

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Adaptación de guía de práctica clínica para el  
diagnóstico y tratamiento médico de la dermatitis  
atópica para la población ecuatoriana.**

**Disertación previa a la obtención del título de  
médico.**

**Daniel Alejandro Chaves Punina**

**Director: Dra. Anahí Pontón**

**Director Metodológico: Master Patricia Ortiz**

**Quito, 8 de Diciembre de 2014**

## **Dedicatoria**

A mi familia por creer en mi y siempre estar a mi lado brindándome su apoyo incondicional y sus consejos para hacer de mi una mejor persona.

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer sinceramente a mis directoras tanto metodológica como científica por su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos , sus recomendaciones, su seriedad, su persistencia y su paciencia han sido fundamentales para poder llevar a cabo este trabajo. Por toda su ayuda les estaré siempre agradecido.

## Contenido

1. Descripción general de esta guía de práctica clínica.
2. Resumen
3. Introducción
4. Justificación
5. Problema de Investigación
6. Objetivos
  - 6.1. Objetivo General
  - 6.2. Objetivos Específicos
7. Bases metodológicas del proceso de adaptación
  - 7.1. Formulación de las preguntas clínicas de la GPC.
  - 7.2. Búsqueda y selección de la evidencia científica
    - 7.2.1. Criterios de inclusión
    - 7.2.2. Criterios de exclusión
    - 7.2.3. Estrategia de búsqueda y selección
    - 7.2.4. Medical Subject Headings (MeSH)
  - 7.3. Instrumentos para Evaluación de las Guías
  - 7.4. Evaluación y síntesis de la evidencia científica
  - 7.5. Formulación de recomendaciones.
  - 7.6. Adaptación y redacción de guía en base a recomendaciones.
8. Búsqueda, Análisis y Selección
  - 8.1. Preguntas que responderá esta GPC.
  - 8.2. Búsqueda y selección
  - 8.3. Resultados de la Búsqueda
  - 8.4. Resultados obtenidos mediante la herramienta AGREE II
  - 8.5. Análisis de Datos Obtenidos y Selección de Guía.

## 9. Marco de Referencia (Marco Teórico)

### 9.1. Definición de la enfermedad

### 9.2. Epidemiología

#### 9.2.1. Incidencia

### 9.3. Fisiopatología

#### 9.3.1. Mecanismo inflamatorio

#### 9.3.2. Alteraciones de la función de barrera de la piel

#### 9.3.3. Disfunción de la piel.

### 9.4. Etiología

#### 9.4.1. Factores Genéticos

#### 9.4.2. Inmunidad innata y agentes infecciosos

#### 9.4.3. Inmunidad adquirida

#### 9.4.4. Factores etiológicos por edad y factores que causan exacerbación.

#### 9.4.5. Rol de los alérgenos alimentarios y ambientales

#### 9.4.6. Teoría de la marcha atópica

## 10. Adaptación basada en estudio de mayor puntaje.

### 10.1. Niveles de evidencia y recomendación.

### 10.2. Diagnóstico y Clínica

#### 10.2.1. Manifestaciones clásicas y mínimas

#### 10.2.2. Criterios mayores y menores para el diagnóstico de DA.

#### 10.2.3. Criterios Diagnósticos (Academia Americana de Dermatología)

#### 10.2.4. Recomendaciones para el diagnóstico de Dermatitis Atópica

##### 9.2.4.1 Fuerza de las recomendaciones para el diagnóstico y evaluación de DA.

##### 9.2.4.2 Recomendaciones para el uso de biomarcadores en la evaluación de DA

9.2.4.3 Recomendaciones para la evaluación de los resultados clínicos y severidad de la enfermedad

9.2.4.4 Otras manifestaciones clínicas

9.2.4.5 Lista de Diagnósticos Diferenciales

10.3. Complicaciones

10.4. Gravedad de la DA y calidad de vida

10.4.1 Instrumentos de medición de la gravedad de la enfermedad

11. Manejo y Tratamiento de dermatitis atópica

11.1. Intervención no farmacológica

11.1.1. Practicas de Baño, incluidos aditivos.

11.1.2. Terapia con vendas húmedas

11.2. Tratamiento Tópico

11.2.1. Corticoides Tópicos (TCS)

11.2.1.1. Eficacia

11.2.1.2. Dosificación

11.2.1.3. Frecuencia de Aplicación

11.2.1.4. Efectos Secundarios

11.2.1.5. Abordaje de preocupaciones por el uso de TCS

11.2.2. Inhibidores Tópicos de la Calcineurina

11.2.2.1. Eficacia

11.2.2.2. Dosificación

11.2.2.3. Frecuencia de Aplicación

11.2.2.4. Efectos Secundarios

11.2.2.5. Uso en combinación con TCS

11.2.3. Tratamiento Antimicrobiano

11.2.4. Antihistamínicos Tópicos

- 11.3. Terapia Sistémica
  - 11.3.1. Fármacos más usados en pacientes con DA grave.
  - 11.3.2. Corticoides Sistémicos
  - 11.3.3. Inmunomoduladores Sistémicos
  - 11.3.4. Principio activo, Dosis recomendada, Presentación, Tiempo de uso, Efectos adversos, Interacciones y Contraindicaciones de fármacos usados para el tratamiento sistémico de dermatitis atópica.
  - 11.3.5. Antihistamínicos Sistémicos
  - 11.3.6. Probióticos
  - 11.3.7. Fototerapia
- 11.4. Calidad de vida. Programas educativos. Asesoramiento al niño y su familia

12. Conclusiones

13. Recomendaciones

14. Anexos

15. Bibliografía

## **1. Resumen**

Este proyecto de tesis se enfoca en adaptar una guía de práctica clínica basada en evidencia para diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica. Para lograr esto inicialmente se buscaron guías previamente realizados en otros países, para dicha búsqueda se realizó un rastreo exhaustivo y sistematizado en fuentes bibliográficas reconocidas por su nivel de evidencia científica a nivel mundial.

Para la búsqueda se utilizaron encabezados de temas médicos también conocidos como términos “MESH” referentes al tema de búsqueda, los cuales nos permitieron recopilar la mayor cantidad de guías de práctica clínica y fuentes bibliográficas para utilizar como base de este estudio. Posteriormente todos los datos encontrados fueron sometidos a un riguroso proceso de selección y categorización, utilizando herramientas especializadas para esta labor, además fueron evaluados en base a los criterios de inclusión y exclusión propuestos por esta guía para que mediante este proceso se obtengan las guías que eran potencialmente adaptables a nuestro país.

Las diez guías seleccionadas fueron sometidas al instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica AGREE II, el cual es una herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía. Mediante el uso de este instrumento se logró seleccionar una guía la cual por su puntaje aseguraba ser la mejor fuente bibliográfica para posteriormente convertirse en la guía de dermatitis atópica del Ecuador.

Después del proceso de búsqueda y selección se utilizó el documento “Guías de adaptación de guías de práctica clínica” utilizado por el ministerio de salud pública del Ecuador, con el que se aplicaron los estándares de realización, adaptación y posterior publicación de guías de práctica clínica del país. Esto permitió la adaptación de la mejor guía de práctica clínica disponible actualmente a nivel mundial a la realidad de nuestro país, lo que permitirá un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología por parte del personal de salud de nuestro país.

