

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color




Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

1.		Le damos la bienvenida a Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color.
2.		Dr. Jonathan Silverberg. Soy profesor titular de Dermatología y director de investigación clínica en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad George Washington, y me complace estar acompañado hoy por la doctora Susan Taylor, titular de cátedra patrocinada en Burnett Johnson Jr., directora de la beca de investigación sobre la piel de color, vicepresidenta de diversidad, igualdad e inclusión del Departamento de Dermatología de la Facultad de Medicina Perelman de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia; y por el doctor Prince Adotama, profesor adjunto de Dermatología, director de diversidad, igualdad e inclusión del Departamento de Dermatología, director adjunto del Programa de Residencia del Departamento de Dermatología y cofundador de la Sección de piel de color del Departamento de Dermatología Ronald O. Perelman de la Facultad de Medicina Grossman de la Universidad de Nueva York.
3.		El orden del día de la presentación de hoy es que, primero, vamos a abordar la comprensión de las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica y sus efectos en las personas con piel de color, que lo abordará la profesora Taylor. Luego, habrá un «Desafío de casos clínicos» que abordará la evaluación y el diagnóstico de la dermatitis atópica en la piel de color, dirigido por la doctora Taylor; y, posteriormente, el doctor Adotama abordará el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave en la piel de color. También presentaremos un «Desafío de casos clínicos» sobre el tratamiento y la evaluación continua de la dermatitis atópica en la piel de color.

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

<p>4.</p>		<p>Dicho esto, me complace ceder la palabra a la profesora Taylor para la primera presentación. Muchas gracias, doctor Silverberg. Para mí es un gran placer hablar de las diferencias en el diagnóstico y el tratamiento de la dermatitis atópica, sobre todo en lo que respecta a las personas con piel de color.</p>
<p>5.</p>		<p>Todos sabemos que la dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante de la piel y, aunque afecte a adultos, es mucho más frecuente en niños. La prevalencia oscila entre el 15 % y el 30 % de los niños y entre el 2 % y el 10 % de los adultos en todo el mundo. Es importante señalar que este es un trastorno a nivel mundial. La patogenia de la dermatitis atópica es bastante compleja e implica una interacción de factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Todos estos conducen a una disfunción de la barrera cutánea, así como a una disregulación inmunitaria. Existen varias enfermedades concomitantes asociadas a la dermatitis atópica. Todos estamos muy familiarizados con las afecciones alérgicas relacionadas con la dermatitis atópica, como el asma y la alergia al polen, pero también con infecciones, trastornos autoinmunitarios y mentales, afecciones metabólicas y enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión.</p>
<p>6.</p>		<p>Así pues, el problema de la dermatitis atópica es bastante multidimensional. Tiene síntomas físicos que incluyen picor, dolor, pérdida de sueño y, por supuesto, las enfermedades concomitantes antes mencionadas. Como saben, hay cargas socioemocionales asociadas a la dermatitis atópica. Causa mucha ansiedad y depresión en los pacientes, porque este trastorno afecta profundamente a la calidad de vida. Es posible que los pacientes limiten sus actividades de ocio, así como su participación en actividades deportivas. Puede limitar la capacidad para salir al aire libre, por ejemplo, cuando hace mucho calor. Sus relaciones se ven profundamente afectadas; como las relaciones íntimas o las relaciones con sus hijos, si son cuidadores. La dermatitis atópica puede limitar las oportunidades profesionales y, por tanto, obstaculizar el logro de metas de la vida.</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>Además, respecto a los cuidadores, sufren mucha ansiedad y depresión. A menudo, tienen que coordinar la atención. También ellos, al igual que sus hijos, por ejemplo, pierden horas de sueño, faltan al trabajo y pueden tener que soportar cargas económicas importantes. Y toda la estructura familiar y el tiempo que se pasa con la familia pueden verse afectados. Por supuesto, hay aspectos socioeconómicos. Hay una mayor utilización del sistema sanitario en pacientes con dermatitis atópica. Hay costes personales más elevados que se manifiestan en un aumento de los copagos cuando acuden al médico o se someten a tratamientos. Y, por supuesto, en los adultos, pierden más trabajo, cogen más bajas por enfermedad. Además, su rendimiento laboral es menor. Nuestros pacientes con dermatitis atópica soportan una gran carga con múltiples dimensiones.</p>
7.	 <p>Higher Prevalence of AD in SoC Populations</p> <p>AD prevalence varies globally, with higher rates in Africa and Oceania compared to India and Europe.¹</p> <p>Higher prevalence of AD among Black children living in urban areas in the US and UK.^{2,7}</p> <p>Black individuals have a 3x higher likelihood, and Asian/Pacific Islander individuals have a 7x higher likelihood, of AD diagnosis compared to White individuals.³</p> <p>Even after accounting for factors such as income, education, environment, and health insurance, individuals with SoC still have a greater likelihood of developing AD than White individuals.³</p> <p><small>AD: atopic dermatitis; SoC: skin of color. 1. Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2005;115:1254-1258. doi:10.1016/j.jaci.2005.03.023. 2. Fu T, et al. Pediatr Dermatol. 2014;33:24-28. 3. Blauvelt AL, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011;123:87-93. 4. Weiland JC, et al. J Allergy Clin Immunol. 2010;125:1022-1025. 5. Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011;123:1179-1185. 6. Steinhilber B, et al. Clin Exp Allergy. 2012;42:298-307. 7. Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;125:1022-1025. 8. Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;125:1022-1025.</small></p>	<p>Sabemos que la prevalencia de la dermatitis atópica varía a nivel mundial. Las tasas son más elevadas en África y Oceanía, en comparación con Europa y la India. Sabemos que aquí mismo, en Estados Unidos, hay una mayor prevalencia de dermatitis atópica en los niños negros que viven en zonas urbanas, y esta tendencia también se presenta en el Reino Unido. Las personas de raza negra tienen una probabilidad tres veces mayor, y los asiáticos y aborígenes de las islas del Pacífico siete veces mayor de diagnóstico de dermatitis atópica en comparación con las de raza blanca. Pero incluso después de tener en cuenta factores como los ingresos, la educación, el entorno o el seguro médico, las personas con piel de color siguen teniendo más probabilidades de desarrollar dermatitis atópica que aquellas con piel blanca. Se trata, pues, de una población muy especial e importante.</p>
8.	 <p>Delayed Diagnosis of AD in SoC Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> Healthcare disparities of delayed diagnosis and advanced disease at diagnosis in AD are related to:¹ <ul style="list-style-type: none"> Lack of access to care and healthcare utilization¹ Lack of trust in the healthcare system and providers¹ Historically biased care delivery¹ Inadequate training of primary care physicians, as Black children have a 3x higher likelihood of receiving an AD diagnosis during a dermatologist visit^{2,4} Inability to identify erythema on more darkly pigmented skin⁵ Misdiagnosis of AD in Asian/Pacific Islander patients, which may be mistaken for psoriasis due to clearer demarcation and more pronounced scaling and lichenification⁶ Frequent occurrence of atypical presentations in Hispanic patients⁷ The groups that tend to be most affected by these disparities are ethnic minorities and people of lower socioeconomic status¹ <p><small>1. Hagan, unpublished for educational purposes only from Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;125:1022-1025. 2. Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011;123:87-93. 3. Fu T, et al. Pediatr Dermatol. 2014;33:24-28. 4. Weiland JC, et al. J Allergy Clin Immunol. 2010;125:1022-1025. 5. Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2011;123:1179-1185. 6. Steinhilber B, et al. Clin Exp Allergy. 2012;42:298-307. 7. Gollwitzer HE, et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;125:1022-1025.</small></p> <p>Erythema in darker skin types can be challenging to detect, as it often presents as a violaceous hue, ashen gray, or darker brown color.</p>	<p>Ahora, por desgracia, hay retrasos significativos en el diagnóstico de la dermatitis atópica en nuestras poblaciones con piel de color, lo que puede deberse a una infinidad de problemas. El número desproporcionado de casos de dermatitis atópica en nuestras poblaciones con piel de color puede deberse a una menor utilización inicial de la asistencia sanitaria, que podría dar lugar a una enfermedad más avanzada en el momento de la aparición. Sabemos que los niños negros tienen una probabilidad tres veces mayor de recibir un</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:



efectos en las personas con piel de color

		<p>diagnóstico de dermatitis atópica durante las consultas dermatológicas y eso implica que, tal vez, el médico de atención primaria esté pasando por alto el diagnóstico de dermatitis atópica en esta población. Entonces ¿por qué sucede? Bueno, una de las principales razones es que a menudo el eritema, que es realmente el sello distintivo de la dermatitis atópica en poblaciones de individuos con piel más clara puede no verse o percibirse, o notarse en individuos con tipos de piel más oscura. Y esto puede estar relacionado con el retraso en el diagnóstico y, por desgracia, también con diagnósticos erróneos. La dermatitis atópica en nuestros pacientes asiáticos y aborígenes de las islas del Pacífico puede confundirse con la psoriasis, y esto se debe a que, en esta población, puede haber diferencias en la morfología y la presentación, en concreto con placas bien delimitadas, así como descamación y liquenización más pronunciadas, y en nuestra población hispana, puede haber presentaciones y manifestaciones más atípicas, lo que de nuevo puede llevar a un diagnóstico tardío o erróneo.</p>																
9.	<div data-bbox="264 1055 906 1422"> <h3>Genetics of AD in SoC Populations</h3> <ul style="list-style-type: none"> Initial genetics studies in AD focused on European ancestry, but recent studies have expanded to diverse ethnic groups¹ FLG mutations are found in approximately 50% of European patients and 27% of Asian patients, but their association with AD in individuals of African ancestry is unclear¹ <ul style="list-style-type: none"> ↳ lower occurrence in AA patients compared to EA patients² ↳ When present, FLG mutations affect AA patients similarly to EA patients² Instead of the LoF FLG mutations common in White and Asian patients with AD, LoF mutations in FLG2 have been found among AA patients with AD^{3,4} <table border="1" data-bbox="662 1167 898 1305"> <caption>Minor allele frequency for prevalent FLG null mutations in a US cohort with AD</caption> <thead> <tr> <th>Allele type</th> <th>R501X</th> <th>2282del4</th> <th>R2447X</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Full Cohort: MAF%</td> <td>7.5</td> <td>3.7</td> <td>0.91</td> </tr> <tr> <td>EA: MAF%</td> <td>7.7</td> <td>6.8</td> <td>1.4</td> </tr> <tr> <td>AA: MAF%</td> <td>3.1</td> <td>0.3</td> <td>0.7</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>AA: African American; EA: European American; FLG: Filaggrin; LoF: Loss of Function; MAF: minor allele frequency; US: United States. ¹ Han et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2012;130:1010-1017. ² Sautter et al. <i>J Clin Invest</i> 2010;120:1017-1024. ³ Sautter et al. <i>J Clin Invest</i> 2010;120:1017-1024. ⁴ Sautter et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2010;120:1017-1024.</small></p> </div>	Allele type	R501X	2282del4	R2447X	Full Cohort: MAF%	7.5	3.7	0.91	EA: MAF%	7.7	6.8	1.4	AA: MAF%	3.1	0.3	0.7	<p>Actualmente, cuando pensamos en la genética de la dermatitis atópica, gran parte del trabajo se ha realizado en individuos europeos, en personas de ascendencia europea. Pero, por suerte, se han hecho estudios recientes de la genética en poblaciones con piel de color. Ahora, sabemos que se han encontrado mutaciones de pérdida de la función de la filagrina en aproximadamente el 50 % de los pacientes europeos y el 27 % de los asiáticos. Pero esta asociación con la dermatitis atópica en personas de ascendencia africana no está clara y, de hecho, sabemos que estas personas no suelen tener una mutación de pérdida de la función de la filagrina, sino más bien una mutación en la filagrina 2. Existen diferencias en las mutaciones genéticas entre nuestras poblaciones con piel de color y blanca, algo que es muy importante conocer.</p>
Allele type	R501X	2282del4	R2447X															
Full Cohort: MAF%	7.5	3.7	0.91															
EA: MAF%	7.7	6.8	1.4															
AA: MAF%	3.1	0.3	0.7															

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

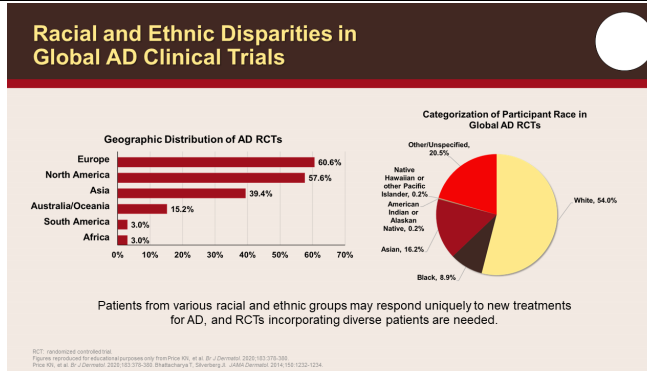
efectos en las personas con piel de color

<p>10.</p>	<p>Higher Burden of AD in Individuals With SoC</p> <ul style="list-style-type: none">• Patients with SoC experience greater disease severity in comparison to White patients¹⁻⁴<ul style="list-style-type: none">— Black children are 6× more likely to develop severe AD than White children¹— Patients with SoC present with more treatment-resistant AD than White patients⁵• Patients with SoC experience greater AD-related healthcare utilization and financial burden compared to White patients:<ul style="list-style-type: none">— Black patients exhibit higher rates of office visits, prescriptions, and dermatologist consultations for AD compared to White patients⁶— Black race is associated with increased OOP costs for AD⁷  <p><small>OOP: out-of-pocket 1. Sano-García-Rubio, et al. Br J Dermatol. 2002;147:929-932. 2. Chung J, Simpson EL. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;122:300-304. 3. Shestakova G, Simpson EL. Dermatol. 2014;121:107-114. 4. Corrojo G, et al. Allergy Clin Immunol. 2021;148:1104-1111. 5. Shestakova G, Galanter J, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;122:484-492. 6. Pancherich A, et al. J Am Acad Dermatol. 2017;77:1080-1087. 7. Chiriacsky R, et al. Arch Dermatol. 2002;138:1738-1747.</small></p>	<p>Además, sabemos que hay una mayor carga de enfermedad en nuestras poblaciones con piel de color. Los niños negros, por ejemplo, tienen seis veces más probabilidades de desarrollar dermatitis atópica grave que los blancos. Los pacientes con piel de color presentan una dermatitis atópica más resistente al tratamiento que los pacientes blancos. Los pacientes con piel de color experimentaron una mayor utilización de los servicios sanitarios relacionados con la dermatitis atópica, así como una mayor carga económica, en comparación con los pacientes blancos. Hay mayores tasas de visitas al consultorio, recetas y consultas dermatológicas por dermatitis atópica en nuestros pacientes con piel de color en comparación con los de piel blanca. Y la raza negra se asocia a un aumento de los gastos de por cuenta propia para la dermatitis atópica, y esto puede tener un profundo efecto en muchas familias.</p>
<p>11.</p>	<p>Disparities in AD Diagnosis and Treatment in Individuals With SoC</p> <ul style="list-style-type: none">• Despite experiencing a greater prevalence of AD and a greater disease burden, individuals with SoC are:<ul style="list-style-type: none">— More likely to experience delayed/missed diagnosis of AD— More likely to receive suboptimal treatment for AD, particularly with biologic therapy— Under-represented in clinical trials of AD treatments  <p><small>Nardi S, et al. Arch Dermatol. 2023;159:1216-1223.</small></p>	<p>Cuando pensamos en las diferencias en el diagnóstico y el tratamiento, de lo que he hablado, pueden ser bastante significativas. A pesar de experimentar una mayor prevalencia de dermatitis atópica y una mayor carga por la enfermedad, las personas con piel de color tienen más probabilidades de experimentar diagnósticos tardíos y erróneos, como hemos dicho, porque a menudo la presentación de la enfermedad es diferente. Tienen más probabilidades de recibir un tratamiento deficiente para la dermatitis atópica, y los estudios han demostrado que tienen menos probabilidades de que se les prescriba terapia biológica, algo en lo que todos debemos pensar. Además, por desgracia, nuestros pacientes con piel de color suelen estar infrarrepresentados en los ensayos clínicos para la dermatitis atópica. Es de vital importancia para nosotros saber si la seguridad y la eficacia de nuestras modalidades terapéuticas para la dermatitis atópica se aplican a nuestras poblaciones con piel de color.</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

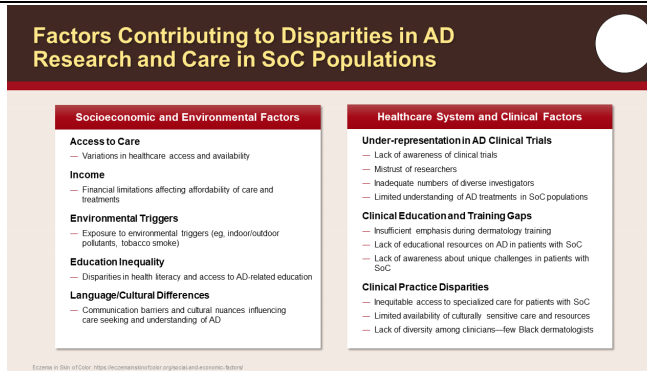
Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

12.



