un lado y los inhibidores de la janocinasa con respecto a su eficacia en términos de control del prurito. Así, en cuanto a la cinética, en términos de respuesta para el prurito como síntoma, es realmente sorprendente ver lo rápido que los inhibidores de la janocinasa inducen un alivio sustancial</p>

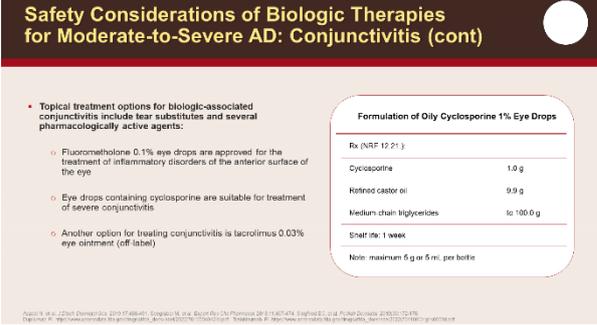
# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

## La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>del prurito y la sensación de dolor de la mayoría de estos pacientes. Esta es, en mi opinión, una de las diferencias más importantes entre estos fármacos obtenidos mediante síntesis química, por un lado, y los biofármacos, por otro.</p>
22		<p>Veamos las consideraciones de seguridad que ya he mencionado hace unos instantes.</p>
23		<p>Por supuesto, todos conocemos los efectos secundarios de los biofármacos, sobre todo los relacionados con el lugar de inyección. Es algo que se puede ver en casi todos los productos inyectables, ya sean biofármacos o de otro tipo: no existe ninguna diferencia.</p>
24		<p>La diferencia la marca el efecto secundario que ya he mencionado, que es la conjuntivitis. Así, la conjuntivitis se notificó en un 10 % a 11 % de los casos en el primer ensayo de fase III con dupilumab y la tasa más alta fue referida en un informe de evidencia en condiciones reales, donde esta alta frecuencia se refirió únicamente en esa publicación. Por tanto, creo que también es importante mencionar que normalmente, al menos en nuestra experiencia clínica,</p>

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

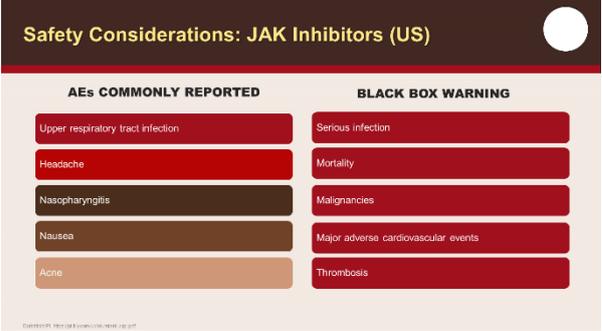
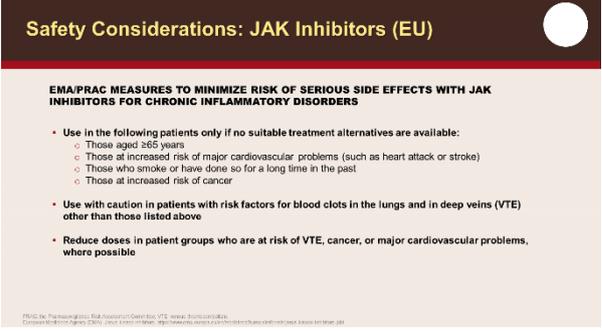
La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>si un paciente ya tenía conjuntivitis, que es bastante frecuente en la dermatitis atópica, antes de iniciar la administración de dupilumab, existe un riesgo sustancial de que este síntoma se exacerbe durante el tratamiento con este fármaco. No tiene por qué, pero existe el riesgo de exacerbación de ese síntoma concreto. En muy raras ocasiones, se observará un ectropión cicatricial como el que se muestra en la parte derecha de la diapositiva, una complicación muy poco frecuente del uso de dupilumab en estos pacientes.</p>								
<p>25</p>	 <p><b>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD: Conjunctivitis (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Topical treatment options for biologic-associated conjunctivitis include tear substitutes and several pharmacologically active agents:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Fluorometholone 0.1% eye drops are approved for the treatment of inflammatory disorders of the anterior surface of the eye</li> <li>◦ Eye drops containing cyclosporine are suitable for treatment of severe conjunctivitis</li> <li>◦ Another option for treating conjunctivitis is tacrolimus 0.03% eye ointment (off-label)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Formulation of Oily Cyclosporine 1% Eye Drops</b></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Rx (NSF 12.21.)</td> </tr> <tr> <td>Cyclosporine</td> <td>1.0 g</td> </tr> <tr> <td>Refined castor oil</td> <td>9.9 g</td> </tr> <tr> <td>Medium-chain triglycerides</td> <td>to 100.0 g</td> </tr> </table> <p>Shelf life: 1 week Note: maximum 6 g or 5 ml per bottle</p>	Rx (NSF 12.21.)		Cyclosporine	1.0 g	Refined castor oil	9.9 g	Medium-chain triglycerides	to 100.0 g	<p>Por tanto, esto es algo que sabemos por la práctica diaria. Sin embargo, al menos en mi rutina y experiencia empírica, solo he visto un número limitado de pacientes que requieren suspender el tratamiento debido a ese efecto secundario. En la mayoría de los casos, esta se mantiene de leve a moderada y, lo que es más importante, puede tratarse mediante tópicos o colirios con corticoesteroides o con colirios con ciclosporina A, cuya formulación se muestra en la parte derecha de la diapositiva. También hay algunas opciones para tratarlo con una pomada ocular que contiene tacrólimus, pero este es un uso para una indicación no autorizada, por supuesto.</p>
Rx (NSF 12.21.)										
Cyclosporine	1.0 g									
Refined castor oil	9.9 g									
Medium-chain triglycerides	to 100.0 g									



# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

## La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>vivos durante el tratamiento con biofármacos. Este es también el caso, por cierto, de los inhibidores de la janocinasa.</p>												
<p>28</p>	 <p><b>Safety Considerations: JAK Inhibitors (US)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AEs COMMONLY REPORTED</th> <th>BLACK BOX WARNING</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Upper respiratory tract infection</td> <td>Serious infection</td> </tr> <tr> <td>Headache</td> <td>Mortality</td> </tr> <tr> <td>Nasopharyngitis</td> <td>Malignancies</td> </tr> <tr> <td>Nausea</td> <td>Major adverse cardiovascular events</td> </tr> <tr> <td>Acne</td> <td>Thrombosis</td> </tr> </tbody> </table>	AEs COMMONLY REPORTED	BLACK BOX WARNING	Upper respiratory tract infection	Serious infection	Headache	Mortality	Nasopharyngitis	Malignancies	Nausea	Major adverse cardiovascular events	Acne	Thrombosis	<p>En cuanto al perfil de seguridad de los inhibidores de la janocinasa, sabemos, y esta es la situación en EE. UU., que la FDA ha emitido una advertencia especial basada en el perfil de seguridad. En dichas advertencias especiales se mencionan las infecciones potencialmente graves. La mortalidad fue extremadamente infrecuente en el programa de desarrollo clínico. Raramente se refirieron neoplasias malignas. Los acontecimientos adversos graves cardiovasculares y las trombosis son un riesgo potencial, pero todo depende de la selección de los pacientes adecuados para el tratamiento con este tipo concreto de fármaco.</p>
AEs COMMONLY REPORTED	BLACK BOX WARNING													
Upper respiratory tract infection	Serious infection													
Headache	Mortality													
Nasopharyngitis	Malignancies													
Nausea	Major adverse cardiovascular events													
Acne	Thrombosis													
<p>29</p>	 <p><b>Safety Considerations: JAK Inhibitors (EU)</b></p> <p><b>EMA/PRAC MEASURES TO MINIMIZE RISK OF SERIOUS SIDE EFFECTS WITH JAK INHIBITORS FOR CHRONIC INFLAMMATORY DISORDERS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Use in the following patients only if no suitable treatment alternatives are available:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Those aged ≥65 years</li> <li>Those at increased risk of major cardiovascular problems (such as heart attack or stroke)</li> <li>Those who smoke or have done so for a long time in the past</li> <li>Those at increased risk of cancer</li> </ul> </li> <li>Use with caution in patients with risk factors for blood clots in the lungs and in deep veins (VTE) other than those listed above</li> <li>Reduce doses in patient groups who are at risk of VTE, cancer, or major cardiovascular problems, where possible</li> </ul>	<p>El perfil de seguridad también ha sido objeto de debate en la Agencia Europea de Medicamentos y en el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC) competente. Precisamente, en el trabajo completado hace un par de semanas, este comité decidió incluir algunas recomendaciones para la prescripción de inhibidores de la janocinasa en pacientes con trastornos inflamatorios, no solo para la dermatitis atópica, sino</p>												