## 2. Descripción general de esta guía de práctica clínica.

PROFESIONALES DE LA SALUD que participa en la atención (Consultar anexo IX Metodología)	Médicos Generales, médicos familiares, médicos pediatras, médicos dermatólogos.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	L20 Dermatitis atópica
CATEGORÍA DE GPC (Consultar anexo IX Metodología)	Diagnóstico y Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médicos Generales, médicos familiares, médicos pediatras, médicos dermatólogos.
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Pontificia Universidad Católica del Ecuador Participantes: Docentes, Estudiante.
POBLACIÓN BLANCO	Pacientes de cualquier sexo o edad que padezcan la patología.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Independiente
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Diagnóstico clínico Tratamiento de acuerdo a la gravedad de la enfermedad
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Diagnóstico y tratamiento oportuno Referencia efectiva Satisfacción con la atención y mejora de la calidad de vida
METODOLOGÍA	Definición el enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas

	<p>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</p> <p>Protocolo sistematizado de búsqueda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión sistemática de la literatura</li> <li>Búsquedas de bases de datos electrónicas</li> <li>Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores</li> <li>Búsqueda manual de la literatura</li> </ul> <p>Número de Fuentes documentales revisadas: 10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Guías seleccionadas: 3</li> <li>Revisiones sistemáticas</li> <li>Ensayos controlados aleatorizados</li> </ul> <p>Validación del protocolo de búsqueda por la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.</p> <p>Adopción de guías de práctica clínica Internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia</li> </ul> <p>Construcción de la guía para su validación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional</li> <li>Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones</li> <li>Emisión de evidencias y recomendaciones *</li> </ul>
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda y GPC por adaptarse.
CONFLICTO DE INTERES	Los autores y colaboradores manifiestan la ausencia de cualquier tipo de conflicto de interés para el desarrollo de la presente guía de práctica clínica.
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo de Guías de Práctica Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

### **3. Introducción**

La dermatitis atópica afecta a un 10-20% de los niños y 1-3% de los adultos en los países desarrollados.(1) Aunque es una enfermedad hereditaria, el eczema atópico se ve agravada por contacto con o ingesta de alérgenos. Otros factores, tales como el sentirse estresado o decaído también pueden agravar la condición. El eccema atópico ocurre a menudo en personas con antecedentes de trastornos alérgicos como el asma o la fiebre del heno. No existe una causa única, válida de la dermatitis atópica, y no hay cura a largo plazo. (1)

Puede ser tratada en el corto plazo mediante la prevención, o sea la identificación de los factores desencadenantes de las reacciones alérgicas de la víctima, y evitando tales factores, en combinación con la terapia tópica o de drogas. Al ser una enfermedad tan variable es constantemente confundida con otras patologías lo cual lleva a errores en el tratamiento lo cual habitualmente empeora el cuadro.

Esta guía ayudara a los profesionales de la salud del país evaluar, aplicar y unificar la información científica disponible relacionada al diagnóstico, tratamiento y manejo de esta enfermedad, garantizando y mejorando la atención que se presta en la práctica médica del Ecuador.

### **4. Justificación**

Actualmente en nuestro país se está suscitando un cambio en cuanto al diagnóstico y manejo de progresivamente más enfermedades, este cambio tiene el objetivo de estandarizar y con esto mejorar la forma como se abordan ciertas enfermedades.

El ministerio de salud publica del Ecuador ha visto la necesidad de contar con instrumentos, como son las guías de practica clínica, que permitan normar los problemas de salud sobre la base de criterios éticos, técnicos y médicos. (2)

La dermatitis atópica es una enfermedad muy común en nuestro país (3)(4) pero lamentablemente aun no existe una herramienta que permita estandarizar su tratamiento o que ayude a los médicos con la evidencia mas actualizada en cuanto al diagnostico y tratamiento de esta enfermedad.

Debido a que la biblioteca de guías de practica clínica del país aun no cuenta con una guía de practica clínica de esta patología, creemos que este trabajo de tesis podría ser una importante adición que permitiría mejorar el tratamiento y manejo de esta enfermedad en nuestro país.

## **5. Problema de investigación**

Según la Biblioteca Virtual en Salud Ecuador 2014, actualmente no existe una guía de práctica clínica sobre la dermatitis atópica aplicable para nuestro país, lo cual dificulta el tratamiento y manejo biopsicosocial de esta condición especialmente en el primer y segundo nivel de atención.

## **6. Objetivos**

### **6.1. Objetivo General**

Adaptar una guía de práctica clínica que permita actualizar, revisar y difundir los aspectos fundamentales del paciente con dermatitis atópica, con énfasis en los criterios diagnósticos, tratamiento integral de la dermatitis atópica y sus posibles complicaciones, la cual sea aplicable para nuestro entorno y permita un mejor manejo de esta patología en el Ecuador.

### **6.2. Objetivos Específicos:**

- 1) Realizar una búsqueda exhaustiva del tema a ser estudiado en fuentes bibliográficas confiables.
- 2) Obtener guías de práctica clínica relacionadas al tema de interés previamente elaborado por otros países.
- 3) Evaluar las guías de práctica clínica identificadas mediante los criterios del método AGREE.
- 4) Identificar guías de práctica clínica actualizadas que para el manejo de la dermatitis atópica, lo cual permitirá la selección final de una guía de práctica clínica de calidad que sea adaptable a nuestra realidad
- 5) Aplicar parámetros internacionales de adaptación de guías de práctica clínica para a partir de una guía previamente realizada crear una guía que sea útil para médicos de nuestro país.
- 6) Formular recomendaciones sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes dermatitis atópica.

## **7. Bases metodológicas del proceso de adaptación**

### **7.1. Formulación de las preguntas clínicas de la GPC.**

- Se definieron claramente las preguntas como: la validez, la utilidad y la necesidad de una guía de práctica clínica sobre este tema en el país.
- Se establecieron criterios explícitos y sistemáticos para evaluar la evidencia científica.

## **7.2. Búsqueda y selección de la evidencia científica**

### **7.2.1. Criterios de inclusión**

- Documentos enfocados a dermatitis atópica sin importar su grado.
- Documentos escritos en idioma inglés y español.
- Documentos publicados en los últimos 10 años.
- Documentos enfocados a tratamiento.

### **7.2.2. Criterios de exclusión**

- Documentos escritos en otro idioma que no sea inglés o español.
- Estudios en modelos animales.
- Se excluyeron el resto de patologías alérgicas, irritativas y descamativas de la piel.
  - Sarna
  - Dermatitis seborreica
  - Dermatitis de contacto (irritante o alérgica)
  - Ictiosis
  - Linfoma cutáneo de células T
  - Psoriasis
  - Dermatitis por fotosensibilidad
  - Enfermedades por deficiencia inmunes
  - Eritrodermia de otras causas

### **7.2.3. Estrategia de búsqueda y selección**

Se utilizaron motores de búsqueda reconocidas por la calidad de sus guías de práctica clínica como fuentes de información. Ej.: Pubmed, Cochrane Collaboration, Tripdatabase, e medicine, entre otros.

### **7.2.4. Medical Subject Headings (MeSH)**

Medical Subject Headings (MeSH) es la lista de términos médicos usada para describir el contenido de los artículos. MeSH es un vocabulario controlado que impone uniformidad y consistencia a términos usados para la indexación de los artículos médicos. (5)

### **7.3. Instrumentos para Evaluación de las Guías**

Para la adaptación de esta guía se utilizó como base la metodología propuesta por el manual "Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud." del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España la cual es internacionalmente reconocida para la adaptación de guías de práctica clínica.(6)

Además para asegurar la calidad de esta adaptación, el proceso fue revisado por tres evaluadores. Además, las guías encontradas serán sometidas a una rigurosa evaluación utilizando el Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica (AGREE) el cual se desarrolló para examinar el tema de la variabilidad en la calidad de las guías. (7)

El Instrumento AGREE es una herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía, lo cual asegura la calidad de la adaptación que será realizada al finalizar este trabajo.(7)

El AGREE II consiste en 23 ítems claves organizados en seis dominios, seguidos de 2 ítems de puntuación global («Evaluación global»). Cada dominio abarca una dimensión única de la calidad de la guía. (7)

- *Dominio 1. Alcance y Objetivo* alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana (ítems 1-3).
- *Dominio 2. Participación de los implicados* se refiere al grado en el que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada (ítems 4-6).
- *Dominio 3. Rigor en la Elaboración* hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas (ítems 7-14).
- *Dominio 4. Claridad de la Presentación* tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía (ítems 15-17).
- *Dominio 5. Aplicabilidad* hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos (ítems 18-21).
- *Dominio 6. Independencia editorial* tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses (ítems 22-23).
- *La Evaluación global* incluye una puntuación de la calidad general de la guía y sobre si la guía debe ser recomendada para su utilización en la práctica.