Cuando observamos nuestras diferencias raciales y étnicas en los ensayos clínicos mundiales de dermatitis atópica, podemos ver que más de la mitad de esos ensayos se llevan a cabo en Europa y Norteamérica, más de un tercio en Asia y el 15 % en Australia y Oceanía. Pero, si nos fijamos en las zonas donde residen los pacientes con piel de color, en concreto África y Sudamérica, solo el 3 % de los ensayos clínicos controlados aleatorizados se llevan a cabo en esas partes del mundo.

13.

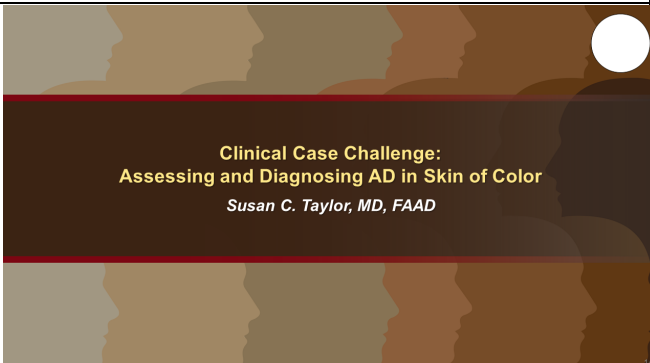


Por lo tanto, hay muchos factores que contribuyen a las diferencias en la investigación de la dermatitis atópica, así como en la atención a nuestras poblaciones con piel de color. En primer lugar, hay dificultades de acceso a la atención médica. Existen diversas variaciones en el acceso y la disponibilidad de la asistencia sanitaria. Ya saben, hemos hablado del hecho de que hay más cargas económicas para muchas de nuestras poblaciones con piel de color, que deben hacer frente a copagos más altos por cuenta propia y pierden más días de trabajo, lo que también influye en la capacidad de nuestros pacientes para obtener atención. Sabemos que, debido al racismo estructural, existen diferencias y disparidades significativas en materia de vivienda en muchas de nuestras poblaciones con piel de color, debido a una larga historia, sobre todo en Estados Unidos, de prácticas discriminatorias. Muchos pacientes con piel de color viven en zonas donde hay más contaminantes, por ejemplo, cerca de autopistas o fábricas. Hay contaminantes internos a los que están expuestos, por ejemplo, infraviviendas con crecimiento de moho. Sabemos que la exposición al humo del tabaco puede agravar la diátesis atópica en estos pacientes. Puede haber desigualdades en la educación y en la alfabetización en materia de salud que contribuyen a las disparidades generales en la atención de la dermatitis atópica para nuestros pacientes con piel de color. No olvidemos las diferencias lingüísticas y culturales que existen. La infrarrepresentación en los ensayos clínicos es un problema importante, y hay muchas razones que contribuyen a esto. Una de estas es la falta de diversidad en los investigadores principales que dirigen estos estudios. Puede haber conocimientos limitados del tratamiento de la

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>dermatitis atópica en poblaciones con piel de color, falta de conocimiento sobre ensayos clínicos y desconfianza hacia los investigadores, lo que se remonta a muchas, muchas generaciones. Cuando pensamos en la concienciación clínica y las lagunas de formación, sabemos que falta diversidad en las imágenes de la dermatitis atópica en la piel de las poblaciones de color. Puede haber un énfasis insuficiente durante la formación en dermatología, falta de recursos educativos relacionados con la dermatitis atópica en nuestras poblaciones con piel de color, así como falta de conciencia de los desafíos únicos de estos pacientes. Por último, están nuestras diferencias en la práctica clínica y el acceso desigual a la atención especializada para nuestros pacientes con piel de color. La sensibilidad y la humildad culturales son de vital importancia. Una vez que nuestros pacientes de color acuden a los dermatólogos, ¿les atienden médicos que puedan tratarles con humildad cultural, y volverán a esos médicos? Además, por supuesto, falta diversidad entre los médicos. Sabemos que solo alrededor del 3 % de los dermatólogos son negros y el 4,2 % hispanos, lo que puede repercutir en las diferencias en la práctica clínica. También sabemos que los médicos infrarrepresentados en medicina tienden a atender a poblaciones con piel de color mucho más que otros profesionales sanitarios.</p>
14.	 A presentation slide with a dark background and silhouettes of people's heads in various shades of brown and tan. The text on the slide reads: "Clinical Case Challenge: Assessing and Diagnosing AD in Skin of Color" followed by "Susan C. Taylor, MD, FAAD".	<p>Ahora, me gustaría dedicar unos minutos a comentar los «Desafíos de los casos clínicos», y estos se relacionan con la evaluación y el diagnóstico de la dermatitis atópica en pacientes con piel de color.</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color




Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

<p>15.</p>	<div data-bbox="264 197 909 566"> <h3>Patient Case: AD in a Black Infant</h3> <ul style="list-style-type: none"> 6-month-old Black infant presenting with eczema Previous history of mild eczema managed with OTC emollients; family history of atopy Physical examination: <ul style="list-style-type: none"> Eczematous lesions, lichenification, and xerosis on the cheeks, torso, and extensor surfaces Evidence of excoriation due to scratching Pruritus leading to sleep disturbances for both the patient and the parents <p>What clinical features and physical examination findings of this patient are suggestive of AD in SoC?</p>  <p><small>©2014 American Academy of Dermatology. All rights reserved. For educational purposes only. From Dermatol. News, Zealand. Bottom image reproduced for educational purposes only from DermatologyOnline.com.</small></p> </div>	<p>Empecemos con este bebé negro de seis meses. Este bebé tiene antecedentes previos de eccema leve que se ha tratado bastante bien con emolientes de venta sin receta. Efectivamente, hay antecedentes familiares de atopia. En la exploración física se observa que hay lesiones eczematosas, liquenización y xerosis difusa que ocurre, no solo en las mejillas, sino también en el torso, así como en las superficies extensoras del cuerpo. Y hay indicios de excoriación debido al rascado. La pregunta que quiero plantear, y que quiero que tengan siempre presente, es: ¿qué características clínicas y hallazgos de la exploración física de este paciente indican dermatitis atópica en piel de color?</p>						
<p>16.</p>	<div data-bbox="264 768 909 1137"> <h3>AAD 2014 Guidelines: Diagnostic Criteria</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Essential Features</th> <th>Important Features</th> <th>Associated Features</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Pruritus Eczema <ul style="list-style-type: none"> Acute, subacute, or chronic Typical morphology and age-specific patterns³ Chronic or relapsing history </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Atopy <ul style="list-style-type: none"> Personal or family history Early age at onset IgE reactivity Xerosis </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Atypical vascular responses <ul style="list-style-type: none"> Facial pallor Dermographism Keratosis pilaris, pityriasis alba, hyperlinear palms, or ichthyosis Ocular or periorbital changes Perifollicular accentuation, lichenification, or prurigo lesions </td> </tr> </tbody> </table> <p>Although diagnostic criteria for AD are standard, the diagnosis of AD in patients with SoC requires knowledge of the common differences between the appearance of AD in lighter and darker skin.</p> <p><small>©2014 American Academy of Dermatology. All rights reserved. For educational purposes only. From Dermatol. News, Zealand. Bottom image reproduced for educational purposes only from DermatologyOnline.com.</small></p> </div>	Essential Features	Important Features	Associated Features	<ul style="list-style-type: none"> Pruritus Eczema <ul style="list-style-type: none"> Acute, subacute, or chronic Typical morphology and age-specific patterns³ Chronic or relapsing history 	<ul style="list-style-type: none"> Atopy <ul style="list-style-type: none"> Personal or family history Early age at onset IgE reactivity Xerosis 	<ul style="list-style-type: none"> Atypical vascular responses <ul style="list-style-type: none"> Facial pallor Dermographism Keratosis pilaris, pityriasis alba, hyperlinear palms, or ichthyosis Ocular or periorbital changes Perifollicular accentuation, lichenification, or prurigo lesions 	<p>Cuando pensamos y vemos los criterios diagnósticos establecidos en las directrices de 2014, las características fundamentales del diagnóstico incluyen prurito, y este niño tenía prurito, y diferentes formas de eccema: agudo, subagudo o crónico. Hay una morfología típica y patrones específicos para cada edad. Y esa morfología puede diferir en nuestros pacientes con piel de color, como vamos a ver en las siguientes diapositivas. Sabemos que el eccema es un trastorno crónico o recidivante, y obtenemos ese historial de nuestros pacientes. Entre las características importantes se incluyen los antecedentes personales o familiares de atopia y la edad temprana de aparición; sabemos que la mayoría de los pacientes con dermatitis atópica son niños. Hay reactividad IgE y xerosis bastante generalizada en la mayoría de nuestros pacientes con dermatitis atópica. Las características asociadas pueden incluir respuestas vasculares atípicas. Pueden variar desde la palidez facial hasta el dermatografismo. A menudo, vemos queratosis pilaris, pitiriasis alba, palmas hiperlineales o ictiosis. Puede haber cambios oculares o periorbitarios y, por supuesto, acentuación perifolicular, sobre todo en nuestros pacientes con piel de color, liquenización en pacientes con piel de color, negros y asiáticos, y lesiones de prurigo. Aunque los criterios de diagnóstico de la dermatitis atópica son estándar, su diagnóstico en pacientes con piel de color requiere conocer las diferencias frecuentes entre su aspecto en pieles claras y oscuras. Y</p>
Essential Features	Important Features	Associated Features						
<ul style="list-style-type: none"> Pruritus Eczema <ul style="list-style-type: none"> Acute, subacute, or chronic Typical morphology and age-specific patterns³ Chronic or relapsing history 	<ul style="list-style-type: none"> Atopy <ul style="list-style-type: none"> Personal or family history Early age at onset IgE reactivity Xerosis 	<ul style="list-style-type: none"> Atypical vascular responses <ul style="list-style-type: none"> Facial pallor Dermographism Keratosis pilaris, pityriasis alba, hyperlinear palms, or ichthyosis Ocular or periorbital changes Perifollicular accentuation, lichenification, or prurigo lesions 						

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color



Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>frecuencia de nuestros pacientes con dermatitis atópica.</p>
<p>21.</p>	<div data-bbox="264 277 906 633"> <h3>AD Presentation in SoC (cont)</h3> <ul style="list-style-type: none"> Asian patients are more likely to present with: <ul style="list-style-type: none"> Clearer demarcation of lesions More pronounced scaling and lichenification More frequent extensor involvement Erythrodermic AD (adolescents and adults, particularly those with a longer disease course) Features associated with psoriasis, such as epidermal hyperplasia, elongated rete ridges, parakeratosis, and hypogranulosis  <p><small>The images reproduced for educational purposes only from DerNet. New Zealand. Copyright 2015. All rights reserved. The images reproduced for educational purposes only from DerNet. New Zealand. Copyright 2015. All rights reserved. The images reproduced for educational purposes only from DerNet. New Zealand. Copyright 2015. All rights reserved.</small></p> </div>	<p>Es importante señalar que muchos de nuestros pacientes asiáticos pueden presentar una clara demarcación de sus lesiones. Puede haber descamación y liquenización más pronunciadas; afectación más frecuente de las superficies extensoras del cuerpo. A menudo, vemos dermatitis atópica eritrodérmica en adolescentes y adultos, sobre todo en aquellos que han tenido un curso más largo de la enfermedad. No queremos confundir la dermatitis atópica en nuestros pacientes asiáticos con psoriasis, y puede haber características histológicas en la biopsia consistentes con la psoriasis que incluyen hiperplasia epidérmica, crestas interpapilares alargadas, paraqueratosis e hipogranulosis.</p>
<p>22.</p>	<div data-bbox="264 848 906 1205"> <h3>Patient Case: Possible AD in a Filipina Woman</h3> <ul style="list-style-type: none"> 20-year-old Filipina woman presenting with papular eczema History of intermittent flares and remissions since early childhood Physical examination: <ul style="list-style-type: none"> Papular predominance, primarily on the face (perioral and periorcular), neck, flexor surfaces, and hands Mild erythema and subtle scaling in some areas Excoriation and secondary infection due to scratching Intense pruritus leading to sleep disturbances (reported by patient) <p>What are the differential diagnoses of this patient's presentation?</p>  <p><small>The image reproduced for educational purposes only from DerNet. New Zealand. Copyright 2015. All rights reserved.</small></p> </div>	<p>Aquí tenemos un caso de posible dermatitis atópica en una mujer filipina. Tiene 20 años; presenta eccema papular; tiene un largo historial de brotes intermitentes y remisión desde la primera infancia, y aquí vemos un predominio papular. Las pápulas pueden aparecer en la cara, la zona peribucal y periorcular, el cuello, las superficies flexoras, como vemos aquí, así como en las manos. Puede haber eritema leve, descamación sutil en algunas zonas. Definitivamente, las excoriaciones y las infecciones secundarias pueden deberse al rascado. Quiero que piensen, ¿cuáles son los diagnósticos diferenciales de la presentación de esta paciente? Y hay varias cosas que me vienen inmediatamente a la mente.</p>
<p>23.</p>	<div data-bbox="264 1458 906 1814"> <h3>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC</h3> <ul style="list-style-type: none"> Scabies <ul style="list-style-type: none"> Erythematous papules; may present with subtle color variations on darker skin Presence of burrows; dermatoscopy may aid visualization in darker skin Pruritus that worsens at night Seborrheic dermatitis <ul style="list-style-type: none"> Individuals with darker skin may present with scaly, hypopigmented macules and patches in affected areas Children with darker skin may exhibit erythema, flaking, and hypopigmentation in affected areas, rather than classic cradle cap appearance Arctuate or petal-like patches may be seen  <p><small>The left image reproduced for educational purposes only from DerNet. New Zealand. Copyright 2015. All rights reserved. The right and bottom images reproduced for educational purposes only from DerNet. New Zealand. Copyright 2015. All rights reserved.</small></p> </div>	<p>Por supuesto, no hay que pasar por alto la sarna, que también puede presentarse con pápulas eritematosas. Puede presentarse con sutiles variaciones de color en la piel más oscura. No olviden que, con la sarna, a menudo observamos excavaciones. No olviden consultar los espacios interdigitales. La dermatoscopia es una gran herramienta que puede ayudar a la visualización en pieles más oscuras. En el caso de la sarna, normalmente el prurito puede empeorar por la noche. En este diferencial, también podríamos pensar en la dermatitis seborreica. Las personas de piel más oscura suelen presentar máculas hipopigmentadas y manchas en la frente, la zona del surco nasogeniano, las cejas, el nacimiento del pelo, a</p>


Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>menudo en la cara, y puede haber manchas de tipo arqueado o petaloide. Los niños con piel más oscura pueden presentar eritema, descamación e hipopigmentación en las zonas afectadas más allá del cuero cabelludo y la cara, en lugar de la clásica presentación de costra láctea.</p>
24.	<div data-bbox="264 450 906 808"> <h3>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Contact dermatitis <ul style="list-style-type: none"> — Localized rash or hyperpigmentation in areas of direct contact with an allergen — History of exposure to potential irritants or allergens, such as certain metals, chemicals, or plants — Specific triggers identified with patch testing • Ichthyosis vulgaris <ul style="list-style-type: none"> — AD is present in 50% of patients with ichthyosis vulgaris and is usually the dominant clinical problem for affected individuals — Usually less pruritic than AD — Usually present at birth or develops in childhood — Often (but not always) mild in presentation  <p>Images reproduced for educational purposes only from EmedicineDev/Color.org</p> </div>	<p>No olviden que en nuestro diagnóstico diferencial de la dermatitis atópica está la dermatitis de contacto. Aquí, en la primera foto, vemos a un paciente con una pulsera metálica. Es importante orientar el historial hacia descubrir contactos. Por ejemplo, se debe preguntar sobre la exposición a posibles irritantes, alérgenos, metales, sustancias químicas o plantas. Para estos pacientes, se puede considerar la posibilidad de realizar pruebas con parches para identificar cuál es el desencadenante concreto. La ictiosis vulgar puede ser un mimetismo de la dermatitis atópica y puede aparecer. La dermatitis atópica está presente en aproximadamente el 50 % de los pacientes con ictiosis vulgar y suele ser el problema clínico dominante en los pacientes afectados. Suele ser menos pruriginosa que la dermatitis atópica. Estéticamente, estos pacientes están muy preocupados por esto. La ictiosis vulgar suele aparecer al nacer o desarrollarse en la infancia, y su presentación suele ser leve, aunque no siempre.</p>
25.	<div data-bbox="264 1267 906 1630"> <h3>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis <ul style="list-style-type: none"> — Lesion characteristics: <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis: well-demarcated, thick, and scaly plaques with a silvery-white appearance • AD: can also present with well-demarcated lesions, but they are typically erythematous, with weeping, crusting, or lichenification — Itching and pain: <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis: generally less itching and pain compared to AD • AD: intense itching is a hallmark feature, often causing significant discomfort — Nail involvement: <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis: nail changes such as pitting, onycholysis (nail separation), and thickening are frequently seen • AD: nail involvement is less common, and if present, it is usually due to secondary factors like scratching or infection  <p>Images reproduced for educational purposes only from DermNet, New Zealand</p> </div>	<p>Psoriasis. A menudo se parece a la dermatitis atópica, y sabemos que en la psoriasis suelen aparecer placas muy bien delimitadas, gruesas y escamosas, de aspecto blanco plateado. Pero recuerden que la dermatitis atópica también puede presentarse con lesiones bien delimitadas. Como hemos dicho antes, en nuestros pacientes asiáticos. Pero con la dermatitis atópica, suele haber más eritema o un tono violáceo. También puede haber exudación, costras o liquenización, a diferencia de la psoriasis. En cuanto a los síntomas de picor y dolor, la psoriasis suele ser menos pruriginosa y dolorosa que la dermatitis atópica. Sabemos que con la dermatitis atópica el picor intenso es una característica distintiva que mantiene a nuestros pacientes despiertos por la noche, lo que da lugar a excoriaciones bastante importantes y ampliamente visibles. El prurito puede causar molestias bastante importantes. Todos estamos familiarizados con</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>las alteraciones ungueales de la psoriasis, que pueden ir desde las uñas picadas hasta la onicólisis y el engrosamiento de la uña, mientras que la afectación ungueal de la dermatitis atópica es menos frecuente, lo que puede ser un aspecto para diferenciar entre la psoriasis y la dermatitis atópica.</p>
<p>26.</p>	 <p>Evaluating AD Extent and Severity in SoC</p> <ul style="list-style-type: none"> Common objective scoring systems (eg, EASI, SCORAD) may underestimate the severity of AD in patients with SoC because of the difficulty in assessing erythema as a contributing factor¹ PO-SCORAD scale has been adapted for Black patients with AD and has shown strong correlation with the traditional SCORAD scale when applied to these patients² Incorporating patient-reported outcomes, such as the POEM score,³ can help capture the subjective experience and impact of AD on patients with SoC <p>Standardized images of AD symptoms for scoring in individuals with White or Black skin.</p> <p>POEM questionnaire for use in pediatric and adult patients with AD.</p>	<p>Evaluar la extensión y la gravedad de la dermatitis atópica en la piel de color es un tema muy importante y suele subestimarse de forma errónea la gravedad de la dermatitis atópica en nuestros pacientes con piel de color. Esto sucede a menudo porque el sistema de puntuación que todos utilizamos, la EASI, la SCORAD depende en gran medida del eritema, y este puede ser más difícil de detectar o se subestima en nuestros pacientes con piel de color. Por lo tanto, a menudo se subestima el alcance mundial y la gravedad de la enfermedad en estas poblaciones. La escala SCORAD orientada al paciente se ha adaptado a los pacientes negros con dermatitis atópica. De hecho, se ha demostrado que tiene una fuerte correlación con la escala SCORAD tradicional cuando se aplica a estos pacientes. Es una herramienta muy importante y útil. Ahora, la incorporación de resultados comunicados por los pacientes, como la puntuación POEM, puede ayudar a captar la experiencia subjetiva y el efecto de la dermatitis atópica en pacientes con piel de color, lo cual es fundamental si ustedes participan en ensayos clínicos de dermatitis atópica para nuestros pacientes con piel de color, para asegurarse de que son capaces de detectar el eritema y la gravedad de su enfermedad, de modo que puedan ser aptos para estos ensayos clínicos concretos.</p>
<p>27.</p>	 <p>Panel Discussion: Diagnosing and Assessing AD in Skin of Color</p>	<p>Dicho esto, le cedo la palabra al Dr. Silverberg.</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

28.	<p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none">• Common pitfalls in recognizing AD in SoC:<ul style="list-style-type: none">—AD in patients with SoC is often dismissed based on hyperpigmentation—Patient/caregiver assessment is crucial to identify erythema, an indicator of active disease—Utilize tools such as microscope slides or blanching to visualize and differentiate erythema—Raised areas distinguish erythema from post-inflammatory hyperpigmentation <p>29</p>	<p>Gracias, Dra. Taylor, por su excelente presentación. Creo que hay muchas cuestiones prácticas que surgen en torno a estos temas tan importantes, así que me encantaría que me dijera cuáles son los escollos más frecuentes que se encuentran en la práctica clínica. Como el tipo de desafíos que se producen con mayor frecuencia en el mundo real en relación con el reconocimiento y diagnóstico adecuado de la dermatitis atópica en la piel de color.</p> <p>Bueno, ya sabe, Dr. Silverberg, muchos de mis pacientes, cuando acuden a mí, me dicen que han sufrido mucho durante un largo período de tiempo, o que su hijo ha sufrido durante un largo período de tiempo, y que nuestros colegas los han despachado y les han dicho cosas como «pues no veo mucha enfermedad activa», «Veo hiperpigmentación, lo que significa que ya lleva tiempo». Y solo les dan, por ejemplo, una crema tópica. Pero si le pregunta al paciente o cuidador, algo como, «¿Le parece que la piel está roja?», el cuidador o paciente saben si su piel está roja y entonces, ya saben, me encantaría pensar, mi ojo está entrenado para ver la variación del rojo, y a menudo es ese tono violáceo, varía un poco. Se puede utilizar un portaobjetos de microscopio. Se puede hacer desaparecer con los dedos. Se observa el eritema y lo extendido que está. Y en comparación con la hiperpigmentación posinflamatoria, las zonas están elevadas, ¿verdad? Se pueden sentir. Y entonces digo: «Bueno, esto es bastante grave, enfermedad de moderada a grave». Voy a tener una charla sobre el tratamiento generalizado.</p> <p>Excelente argumento.</p>
29.	<p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none">• Improving patient education on AD:<ul style="list-style-type: none">—Patients often have uncertainty due to previous misdiagnoses and multiple treatments—Educate patients on the chronic nature of their condition and the need for ongoing therapy—Building trust and fostering a strong patient-provider relationship is essential for compliance <p>30</p>	<p>Estoy de acuerdo. Creo que, a menudo, los pacientes no conocen su diagnóstico. Han visto a varios médicos y yo los veré y diré: «Vaya, parece dermatitis atópica o eccema». Y ellos dicen: «¿Es lo que tengo?». Y están inseguros de su diagnóstico, han pasado por múltiples tratamientos, y están muy inseguros y buscan en internet y dicen, «Mi eccema no se parece a lo que he visto en internet». Por eso, es muy importante que los médicos, en sus ajetreadas consultas de dermatología, dediquen tiempo a hablar con sus pacientes y explicarles su diagnóstico; que se trata de una enfermedad crónica y que no va a desaparecer tras una semana de tratamiento. Tenemos que</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>mantener los tratamientos. Creo que también es muy importante que los pacientes que tienen una relación médico-paciente discordante reconozcan que puede haber algunas barreras y que no necesariamente confían en uno, lo que significa que hay que dedicar aún más tiempo a construir y fomentar una relación con el paciente, para que confíe en lo que uno le dice y esté dispuesto a seguir los consejos.</p> <p>Excelentes argumentos. Sí. Creo que, por desgracia, estos problemas surgen con demasiada frecuencia. Saben, he tenido varios pacientes con fototipo 5-6 a los que se les dijo que tenían prurito psicógeno y que necesitaban ver a un psiquiatra, cuando eran prácticamente eritrodérmicos. Y yo estaba contemplando la hospitalización para aplicar curas húmedas. Así de mal estaban. Es una situación extrema, pero no debería ocurrir nunca. Y es algo a lo que creo que hay que prestar más atención. Y ese es el propósito de programas como este, prestar atención a entrenar la vista para reconocer las distintas presentaciones en diversas poblaciones de pacientes.</p> <p>¿Puedo hacer otra observación? Ya sabe, si como dermatólogo, se lo está planteando, pero no está seguro, siempre puede hacer una biopsia, ¿verdad? Es una herramienta muy importante. Está bien no estar seguro, pero no está bien no plantárselo.</p>
30.	<div data-bbox="264 1312 906 1671"> <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizing the assessment of severity in AD and SoC: <ul style="list-style-type: none"> —Consider QOL parameters such as pruritus intensity, sleep disturbance, and social implications —Incorporate patient-oriented assessment tools such as POEM and involve clinic staff to streamline the assessment process —Engage patients/caregivers in assessing the presence of erythema <p><small>QOL, quality of life</small></p> </div>	<p>Bien. Muy bien visto. ¿Tiene algún consejo sobre cómo optimizar la evaluación de la gravedad de la dermatitis atópica en pieles de color? Sabe, Susan, creo que ha hecho un gran trabajo esbozando muchos de los aspectos clínicos. Pero, para los que no necesariamente participan en los ensayos clínicos, que no necesariamente aplican la puntuación EASI y SCORAD diariamente, ¿qué deben plantearse a la hora de evaluar la gravedad? y solo en el trabajo en el mundo real.</p> <p>Sí, pues, solo algunas de las cosas prácticas. ¿Cuánto prurito tiene su paciente? ¿Cuánto se les interrumpe el sueño? ¿Evitan vestir determinadas prendas? ¿Evitan salir a la calle si hace mucho calor? ¿Evitan las situaciones sociales? ¿Les da vergüenza? Se trata de evaluaciones prácticas. Y, cuando miran su piel, ¿saben cuánta afectación observa? Como una</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>dispigmentación, ¿ven? Pero yo empezaría con los parámetros de calidad de vida.</p> <p>Muy bien visto.</p> <p>Soy de las que, en la clínica, no les gusta utilizar la puntuación EASI y la SCORAD, ya que creo que puede resultar difícil en una clínica de ritmo rápido. Pero creo que POEM es una herramienta increíble. Incluso puede hacer que su auxiliar de consultorio le haga rellenar la POEM antes. Y la POEM es una medición del eccema orientada al paciente que hace siete preguntas muy fáciles, y pregunta cosas como, en los últimos 7 días, en la última semana, «¿Cuánto le ha molestado este picor?» «¿Qué grado de escamoso ha sido su eccema?».</p> <p>¿Verdad? Esas preguntas son muy fáciles, y se obtiene una puntuación de gravedad. Incluso antes de entrar en el consultorio se puede tener una idea de referencia de la gravedad del eccema y saber: «bien, tengo que intensificar el tratamiento de este paciente», ¿no? Además de registrar un buen historial, también creo que se pueden utilizar algunas de esas herramientas para evaluar mejor la gravedad, y podría ser muy rápido si se utiliza al personal de la clínica para llevar a cabo ese proceso.</p> <p>Me encanta. Sí.</p> <p>A mí también me encanta. ¿Y saben qué? Si no la tienen, pueden buscarla en Google y descargarla de internet. Es muy fácil acceder.</p> <p>Sí, totalmente. Y creo que en realidad se vincula muy bien a algo que mencionó antes, Susan, que es que, incluso si no está seguro de cómo mirar la piel y el eritema, pregunte al paciente, porque él sí lo sabe. Creo que ahí es donde los resultados comunicados por los pacientes son tan útiles, porque a veces pensamos que sabemos lo que estamos viendo, pero puede que no estemos en lo cierto. Pero el paciente sabe exactamente cuál es su experiencia, y si le pica mucho y se siente incómodo, o si su piel ya no tiene el aspecto que tenía normalmente, eso será un indicio muy importante de que tenemos que mejorar, por así decirlo.</p> <p>Sí.</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

31.