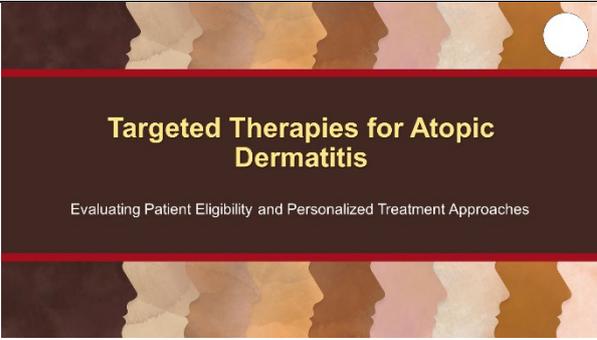
## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>también para la artritis reumatoide o para la EII, entre otros. Las restricciones o recomendaciones son bastante sencillas: se considera que los pacientes de alto riesgo son aquellos de 65 años o más; aquellos con un mayor riesgo de sufrir problemas cardiovasculares graves, sobre todo en el corazón (con antecedentes de infarto de miocardio o ictus); los fumadores activos o los pacientes con un largo hábito tabáquico previo y, sobre todo, los pacientes con un mayor riesgo o antecedentes de cáncer. Así, deberían reconsiderar el tratamiento de estos pacientes si tienen pensado iniciar la administración de inhibidores de la janocinasa; lo mismo sucede también, por cierto, para los pacientes con especial riesgo de desarrollar trombosis y embolia pulmonar.</p>										
<p>30</p>	<p><b>Monitoring and Routine Care of Patients Taking JAK Inhibitors</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Time Point</th> <th>Labs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prior to starting JAK inhibitor treatment</td> <td>HBV, HCV, and HIV TB (PPD, Quantiferon, TB-Gold) Fasting lipids, CMP, CBC with differential</td> </tr> <tr> <td>At 4 weeks</td> <td>LFTs, CBC with differential</td> </tr> <tr> <td>At 12 weeks</td> <td>Fasting lipids</td> </tr> <tr> <td>Every 3-6 months (or sooner after dose increases)</td> <td>LFTs, CBC with differential</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>OTHER CARE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccinations per guidelines (eg, herpes zoster vaccination); avoid use of live vaccines</li> <li>• Skin checks annually, examining for non-melanoma and other skin cancers</li> <li>• Age-appropriate cancer screening</li> </ul> <p><small>© 2017 American Medical Association. All rights reserved. For personal use only. For more information, visit <a href="http://www.ama-assn.org">www.ama-assn.org</a>.</small></p>	Time Point	Labs	Prior to starting JAK inhibitor treatment	HBV, HCV, and HIV TB (PPD, Quantiferon, TB-Gold) Fasting lipids, CMP, CBC with differential	At 4 weeks	LFTs, CBC with differential	At 12 weeks	Fasting lipids	Every 3-6 months (or sooner after dose increases)	LFTs, CBC with differential	<p>Entonces, ¿qué tipo de evaluación sistemática debe realizarse antes de tratar a los pacientes con inhibidores de la janocinasa? Antes de empezar el tratamiento, deben realizarse analíticas. Hay que tener en cuenta las infecciones víricas como el VIH o la hepatitis. Por supuesto, debe descartarse la tuberculosis y hay que examinar los lípidos y realizar un hemograma para asegurarnos de que estos pacientes no tengan</p>
Time Point	Labs											
Prior to starting JAK inhibitor treatment	HBV, HCV, and HIV TB (PPD, Quantiferon, TB-Gold) Fasting lipids, CMP, CBC with differential											
At 4 weeks	LFTs, CBC with differential											
At 12 weeks	Fasting lipids											
Every 3-6 months (or sooner after dose increases)	LFTs, CBC with differential											

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>ninguna afección subyacente. Al cabo de 4 semanas, se realizará como mínimo un hemograma completo y después de 12 semanas, se volverán a analizar los lípidos. Posteriormente, cada 3 a 6 meses se realizarán analíticas para comprobar que todo esté en orden. Como he mencionado, es muy importante tener en cuenta las vacunas recomendadas y evitar las vacunas con microbios vivos. Deben realizarse revisiones cutáneas para detectar el cáncer de piel no melanocítico. Y, por supuesto, para todos los pacientes, siempre recomendable: el cribado del cáncer en función de la edad.</p>
31	 A presentation slide with a dark background and a pattern of human profiles in various colors. The text on the slide reads: "Targeted Therapies for Atopic Dermatitis" in large yellow font, and "Evaluating Patient Eligibility and Personalized Treatment Approaches" in smaller white font below it. <p>Targeted Therapies for Atopic Dermatitis Evaluating Patient Eligibility and Personalized Treatment Approaches</p>	<p>Con todos estos fármacos disponibles y las múltiples opciones y tipos de situaciones de la enfermedad y los heterogéneos antecedentes fenotípicos de todos estos pacientes —no solo en los niños, sino particularmente en los adultos—, vamos a abordar la opción de la terapia adecuada y proceso de toma de decisiones compartido implicado en el manejo actual de estos pacientes.</p>