#### **7.4. Evaluación y síntesis de la evidencia científica**

Para la guía se utilizarán los niveles de evidencia científica de la US Agency for Health Care Policy and Research (ahora, US Agency for Health-care Research and Quality) y la clasificación de las recomendaciones propuesta por la Scottish intercollegiate Guideline Network (SIGN) de esta manera se utilizarán los estándares y términos de uso global en cuanto a interpretación de guías de práctica clínica. (8)

En caso de que la guía seleccionada utilice otro tipo de clasificación esta será adoptada por el estudio con el objetivo de mantener la información lo más parecida a la guía que será adaptada.

#### **7.5. Formulación de recomendaciones.**

Revisión Crítica y Formulación de una Metodología de Adaptación: La metodología propuesta para el proceso de adaptación fue elaborada sobre la base de la lectura y apreciación crítica de trabajos seleccionados. La experiencia en adaptación transcultural de GPC es limitada y no existe un instrumento sencillo, sistemático, y validado para adaptar guías internacionales de alta calidad al contexto nacional. Al momento el ministerio de salud utiliza como referencia a la herramienta “Guías de adaptación de guías de práctica clínica” por lo que fue adoptada para generar las recomendaciones en este trabajo.

Para este proyecto se aplicaron el instrumento AGREE en conjunto con guías implementadas por el ministerio de salud pública para la adaptación de las guías de práctica actualmente en uso. (9) Lo cual permitió la elaboración de una guía adaptada que cumple todos los estándares de nuestro país.

#### **7.6. Adaptación y redacción de guía en base a recomendaciones.**

Redacción de un trabajo final que incluya las recomendaciones enumerados anteriormente lo cual representará una guía de práctica clínica de dermatitis atópica enfocada para el uso en nuestro país.

### **8. Búsqueda, Análisis y Selección.**

#### **8.1. Preguntas que responde esta Guía de Práctica Clínica**

Las siguientes preguntas clínicas serán respondidas durante el proceso de redacción de la guía. Además servirán como punto de partida para la búsqueda de bibliografía que será la base del estudio.

- ❖ ¿Cuáles son los desencadenantes en cada grupo etario?
- ❖ ¿Cuáles son los métodos más válidos y fiables para el diagnóstico de dermatitis atópica?
- ❖ ¿Cuáles son las herramientas más útiles para evaluar la severidad y el curso de la dermatitis atópica?
- ❖ ¿Cuál es la clasificación de gravedad de la Dermatitis Atópica (DA)?
- ❖ ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico de la DA?
- ❖ ¿Cuándo están indicados los emolientes en el tratamiento de la DA?
- ❖ ¿Cuál es el tratamiento de primera línea de la DA?
- ❖ ¿Cuál es el tratamiento de segunda línea de la DA?
- ❖ ¿Cuándo están indicados los antibióticos en la DA?
- ❖ ¿Cuáles son los tratamientos sistémicos para la DA?
- ❖ ¿Cuándo están indicados los antihistamínicos en la DA?
- ❖ ¿Cuándo están indicados los corticosteroides sistémicos en la DA?
- ❖ ¿Cuáles son las opciones terapéuticas para la DA refractaria?
- ❖ ¿Cuáles son las terapias alternativas para la DA?
- ❖ ¿Qué medidas debe tomar un paciente con dermatitis atópica para evitar recaídas y prevenir complicaciones?

## **8.2. Búsqueda y selección**

Los estudios identificados en la búsqueda documental fueron revisados por el equipo para identificar los datos más apropiados para ayudar a responder las preguntas clínicas y asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible.

**Los términos MeSH** (Medical Subject Headings) según la Pubmed Collaboration corresponden a la lista de términos médicos usada para describir el contenido de los artículos. MeSH es un vocabulario controlado que impone uniformidad y consistencia a términos usados para la indexación de los artículos médicos. (10)(5)

Inicialmente se buscaron documentos relacionados al tema de diagnóstico y tratamiento de la Dermatitis Atópica. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, como está descrito en los criterios de inclusión. Se buscaron documentos del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh.

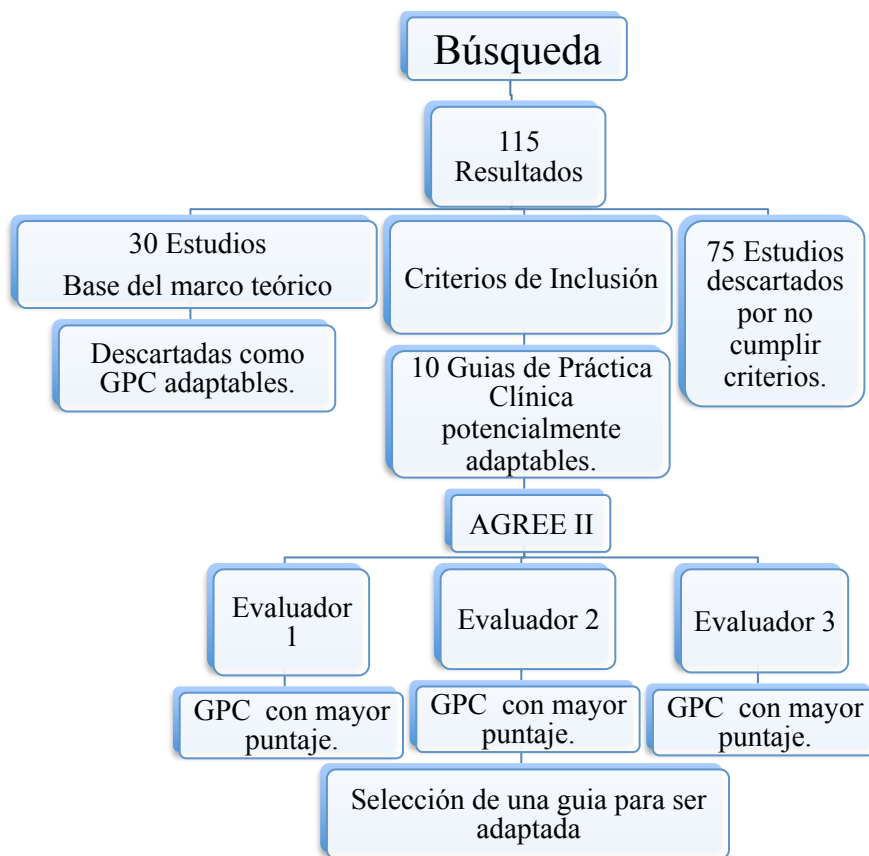
Para esta búsqueda se utilizaron los siguientes términos:

- PracticeGuideline[ptyp] , Guia de practica clínica [ptyp]
- 2004 – 2014 [PDAT]
- "Dermatitis, Atopic/Diagnosis"[Mesh]
- "Dermatitis, Atopic/diet therapy"[Mesh]
- "Dermatitis, Atopic/drug therapy"[Mesh]
- "Dermatitis, Atopic/therapy"[Mesh]
- “Dermatitis, non farmacological”
- "Dermatitis, Effects"
- "humans"[MeSHTerms]
- “Latinoamérica”
- English[lang]
- Spanish / Español [lang]

La búsqueda de información se realizó en metabuscadores de Guías de Práctica Clínica (GPC); resúmenes de la evidencia, biblioteca Cochrane, PubMed, sistemas de alerta bibliográfica, CMA Infobase, National Guideline Clearinghouse, Fistera, Guidelines International Networks, Clinical Practice Guidelines, New Zealand Clinical Guidelines Group, ACP Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

### **8.3. Resultados de la búsqueda**

La estrategia de búsqueda dio 115 resultados, de los cuales se utilizaron 30 documentos como fuente bibliográfica para el desarrollo del marco teórico sin tomar en cuenta el diagnóstico y tratamiento. De estos documentos se escogieron los estudios de tipo guía de práctica clínica que cumplieran con los criterios de inclusión.