Panel Discussion

- Differential diagnosis of AD in diverse skin phototypes:
 - Expand knowledge beyond traditional references to recognize diverse presentations
 - Consider differences in presentation in SoC, such as extensor involvement, neck involvement, and perifollicular accentuation
 - Be vigilant in considering underlying erythema, which may be atypical in SoC

¿Tiene alguna idea en concreto sobre las cosas que ve con más frecuencia con respecto al diagnóstico diferencial desde la perspectiva de la piel de color frente a los pacientes con fototipos más claros? ¿Hay ciertas cosas que debemos tener en cuenta con más frecuencia, o se trata del mismo diagnóstico diferencial amplio, pero solo es sobre el aspecto diferente en los distintos tipos de piel? ¿Nos confunden más ciertos trastornos en la piel de color que, quizás, en los tipos de piel más claros? Por ejemplo, creo que en los fototipos más claros, el eritema de la psoriasis a veces puede ser mucho más prominente. Creo que es más fácil de diferenciar. Pero cuando pasamos a fototipos más oscuros, a veces, no tenemos esa pista del eritema que nos ayuda tanto. ¿Dónde se ven aparecer estos detalles? ¿Qué debemos buscar en realidad en el diagnóstico diferencial para asegurarnos de que no se nos pasa por alto?


Creo que, en gran parte, se debe a la formación especializada que se recibe durante la residencia y a lo que se está expuesto. Es una conexión con la Dra. Taylor, porque ella ha escrito libros y textos educativos sobre cómo el eccema se presenta en las personas de color, y, siendo yo una persona de color, hago un esfuerzo adicional para asegurarme de que soy capaz de identificar las diferencias en la apariencia de los tipos de piel más oscura, como más afectación del extensor frente al flexor, más afectación del cuello, más acentuación papilar o folicular, ¿no? Así que es muy importante saber diferenciarlas. Así podré diagnosticar mejor a esos pacientes, ¿verdad? Busquen fuera de sus libros de texto y sus referencias habituales para ampliar de verdad su diagnóstico, porque las cosas que pueden no parecer eccema y Fitzpatrick 1-3 pueden ser simplemente eccema Fitzpatrick 4-6, si lo tienen en cuenta.

Estoy totalmente de acuerdo. Creo que casi todos los trastornos inflamatorios, que se presentan en tonos de piel más claros con eritema, normalmente no lo hacen en pacientes con piel de color, por lo que todos esos trastornos están en peligro de recibir un diagnóstico erróneo o tardío, ¿verdad? Creo que a todos nos corresponde preguntarnos, ¿podría en realidad haber un eritema aquí y no

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color



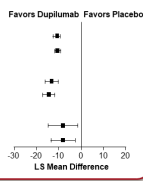
Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>lo estoy notando? Y eso se va a ampliar y, al mismo tiempo, ahora ya lo ha diagnosticado. Creo que esto no es un problema solo para la dermatitis atópica, sino para casi todos los trastornos inflamatorios que vemos. Excelente argumento. De verdad, gracias por este excelente debate.</p>																																
32.		<p>Bueno, soy el Dr. Prince Adotama, y vamos a empezar nuestro debate sobre el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave en pieles de color.</p>																																
33.	<p>Question</p> <p>Based on available data, which treatment for moderate-to-severe AD has specifically demonstrated efficacy and safety in individuals with SoC?</p> <ol style="list-style-type: none"> Dupilumab Tralokinumab Abrocitinib Baricitinib Upadacitinib <p>The answer to this question will be discussed in detail later in the presentation.</p>	<p>Así que, primero, planteemos una pregunta. Según los datos disponibles, ¿qué tratamiento para la dermatitis atópica de moderada a grave ha demostrado específicamente eficacia y seguridad en individuos con piel de color? a. dupilumab, b. tralokinumab, c. abrocitinib, d. baricitinib y e. upadacitinib. Hablaremos de esto en las próximas diapositivas.</p>																																
34.	<p>Biologic and JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>Indication(s) for Patients with AD*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">FDA-approved</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab subcutaneous injection¹</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 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 Can be used with or without TCS </td> </tr> <tr> <td>Tralokinumab²</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib³</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib⁴</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable </td> </tr> <tr> <td colspan="4">EMA-approved</td> </tr> <tr> <td>Baricitinib⁵</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1/2 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>*Regulatory approvals current as of June 2023. ¹ Dupilumab (Eli Lilly and Company). ² Tralokinumab (Eli Lilly and Company). ³ Abrocitinib (Novartis). ⁴ Upadacitinib (Novartis). ⁵ Baricitinib (Novartis).</small></p>	Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD*	FDA-approved				Dupilumab subcutaneous injection ¹	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> 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 Can be used with or without TCS 	Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS 	Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 	Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable 	EMA-approved				Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 	<p>Muy bien. Hablemos de los distintos tratamientos aprobados por la FDA para la dermatitis atópica de moderada a grave. El primer tratamiento es dupilumab, que es la inyección subcutánea. Fue aprobado por la FDA en 2017; fue el primer biofármaco disponible para la dermatitis atópica de moderada a grave. Y fue aprobado inicialmente para el tratamiento de pacientes de 18 años en adelante, pero con los años, se ha ampliado la aprobación a desde 6 meses en adelante. Ha tenido la más amplia variedad, en cuanto a qué pacientes con esta afección podemos tratar. Puede utilizarse con o sin corticoesteroides tópicos. Nuestro próximo fármaco es el tralokinumab. Se trata de un fármaco más nuevo, también para el tratamiento de la dermatitis atópica, de moderada a grave, y es para pacientes de 18 años en adelante. Puede utilizarse con o sin corticoesteroides tópicos. Estos son los dos agentes biológicos. Los dos próximos fármacos son inhibidores orales de janocinasa. Se trata de una nueva clase de fármacos que han sido aprobados por la FDA para la dermatitis atópica</p>
Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD*																															
FDA-approved																																		
Dupilumab subcutaneous injection ¹	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> 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 Can be used with or without TCS 																															
Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS 																															
Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 																															
Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable 																															
EMA-approved																																		
Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 																															

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color


Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>como abrocitinib, upadacitinib, o baricitinib, en realidad se bloquean estos efectos consecuentes y, por lo tanto, no se obtiene el aumento de prurito de la piel y el aumento de la polarización Th2. Esta es un fármaco tradicional intracelular que funciona de forma diferente y, como consecuencia, bloquea más citocinas.</p>																																								
<p>36.</p>	<div data-bbox="264 495 903 846"> <h3>Addressing the Urgent Need for Diversity: Evaluating AD Therapies in Patients With SoC</h3> <ul style="list-style-type: none"> Few data exist on differences in treatment efficacy and safety in patients with AD of different skin types Standalone trials and subgroup analyses based on race/ethnicity for JAK inhibitor class or tralokinumab in patients with SoC¹ are absent Post hoc analyses of phase 3 dupilumab trials have examined efficacy and safety by race²  <p><small>1. Published search of each therapy performed with the same subgroup analysis race, ethnicity, and/or gender as clinical studies and/or in vitro data 2022. 2. Abalos AP, et al. J Drugs Dermatol. 2019;18:804-813.</small></p> </div>	<p>Entonces, ¿cómo estamos abordando la urgente necesidad de diversidad? Bien. Queremos saber qué hacemos por los pacientes de color. Existen pocos datos sobre las diferencias en la eficacia y la seguridad del tratamiento en pacientes con dermatitis atópica de distintos tipos de piel. Por el momento, no existen ensayos independientes ni análisis de subgrupos para los inhibidores de janocinasa o tralokinumab. En realidad, no sabemos específicamente cómo actúan los inhibidores de janocinasa o el nuevo fármaco tralokinumab en la piel de color. Sin embargo, el dupilumab, el primer fármaco, cuenta con análisis <i>a posteriori</i> que evalúan la eficacia y la seguridad en función de la raza y la etnia.</p>																																								
<p>37.</p>	<div data-bbox="264 1066 903 1417"> <h3>Efficacy and Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</h3> <ul style="list-style-type: none"> Post hoc analysis utilizing data from three phase 3 trials of dupilumab in AD: LIBERTY AD SOLO 1, LIBERTY AD SOLO 2, and CHRONOS Total of 2058 patients, including: <ul style="list-style-type: none"> 1429 White patients 501 Asian patients 128 Black/AA patients Baseline demographics and disease characteristics were generally balanced among treatment groups and racial subgroups; most patients had high disease burden at baseline  <p><small>Abalos AP, et al. J Drugs Dermatol. 2019;18:804-813.</small></p> </div>	<p>Veamos el ensayo que analiza la piel de color. En este análisis <i>a posteriori</i> se analizaron tres ensayos de fase III distintos, con un total de 2058 pacientes: 1429 eran blancos, 501 asiáticos y 128 negros o afroamericanos. Además, los datos demográficos de referencia y las características de la enfermedad estaban equilibrados por lo general entre los grupos de tratamiento y los subgrupos raciales. La mayoría de los pacientes tenían una elevada carga de enfermedad al inicio del estudio. Como saben, en estos ensayos estamos estudiando la dermatitis atópica de moderada a grave.</p>																																								
<p>38.</p>	<div data-bbox="264 1565 903 1917"> <h3>Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</h3> <p>Change in EASI: LS Mean Change from Baseline at Week 16</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Subgroup</th> <th>Placebo Change (SE)</th> <th>Dupilumab Change (SE)</th> <th>P Value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>White</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.36 (0.693)</td> <td>< .0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.47 (0.651)</td> <td>< .0001</td> </tr> <tr> <td>Asian</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.664)</td> <td>-24.23 (1.615)</td> <td>< .0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.664)</td> <td>-25.46 (1.455)</td> <td>< .0001</td> </tr> <tr> <td>Black/AA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-11.88 (1.947)</td> <td>-20.02 (2.722)</td> <td>.0161</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-11.88 (1.947)</td> <td>-19.98 (1.925)</td> <td>.0028</td> </tr> </tbody> </table>  <p><small>LS: least squares; q2w: twice weekly; qw: once every 2 weeks. Image reproduction for educational purposes only from Abalos AP, et al. J Drugs Dermatol. 2019;18:804-813.</small></p> </div>	Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value	White				Dupilumab q2w vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.36 (0.693)	< .0001	Dupilumab qw vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.47 (0.651)	< .0001	Asian				Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.664)	-24.23 (1.615)	< .0001	Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.664)	-25.46 (1.455)	< .0001	Black/AA				Dupilumab q2w vs Placebo	-11.88 (1.947)	-20.02 (2.722)	.0161	Dupilumab qw vs Placebo	-11.88 (1.947)	-19.98 (1.925)	.0028	<p>Lo que queremos ver es el cambio en la puntuación EASI, que es la puntuación del Área de eccema e índice de gravedad. Dado que analizamos a pacientes blancos, el cambio en la puntuación de los pacientes blancos con dupilumab cada 2 semanas fue una disminución de aproximadamente 25, lo que supone un descenso significativo de la gravedad del eccema. En el caso de los pacientes asiáticos, el cambio en la gravedad fue de 24, también un descenso significativo. Y, en el caso de los pacientes negros, el cambio de la gravedad de cada 2 semanas fue de 20. No necesariamente</p>
Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value																																							
White																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.36 (0.693)	< .0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.47 (0.651)	< .0001																																							
Asian																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.664)	-24.23 (1.615)	< .0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.664)	-25.46 (1.455)	< .0001																																							
Black/AA																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-11.88 (1.947)	-20.02 (2.722)	.0161																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-11.88 (1.947)	-19.98 (1.925)	.0028																																							

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

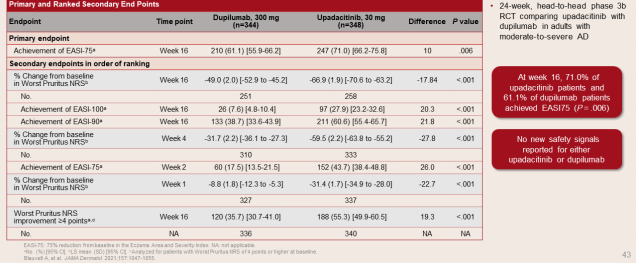
efectos en las personas con piel de color