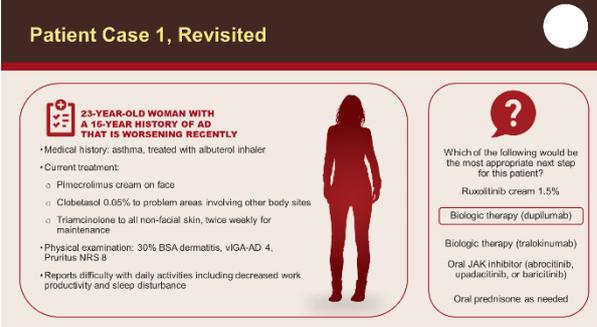
# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

<p>32</p>	<p><b>Step-Up Care: When Does AD Warrant Systemic Therapy?</b></p> <p><b>Has adequate patient education been provided including the following?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disease awareness of patients and those who trigger</li> <li>• Stress importance of adherence</li> <li>• Continue topical therapy (under and over treatment)</li> <li>• Address ICD-9 codes</li> <li>• Consider structured educational intervention (in-home school)</li> </ul> <p><b>Does the patient have moderate-to-severe AD?</b>      Defined by clinical severity and extent, and/or significant impact on QoL (including social, emotional, and school/professional functioning)</p> <p><b>Has intensive topical therapy been given as adequate trial?</b>      Appropriately selected, of moderate-to-high potency topical anti-inflammatory therapy for 4 weeks followed by proactive therapy for maintenance (corticosteroid therapy and seal and seal)</p> <p><b>Have alternative diagnoses been considered (refer to Table 1)?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Have infections been managed?             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Bacterial</li> <li>◦ Viral</li> <li>◦ Yeast</li> </ul> </li> <li>• Has patch testing for contact allergy been considered?</li> <li>• Is referral to allergy services required for further testing and optimization of atopic dermatitis management?</li> </ul> <p><b>Does the patient still have persistent moderate-to-severe disease after 4 weeks of intensive topical therapy?</b></p> <p><b>Consider phototherapy in selected patient groups</b></p> <p><b>Is phototherapy unsuitable/unavailable?</b></p> <p><b>Systemic therapy</b>      Choice depends on: childbearing capacity, comorbidities (e.g. mental disorders, diabetes, asthma), abuse, age, and preferences (e.g. injection vs tablet)</p> <p><small>© 2017 Guo W et al. Dermatitis (2017) 58(12) 121</small></p>	<p>La primera pregunta, por supuesto, es: Entre todos estos pacientes que atienden con este trastorno en particular, ¿cuándo aconseja o cuándo aborda con el paciente un tratamiento sistémico? Yo les instaría a consultar este artículo de mi colega Eric Simpson, publicado en 2017, donde tratamos de recopilar todas las pruebas, los pros y los contras, y sugerimos este árbol de decisión que los orientará en la decisión de un tratamiento sistémico para un paciente en particular. De nuevo, me gustaría destacar aquí que la fototerapia no es una alternativa, en mi opinión, para ningún tipo de tratamiento. Solo puede considerarse un complemento para el tratamiento tanto tópico como sistémico.</p>
<p>33</p>	<p><b>AD: Goals of Treatment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Relieve symptoms:</b> reduce itching, dermatitis, and inflammation to provide relief and improve QoL for the patient</li> <li><b>Prevent exacerbations:</b> implement measures to prevent flare-ups including avoiding triggers, maintaining skin hydration, and using topical treatments as prescribed</li> <li><b>Restore skin barrier function:</b> repair and protect the skin barrier to reduce transdermal water loss and minimize the risk of skin infections</li> <li><b>Minimize treatment risks:</b> ensure that treatments used to manage AD are safe and effective, while minimizing the risk of AEs</li> </ul>	<p>Entonces, ¿cuáles son los objetivos del tratamiento cuando ven a este tipo de paciente y discuten con él claramente sus expectativas en el contexto de este tratamiento? En primer lugar, por supuesto, aliviar los síntomas, sobre todo el picor, así como prevenir la exacerbación. Este es un tema que, en muchos pacientes, es realmente importante y a veces también está relacionado con algún tipo de provocaciones, pero no solo: a veces está relacionado con un cuidado inadecuado de la piel y muchos otros aspectos.</p>