**Tabla. 1**  
Estrategia de búsqueda.

Como resultado de la búsqueda se encontraron diez guías de práctica clínica de diferentes partes del mundo las cuales eran potencialmente adaptables a nuestro país, nuestro objetivo fue determinar cuál era la mejor guía para que esta sea adaptada y proporcione la mejor información y base bibliográfica para la guía de nuestro país. A continuación se enumeran las guías encontradas:

- **Comité nacional de dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013:** *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2014, vol.112, n.3.  
© 2014 *Sociedad Argentina de Pediatría*
- **Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: An Asia-Pacific perspective,** Diana RUBEL,<sup>1</sup> Thiru THIRUMOORTHY, Retno W. SOEBARYO, Steven C. K. WENG, Teresita M. GABRIEL, Lillian L. VILLAFUERTE, Chia-Yu CHU, Sandipan DHAR, Deepak PARIKH, Li-Chuen WONG, Kuen-Kong LO, Asia-Pacific Consensus Group for Atopic Dermatitis.  
© 2013 *Japanese Dermatological Association*
- **Consensus guidelines in diagnosis and treatment of atopic dermatitis,** L. F. Eichenfield, University of California, San Diego School of Medicine; Children's Hospital and Health Center, San Diego, CA, USA.  
© Blackwell Munksgaard 2004

- **Diagnóstico y manejo de la Dermatitis Atópica (da) desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el primer nivel de Atención**, Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-033-08.  
© México: Secretaria de Salud
- **Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño**, 2a edición: 2011, Prof. M.A. Martín Mateos, Majadahonda (Madrid).  
© 2011 Ergon España
- **Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 1-4**, Co-chair, Lawrence F. Eichenfield, MD, American Academy of Dermatology, VOLUME 70, NUMBER 2.  
© 2013 by the American Academy of Dermatology, Inc.
- **Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I-II**. J. Ring, A. Alomar, T. Bieber, M. Deleuran, A. Fink-Wagner, For the European Dermatology Forum (EDF), and the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy (EFA), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), and the Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN)  
© 2012 *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*  
© 2012 *European Academy of Dermatology and Venereology*
- **Japanese Guideline for Atopic Dermatitis 2014** Ichiro Katayama<sup>1</sup>, Yoichi Kohno<sup>2</sup>, Kazuo Akiyama<sup>3</sup>, Michiko Aihara<sup>4</sup>, Naomi Kondo<sup>5</sup>, Hidehisa Saeki<sup>6</sup>, Shunsuke Shoji<sup>7</sup>, Hidekazu Yamada<sup>8</sup>, Koichiro Nakamura<sup>9</sup> and Japanese Society of Allergology. *Allergology International*. 2014;63:377-398  
© 2014 *Japanese Society of Allergology*
- **Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology**. Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, et al. © Revista Alergia México 2014;61:178-211. Volumen 61, Núm. 3, julio-septiembre 2014
- **Guidelines of care for the management of atopic dermatitis**. Agency for Healthcare Research and Quality. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. Section 1-4. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Feb;70(2):338-51. [176 references] [PubMed](#)  
© U.S. Department of Health & Human Services.

#### 8.4. Resultados obtenidos mediante la herramienta AGREE II

<b>Tabla 2. Resultados de la evaluación de las GPC por dominio.</b>						
<b>GPC</b>	<b>Dominio 1</b>	<b>Dominio 2</b>	<b>Dominio 3</b>	<b>Dominio 4</b>	<b>Dominio 5</b>	<b>Dominio 6</b>
Comité nacional de dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013	87%	81,5%	86,8%	85,2%	79,2%	83%
Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: An Asia–Pacific perspective	94,4%	85,2%	86,1%	85,2%	77,8%	97,2%
Consensus guidelines in diagnosis and treatment of atopic dermatitis.	100%	100%	92.4%	83,3%	80,6%	100.0%
Diagnóstico y manejo de la Dermatitis Atópica (DA) desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el primer nivel de Atención.	100%	87%	92.4%	85.2%	84.7%	72.2%
Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño.	98.1%	100%	79.2%	85.2%	79.2%	66.7%
<b>Guidelines of care for the management of atopic dermatitis, AAD.</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>96.5%</b>	<b>100%</b>	<b>97.2%</b>	<b>100%</b>
Guidelines for treatment of atopic eczema JEADV	85.2%	75.9%	93.1%	100%	72.2%	91.7%
Japanese Guideline for Atopic Dermatitis 2014	87%	98.1%	89.6%	94.4%	84.7%	100%
Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology	100%	100%	98.6%	90.7%	88.9%	100%
Guidelines of care for the management of atopic dermatitis.	96.3%	98.1%	97.2%	94.4%	83.3%	100%

#### 8.5. Análisis de Datos Obtenidos y Selección de Guía.

Se sometió a evaluación con el instrumento AGREE II a todas las guías seleccionadas, cada guía fue revisada por el equipo de investigación conformado por tres evaluadores. En la sección de anexos se puede encontrar un ejemplo de la forma como se realizó la evaluación individual. (Ver Anexo 4) y la evaluación completa por estudio (Ver Anexo 6). Adicionalmente a la herramienta AGREE II se llegó a un consenso en la forma como los evaluadores aplicarían los dominios para asegurar la objetividad del proceso. (Ver Anexo 5)

Con los resultados de la evaluación se concluyó que la guía “Guidelines of care for the management of atopic dermatitis by the American Academy of Dermatology, Inc.” es la mejor guía disponible.

Esta guía se destacó por cumplir de mejor manera con los estándares evaluados por el instrumento AGREE II en sus 23 ítems claves organizados en seis dominios: Alcance y Objetivo, Participación de los implicados, Rigor en la Elaboración, Claridad de la

Presentación, Aplicabilidad, Independencia editorial, además de tener la mejor puntuación en la evaluación global.(7)

Debido a su puntaje superior de esta guía, sobre todo en los dominios 1, 2, 4 y 6 en los que alcanzo el 100% (Tabla 2), se concluyó que esta es la mejor base bibliográfica para ser adaptada y posteriormente formar parte de la guía de práctica clínica de dermatitis atópica para el Ecuador. Es importante destacar que debido a que todas las guías provenían de fuentes bibliográficas respetables algunas obtuvieron puntajes elevados también, es por este motivo que algunos datos de estas fuentes se usaron como citas para complementar a la guía principal.

## **9. Marco de Referencia (Marco Teórico)**

### **9.1. Definición de la enfermedad**

Las directrices 2014 de la Asociación japonesa de dermatología en dermatitis atópica definen a esta enfermedad como "una enfermedad con repetidas exacerbaciones y remisiones, principalmente caracterizada por eccema con picor, exhibida en su mayoría por pacientes con diátesis atópica".(11)

### **9.2. Epidemiología de la Dermatitis Atópica.**

#### **9.2.1 Incidencia**

En la actualidad no se cuenta a nivel nacional con estadísticas confiables sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad. La estimación de la prevalencia global de Dermatitis Atópica (DA) realizada por ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*)(3) en 2009 osciló entre el 0,9 (Jodhpur, India) al 22,5% (Quito, Ecuador) en niños de 6 a 7 años y entre el 0,2 (Tibet, China) al 24,6% (Barranquilla, Colombia) en adolescentes de 13 a 14 años. En Latinoamérica fue del 10% en niños de 6 a 7 años y del 8,3 en adolescentes de 13 a 14 años. En los centros participantes en Argentina (Córdoba, Rosario, Salta y Neuquén) se estimó una prevalencia del 6,4% en la población de 6 a 7 años (0,9% para las DA graves) y de 7,2% en la de 13 a 14 años (1,2% para las DA graves). (12)(3)

En los estudios del ISAAC de 2009 y 2012, Sudamérica emerge como una región de alta prevalencia, con un porcentaje de DA mayor al 15% en niños de entre 6 y 7 años de edad. (3)

En los últimos años se observa una meseta en los datos estadísticos respecto a la prevalencia de DA a nivel mundial, siendo la misma del 20%. (3)

Ambos sexos se encuentran afectados por igual hasta los 6 años, y a partir de dicha edad la prevalencia de DA en las niñas es mayor que en los varones. (3)

La mayoría de los casos se presentan durante el primer año de vida (60%), mientras que el resto lo hace en dos etapas diferentes, entre los 2 y los 12 años y desde la pubertad a la edad adulta. (4)(3)

Si bien los factores de riesgo para la alta prevalencia de esta entidad incluyen: el pertenecer a un nivel socioeconómico alto, poseer un grado de educación elevado, formar parte de familias pequeñas, vivir en zonas urbanas y tener familiares con la enfermedad, la DA puede observarse en todos los estratos socioeconómicos y culturales. (4)