		<p>blancos, el 10 % en el grupo de pacientes asiáticos y el 3 % en el grupo de pacientes negros. No hubo ningún marcador de peor gravedad, de efectos graves en el grupo de pacientes negros ni en el grupo de pacientes asiáticos.</p>																																																																																					
41.	<p>Efficacy and Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials (cont)</p> 	<p>La eficacia general fue similar entre todos los grupos, y también la seguridad. En conclusión, el dupilumab con o sin corticoesteroides tópicos concomitantes mejoró significativamente los signos y síntomas de la dermatitis atópica y la calidad de vida en todos los grupos raciales, grupos de eficacia. El dupilumab se consideró en general seguro y muy bien tolerado en los tres ensayos, y no hubo diferencias importantes entre los acontecimientos adversos del tratamiento en el grupo de pacientes negros, asiáticos o blancos.</p>																																																																																					
42.	<p>Real-world Treatment Outcomes of Dupilumab in Patients with AD and Different Skin Types</p> <ul style="list-style-type: none"> Observational prospective cohort study; eligible patients were children and adults with AD receiving dupilumab, cyclosporine, and/or methotrexate Total of 235 patients, stratified by Fitzpatrick skin type: <ul style="list-style-type: none"> 156 light skin type (Fitzpatrick skin type 1-3) 88 dark skin type (Fitzpatrick skin type 4-6) Patients followed for 6 months <p>Significant improvements observed for all outcome measures in both skin type groups when treated with dupilumab</p> <p>DST patients had significantly greater EASI improvements with dupilumab compared to LST patients, after accounting for baseline differences</p> <p>Dupilumab was well tolerated and resulted in fewer treatment discontinuations (14%) than methotrexate (49%) or cyclosporine (31%)</p> <table border="1" data-bbox="550 936 906 1205"> <thead> <tr> <th></th> <th>Baseline Score</th> <th>Follow-up Score</th> <th>P Value</th> <th>Δ Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">EASI</td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>24.2 (13.0)</td> <td>7.5 (7.1)</td> <td>< .001</td> <td>16.7 (13.0)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>19.0 (13.0)</td> <td>8.3 (7.5)</td> <td>< .001</td> <td>9.7 (11.6)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.032</td> </tr> <tr> <td colspan="5">POEM</td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>20.2 (6.0)</td> <td>10.1 (6.0)</td> <td>< .001</td> <td>10.1 (6.4)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>19.9 (5.7)</td> <td>10.5 (6.8)</td> <td>< .001</td> <td>9.4 (6.8)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.33</td> </tr> <tr> <td colspan="5">DLQI</td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>15.6 (6.8)</td> <td>6.2 (7.6)</td> <td>< .001</td> <td>9.4 (8.5)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>14.1 (6.7)</td> <td>5.7 (6.7)</td> <td>< .001</td> <td>8.4 (7.3)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.54</td> </tr> <tr> <td colspan="5">NRS</td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>6.9 (1.8)</td> <td>3.5 (2.2)</td> <td>< .001</td> <td>3.4 (2.3)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>7.2 (2.3)</td> <td>3.4 (2.7)</td> <td>< .001</td> <td>3.7 (3.0)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.99</td> </tr> </tbody> </table>		Baseline Score	Follow-up Score	P Value	Δ Score	EASI					Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	< .001	16.7 (13.0)	Mean score LST (SD)	19.0 (13.0)	8.3 (7.5)	< .001	9.7 (11.6)	P-value Δ difference				.032	POEM					Mean score DST (SD)	20.2 (6.0)	10.1 (6.0)	< .001	10.1 (6.4)	Mean score LST (SD)	19.9 (5.7)	10.5 (6.8)	< .001	9.4 (6.8)	P-value Δ difference				.33	DLQI					Mean score DST (SD)	15.6 (6.8)	6.2 (7.6)	< .001	9.4 (8.5)	Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (6.7)	< .001	8.4 (7.3)	P-value Δ difference				.54	NRS					Mean score DST (SD)	6.9 (1.8)	3.5 (2.2)	< .001	3.4 (2.3)	Mean score LST (SD)	7.2 (2.3)	3.4 (2.7)	< .001	3.7 (3.0)	P-value Δ difference				.99	<p>¿Y en la vida real? Los ensayos clínicos son excelentes, pero no son realmente de la vida real, y esos pacientes son muy específicos, ¿verdad? Están en un entorno muy bien controlado. Queremos ver cómo les va a estos pacientes en la vida real. Este es un estudio de cohortes prospectivo y observacional en el que participaron niños y adultos con dermatitis atópica de moderada a grave que recibían dupilumab, ciclosporina o metotrexato. La ciclosporina y el metotrexato son fármacos mucho más antiguos, que llevamos décadas utilizando para tratar la dermatitis atópica. Son inmunosupresores que funcionan, pero con la llegada de cuatro medicamentos ahora aprobados por la FDA, biofármacos, o fármacos tradicionales para la dermatitis atópica, están cayendo en desuso. Lo interesante del estudio es que dividieron a los pacientes según el tipo de piel de Fitzpatrick. El tipo de piel Fitzpatrick es una escala del 1 al 6, siendo 1 a 3 los tipos de piel más claros y 4 a 6 los más oscuros. En este estudio, 156 eran de piel clara y 68 de piel oscura, y realizaron un seguimiento de estos pacientes durante 6 meses. Veamos la puntuación EASI, que es el Área de eccema e índice de gravedad. Si observamos el cambio, el cambio porcentual desde el inicio hasta el seguimiento 6 meses después en los pacientes de piel más oscura, se produjo un descenso de 16, un descenso muy significativo de la gravedad del eccema. Los tipos de piel más claros tuvieron un descenso de 9.</p>
	Baseline Score	Follow-up Score	P Value	Δ Score																																																																																			
EASI																																																																																							
Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	< .001	16.7 (13.0)																																																																																			
Mean score LST (SD)	19.0 (13.0)	8.3 (7.5)	< .001	9.7 (11.6)																																																																																			
P-value Δ difference				.032																																																																																			
POEM																																																																																							
Mean score DST (SD)	20.2 (6.0)	10.1 (6.0)	< .001	10.1 (6.4)																																																																																			
Mean score LST (SD)	19.9 (5.7)	10.5 (6.8)	< .001	9.4 (6.8)																																																																																			
P-value Δ difference				.33																																																																																			
DLQI																																																																																							
Mean score DST (SD)	15.6 (6.8)	6.2 (7.6)	< .001	9.4 (8.5)																																																																																			
Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (6.7)	< .001	8.4 (7.3)																																																																																			
P-value Δ difference				.54																																																																																			
NRS																																																																																							
Mean score DST (SD)	6.9 (1.8)	3.5 (2.2)	< .001	3.4 (2.3)																																																																																			
Mean score LST (SD)	7.2 (2.3)	3.4 (2.7)	< .001	3.7 (3.0)																																																																																			
P-value Δ difference				.99																																																																																			

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>Sorprendentemente, los pacientes con pieles más oscuras obtuvieron mejores resultados y el índice de gravedad del eccema disminuyó significativamente más en las pieles más oscuras que en las blancas. ¿Qué le parece POEM? POEM es una medición del eccema orientada al paciente, o sea, en la que se hacen preguntas a los pacientes; siete preguntas para evaluar la gravedad como el resultado comunicado por el paciente. Cuando observamos la diferencia y el cambio entre los tipos de piel más oscuros y los más claros, ambos tuvieron un descenso significativo en la medición objetiva, el resultado comunicado por el paciente. Sin embargo, no hay diferencia entre los tipos de piel más oscuros y los blancos. El DLQI es el Índice Dermatológico de Calidad de Vida y, una vez más, tanto los grupos de piel más oscura como los de piel más clara experimentaron un descenso significativo en el impacto sobre su calidad de vida. Sin embargo, no hay diferencia entre los tipos de piel más oscuros y los más claros.</p>																																																																																																												
43.	<p>Heads Up: Efficacy and Safety of Upadacitinib vs Dupilumab in Adults With Moderate-to-Severe AD</p>  <p>24-week, head-to-head phase 3b RCT comparing upadacitinib with dupilumab in adults with moderate-to-severe AD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Endpoint</th> <th>Time point</th> <th>Dupilumab, 300 mg (n=344)</th> <th>Upadacitinib, 30 mg (n=348)</th> <th>Difference</th> <th>P value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Primary endpoint</td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-75*</td> <td>Week 16</td> <td>210 (61.1) [55.9-66.2]</td> <td>247 (71.0) [66.2-75.8]</td> <td>10</td> <td>.000</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Secondary endpoints in order of ranking</td> </tr> <tr> <td colspan="6">% Change from baseline in World Pruritus NRS^b</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td></td> <td>251</td> <td>258</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-100*</td> <td>Week 16</td> <td>26 (7.6) [4.8-10.4]</td> <td>97 (27.9) [23.2-32.6]</td> <td>20.3</td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-90*</td> <td>Week 16</td> <td>133 (38.7) [33.6-43.9]</td> <td>211 (60.6) [55.4-65.7]</td> <td>21.8</td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td colspan="6">% Change from baseline in World Pruritus NRS^b</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td>Week 4</td> <td>-31.7 (2.2) [-36.1 to -27.3]</td> <td>-59.5 (2.2) [-63.8 to -55.2]</td> <td>-27.8</td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td></td> <td>310</td> <td>333</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Achievement of EASI-75*</td> <td>Week 2</td> <td>88 (17.5) [13.5-21.5]</td> <td>152 (43.7) [38.4-48.8]</td> <td>26.0</td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td colspan="6">% Change from baseline in World Pruritus NRS^b</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td>Week 1</td> <td>-8.8 (1.8) [-12.3 to -5.3]</td> <td>-31.4 (1.7) [-34.9 to -28.0]</td> <td>-22.7</td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td></td> <td>327</td> <td>337</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">World Pruritus NRS improvement ≥4 points**</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td>Week 16</td> <td>120 (35.7) [30.7-41.0]</td> <td>188 (55.3) [49.9-60.5]</td> <td>19.3</td> <td><.001</td> </tr> <tr> <td>No.</td> <td>NA</td> <td>336</td> <td>340</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>*EASI-75, 75% reduction from baseline in the Eczema Area and Severity Index; NA, not applicable. **No. (%) [95% CI]. ^bLS mean (SD) [95% CI]. ^cAs assessed for patients with World Pruritus NRS of 4 points or higher at baseline. Reference: Wu et al. JAMA Dermatol. 2021;157(10):1087-1092.</small></p>	Endpoint	Time point	Dupilumab, 300 mg (n=344)	Upadacitinib, 30 mg (n=348)	Difference	P value	Primary endpoint						Achievement of EASI-75*	Week 16	210 (61.1) [55.9-66.2]	247 (71.0) [66.2-75.8]	10	.000	Secondary endpoints in order of ranking						% Change from baseline in World Pruritus NRS ^b						No.		251	258			Achievement of EASI-100*	Week 16	26 (7.6) [4.8-10.4]	97 (27.9) [23.2-32.6]	20.3	<.001	Achievement of EASI-90*	Week 16	133 (38.7) [33.6-43.9]	211 (60.6) [55.4-65.7]	21.8	<.001	% Change from baseline in World Pruritus NRS ^b						No.	Week 4	-31.7 (2.2) [-36.1 to -27.3]	-59.5 (2.2) [-63.8 to -55.2]	-27.8	<.001	No.		310	333			Achievement of EASI-75*	Week 2	88 (17.5) [13.5-21.5]	152 (43.7) [38.4-48.8]	26.0	<.001	% Change from baseline in World Pruritus NRS ^b						No.	Week 1	-8.8 (1.8) [-12.3 to -5.3]	-31.4 (1.7) [-34.9 to -28.0]	-22.7	<.001	No.		327	337			World Pruritus NRS improvement ≥4 points**						No.	Week 16	120 (35.7) [30.7-41.0]	188 (55.3) [49.9-60.5]	19.3	<.001	No.	NA	336	340	NA	NA	<p>Lo siguiente que quería hacer era comparar el upadacitinib con el dupilumab. Hemos observado que el upadacitinib y el dupilumab han demostrado ser eficaces en pacientes de color, concretamente en pacientes negros y asiáticos. Ahora, queremos comparar el dupilumab en general con el upadacitinib y los inhibidores orales de la janocinasa. Y, en este estudio, compararon dupilumab con upadacitinib a 30 miligramos. Tengan en cuenta que cuando empezamos a dar upadacitinib a los pacientes, solemos comenzar con 15 miligramos. Por lo tanto, es una dosis más alta de upadacitinib. Y, así, cuando compararon los grupos, su resultado primario fue conseguir una mejora del 75 % en la puntuación del EASI (Área de eccema e índice de gravedad) en la semana 16. Y el 61 % de los pacientes de dupilumab alcanzaron el EASI-75 frente al 71 % de los de upadacitinib. El upadacitinib superó realmente a dupilumab en cuanto al Área de eccema e índice de gravedad en 75. Cuando nos fijamos en los resultados de EASI-100 y EASI-90, que es un logro aún mayor, el 27 % de los pacientes tratados con upadacitinib alcanzaron el EASI-100 frente a solo el 7 % de dupilumab, y el 60 % alcanzó el 90 frente a solo el 38 %. Los pacientes siguieron obteniendo resultados cada</p>
Endpoint	Time point	Dupilumab, 300 mg (n=344)	Upadacitinib, 30 mg (n=348)	Difference	P value																																																																																																									
Primary endpoint																																																																																																														
Achievement of EASI-75*	Week 16	210 (61.1) [55.9-66.2]	247 (71.0) [66.2-75.8]	10	.000																																																																																																									
Secondary endpoints in order of ranking																																																																																																														
% Change from baseline in World Pruritus NRS ^b																																																																																																														
No.		251	258																																																																																																											
Achievement of EASI-100*	Week 16	26 (7.6) [4.8-10.4]	97 (27.9) [23.2-32.6]	20.3	<.001																																																																																																									
Achievement of EASI-90*	Week 16	133 (38.7) [33.6-43.9]	211 (60.6) [55.4-65.7]	21.8	<.001																																																																																																									
% Change from baseline in World Pruritus NRS ^b																																																																																																														
No.	Week 4	-31.7 (2.2) [-36.1 to -27.3]	-59.5 (2.2) [-63.8 to -55.2]	-27.8	<.001																																																																																																									
No.		310	333																																																																																																											
Achievement of EASI-75*	Week 2	88 (17.5) [13.5-21.5]	152 (43.7) [38.4-48.8]	26.0	<.001																																																																																																									
% Change from baseline in World Pruritus NRS ^b																																																																																																														
No.	Week 1	-8.8 (1.8) [-12.3 to -5.3]	-31.4 (1.7) [-34.9 to -28.0]	-22.7	<.001																																																																																																									
No.		327	337																																																																																																											
World Pruritus NRS improvement ≥4 points**																																																																																																														
No.	Week 16	120 (35.7) [30.7-41.0]	188 (55.3) [49.9-60.5]	19.3	<.001																																																																																																									
No.	NA	336	340	NA	NA																																																																																																									