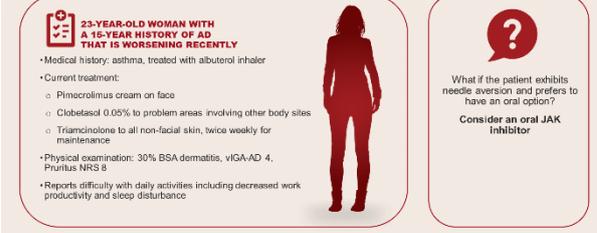
## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>Esto me lleva a la cuestión de la restauración de la función de barrera de la piel, que es absolutamente imprescindible. Así, el tratamiento de base, el tratamiento básico con emolientes, es absolutamente obligatorio en este trastorno. Por último, pero no menos importante, siempre hay que minimizar el riesgo del tratamiento, y aquí vuelvo al tema que acabamos de comentar, a la hora de abordar con los pacientes los pros y los contras de cada tipo de tratamiento, los biofármacos y, en particular, los inhibidores de la janocinasa. Eso es lo que nos gustaría hacer ahora en el próximo ejercicio, en los próximos dos minutos.</p>
<p>34</p>		<p>Vuelvo a la mujer que presentamos anteriormente. Como recordarán, presenta una forma más grave del trastorno, con una superficie corporal afectada considerable, del 30 %. Sin embargo, obviamente, y aún más importante, tiene asma, un antecedente importante que debe recabarse, porque orientará en primer lugar la opción terapéutica. Entonces, ¿cuál de los siguientes sería el siguiente paso más apropiado para el paciente? ¿Empezar un tratamiento tópico con ruxolitinib o emplear un inhibidor de JAK 1/2? (Por cierto, solo está disponible en EE. UU., de momento no está</p>

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>disponible en Europa, por desgracia) ¿O proporcionan o aconsejan al paciente el uso de un biofármaco como dupilumab o tralokinumab? ¿Optarían, sin embargo, por un inhibidor oral de la janocinasa? ¿O potencialmente por el uso de prednisona oral? En este caso, creo que la elección es bastante fácil. Yo aconsejaría prescribir o iniciar un tratamiento con dupilumab, no tanto con tralokinumab, porque esta paciente tiene asma y, como saben, el asma es otra indicación para el dupilumab. Así que el dupilumab sería mi primera opción, no tralokinumab. Con el dupilumab obtendríamos un «dos por uno» para esta paciente en particular y esta sería la situación óptima para ella.</p>
<p>35</p>	<div data-bbox="421 1240 1018 1563"> <p><b>Patient Case 1, Revisited</b></p>  <p><b>23-YEAR-OLD WOMAN WITH A 16-YEAR HISTORY OF AD THAT IS WORSENING RECENTLY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical history: asthma, treated with albuterol inhaler</li> <li>• Current treatment:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pimecrolimus cream on face</li> <li>○ Clobetasol 0.05% to problem areas involving other body sites</li> <li>○ Triamcinolone to all non-facial skin, twice weekly for maintenance</li> </ul> </li> <li>• Physical examination: 30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 8</li> <li>• Reports difficulty with daily activities including decreased work productivity and sleep disturbance</li> </ul> <p>What if the patient exhibits needle aversion and prefers to have an oral option?  <b>Consider an oral JAK Inhibitor</b></p> </div>	<p>Sin embargo, si la paciente muestra aversión a las agujas y prefiere una opción oral, ¿qué opción elegirían? Es una mujer joven. Tiene dermatitis atópica grave, que obviamente no se controla con el tratamiento tópico. Así que, en ese caso, es una candidata para un inhibidor oral de la janocinasa, claramente. En Europa, pueden elegir entre baricitinib y abrocitinib y upadacitinib y, en Estados Unidos, entre abrocitinib y upadacitinib.</p>

## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

36

### Patient Case 2

#### 55-YEAR-OLD MAN WITH A 10-YEAR HISTORY OF AD

- Current treatment:
  - Crisaborole 2%
- Previously tried medium-potency TCS, TCI
- Physical examination: EISA 45% dermatitis, vIGA AD 4, and Pruritus NRS 9
- Seeking an alternative solution to control his symptoms



Which of the following would be the most appropriate next step for this patient?

Ruxolitinib cream 1.5%

Biologic therapy (dupilumab or tralokinumab)

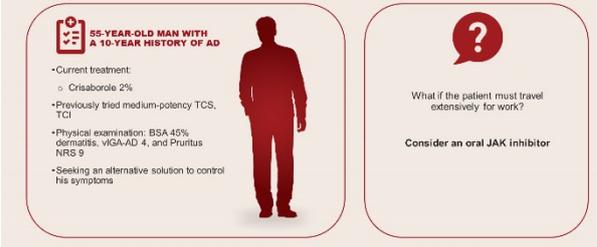
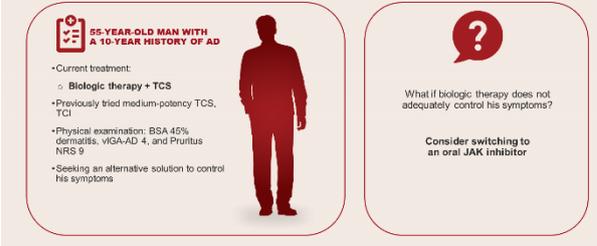
Oral JAK inhibitor (abrocitinib, upadacitinib, or baricitinib)