Como influye el grado de urbanización en la prevalencia de la enfermedad fue motivo de interés para algunos autores, que revisaron el gradiente urbano/rural en poblaciones genéticamente similares, sobre todo en los dos primeros años de vida. Encontraron una mayor prevalencia de DA en zonas urbanas con respecto a las rurales, donde se agregan a los factores medioambientales ya conocidos el tránsito y la polución ambiental. Esto es más notorio en aquellos pacientes que tienen antecedentes familiares de atopia. (4)

Estudios sobre migración poblacional y el desarrollo de DA apoyan la hipótesis de que son los factores ambientales y el estilo de vida occidental, más que las diferencias raciales, los que juegan un papel preponderante en el desarrollo de la enfermedad. (4)

Por otra parte, la prevalencia es mayor en países industrializados como Estados Unidos, Europa occidental, Japón y Australia, que en regiones con una cultura agrícola marcada como China, Europa del Este, Asia central y países africanos en vías de desarrollo. (4)

### **9.3. Fisiopatología**

#### **9.3.1. Mecanismo inflamatorio**

El mecanismo principal de la dermatitis atópica se encuentra mediado en la piel lesionada por citoquinas relacionadas a células Th2 como la IL-4 y la IL-13, y por quimiocinas como el TARC (quimiocina reguladora de la activación y regulación del timo) y la eotaxina.(4)

Entre estas quimiocinas, las denominadas quimiocinas Th2 como TARC/CCL17 y MDC/CCL22 merecen especial atención. Estas quimiocinas son quimiotácticas para las células Th2 que expresan el receptor de quimioquina CCR4. En consecuencia, las células Th2 se observan generalmente en un sitio eczematoso.(4)

Esto es, sin embargo, una patología de etapa aguda, y las células Th1 que producen IFN- $\gamma$  e IL-12 son al parecer dominantes en la fase crónica. Las células de Langerhans y mastocitos están involucradas en la respuesta inflamatoria expresando una alta afinidad por el receptor de IgE (Fc $\epsilon$ RI) que causa que las células presentadoras de antígeno y los mastocitos liberen histamina, citoquinas, etc.(4)

Las citoquinas Th2, IL-4 y IL-13 estimulan a los fibroblastos para producir periostin, una proteína que causa que los queratinocitos produzcan TSLP, que induce la producción de TARC/CCL17 por las células dendríticas. Los niveles en suero de TARC/CCL17 son útiles como un marcador de enfermedad a corto plazo para dermatitis atópica. Actualmente investigaciones sobre Th17 como una nueva célula efectora para las reacciones alérgicas y Treg (célula de T reguladora) que controla la reacción exagerada, también están en progreso.

En una lesión eczematososa de la dermatitis atópica, la expresión de los péptidos antimicrobianos (defensinas, catelicidinas, etc.) se encuentra inhibida por los queratinocitos.(4)

### **9.3.2. Alteraciones de la función de barrera de la piel**

La función de barrera de la piel es una de las más importantes y su alteración influye directamente en el desarrollo de múltiples enfermedades entre las que se encuentra la DA. En ésta, el proceso de diferenciación epidérmica que da lugar a los diferentes componentes de esta barrera, se encuentra alterado en uno o varios aspectos, como resultado de diversas alteraciones genéticas o adquiridas. Gran parte de estos defectos genéticos se deben a mutaciones en los genes que forman parte del “complejo de diferenciación epidérmica”, que codifica diversos componentes de esta barrera. Entre ellos se encuentra el gen de la filagrina (FLG). Otra posibilidad, es que se encuentre alterado el componente lipídico de la barrera cutánea, especialmente el contenido de ceramidas de la misma. (4)

Las alteraciones en la función de barrera del estrato córneo, llevan a:

1. Una disminución en la producción del factor humectante natural (FHN) que favorece un aumento de la pérdida transepidérmica de agua (PTA), con alteración en el gradiente hídrico de la piel, situación que dificulta su adaptación a los cambios del medioambiente así como su renovación y reparación.
2. Disminución en los ácidos grasos y ceramidas y alteración en las proporciones en que normalmente se encuentran.
3. Alteración del pH de la piel.
4. Disminución de péptidos antimicrobianos que favorece la adherencia de bacterias como el *Staphylococcus aureus* a la piel.
5. Aumento en la permeabilidad a los antígenos exógenos, que permite que los mismos entren en contacto con el sistema inmune y generen respuestas inmunológicas inadecuadas. (4)

### 9.3.3. Disfunción de la piel.

La expresión de Ceramida y Filagrina disminuye en piel con dermatitis atópica, especialmente en las lesiones y se considera como una causa primaria de las disfunciones de la barrera. También se considera como un fenómeno secundario asociado con inflamación y como causa de dermatitis atópica.

La dermatitis atópica se acompaña por prurito agudo supuestamente debido a una disminución del umbral del picor. La participación de la IL-31 ha sido reportada como causa de los anteriores.(11)

## 9.4. Etiología

La dermatitis atópica es causada por una combinación de factores genéticos y ambientales.

### 9.4.1. Factores Genéticos

Con respecto a los factores genéticos, se han reportado algunos genes que son candidatos etiológicos asociados con dermatitis atópica. Los principales genes candidatos registrados hasta la fecha incluyen CTLA4, IL18, TLR9, CD14, CARD4, PHF11, TLR2, SCCE, MCC, IL4R, GM-CSF, TIM1, CARD15, GSTT1, SPINK5, eotaxin, TGF  $\beta$  1, IL13, RANTES, IL4, and Fc $\alpha$ RI  $\beta$ . En el mas reciente GWAS de muestras Japonesas, “2q12 (IL1RL1/IL18R1/IL18RAP),” “3p21.33 (GLB1),” “3q13.2 (CCDC80),” “6p21.3 (región MHC),” “7p22 (CARD11),” “10q21.2 (ZNF365),” “11p 15.4 (OR10A3/NLRP10),” y “20q13 (CYP24A1/ PFDN4)” han sido reportados como genes candidatos.(11)

Anteriormente la DA era considerada una enfermedad inmunológica, pero estudios recientes han demostrado la asociación entre mutaciones de genes que codifican para diversos componentes del estrato córneo y el eczema atópico. Así el concepto anterior ha dado lugar al actual, según el cual alteraciones primarias en la barrera cutánea serían los desencadenantes o favorecerían la manifestación de las alteraciones inmunológicas. (11)

En este contexto, existe acuerdo en que la DA tiene un importante fundamento genético, donde interacciones entre los genes alterados y el medioambiente intervienen en su patogénesis. Dos complejos de genes alterados han sido implicados:

1. Los que codifican proteínas epidérmicas, muchos de los cuales se localizan dentro del complejo de diferenciación epidérmica en el cromosoma 1q21.5, el cual contiene los genes de la FLG, la loricrina, la involucrina y la tricohialina, entre otras.
2. Los que codifican proteínas con funciones inmunológicas. El componente proteico, que forma parte de la barrera cutánea, se origina de los cambios madurativos que experimentan los queratinocitos al ir atravesando los diferentes estratos epidérmicos. (4)

Uno de los elementos más importantes en este complejo es la filagrina (FLG), una proteína intracelular que participa inicialmente (a nivel del estrato espinoso) en el agregado de las citoqueratinas, y que posteriormente es hidrolizada a diferentes moléculas de menor tamaño, como el FHN y diversos aminoácidos, interviniendo en el control la PTA y reduciendo el pH cutáneo.

Múltiples mutaciones, que generan pérdida de las diversas funciones de la FLG, han sido asociadas con la DA. Más aún, algunas de estas alteraciones han podido correlacionarse con la gravedad de la enfermedad.

Defectos en el gen de la FLG predispondrían no solo al desarrollo de la DA sino también a la sensibilización inicial y progresión de la enfermedad alérgica en otros órganos (marcha atópica). La reparación o la prevención de esta disfunción de barrera podría ser eficaz para prevenir esta evolución en los pacientes con DA. (4)

#### **9.4.2. Inmunidad innata y agentes infecciosos**

La epidermis es la primera línea inmunológica del organismo y tiene capacidad de respuesta inflamatoria frente a estímulos exógenos y endógenos, a través de la producción de diversas citoquinas reguladoras de las respuestas inmunológicas innata y adquirida.