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

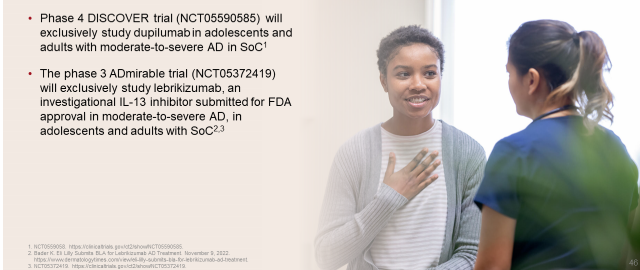
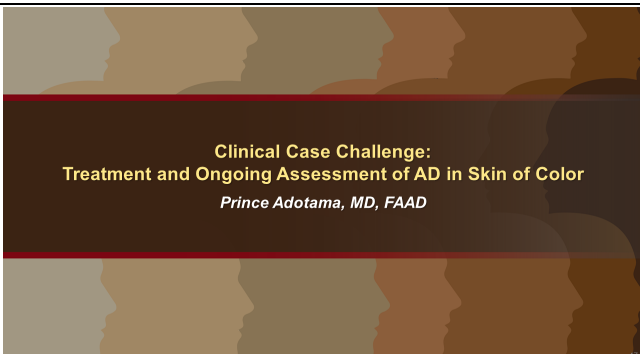
Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>vez mejores con upadacitinib frente a dupilumab 300. Hay que tener en cuenta que, si se comparan directamente los resultados, el upadacitinib con el dupilumab, al menos en la dosis de 30 miligramos, que es la más alta, hay algunas pruebas de que el upadacitinib puede superar al dupilumab. Además, en este estudio no se notificaron nuevas señales de seguridad para el upadacitinib ni para el dupilumab.</p>												
<p>44.</p>	<p>Question</p> <p>Based on available data, which treatment for moderate-to-severe AD has specifically demonstrated efficacy and safety in individuals with SoC?</p> <ol style="list-style-type: none"> Dupilumab Tralokinumab Abrocitinib Baricitinib Upadacitinib 	<p>Según los datos disponibles, ¿qué tratamiento para la dermatitis atópica de moderada a grave ha demostrado específicamente eficacia y seguridad en personas con piel de color? La respuesta sería el dupilumab. Este es el único fármaco que actualmente hay en el mercado que tiene algún tipo de análisis <i>a posteriori</i> que observa la piel de color específicamente para el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave.</p>												
<p>45.</p>	<p>Skin of Color Society's Meeting the Challenge Summit, 2022: Recommendations for Increasing Clinical Trial Representation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Journals</th> <th>Community-based Organizations</th> <th>Healthcare Professionals</th> <th>Investigators</th> <th>Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)</th> <th>Federal Agencies (FDA, NIH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Institute requirements for diverse enrollment in research to achieve publication Ensure data published are equitable and representative of the population Assess editors' need to perpetuate ethnic diversity in their editorial content and in board and author representation </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Increase awareness and education about clinical trials and work with education groups to include communities of color Increase outreach efforts in minority communities Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available Work with assessors and physicians to reach out to community members Establish patient advocacy groups Community-based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds Ensure availability of culturally sensitive, gender-diverse information (eg, language, translation) Work with community organizations and sponsors to increase trial and sponsor awareness of clinical trials Ensure that clinical trial managers are consistently practicing, visible, and open communication throughout the clinical trial process </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Ensure inclusive language, terminology, and word choice, especially when describing race and ethnicity Ensure diverse and bilingual research staff Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Create guidelines to increase clarity of study populations </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Provide funding and support resources to resource-limited settings locally, regionally, and nationally Find and work with community leaders and principal investigators and learn from about clinical trial Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Change the fee structure to provide up-front costs for clinical protocol time as well as for hiring and paying research staff Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders Decentralize clinical trials </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act Enforce existing legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans Create task forces to address and implement novel ways to approach increasing diversity in research Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research Implement tax credits or financial penalties to companies that do or do not meet diversity benchmarks </td> </tr> </tbody> </table>	Journals	Community-based Organizations	Healthcare Professionals	Investigators	Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)	Federal Agencies (FDA, NIH)	<ul style="list-style-type: none"> Institute requirements for diverse enrollment in research to achieve publication Ensure data published are equitable and representative of the population Assess editors' need to perpetuate ethnic diversity in their editorial content and in board and author representation 	<ul style="list-style-type: none"> Increase awareness and education about clinical trials and work with education groups to include communities of color Increase outreach efforts in minority communities Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available Work with assessors and physicians to reach out to community members Establish patient advocacy groups Community-based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations 	<ul style="list-style-type: none"> Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds Ensure availability of culturally sensitive, gender-diverse information (eg, language, translation) Work with community organizations and sponsors to increase trial and sponsor awareness of clinical trials Ensure that clinical trial managers are consistently practicing, visible, and open communication throughout the clinical trial process 	<ul style="list-style-type: none"> Ensure inclusive language, terminology, and word choice, especially when describing race and ethnicity Ensure diverse and bilingual research staff Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Create guidelines to increase clarity of study populations 	<ul style="list-style-type: none"> Provide funding and support resources to resource-limited settings locally, regionally, and nationally Find and work with community leaders and principal investigators and learn from about clinical trial Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Change the fee structure to provide up-front costs for clinical protocol time as well as for hiring and paying research staff Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders Decentralize clinical trials 	<ul style="list-style-type: none"> Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act Enforce existing legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans Create task forces to address and implement novel ways to approach increasing diversity in research Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research Implement tax credits or financial penalties to companies that do or do not meet diversity benchmarks 	<p>Entonces, ¿qué podemos hacer para asegurarnos de que estos ensayos clínicos y estas compañías farmacéuticas representan adecuadamente a las personas de color? La Skin of Color Society organizó una Conferencia Desafío, a la que invitó a las principales partes interesadas de diversas organizaciones para determinar cómo podemos aumentar la representación en los ensayos clínicos. Así pues, esta Conferencia aborda en realidad múltiples y diferentes caminos. Elaboran recomendaciones para las revistas y sobre cómo estas y sus editores pueden infundir deliberadamente la diversidad en sus contenidos educativos. Se dirigen a las organizaciones comunitarias y a cómo estas pueden aumentar sus esfuerzos de divulgación en las comunidades minoritarias y establecer grupos de defensa de los pacientes. Se pusieron en contacto con profesionales sanitarios e investigadores. Dan recomendaciones sobre cómo los investigadores pueden garantizar que sus materiales de investigación incluyan poblaciones diversas y personal de investigación bilingüe, y que su programación sea muy flexible para todos los grupos de pacientes. También tenían recomendaciones, y muy firmes, para los promotores de los estudios, las empresas farmacéuticas y las</p>
Journals	Community-based Organizations	Healthcare Professionals	Investigators	Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)	Federal Agencies (FDA, NIH)									
<ul style="list-style-type: none"> Institute requirements for diverse enrollment in research to achieve publication Ensure data published are equitable and representative of the population Assess editors' need to perpetuate ethnic diversity in their editorial content and in board and author representation 	<ul style="list-style-type: none"> Increase awareness and education about clinical trials and work with education groups to include communities of color Increase outreach efforts in minority communities Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available Work with assessors and physicians to reach out to community members Establish patient advocacy groups Community-based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations 	<ul style="list-style-type: none"> Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds Ensure availability of culturally sensitive, gender-diverse information (eg, language, translation) Work with community organizations and sponsors to increase trial and sponsor awareness of clinical trials Ensure that clinical trial managers are consistently practicing, visible, and open communication throughout the clinical trial process 	<ul style="list-style-type: none"> Ensure inclusive language, terminology, and word choice, especially when describing race and ethnicity Ensure diverse and bilingual research staff Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Create guidelines to increase clarity of study populations 	<ul style="list-style-type: none"> Provide funding and support resources to resource-limited settings locally, regionally, and nationally Find and work with community leaders and principal investigators and learn from about clinical trial Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Change the fee structure to provide up-front costs for clinical protocol time as well as for hiring and paying research staff Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders Decentralize clinical trials 	<ul style="list-style-type: none"> Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act Enforce existing legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans Create task forces to address and implement novel ways to approach increasing diversity in research Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research Implement tax credits or financial penalties to companies that do or do not meet diversity benchmarks 									

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>agencias federales. Este estudio publicado, que está disponible en <i>JAMA Dermatology</i>, es una excelente forma de aprender qué podemos hacer como comunidad para aumentar realmente la representación de las personas de color en nuestros ensayos clínicos. De este modo, no nos encontraremos en la situación en la que el dupilumab es el único agente estudiado en un ensayo clínico hasta la fecha en el que estén representados pacientes de color.</p>
<p>46.</p>	<p>Closing Knowledge Gaps: Evaluating Biologic Therapy in Diverse AD Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> Phase 4 DISCOVER trial (NCT05590585) will exclusively study dupilumab in adolescents and adults with moderate-to-severe AD in SoC¹ The phase 3 ADmirable trial (NCT05372419) will exclusively study lebrikizumab, an investigational IL-13 inhibitor submitted for FDA approval in moderate-to-severe AD, in adolescents and adults with SoC^{2,3}  <p><small>1. NCT05590585. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05590585 2. NCT05372419. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05372419 3. NCT05372419. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05372419</small></p>	<p>¿Qué estamos haciendo para cerrar estas brechas de conocimiento? Ahora hay un ensayo de fase IV de descubrimiento realizado exclusivamente para el dupilumab. Pero estamos estudiando a adolescentes y adultos con dermatitis atópica de moderada a grave, y se hará específicamente para los pacientes de color. Cuando eso funciona, esto es algo a lo que realmente nos dirigimos, estamos muy contentos de que el dupilumab esté haciendo que esto funcione. Lo siguiente es el ensayo de fase III ADmirable, que es un estudio exclusivo realizado con lebrikizumab. Se trata de un nuevo inhibidor de la IL-13 en fase de investigación, y este fármaco se centrará en la dermatitis atópica de moderada a grave y realizará este ensayo específicamente en pacientes con piel de color. Ahora, tenemos dos ensayos que estarán en curso, que se centrarán en la piel de color. Así podremos hacernos una mejor idea de cómo les va a los pacientes con piel de color con los fármacos para la dermatitis atópica.</p>
<p>47.</p>	<p>Clinical Case Challenge: Treatment and Ongoing Assessment of AD in Skin of Color Prince Adotama, MD, FAAD</p> 	<p>Ahora quiero cambiar de tema y hablar de casos clínicos. Este desafío de casos clínicos se centrará en el tratamiento y las evaluaciones continuas de la dermatitis atópica en pieles de color.</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

<p>48.</p>	<div data-bbox="264 203 898 555"> <h3>Patient Case: Black Teenager With Moderate-to-Severe AD</h3> <ul style="list-style-type: none"> Patient: <ul style="list-style-type: none"> Female, 14 years old, Black ethnicity Medical History: <ul style="list-style-type: none"> Mild-to-moderate AD since infancy, now progressed to moderate-to-severe AD Symptomatic Presentation: <ul style="list-style-type: none"> Severe pruritus, dry and scaly skin patches predominantly on face, neck, trunk, and extensors Lichenified, hyperpigmented plaques (forearms), follicular accentuation (anterior legs, dorsal feet) Previous Treatments: <ul style="list-style-type: none"> Tried TCS and crisaborole, but inadequate response Maintains a diligent skincare routine Impact on QOL: <ul style="list-style-type: none"> Frequent itching episodes disrupt sleep and affect concentration at school Embarrassment due to visible skin lesions, leading to social withdrawal and low self-esteem Difficulties participating in physical activities or wearing certain clothing due to discomfort  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from Kaufman BP, et al. EJA Dermatol. 2019;27:340-357.</small></p> </div>	<p>Hablemos de este primer paciente. Se trata de una paciente de raza negra, de 14 años de edad, que inicialmente tuvo dermatitis atópica de leve a moderada durante casi toda su vida, pero que recientemente ha evolucionado a dermatitis atópica de moderada a grave. Presenta prurito grave, manchas cutáneas secas y escamosas predominantemente en la cara, el cuello, el tronco y los extensores. Y también tiene liquenización y estas placas altamente pigmentadas en los antebrazos, con acentuación follicular en la parte anterior de las piernas y dorsal de los pies. Y, como la Dra. Taylor mencionó anteriormente, ahí es donde solemos ver la dermatitis atópica en personas de color. Suelen tener más afectación del cuello y extensora, y más acentuación follicular. A esta paciente no le habían funcionado los corticoesteroides tópicos ni el crisaborole, y no había respondido adecuadamente a ninguno de estos tópicos. También lleva una rutina de cuidado de la piel muy diligente. Esta dermatitis atópica repercute enormemente en su calidad de vida. Tiene frecuentes episodios de picor que le perturban el sueño y afectan a su concentración en la escuela. Se siente muy avergonzada por estas lesiones cutáneas y esto hace que tenga baja autoestima y se aleje de los grupos sociales. Como consecuencia de estos parches, tiene muchas dificultades para participar en actividades físicas o llevar determinadas prendas de vestir debido a todas las molestias.</p>
<p>49.</p>	<div data-bbox="264 1388 898 1740"> <h3>AD: Goals of Treatment</h3> <ul style="list-style-type: none"> Relieve symptoms: reduce itching, dermatitis, and inflammation to provide relief and improve QOL for the patient Prevent exacerbations: implement measures to prevent flare-ups, including avoiding triggers, maintaining skin hydration, and using topical treatments as prescribed Restore skin barrier function: repair and protect the skin barrier to reduce transepidermal water loss and minimize the risk of skin infections Minimize treatment risks: ensure that treatments used to manage AD are safe and effective, while minimizing the risk of AEs <div data-bbox="699 1518 882 1686"> <p>Treatment goals for patients with SoC may also include:</p> <p>Addressing pigmentation concerns: consider treatment options that minimize the risk of dyschromia, including post-inflammatory hyper- or hypopigmentation, which can be more common in SoC</p> <p>Reduce keloid formation risk: recognize the higher risk of keloid formation in patients with darker skin tones and take precautions to minimize trauma or inflammation that could lead to keloid development</p> </div> </div>	<p>Entonces, ¿cuáles son nuestros objetivos de tratamiento cuando tenemos un paciente con dermatitis atópica? El tratamiento tiene cuatro objetivos principales. Uno, queremos aliviar los síntomas, ¿no? Queremos reducir el picor, mejorar en cierto modo la dermatitis, y esto debería mejorar su calidad de vida. También queremos evitar agravamientos. Se trata de una enfermedad crónica, así que, aunque tratemos este brote actual, queremos asegurarnos de que somos capaces de tratarla a largo plazo para poder prevenir agravamientos posteriores. También queremos asegurarnos de que los pacientes utilicen una protección diligente para el cuidado de la piel. Queremos ser capaces de restaurar la función de barrera de la piel. Queremos proteger esa barrera cutánea para reducir la pérdida transepidérmica de agua y</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

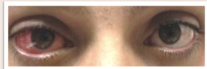
Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

asegurarnos de que estos pacientes utilizan un cuidado e hidratación diligentes de la piel. También queremos minimizar los efectos adversos del tratamiento, ¿no? Los esteroides pueden provocar hiperpigmentación o atrofia. Queremos asegurarnos de que minimizamos todos esos riesgos del tratamiento. Y también queremos asegurarnos de que estamos abordando los problemas de pigmentación cuando los pacientes que tienen dermatitis atópica mejoran, específicamente los pacientes de color, que pueden quedar con hiperpigmentación o hipopigmentación; es importante como dermatólogos que estamos abordando esas condiciones también. Los pacientes con piel de color pueden tener un mayor riesgo de formación de queloides. Por eso, hay que tener en cuenta este riesgo en estos pacientes, especialmente en aquellos que suelen rascarse mucho.

50.

Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD

Biologic ^{1,2}		AE of Special Interest: Conjunctivitis
<p>Dupilumab</p> <ul style="list-style-type: none"> Black Box Warning <ul style="list-style-type: none"> None Most common AEs (incidence ≥1%) <ul style="list-style-type: none"> Injection site reactions Conjunctivitis Diaphanitis Oral herpes Herpes Eye pruritus Other HSV infection Dry eye Eosinophilia 	<p>Tralokinumab</p> <ul style="list-style-type: none"> Black Box Warning <ul style="list-style-type: none"> None Most common AEs (incidence ≥1%) <ul style="list-style-type: none"> URTIs Conjunctivitis Injection site reactions Eosinophilia 	<ul style="list-style-type: none"> Patients with a history of eye discomfort may be at higher risk of developing conjunctivitis; counsel and monitor patients receiving treatment more closely Regularly evaluate patients receiving biologic therapy for conjunctival erythema and ophthalmologic complaints; encourage patients to report any eye discomfort All patient-reported ocular symptoms should be diagnosed and treated adequately; refer patients to an ophthalmologist for further assessment and co-management if necessary  <p>Man aged 24 years, presenting with bilateral conjunctivitis 4 months after initiating dupilumab.</p>

1. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 2. Tralokinumab (Taltz) [package insert]. UCB. 2019. 3. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 4. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 5. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 6. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 7. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 8. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 9. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019. 10. Dupilumab (Dupixent) [package insert]. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. 2019.

¿Cuáles son los problemas de seguridad de los tratamientos con biofármacos? Los tratamientos con biofármacos incluyen dupilumab y tralokinumab. Ninguno de ellos tiene advertencias de recuadro negro. Sin embargo, tienen su propia lista de efectos secundarios. El efecto secundario más frecuente para los pacientes con biofármacos son las reacciones en el lugar de la inyección (como he mencionado antes, se trata de un fármaco inyectable) y la conjuntivitis, de la que hablaremos más adelante. También, un riesgo potencialmente mayor de infecciones herpéticas y xeroftalmia. El tralokinumab tiene efectos secundarios similares, como conjuntivitis, reacciones en el lugar de inyección e infecciones respiratorias de vías altas.