Oral prednisone as needed

Otro paciente: varón de 55 años con una historia clínica de 10 años de dermatitis atópica. El tratamiento actual es crisaborol al 2 % que, para ser sincero, me parece un disparate habida cuenta de la gravedad de este paciente. Tiene afectado el 45 % de la superficie corporal y una puntuación vIGA de 4, por lo que claramente se trata de un paciente grave con una puntuación elevada en la escala de valoración numérica del prurito, de 9. Así, no tiene ningún sentido probar crisaborol en este paciente en particular. Entonces, ¿cuál de los siguientes sería el siguiente paso más adecuado para este paciente? ¿Probar otro tratamiento tópico con ruxolitinib? ¿O cambiar a un tratamiento con un biofármaco como dupilumab o tralokinumab? ¿Probar un inhibidor oral de la janocinasa como abrocitinib, upadacitinib o baricitinib? ¿O, de nuevo, intentar controlar la enfermedad, pero solo a corto plazo, con prednisolona oral? Creo que, de nuevo, en estos pacientes se debería empezar primero con un biofármaco. En este caso, creo que se puede elegir entre dupilumab y tralokinumab, porque el paciente no padece asma, así que se puede tener la opción de usar tralokinumab, pero hay que explicarle que se tardará un

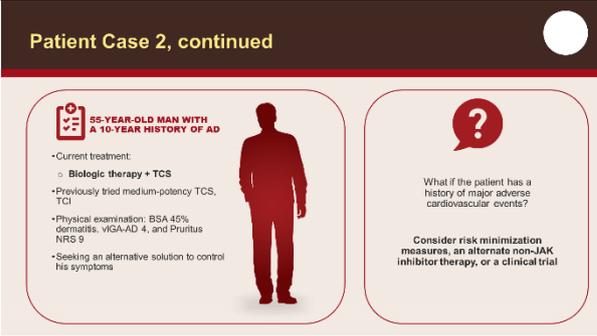
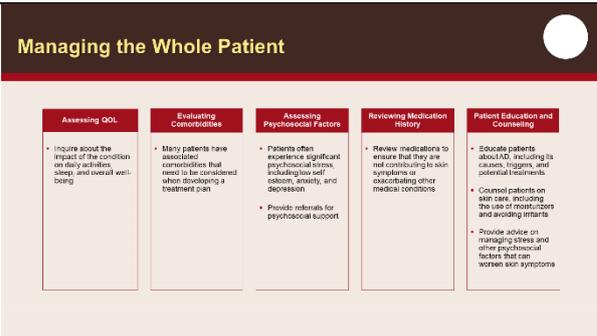
# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

## La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		poco más en controlar totalmente el trastorno.
37	<p><b>Patient Case 2, continued</b></p> 	El problema es que los biofármacos hay que guardarlos en la nevera y en el caso de un paciente que viaje mucho por trabajo, esto supone un problema, porque les dirá: «Lo siento, no puedo usarlos. No puedo llevar conmigo todas estas cosas, las jeringuillas y el biofármaco, porque es engorroso llevarlo en el equipaje y mantenerlo refrigerado». Entonces, ¿cuál podría ser la otra opción? Claramente aquí este sería un candidato para un inhibidor oral de la janocinasa, siempre que no sea un paciente de riesgo.
38	<p><b>Patient Case 2, continued</b></p> 	La pregunta, por supuesto, es ¿y si los biofármacos no le funcionan? ¿O algo más? Hay que considerar cambiar del biofármaco al inhibidor de la janocinasa. Imaginen que tienen un paciente tratado con biofármacos o con otro producto con un uso para una indicación no autorizada y no consiguen mitigarse por completo los síntomas. Podrían valorar la opción de cambiar a un inhibidor oral de la janocinasa.