En los últimos años, los conocimientos sobre los mecanismos de la inmunidad innata (II) que intervienen en el desarrollo de la DA han tenido importantes progresos y se ha determinado el papel de moléculas como los *toll like receptors* (TLRs) y los péptidos antimicrobianos (beta- defensina y catelicidina) en el desarrollo de las diferentes manifestaciones de la DA. (4)

La función alterada de los TLR-2 y beta- defensina en pacientes con DA está asociada con una mayor susceptibilidad para la infección de la piel por *Staphylococcus aureus*, mientras que aquellos pacientes con deficiencias en las beta- defensina y catelicidina están más predispuestos a las infecciones por herpes virus. (4)

El *Staphylococcus aureus* podría agravar la enfermedad por varios mecanismos: por efecto superantígeno, por inhibición de linfocitos T reguladores, por respuestas alérgicas vía IgE específica contra sus toxinas o modificando a los receptores de glucocorticoides generando una resistencia a la acción de los mismos.

Diversas células de la II, como mastocitos, basófilos, eosinófilos y linfocitos *natural killer* (NK), participarían también de la modulación de esta respuesta inmune inadecuada. Se ha podido comprobar que en la DA existe una mayor actividad de las proteasas cutáneas que median efectos proinflamatorios al actuar sobre diversos receptores en los queratinocitos, las células endoteliales y los mastocitos, y estimular su activación. (4)

De este modo tanto las alteraciones de barrera como la continua activación inmunológica generarían un estado de alta reactividad cutánea que provoca exacerbaciones ante diversos estímulos.(4)

### 9.4.3. Inmunidad adquirida

Los linfocitos T CD4 *naïve* expuestos a diferentes perfiles de citoquinas y a la interacción con otras células del sistema inmune son estimulados a madurar hacia diferentes poblaciones celulares: Th 1, Th 2, Th 9 o Th 17, entre otras. Cada una de estas poblaciones de linfocitos T es capaz de generar diferentes tipos de respuesta inflamatoria. (4)

En la DA existe un desbalance relacionado con una disminución de la actividad de las células NK productoras de citoquinas facilitadoras de la vía Th 1 y altos niveles de citoquinas facilitadoras de la vía Th 2, generadas por distintos caminos, que no solo favorecen las respuestas alérgicas sino también la aparición de infecciones virales y bacterianas de la piel, al alterar la producción de péptidos antimicrobianos. (4)

Los avances en las últimas investigaciones proponen un nuevo escenario en el cual la DA progresaría en distintas etapas. La fase inicial estaría representada por la etapa *intrínseca* o no mediada por IgE que puede remitir o persistir, en la que el sistema inmune innato tendría un rol preponderante. El 60 a 80% de los casos de esta forma intrínseca evolucionan hacia la variable *extrínseca* o mediada por IgE, en la cual la respuesta inmune adquirida cobraría mayor importancia. Este fenómeno dependería de las características genéticas del individuo y de las condiciones del medioambiente especialmente relacionado con los diferentes alérgenos alimentarios y ambientales. (4)

### 9.4.4. Factores etiológicos por edad y factores que causan exacerbación.

Se ha propuesto una amplia variedad de factores etiológicos y exacerbantes con el nivel de importancia variable entre pacientes individuales. Además, la inflamación asociada con esta enfermedad va ser aclarada por los mecanismos tanto alérgicos como no alérgicos. Los factores etiológicos y exacerbantes varían entre los diferentes grupos de edad. Mientras que los factores dominantes en la primera mitad de la niñez incluyen principalmente alimentos, sudoración, irritaciones físicas (arañazos) factores ambientales, microbios, hongos los factores dominantes en la segunda mitad de la infancia que van hasta la edad adulta incluyen factores ambientales, sudoración, irritaciones físicas, los microbios/hongos, alérgenos de contacto, estrés y los alimentos.(11)

Es común entre las personas con dermatitis atópica que la sudoración induzca prurito lo cual produce la agravación de los síntomas de la enfermedad. Clínicamente, el estrés psicológico es bien conocido por exacerbar los síntomas de dermatitis atópica. Aunque en su mayoría se desconoce el mecanismo, se observa un aumento en las fibras nerviosas sensoriales que contienen sustancia P y CGRP (Péptido relacionado con el gen de la calcitonina) en sitios con piel inflamada de los pacientes con esta enfermedad. (11)

#### **9.4.5. Rol de los alérgenos alimentarios y ambientales**

Numerosos estudios epidemiológicos mostraron que la alergia alimentaria tiene un papel patogénico en ciertos enfermos con DA, particularmente niños y contribuye con su gravedad. Los alimentos habitualmente involucrados incluyen huevo, trigo, leche, soja y maní. Es importante identificar a los pacientes que se beneficiarán con una dieta de exclusión. Estas dietas (especialmente en la primera infancia) se asocian con el riesgo de desnutrición y estrés emocional adicional para los pacientes y sus familias, por lo que NO deben ser recomendadas sin confirmación de alergia alimentaria y deben ser supervisadas por el médico especialista. (11)(4)

La inhalación de aeroalergenos tales como ácaros del polvo doméstico, epitelio de animales y/o pólenes, se asocia con el agravamiento de las lesiones de DA. El aislamiento de células T que responden selectivamente a *Dermatophagoides pteronyssinus* y otros aeroalergenos, en lesiones provocadas por los test de parche, apoya el concepto de que las respuestas inmunes en la piel de pacientes con DA pueden ser provocadas por alérgenos inhalados. (4)

#### **9.4.6. Teoría de la “Marcha atópica”**

La teoría sobre la progresión del eczema a la rinitis y luego al asma se ha esbozado a partir del año 2003 y se conoce con el nombre de “marcha atópica”. Esta describe la progresión de los desórdenes atópicos desde el eczema en bebés a la rinitis alérgica en niños pequeños y finalmente la instalación de asma y alergias alimentarias en niños mayores.

Es importante remarcar que no todos los pacientes con DA van a seguir esta evolución. Es necesario definir marcadores de riesgo más específicos para poder predecir quienes lo harán. Uno de estos marcadores, podría ser la pérdida de la función de la FLG. (4)

## 10. Adaptación basada en estudio de mayor puntaje.

### 10.1. Niveles de evidencia y de recomendación

A continuación se presenta el formato de evidencia y recomendación que será utilizado en esta guía de práctica clínica.

La evidencia fue evaluada mediante un sistema unificado llamado Strength of Recommendation Taxonomy (SORT). La evidencia fue calificada utilizando una escala de 3 puntos basada en la calidad de la metodología del estudio y el enfoque general del estudio:(13)(14)

**Tabla.3** Escala de clasificación de evidencias y recomendaciones de la guía J Am Acad Dermatol (JAAD)

Calidad del estudio	Diagnóstico	Tratamiento/prevenición/cribado	Pronóstico
Nivel 1: evidencias de buena calidad, orientadas al paciente	Reglas de decisión clínica validadas. Revisión sistemática o metaanálisis de excelente calidad. Estudios de cohortes de excelente calidad.	Revisión sistemática o metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, con resultados consistentes. Ensayos clínicos aleatorizados de excelente calidad **. Estudio «todo o nada» <sup>§</sup> .	Revisión sistemática o metaanálisis de estudios de cohortes de buena calidad. Estudio de cohortes prospectivo con un buen seguimiento.
Nivel 2: evidencias de calidad limitada, orientadas al paciente	Reglas de decisión clínica no validadas. Revisiones sistemáticas o metaanálisis de baja calidad, o estudios con resultados inconsistentes. Estudios de diagnóstico de cohortes de baja calidad o de casos y controles <sup>§</sup> .	Revisiones sistemáticas o metaanálisis de ensayos clínicos de baja calidad o de estudios con resultados inconsistentes. Ensayos clínicos de baja calidad. Estudios de cohortes. Estudio de casos y controles.	Revisiones sistemáticas o metaanálisis de estudios de cohortes de baja calidad o con resultados inconsistentes. Estudio de cohortes retrospectivo o prospectivo con un seguimiento deficiente. Estudios de casos y controles. Serie de casos
Nivel 3: otras evidencias	Guías de consenso, extrapolaciones de datos de otras poblaciones, práctica habitual, opinión, evidencias orientadas a enfermedades (sólo resultados intermedios o fisiológicos), o series de casos en estudios de diagnóstico, tratamiento, prevención o cribado.		