Quiero centrarme realmente en la conjuntivitis, porque es algo que puede surgir con sus pacientes en tratamiento con dupilumab y tralokinumab. Y aquí es donde aparece la inflamación y el enrojecimiento de los ojos. Los pacientes con antecedentes de molestias oculares al inicio del tratamiento pueden tener un mayor riesgo de desarrollar conjuntivitis. Es muy importante que aconsejen a sus pacientes y los controlen mientras reciben tratamiento. Los pacientes deben recibir evaluaciones periódicas relativas por su parte. Asegúrense de que sepan que deben hablarle si tienen algún

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

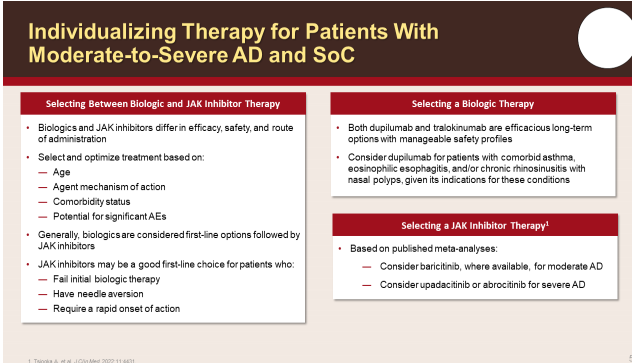
		<p>problema de molestias oculares. Porque los hay, y a menudo pedimos ayuda a nuestros colegas oftalmólogos cuando tratamos a pacientes que tienen resultados adversos de conjuntivitis con dupilumab y tralokinumab. Por ejemplo, este es un paciente de 24 años de edad que presenta conjuntivitis bulbar 4 meses después de iniciar el tratamiento, y esta es una situación en la que debemos poder hablar con el paciente y pedir ayuda a los colegas de oftalmología para lograr controlarlo mejor.</p>
51.	<p>Safety Considerations of JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD¹</p> <p>AEs Commonly Reported</p> <ul style="list-style-type: none"> UTRI Headache Nasopharyngitis Nausea Acne <p>Black Box Warning</p> <ul style="list-style-type: none"> Serious infection Mortality Malignancies Major adverse cardiovascular events Thrombosis <p>Meta-analysis did not find an association between treatment with JAK inhibitors and VTE in patients with AD.²</p> <p><small>VTE, venous thromboembolism. 1. Bhandari R, Hsieh H, Kelly J, et al. JAMA Dermatol. 2021;157(12):1254-1261. 2. Chen YL, et al. JAMA Dermatol. 2021;157(12):1254-1261.</small></p>	<p>¿Y los inhibidores de janocinasa? Los inhibidores de janocinasa son fármacos tradicionales orales que tienen una serie de efectos secundarios diferentes. Los efectos secundarios más frecuentes son infecciones respiratorias de vías altas, cefaleas, nasofaringitis y náuseas. Curiosamente, los pacientes también pueden tener acné. Algunas personas lo llaman «JAKne», cuando los pacientes que toman inhibidores de janocinasa orales o incluso tópicos desarrollan acné poco después, y a menudo se puede tratar mediante este, o hay que tratar el acné específicamente para controlarlo.</p> <p>También hay advertencias de recuadro negro. A diferencia de los biofármacos, los inhibidores orales de la janocinasa sí tienen advertencias de recuadro negro, que incluyen infecciones graves, aumento de la mortalidad, neoplasias malignas, acontecimientos cardiovasculares adversos graves y trombosis. De hecho, los pacientes que tienen uno o más acontecimientos cardiovasculares, factores de riesgo como diabetes o hipertensión deben tener precaución al usar inhibidores de janocinasa, debido a esta advertencia de recuadro negro, y los pacientes que tienen antecedentes de embolia pulmonar o coágulos sanguíneos también deben tener precaución al usar inhibidores orales de janocinasa. En un metaanálisis reciente, se analizó a pacientes con dermatitis atópica que tomaban inhibidores orales de janocinasa, y en esa cohorte específica no se observó un aumento del riesgo de tromboembolismo venoso. Sin embargo, hay tener en cuenta que estos inhibidores orales de janocinasa se han estado usando desde hace ya tiempo, y se han utilizado para otras terapias para otras afecciones, tales como la artritis, y en esa cohorte de pacientes existe un mayor</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color


		<p>riesgo de tromboembolismo venoso, se debe tener presente que, aunque hay una advertencia de recuadro negro para la trombosis en pacientes que no tienen factores de riesgo, hay que tener precaución de evitar este medicamento por completo, pues en un análisis reciente no se ha encontrado necesariamente que la trombosis presente un mayor riesgo en estos pacientes con dermatitis atópica. Hagan una historia clínica, familiar y social muy completa de los pacientes, y de todos esos factores para poder determinar qué medicamento es mejor para el paciente.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

52.	 <p>Individualizing Therapy for Patients With Moderate-to-Severe AD and SoC</p> <p>Selecting Between Biologic and JAK Inhibitor Therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biologics and JAK inhibitors differ in efficacy, safety, and route of administration • Select and optimize treatment based on: <ul style="list-style-type: none"> — Age — Agent mechanism of action — Comorbidity status — Potential for significant AEs • Generally, biologics are considered first-line options followed by JAK inhibitors • JAK inhibitors may be a good first-line choice for patients who: <ul style="list-style-type: none"> — Fail initial biologic therapy — Have needle aversion — Require a rapid onset of action <p>Selecting a Biologic Therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Both dupilumab and tralokinumab are efficacious long-term options with manageable safety profiles • Consider dupilumab for patients with comorbid asthma, eosinophilic esophagitis, and/or chronic rhinosinusitis with nasal polyps, given its indications for these conditions <p>Selecting a JAK Inhibitor Therapy¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Based on published meta-analyses: <ul style="list-style-type: none"> — Consider baricitinib, where available, for moderate AD — Consider upadacitinib or abrocitinib for severe AD <p><small>1. Topogla A, et al. J Clin Med 2022; 11:4011</small></p>	<p>¿Qué opina de individualizar el tratamiento? Cuando se trata de elegir entre biofármacos como dupilumab y tralokinumab e inhibidores orales de la janocinasa, hay que tener en cuenta muchos aspectos. Uno es la edad, por ejemplo, si un paciente tiene 2 años ahora, el único fármaco que está aprobado para pacientes de 6 meses en adelante es dupilumab. Otro es el mecanismo de acción, hay que fijarse en las enfermedades concomitantes: ¿la persona tiene muchos factores de riesgo cardiovascular, muchos antecedentes de coágulos sanguíneos? Y hay que pensar en la posibilidad de que se produzcan acontecimientos adversos importantes. Por lo general, debido al tiempo que llevan aprobados estos fármacos, el dupilumab y otros medicamentos que inhiben las IL-4 y IL-13, los biofármacos, suelen considerarse opciones de primera línea. Los inhibidores de janocinasa también pueden ser una buena opción de primera línea en determinadas circunstancias: si fracasa el tratamiento con biofármacos inicial, si el paciente tiene aversión a las agujas o si requiere un inicio rápido. Los inhibidores orales de la janocinasa actúan muy rápidamente ayudando a mejorarla, a veces en una o dos semanas, por lo que los pacientes que necesitan un inicio realmente rápido o tienen aversión a las agujas pueden disfrutar el uso de inhibidores orales de la janocinasa. Como mencioné antes, los inhibidores de janocinasa están aprobados a partir de los 12 años. A la hora de seleccionar un tratamiento con biofármacos, hay que tener en cuenta el perfil de seguridad y, como saben, el dupilumab también está aprobado para el asma, así que si</p>
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:



efectos en las personas con piel de color

		<p>alguien tiene asma, esofagitis eosinofílica o pólipos nasales, el dupilumab podría ser una opción preferible para esos pacientes. En cuanto a los inhibidores orales de janocinasa, tengan en cuenta el baricitinib, que no está aprobado por la FDA, pero está aprobado por Europa. Es más probable que se utilice para la dermatitis atópica moderada, y el upadacitinib o el abrocitinib pueden utilizarse para la dermatitis atópica grave y moderada.</p>
53.	<div data-bbox="264 562 906 920"> <p>Patient Case: Asian Woman With Moderate-to-Severe AD</p> <ul style="list-style-type: none"> Patient: <ul style="list-style-type: none"> Female, 54 years old, Asian ethnicity Medical History: <ul style="list-style-type: none"> Diagnosed with moderate-to-severe AD in young adulthood Smoker (estimated 20 pack years) Type 2 diabetes mellitus and hypertension, well-controlled with medication Symptomatic Presentation: <ul style="list-style-type: none"> Widespread, erythematous patches on face, neck, upper/lower limbs, and hands Lesions are well-demarcated with both flexural and extensor distribution Impact on Quality of Life: <ul style="list-style-type: none"> Has affected the patient's professional life, leading to work limitations and missed opportunities Psychological distress and anxiety due to appearance-related concerns and societal pressure Limited social interactions and avoidance of public places due to self-consciousness  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from National Eczema Association</small></p> </div>	<p>Aquí tenemos a otro paciente. Se trata de una mujer asiática de 54 años que presentaba dermatitis atópica de moderada a grave desde su juventud. Es fumadora, y se calcula en 20 paquetes-año. También padece diabetes de tipo 2 e hipertensión. Pero están bien controladas con medicación. En cuanto a su aspecto, presenta manchas eritematosas generalizadas en la cara, el cuello, las extremidades superiores e inferiores y las manos. Sus lesiones están bien delimitadas con distribución tanto flexural como extensora, lo cual ha repercutido enormemente en su calidad de vida. Ha afectado a su vida profesional. Ha tenido que tomarse días libres y ha perdido oportunidades de ascenso. Sufre mucha angustia psicológica y ansiedad debido a su aspecto y, a veces se doblega ante las presiones sociales por el aspecto de su piel. De hecho, limita sus interacciones sociales y evita los lugares públicos debido a su baja autoestima como consecuencia de su dermatitis atópica. En este caso, a la hora de decidir una medicación, hay que tener en cuenta que la paciente padece dermatitis atópica grave que afecta a muchas zonas de la superficie corporal, que también tiene diabetes tipo 2 e hipertensión, y que es fumadora, por lo que presenta múltiples factores de riesgo cardiovascular. En una paciente como esta, no se pueden usar inhibidores de janocinasa orales a la ligera. Podrían plantearse uno de los agentes biológicos.</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

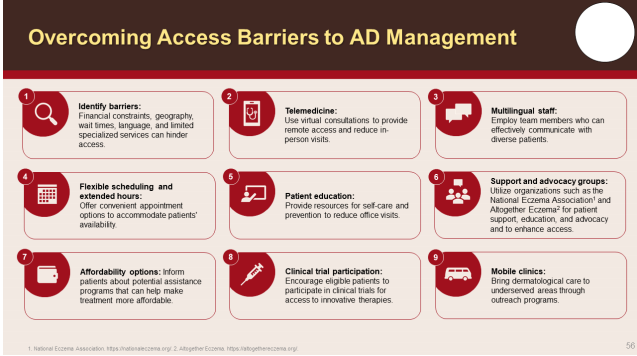
efectos en las personas con piel de color

<p>54.</p>	<div data-bbox="264 203 903 555"> <h3>Assessment of Treatment Response in SoC Populations With Moderate-to-Severe AD</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Utilize existing assessment tools with demonstrated concordance: <ul style="list-style-type: none"> – While there may not be specific validated tools for SoC, studies have shown that certain tools, such as the PO-SCORAD, have shown good correlation with SCORAD in patients with SoC! • Account for variations in disease presentation: <ul style="list-style-type: none"> – Recognize that AD may present differently in SoC populations, and adapt assessment criteria accordingly • Evaluate treatment response holistically: <ul style="list-style-type: none"> – Incorporate both objective measures and patient-reported outcomes to assess treatment response comprehensively • Monitor for pigmentary changes: <ul style="list-style-type: none"> – Be attentive to any changes in pigmentation that may occur as a result of TCS that can complicate skin assessment  <p><small>Image reproduced for educational purposes only from PO-SCORAD Version 1.0 (Andrews et al., Penn'State Eczema Foundation - https://www.pennstate.edu/...) 1 Page 5, et al. J Dermatol Dermatol (Wiley). 2021;34:750-756</small></p> </div>	<p>A la hora de evaluar la respuesta al tratamiento en pieles de color, hay algunas herramientas que se pueden utilizar. Aunque puede que no haya ninguna herramienta validada para la piel de color, los estudios han demostrado que ciertas herramientas, como el PO-SCORAD, han demostrado ser igual de adecuadas para personas de color como pacientes que no lo son. También pueden reconocer que la dermatitis atópica puede presentarse de manera diferente en la piel de las poblaciones de color, y la Dra. Susan Taylor ha destacado estupendamente la diferencia en la presentación en las personas de color frente a los pacientes blancos. También hay que tener en cuenta el tratamiento de forma holística. Queremos fijarnos en las medidas objetivas, pero también en los resultados comunicados por los pacientes. ¿Cómo les está afectando, cómo está afectando a su sueño, cómo está afectando a su trabajo? Hay que poder hacer un historial muy completo y ver cómo afecta a los pacientes, no solo cómo los ven en la clínica, sino cómo afecta a su vida, y también es muy, muy importante que controlemos los cambios pigmentarios, ¿de acuerdo? Los cambios pigmentarios, en concreto la hiperpigmentación, pueden ser una de las cinco razones principales por las que los pacientes negros acuden al dermatólogo, por lo que es muy importante que, una vez que traten su dermatitis atópica, también tengan en cuenta que la hiperpigmentación puede ser un problema muy importante para ellos y que también abordamos ese problema.</p>
<p>55.</p>	<div data-bbox="264 1458 903 1809"> <h3>Patient Case: Hispanic Child With Moderate-to-Severe AD</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Patient: <ul style="list-style-type: none"> – Male, 8 years old, Hispanic ethnicity • Medical History: <ul style="list-style-type: none"> – Repeating remitting eczema since early childhood, typically well-managed with OTC emollients – Recently, his flare-ups have become more severe, prompting his parents to seek medical attention for the first time • Symptomatic Presentation: <ul style="list-style-type: none"> – Recurrent eczema flare-ups, red and inflamed skin on flexural areas – More recent flare-ups complicated by <i>S. aureus</i>-infected lesions with weeping and honey-colored crusts • Impact on QOL: <ul style="list-style-type: none"> – Disrupted sleep due to itching and discomfort, affecting school performance and behavior – Missed school days and limited participation in outdoor activities due to exacerbations – Family struggles with emotional and financial burden of managing chronic condition – Language barriers and reliance on OTC products have delayed optimal treatment and management  <p><small>© Andrew Andrews/Good and Beautiful Image reproduced for educational purposes only from Alexander et al. et al. J Dermatol. 2021;102:1201-1202</small></p> </div>	<p>El siguiente caso es de un niño hispano. Se trata de un niño hispano de 8 años con dermatitis atópica. Este paciente tiene eccema recurrente o remitente desde la primera infancia y suele tratarse bien con emolientes de venta sin receta. Sin embargo, recientemente ha tenido brotes cada vez más graves, lo que ha llevado a sus padres a buscar atención médica por primera vez. Presenta estos brotes recurrentes de eccema con piel roja e inflamada en las superficies de flexión. Sus brotes más recientes se han complicado con lesiones infectadas por <i>Staph aureus</i> con costras exudativas y de color miel. Como consecuencia, el eccema afecta a su sueño debido a toda la picazón e incomodidad, y está afectando a su rendimiento escolar y a su</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