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

## La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

<p>39</p>	<p><b>Patient Case 2, continued</b></p>  <p><b>55-YEAR-OLD MAN WITH A 10-YEAR HISTORY OF AD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Current treatment:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Biologic therapy + TCS</li> </ul> </li> <li>• Previously tried medium-potency TCS, TCI</li> <li>• Physical examination: EISA 45% dermatitis, w/o AD 4, and Pruritus NRS 9</li> <li>• Seeking an alternative solution to control his symptoms</li> </ul> <p>What if the patient has a history of major adverse cardiovascular events?</p> <p>Consider risk minimization measures, an alternate non-JAK inhibitor therapy, or a clinical trial</p>	<p>Aquí viene el problema: tiene 55 años; puede tener riesgo de trastorno cardiovascular porque potencialmente ya ha tenido, por ejemplo, un ictus o un infarto de miocardio, por lo que no es el mejor candidato para un inhibidor de la janocinasa. Esto debe tenerse en cuenta, debe abordarse en profundidad con el paciente y tratar de encontrar otra solución. Tal vez volviendo a un uso para una indicación no autorizada. Tal vez optar por un tratamiento intensivo con UVB más un tratamiento tópico o incluso incluirlo en un ensayo clínico, pero de nuevo, con el ensayo clínico, se enfrentarán potencialmente al problema del cumplimiento terapéutico si el paciente viaja muy a menudo, así que este es realmente un caso de difícil manejo.</p>										
<p>40</p>	<p><b>Managing the Whole Patient</b></p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Assessing QoL</th> <th>Evaluating Comorbidities</th> <th>Assessing Psychosocial Factors</th> <th>Reviewing Medication History</th> <th>Patient Education and Counseling</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquire about the impact of the condition on daily activities, sleep, and overall well-being</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Many patients have associated comorbidities that need to be considered when developing a treatment plan</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients often experience significant psychosocial stress, including low self-esteem, anxiety, and depression</li> <li>• Provide referrals for psychosocial support</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Review medications to ensure that they are not contributing to skin symptoms or exacerbating other medical conditions</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educate patients about AD, including its causes, triggers, and potential treatments</li> <li>• Counsel patients on skin care, including the use of moisturizers and avoiding irritants</li> <li>• Provide advice on managing stress and other psychosocial factors that can worsen skin symptoms</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Assessing QoL	Evaluating Comorbidities	Assessing Psychosocial Factors	Reviewing Medication History	Patient Education and Counseling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquire about the impact of the condition on daily activities, sleep, and overall well-being</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Many patients have associated comorbidities that need to be considered when developing a treatment plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients often experience significant psychosocial stress, including low self-esteem, anxiety, and depression</li> <li>• Provide referrals for psychosocial support</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Review medications to ensure that they are not contributing to skin symptoms or exacerbating other medical conditions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educate patients about AD, including its causes, triggers, and potential treatments</li> <li>• Counsel patients on skin care, including the use of moisturizers and avoiding irritants</li> <li>• Provide advice on managing stress and other psychosocial factors that can worsen skin symptoms</li> </ul>	<p>Como mencioné antes, deben abordar todos estos temas con sus pacientes. La toma de decisiones compartida es ahora, en mi experiencia, la forma más poderosa de averiguar cuál es la opción terapéutica óptima para un paciente determinado. La verdad es que hay que evaluar no solo la gravedad, sino también otras dimensiones. Hay que tener en cuenta el impacto en la calidad de vida, por ejemplo. Hay que preguntar por las comorbilidades. No olviden el asma. Hace poco, tuve un</p>
Assessing QoL	Evaluating Comorbidities	Assessing Psychosocial Factors	Reviewing Medication History	Patient Education and Counseling								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquire about the impact of the condition on daily activities, sleep, and overall well-being</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Many patients have associated comorbidities that need to be considered when developing a treatment plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients often experience significant psychosocial stress, including low self-esteem, anxiety, and depression</li> <li>• Provide referrals for psychosocial support</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Review medications to ensure that they are not contributing to skin symptoms or exacerbating other medical conditions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educate patients about AD, including its causes, triggers, and potential treatments</li> <li>• Counsel patients on skin care, including the use of moisturizers and avoiding irritants</li> <li>• Provide advice on managing stress and other psychosocial factors that can worsen skin symptoms</li> </ul>								

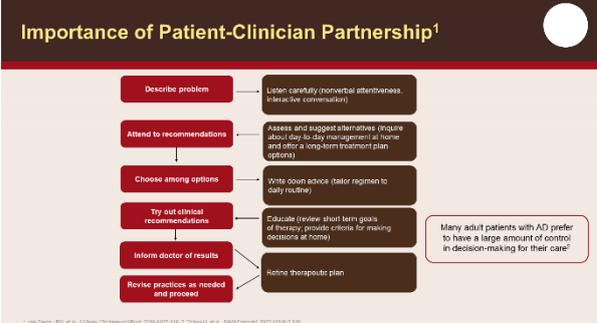
## Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>paciente con asma, esofagitis eosinofílica y rinosinusitis crónica, que acudía por una dermatitis atópica, así que era el candidato ideal para el tratamiento con dupilumab, porque este fármaco está autorizado para todas estas comorbilidades atópicas. Asimismo, es importante tener en cuenta para el tratamiento los factores psicosociales: las medicaciones previas, como he mencionado antes; tienen que saber qué han estado tomando antes estos pacientes. Piensen también en las interacciones entre medicamentos, sobre todo cuando utilicen fármacos obtenidos a partir de la síntesis química, como los inhibidores de la janocinasa, que pueden interactuar con otros fármacos, especialmente en pacientes de edad avanzada. Tampoco hay que olvidar la sensibilización y el asesoramiento del paciente. Esto es igualmente importante para aumentar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes, que es imprescindible, por lo que tenemos que dedicar algo de tiempo a estos aspectos. Sé que, en la práctica diaria, el tiempo es probablemente lo que le falta a la mayoría de los dermatólogos. Sin embargo, en el contexto de la atención a pacientes con dermatitis atópica, es</p>
--	--	--

# Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento

## La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>necesario dedicar algún tiempo a explicar a los pacientes de qué se trata y cuál es la mejor opción terapéutica en cada caso.</p>
<p>41</p>	 <p><b>Importance of Patient-Clinician Partnership<sup>1</sup></b></p> <p>The flowchart illustrates a cyclical process for patient-clinician partnership. It starts with 'Describe problem', leading to 'Listen carefully (nonverbal attentiveness, effective communication)'. This leads to 'Attend to recommendations', which involves 'Assess and suggest alternatives (inquire about daily management at home and offer a long-term treatment plan option)'. This leads to 'Choose among options', which involves 'Write down advice (hair regimen to daily routine)'. This leads to 'Try out clinical recommendations', which involves 'Educate (review short-term goals of therapy, provide clues for making decisions at home)'. This leads to 'Inform doctor of results', which involves 'Refine therapeutic plan'. This leads to 'Revise practices as needed and proceed', which loops back to 'Attend to recommendations'. A callout box states: 'Many adult patients with AD prefer to have a large amount of control in decision-making for their care!'.</p> <p><small>1. Van Derm, PhD, et al. <i>Journal of Neurology</i> 2016; 273(1): 1-12. doi: 10.1007/s00415-015-2310-1</small></p>	<p>Este es el tipo de proceso que deben seguir mentalmente para identificar cuál es el tratamiento óptimo para un determinado paciente. Hay que describir el problema, ver las recomendaciones y elegir entre las opciones disponibles. Quizá para ensayar algunas recomendaciones clínicas y afinar el plan terapéutico. Es algo que forma parte de la práctica diaria. Hay que tener en cuenta todos estos puntos a la hora de encontrar el tratamiento óptimo para un paciente determinado.</p>
<p>42</p>	 <p><b>Engaging Patients in Care and Shared Decision-making</b></p> <p>The diagram outlines five pillars for engaging patients in care and shared decision-making:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Empowering Patients:</b> Provide patients with information about their condition, including the risks and benefits of different treatment options, and encourage them to ask questions and share their preferences.</li> <li><b>Inviting Active Participation:</b> Encourage patients to participate in the decision-making process by asking for their opinions, listening to their concerns, and valuing their input.</li> <li><b>Using Decision Aids:</b> Decision aids, such as brochures, videos, and online tools, can help patients better understand their options and make informed decisions.</li> <li><b>Addressing Values and Preferences:</b> Ask patients about their values and preferences regarding treatment, including their priorities for symptom relief, potential side effects, and time to impact.</li> <li><b>Encouraging Collaboration:</b> Work together with patients to weigh the benefits and risks of different options and reach a mutually agreed-upon plan.</li> </ul>	<p>La toma de decisiones compartida con el paciente se basa en estos cinco pilares: empoderar a los pacientes; instarlos a una participación activa, y en este aspecto, el cumplimiento terapéutico es sumamente importante. Utilizar ayudas para la toma de decisiones: en la actualidad existe una serie de documentos y folletos, vídeos y herramientas online disponibles para facilitar la toma de decisiones. Abordar los valores y las preferencias es una cuestión muy individual, si los pacientes tienen preocupaciones concretas. Por último, se debe fomentar la colaboración. Solo se puede</p>

**Abordar la carga mundial de la dermatitis atópica: evolución de las mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento**

La toma de decisiones terapéuticas en adultos con dermatitis atópica

		<p>alcanzar ese objetivo final de identificar la opción de tratamiento óptima cuando, de hecho, los pacientes colaboran y entienden la necesidad de equilibrar el beneficio y el riesgo de las diferentes opciones abordadas. Espero haber sido capaz de orientarles sobre las opciones terapéuticas disponibles actualmente para el tratamiento de pacientes adultos con dermatitis atópica de moderada a grave. El tratamiento de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos se ha tratado en otra presentación.</p>
43		<p>De nuevo, muchas gracias por su atención.</p>