(15) Hanifin JM, Cooper KD, Ho VC, Kang S, Krafchik BR, Margolis DJ, Schachner LA, Sidbury R, Whitmore SE, Sieck CK, Van Voorhees AS. Guidelines of care for atopic dermatitis, developed in accordance with the American Academy of Dermatology (AAD)/American Academy of Dermatology Association "Administrative Regulations for Evidence-Based Clinical Practice Guidelines". J Am Acad Dermatol. 2004 Mar;50(3):391-404.

Las recomendaciones clínicas fueron desarrolladas en base a las mejores pruebas disponibles. Estos se clasifican como sigue:(13)(14)

**Tabla 4.** Fuerza de recomendación

<b>Fuerza de la Recomendación</b>	<b>Definición</b>
A	Recomendación basada en evidencias consistentes y de buena calidad, orientadas al paciente.
B	Recomendación basada en evidencias inconsistentes o de limitada calidad, orientadas al paciente.
C	Recomendación basada en consensos, práctica habitual, opinión, evidencias orientada a la enfermedad, o series de casos para estudios de diagnóstico, tratamiento, prevención cribado.

**Tomado de:** Tomado de: (14) Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Dec 3];70(2):338–51.

## **10.2. Diagnóstico y Clínica**

El diagnóstico de DA se basa en las características clínicas de la enfermedad. El prurito y las lesiones eczematosas crónicas o recurrentes, con la morfología y distribución típica, en pacientes con historia de atopia son esenciales para el diagnóstico.

Los hallazgos del examen físico incluyen lesiones cutáneas agudas y subagudas que se observan con mayor frecuencia en lactantes y niños de corta edad y se caracterizan por ser placas eritemato-pápulo-vesiculosas, intensamente pruriginosas, asociadas a excoriación y exudado seroso. En lesiones de mayor tiempo de evolución puede observarse liquenificación. (4)

### **10.2.1. Manifestaciones clásicas y mínimas**

La DA comienza con frecuencia en la infancia, habitualmente durante la lactancia, siendo rara su aparición antes de los tres meses de vida.

Sus características principales son la marcada sequedad de la piel (xerosis) y el prurito.

Los signos clínicos clásicos son el eritema y la formación de pápulo-vesículas con cambios secundarios como erosiones, alteraciones pigmentarias y aumento del grosor y cuadrículado normal de la piel (liquenificación) producto del rascado continuo. El prurito constituye un síntoma cardinal en el paciente atópico e impacta

sustancialmente en la calidad de vida del niño y su familia.

Los malos hábitos respecto del sueño que se adquieren durante los primeros años de vida repercuten en las conductas futuras de los niños. (4)(16)

Las lesiones de la DA se clasifican en:

- **Agudas:** pápulas y pápulo vesículas pruriginosas, exudativas, sobre base eritematosa.
- **Subagudas:** pápulas y/o placas con discreto eritema, descamación y leve engrosamiento.
- **Crónicas:** pápulas excoriadas, erosionadas o placas liquenificadas, lesiones residuales hipo o hiperpigmentadas. En algunos pacientes pueden coexistir lesiones en diferentes estadios de evolución.

Existen variantes de presentación según la edad del niño:

- La *fase del lactante* (3 meses a 3 años de edad). Las lesiones se localizan en mejillas, cuello, superficies de extensión de los miembros y tronco. Suelen ser más exudativas que en los niños mayores.
- La *fase infantil* (3 a 10 años de edad). Tienen su localización característica en las zonas de flexión y pliegues (principalmente cuello, pliegues antecubitales, huecos poplíteos). Debido a la capacidad de rascado del paciente y al tiempo de evolución de las lesiones pueden evidenciarse excoriaciones y signos de liquenificación.
- La *fase del adolescente* afecta particularmente el dorso de manos, párpados y zonas de flexión. (17)

### 10.2.2. Criterios mayores y menores para el diagnóstico de DA.

El diagnóstico de dermatitis atópica se realiza a través de los criterios clínicos en niños que presentan prurito y dermatitis de evolución crónica.

Actualmente no existen estudios complementarios específicos de rutina que certifiquen el diagnóstico.

Se han propuesto diferentes criterios diagnósticos para definir la misma. El primero de ellos fue el sistema propuesto por Hanifin y Rajka. (18)

<i>Tabla 5. Criterios diagnósticos de DA (Hanifin y Rajka, 1980)(18)</i>
<b>Criterios mayores</b>
• Prurito (condición básica)
• Distribución característica
• Antecedentes personales o historia familiar de atopía
• Dermatitis de curso crónico con exacerbaciones y remisiones
<b>Criterios menores</b>
• Xerosis
• Ictiosis/hiperlinealidad palmar/queratosis pilar
• Reactividad inmediata (tipo 1) a test cutáneos
• IgE elevada
• Edad de comienzo precoz
• Tendencia a infecciones cutáneas/defectos de la inmunidad mediada por células
• Dermatitis inespecífica de manos y pies
• Eczema del pezón
• Queilitis
• Blefaritis recurrente
• Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan

• Queratocono
• Catarata subcapsular anterior
• Oscurecimiento orbitario
• Eritema/palidez centro-facial
• Pitiriasis alba
• Pliegues anteriores del cuello
• Prurito al transpirar
• Intolerancia a la lana y solventes de lípidos
• Acentuación perifolicular
• Intolerancia a alimentos
• Curso influenciado por factores ambientales/ emocionales
• Dermografismo blanco/blanqueo retardado

**Tomado de:** *Criterios diagnósticos de DA (Hanifin y Rajka, 1980)(18)*

Para realizar el diagnóstico de DA es necesario que estén presentes tres criterios mayores y al menos tres criterios menores.

Posteriormente varios grupos han hecho intentos de actualizar y simplificar estos criterios, actualmente los más aceptados son los criterios recomendados por la Academia Americana de Dermatología. Dichos criterios se resumen en la tabla.(14)

### 10.2.3. Criterios Diagnósticos (Academia Americana de Dermatología)

<b>Tabla 6. Criterios Diagnósticos AAD.</b>
<b>Características esenciales - Deben estar presentes:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prurito</li> <li>2. Eczema (aguda, subaguda, crónica):</li> <li>3. Morfología típica y patrones específicos de la edad *</li> <li>4. Historia crónica o recurrente</li> </ol>
<b>Patrones incluyen:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicación facial, cuello y extensor en bebés y niños</li> <li>• Lesiones anteriores o actuales en sitios de flexión en cualquier grupo de edad.</li> <li>• Lesiones en ingle y regiones axilares</li> </ul>

<p><b>Características importantes</b> — Vistas en la mayoría de los casos, añadiendo soporte para el diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad temprana del inicio</li> <li>2. Atopia</li> <li>3. Historia personal o familiar</li> <li>4. Reactividad de inmunoglobulina E</li> <li>5. Xerosis</li> </ol>
<p><b>Características asociadas</b> — Estas asociaciones clínicas ayudan a sugerir el diagnóstico de DA pero son demasiado inespecíficas como para que se utilicen para definir o detectar DA para investigación y estudios epidemiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuestas vasculares anormales (por ejemplo: palidez facial, Dermografismo blanco, blanqueo retardado )</li> <li>• Queratosis pilaris/Pitiriasis alba/ palmas hiperlineadas /ictiosis</li> <li>• Cambios oculares/periorbitarios</li> <li>• Otros hallazgos regionales (por ejemplo: cambios periorales /lesiones periauriculares)</li> <li>• Lesiones de prurigo/liquenificación/accentuación perifolicular.</li> </ul>
<p><b>Condiciones excluyentes</b> - Cabe señalar que un diagnóstico de DA depende de la exclusión de condiciones como: (Véase página 30)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarna</li> <li>• Dermatitis seborreica</li> <li>• Dermatitis de contacto (irritante o alérgica)</li> <li>• Ictiosis</li> <li>• Linfoma cutáneo de células T</li> <li>• Psoriasis</li> <li>• Dermatitis por foto sensibilidad</li> <li>• Enfermedades por deficiencia inmunes</li> <li>• Eritrodermia de otras causas</li> </ul>