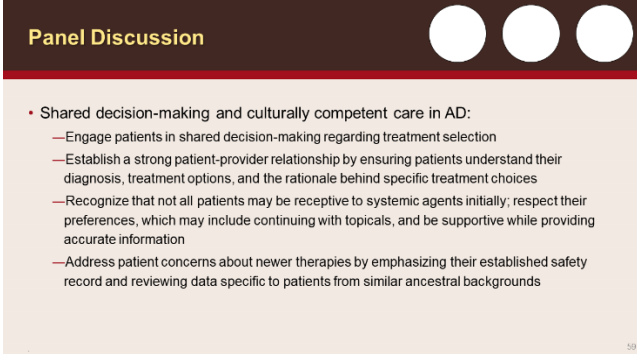
Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>comportamiento. Ha faltado muchos días a la escuela y ha limitado su participación en actividades al aire libre. La familia también ha estado luchando contra esta afección. Está afectando mucho a toda la familia y, debido a las barreras lingüísticas y a la dificultad para comunicarse con los médicos, él y su familia han confiado más en los productos de venta sin receta y, como consecuencia, han retrasado las consultas a los dermatólogos. En esta situación, este paciente tiene una superinfección de <i>Staph aureus</i>, y entonces se podría considerar la posibilidad de hacer un cultivo de la herida o un tratamiento con antibióticos orales. Tengan en cuenta que este paciente tiene 8 años, por lo que se debe tener cuidado con el antibiótico que pueden utilizar. Los antibióticos, como la doxiciclina, suelen ser a partir de los 9 años, por lo que una vez tratada esta superinfección, posiblemente ya se pueden usar tópicos. Pero, dependiendo de la gravedad, puede que incluso tengan que intensificar la terapia a un biofármaco o a un inhibidor de janocinasa. Por ahora, los inhibidores orales de janocinasa no están aprobados por la FDA para pacientes menores de 12 años. El único biofármaco que este paciente podría usar, si necesita otro tratamiento, sería dupilumab.</p>
56.	 <p>Overcoming Access Barriers to AD Management</p> <ol style="list-style-type: none"> Identify barriers: Financial constraints, geography, wait times, language, and limited specialized services can hinder access. Telemedicine: Use virtual consultations to provide remote access and reduce in-person visits. Multilingual staff: Employ team members who can effectively communicate with diverse patients. Flexible scheduling and extended hours: Offer convenient appointment options to accommodate patients' availability. Patient education: Provide resources for self-care and prevention to reduce office visits. Support and advocacy groups: Utilize organizations such as the National Eczema Association¹ and All Together Eczema² for patient support, education, and advocacy and to enhance access. Affordability options: Inform patients about potential assistance programs that can help make treatment more affordable. Clinical trial participation: Encourage eligible patients to participate in clinical trials for access to innovative therapies. Mobile clinics: Bring dermatological care to underserved areas through outreach programs. <p><small>1. National Eczema Association: https://nationaleczema.org/; 2. All Together Eczema: https://alltogethereczema.org/</small></p>	<p>¿Cómo superar las barreras de acceso al tratamiento de la dermatitis atópica? Como he mencionado antes, el paciente tenía problemas con el idioma, padecía eccema desde hacía muchos años y era la primera vez que acudía al dermatólogo. Podemos hacerlo mejor, ¿no? Lo que debemos hacer es identificar las barreras: ¿existen limitaciones económicas, obstáculos geográficos o barreras lingüísticas, y qué podemos hacer para superarlas? A veces, no podremos ofrecer horarios flexibles y, en ocasiones, un horario de 8 de la mañana a 4 de la tarde puede no ser adecuado para que los pacientes nos consulten. Tal vez ayude ofrecer horas más tarde para dar cabida a más pacientes. Debemos asegurarnos de que tengan más opciones asequibles, ya sea en el consultorio o incluso garantizando que estos pacientes sean conscientes de algunas de las opciones que estas compañías farmacéuticas ofrecen a los pacientes. ¿Quién no puede permitirse los tratamientos? Algunas de estas compañías farmacéuticas también ofrecen</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>opciones y programas de asistencia al paciente. Si los pacientes no pueden venir, hay que poder ofrecerles servicios de telemedicina. También queremos ofrecer formación al paciente, y de una forma culturalmente relevante y en su idioma de preferencia, ¿no? Así que entregar un folleto a alguien puede no funcionar si está en inglés y el paciente no habla ese idioma. Además, si el paciente es apto, es necesario poder recomendar cualquier opción de ensayo clínico posible para esos pacientes. En cuanto al equipo de la clínica, hay que asegurarse de contar con personal multilingüe y, si no se dispone de este, ofrecer servicios que permitan el acceso de personas que hablan español o cualquier otro idioma. También, estos pacientes, como he mencionado, los tres tenían repercusiones en su calidad de vida. Por lo tanto, es conveniente aprovechar los grupos de defensa, o muchos grupos de defensa de apoyo a los pacientes que hacen un trabajo realmente increíble al ayudar a conectarlos con recursos y oportunidades que mejoren su calidad de vida y a que tengan una comunidad de apoyo para su afección. Las clínicas móviles son otra opción en zonas muy desatendidas, que nos permiten ampliar nuestro alcance.</p>
57.	 <p>Panel Discussion: Treatment and Ongoing Assessment of AD in Skin of Color</p>	<p>Muy bien. Aquí termina mi presentación. Ahora quiero abrir un turno de intervenciones para debatir el asunto.</p>
58.	 <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shared decision-making and culturally competent care in AD: <ul style="list-style-type: none"> —Engage patients in shared decision-making regarding treatment selection —Establish a strong patient-provider relationship by ensuring patients understand their diagnosis, treatment options, and the rationale behind specific treatment choices —Recognize that not all patients may be receptive to systemic agents initially; respect their preferences, which may include continuing with topicals, and be supportive while providing accurate information —Address patient concerns about newer therapies by emphasizing their established safety record and reviewing data specific to patients from similar ancestral backgrounds 	<p>Ha sido una presentación excepcional. Creo que, para empezar, la pregunta y la respuesta, pensando desde una perspectiva práctica, ha hecho un gran trabajo de revisión de todos los datos y todas las opciones. Pero, ¿cómo conjugarlo todo desde una perspectiva de toma de decisiones compartida? Y, en realidad, ¿desde la perspectiva de intentar ofrecer una atención culturalmente competente a poblaciones de pacientes diversas? Yo diría que los pacientes no son solo una cifra, ¿no? Se puede mirar a un paciente y decir: «Vale, este paciente tiene dermatitis atópica grave, necesita dupilumab o un inhibidor de</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica:

efectos en las personas con piel de color

		<p>janocinasa oral». Pero los pacientes tienen que venir, tienen que estar de acuerdo, ¿no? Si es la primera vez que examina al paciente, y quiere administrarle dupilumab a la ligera, puede que al paciente le sorprenda un poco, y puede que quiera entender mejor su diagnóstico. Puede que quiera entender mejor por qué elige ese fármaco en concreto, ¿no? Es muy importante que los pacientes acepten y comprendan el diagnóstico, y que se sientan cómodos con las opciones de tratamiento, ¿de acuerdo? No a todo el mundo le gusta la idea de las inyecciones. No todos sienten mucho entusiasmo por la idea de la supervisión por laboratorio que puede ser necesaria para los inhibidores orales de janocinasa. Los pacientes necesitan una supervisión por laboratorio al inicio, y a veces un par de meses después, ¿no? Los pacientes deben comprender su diagnóstico y, a veces, necesitan una segunda reunión antes de que se les plantee un cambio importante en su vida, como el dupilumab o el tralokinumab, o cualquiera de los otros inhibidores orales de la janocinasa. De modo que asegurarse de que los pacientes sean conscientes de su estado y se sientan cómodos con las decisiones que se toman contribuirá a fomentar una mejor relación a largo plazo.</p> <p>Estoy completamente de acuerdo con eso y, a menudo, los pacientes no van a ser receptivos en la primera consulta con uno para un agente generalizado. Creo que es de vital importancia, como hemos dicho antes, construir esa relación. Así que pasan dos cosas, muchas veces solo quieren seguir con los tópicos, ¿no? Sabemos que no necesariamente van a mejorar. Pero cuando vuelvan, dirán: «bueno, pues, no estoy mucho mejor», y entonces, estarán abiertos a esa conversación. Puede que haga falta una, dos o tres citas, pero no juzgue, no juzgue. ¿Los pacientes van a decidirse? Solo tenemos que apoyarles y darles la información correcta.</p> <p>Muy bien dicho, sí, creo que es muy cierto. Creo que otra cosa es que muchos de estos tratamientos son bastante nuevos, y lo que he descubierto es que algunos pacientes se ponen nerviosos con los nuevos tratamientos porque no quieren sentirse como conejillos de indias o como si estuvieran experimentando con ellos. Por lo tanto, creo que es realmente importante</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>comprender el historial de seguridad establecido y ser capaz de revisarlo, conocer bien esos datos y ser capaz de proporcionar una evaluación tranquilizadora de los mismos, porque si no lo hacemos, no importa lo seguro que creamos que sea el fármaco, el paciente no necesariamente lo verá así, y puede ser reacio a comenzar.</p> <p>Y, cuando decimos, hay datos de pacientes que son como usted, ya sabe, con sus antecedentes históricos, específicamente mirando a la seguridad, la eficacia; eso es lo verdaderamente importante, esa información en concreto.</p> <p>Los pacientes de color, en concreto los pacientes negros, tienen una historia bastante dura en lo que respecta a los ensayos clínicos y la experimentación. Cuando se menciona un medicamento, incluso para algunas personas, el 2017 puede no ser suficiente tiempo de aprobación de la FDA, y algunas se ponen nerviosas. Es muy bueno que las compañías farmacéuticas de fármacos como dupilumab e incluso más nuevos, como lebrikizumab, que ni siquiera están en el mercado todavía, se centren en proporcionar información sobre cómo estos tratamientos funcionan en pacientes de color, porque tener ese conjunto de datos y tener esa información para proporcionarla a sus pacientes puede ayudar mucho a que se sientan más tranquilos para seguir adelante con ese nuevo medicamento.</p>
59.	 <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shared decision-making and culturally competent care in AD (cont) <ul style="list-style-type: none"> —Simplified dosing schedules (eg, injections every few weeks) may potentially enhance adherence, considering patients' preferences and busy lifestyles —Discuss potential treatment-related adverse events candidly, providing reassurance based on personal experience while acknowledging patients' concerns 	<p>Y creo que también hay aspectos prácticos, porque a la mayoría de los pacientes no les gusta la idea de ponerse una inyección, y es comprensible. Por otro lado, desde el punto de vista del cumplimiento, a veces es mucho más fácil ponerse una inyección una vez cada dos o cada cuatro semanas que acordarse de tomarse un medicamento al día. Y uno está ocupado con el trabajo o en casa y con otros problemas y factores psicosociales que están afectando a su cuidado, y recibir una inyección una vez cada pocas semanas lo simplifica mucho para los pacientes, y así a veces es solo una opción pragmática que es más apropiada para ellos. Creo que el otro aspecto que es realmente importante para ellos, para esta población de pacientes, es hablar sobre los efectos o acontecimientos adversos de una manera práctica. Responder todas las preguntas, dar porcentajes cuando los tenemos, pero no, no</p>

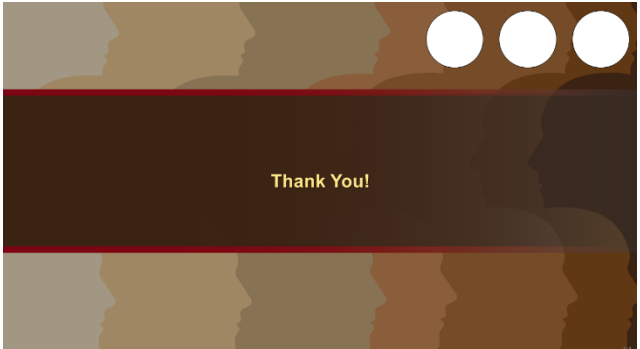
Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		<p>les resulta agradable. Me refiero a decirlo en lenguaje realmente simple. Quiero decir, asustan a los pacientes, y a nosotros. Pero si se explican los datos y los tranquilizan, háganles saber que es una posibilidad. Les digo lo que en mi experiencia he visto o no he visto. Creo que eso también ayuda mucho.</p>
60.	 <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitoring treatment efficacy in patients with SoC:<ul style="list-style-type: none">— Utilize patient-reported outcomes, such as the POEM score, to assess treatment efficacy and monitor the patient's subjective experience throughout visits— Perform a thorough physical exam, focusing on parameters such as plaque size reduction and itch relief— Patient feedback, specifically when they express improvement in eczema symptoms and shift their concern towards pigmentary issues, can indicate progress in treatment efficacy— Recognize differences in patient feedback between conditions such as acne and eczema, where eczema patients' subjective improvements extend beyond visible signs <p>61</p>	<p>Y esto toca un poco algo del último debate que tuvimos. Y, una vez que tomamos esa decisión, esa decisión compartida y los pacientes pasan al tratamiento. ¿Cuáles son algunos de los aspectos en los que se fija, sobre todo para controlar la eficacia del tratamiento y tener en cuenta las características específicas de la piel de color?</p> <p>Ya lo he mencionado antes, pero me gustan mucho los resultados comunicados por los pacientes. En realidad, doy esa puntuación POEM varias veces, al inicio y a lo largo de la consulta. Observo que, en la segunda, tercera y cuarta consulta, ese mismo resultado comunicado por el paciente se puede obtener con la puntuación POEM. Es una forma fácil, incluso antes de entrar al consultorio, de saber cómo están con esta afección. Pero también se vigila la dermatitis atópica en sí. ¿Sus placas están disminuyendo de tamaño? ¿Tienen menos picor? ¿Cómo afecta a su calidad de vida? Hacer esas preguntas a los pacientes y una exploración física exhaustiva puede ayudar a hacerse una mejor idea de cómo están funcionando las cosas. Y, a veces, la forma más fácil de averiguar si las cosas están funcionando es cuando un paciente dice: «Oye, mi eccema mejoró, la oscuridad ayuda». Eso siempre es buena señal. Eso significa que el eccema está casi superado. Ahora se están centrando en la pigmentación, así que eso me permite saber que hemos prestado un gran servicio a este paciente y que ahora solo estamos intentando tratar la anomalía pigmentaria, lo cual no es fácil, pero al menos sabemos que estamos pasando a una fase distinta del tratamiento. Sí, al 100 %. Volveré a ver a mis pacientes con acné y dirán: «No estoy mejor». Al examinar, no hay pápulas, ni comedones, pero con los pacientes con eccema, dirán «pues, estoy mejor» porque el picor mejoró, están durmiendo, y dicen que no están tan incómodos. Así que solo peras con manzanas entre esos dos trastornos.</p>

Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en personas con piel de color

Entender las diferencias en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica: efectos en las personas con piel de color

		Excelentes argumentos y gracias por este maravilloso debate.
61.		Me gustaría dar las gracias una vez más a mis colegas por sus excelentes presentaciones y debates. También quiero agradecer al público su participación.