Diagnostico de Dermatitis Atópica (Tomado de: Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J American Academy of Dermatology. February 2014) (14)

#### 10.2.4. Recomendación para el diagnóstico de AD

Los pacientes con presunta DA deben tener su diagnóstico basado en los criterios resumidos en el cuadro arriba. En ocasiones, las muestras de biopsia de piel u otros exámenes (como la inmunoglobulina del suero E, preparación de hidróxido de potasio, prueba de parche o pruebas genéticas) pueden ser útiles para descartar afecciones de la piel de otros o asociados.(14)

### 10.2.4.1. Fuerza de las recomendaciones para el diagnóstico y evaluación de DA. (14)

Tabla 7. Niveles de evidencia para diagnóstico y evaluación de DA.			
Recomendación	Fuerza de recomendación	Nivel de evidencia	Referencias
Diagnóstico realizado mediante criterios en la lista citada arriba	C	III	Mevorah et al., 1988; Gu et al., 2001; Lan et al., 2009; Diepgen, Sauerbrei, & Fartasch, 1996; De, Kanwar, & Handa, 2006; Loden, Andersson, & Lindberg, 1998; Samochocki & Dejewski, 2012; Samochocki, Paulochowska, & Zabielski, 2000; Chalmers et al., 2007; Firooz et al., 1999; Saeki et al., 2007; Firooz & Kashani, 2008; Hamada et al., 2005; Williams et al., 1994; Williams et al., 1996
Biomarcadores no específicos para la evaluación de diagnóstico o severidad.	B	II	Murat-Susic et al., 2006; Schulte-Herbruggen et al., 2007; Amon et al., 2000; Dhar et al., 2005; Gerdes, Kurrat, & Mrowietz, 2009; Aral et al., 2006; Di Lorenzo et al., 2003; El Mongy et al., 2008; Ezzat, Hasan, & Shaheen, 2011; Jahnz-Rozyk et al., 2005; Nakazato et al., 2008; Belloni Fortina et al., 2006; Gutgesell et al., 2002; Hirai et al., 1996; Hon et al., 2007; Horikawa et al., 2002; Kakinuma et al., 2003; La Grutta et al., 2005; Leung et al., 2003; Mostafa et al., 2008; Oflazoglu et al., "CD30 expression," 2008; Oflazoglu et al., "CD40 expression," 2008; Ott et al., 2010; Raap et al., 2006; Song et al., 2006; Wolkerstorfer et al., 1998
Niveles de inmunoglobulina E no rutinariamente recomendados	A	I	Schneider et al., 2013; Murat-Susic et al., 2006; Schulte-Herbruggen et al., 2007; Gerdes, Kurrat, & Mrowietz, 2009; Aral et al., 2006; Vakirlis et al., 2011; Wu et al., 2011
Escalas de severidad de la enfermedad disponibles no para el uso clínico rutinario	C	II	Schmitt, Langan, & Williams, 2007; Schram et al., 2012; Sprikkelman et al., 1997; Angelova-Fischer et al., 2005; Wolkerstorfer et al., 1999; Linnet & Jemec, 1999; Hon et al., 2006; Barbier et al., 2004; Charman, Venn, & Williams, 2002; Charman, Venn, & Williams, 2004; Charman et al., 1999; Cosickic et al., 2010; Emerson, Charman, & Williams, 2000; Hanifin et al., 2001; Holm et al., 2007; Oranje et al., 1997; Rullo et al., 2008
Escalas disponibles sobre severidad de calidad de vida no para uso clínico de rutina.	C	II	Chamlin et al., 2007; Augustin et al., 2004; Hon et al., 2006; Misery et al., 2007

Debe consultar sobre picor, sueño, impacto en la actividad diaria y la persistencia de la enfermedad	C	III	Chamlin et al., 2005; Hon et al., 2008; Dawn et al., 2009; Lewis-Jones, 2006; Weisshaar et al., 2008; Ricci et al., 2007; Bender et al., 2008; Ben-Gashir, Seed, & Hay, 2002
Conocimiento y discusión de las asociaciones comunes.	C	I y II	Chamlin et al., 2005; Hon et al., 2008; Batlles-Garrido et al., 2010; Chawes et al., 2010; Sultesz et al., 2010; Kyllonen et al., 2006; Hwang et al., 2010; Hyvarinen et al., 2005; Eller et al., 2009; Horwitz, Hossain, & Yousef, 2009; Bashir, Dar, & Rao, 2010; Schmitt et al., "Psychiatric comorbidity," 2009; Schmitt et al., "Atopic eczema," 2009; Yaghmaie, Koudelka, & Simpson, 2013; Harding et al., 2008; Synnerstad et al., 2008; Vajdic et al., 2009; Kajbaf, Asar, & Alipoor, 2011; Vlaski et al., 2006
Enfoque integrado y multidisciplinario de cuidado	C	III	Boguniewicz et al., 2008; Ricci et al., 2009

Tabla. 7 Fuerza de las recomendaciones para el diagnóstico y evaluación de DA. (14)

Tomado de: (14) Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Dec 3];70(2):338–51.

#### **10.2.4.2. Recomendaciones para el uso de biomarcadores en la evaluación de AD**

- Para los pacientes con presunta DA, no existen biomarcadores específicos que puedan recomendarse para el diagnóstico y evaluación de la severidad de la enfermedad.
- No se recomienda la vigilancia de los niveles de inmunoglobulina E para la evaluación rutinaria de la severidad de la enfermedad. (14)

#### **10.2.4.3. Recomendaciones para la evaluación de los resultados clínicos y severidad de la enfermedad**

- Para el manejo general de los pacientes con dermatitis atópica, las escalas de medición de la severidad de la enfermedad disponible, no están recomendadas para la práctica clínica rutinaria ya que usualmente no fueron diseñadas con ese propósito.
- Para el manejo general de los pacientes con dermatitis atópica, las escalas disponibles para la medición de la calidad de vida del paciente no se recomiendan

para la práctica clínica habitual.

- Se recomienda que los médicos hagan preguntas generales acerca de picor, sueño, impacto en la actividad diaria y la persistencia de la enfermedad, y que las escalas disponibles actualmente deben ser utilizadas cuando resulte práctico.(14)

#### 10.2.4.4. Otras manifestaciones clínicas:

<b>Tabla 8. Otras manifestaciones clínicas</b>
Queratosis folicular
Pápulas liquenoides
Lesiones símil prurigo
Lesiones numulares
Erupción liquenoide por fricción: pápulas color piel, aplanadas, poligonales o redondeadas que comprometen las áreas extensoras de las extremidades
Eczema dishidrótico: pequeñas vesículas claras que afectan las palmas, las plantas y los bordes laterales de los dedos.
Eritrodermia: puede observarse en cualquiera de las etapas. Se presenta en menos del 1% de los casos y consiste en un eritema con descamación de evolución subaguda-crónica que compromete más del 80% de la superficie cutánea.
Tabla 8. Tomado de: (14) Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Dec 3];70(2):338–51.

#### 10.2.4.5. Lista de Diagnósticos Diferenciales (4)

<b>Tabla 9: Diagnósticos diferenciales para dermatitis atópica.</b>
<b>• Dermatitis seborreica:</b>
Se presenta desde los 15 días de vida hasta los 3 a 6 meses. Las escamas son amarillentas y untuosas. Toma cuero cabelludo, zona centrofacial y caudal. No es pruriginosa.
<b>• Dermatitis de contacto irritativa:</b>
Las lesiones, circunscriptas, se vinculan a un agente irritante primario. Ej.: dermatitis por saliva y dermatitis simple del pañal.

• <b>Dermatitis de contacto alérgica:</b>
Es poco frecuente en los niños pequeños.
Puede ser por <b>níquel</b> o <b>cromo</b> o tatuajes con henna.
• <b>Enfermedades eritematoescamosas:</b>
Psoriasis, pitiriasis rosada y pitiriasis rubra pilaris.
• <b>Ectoparasitosis:</b>
<i>Sarna eczematizada.</i> Lesiones pápulo-vesiculosas, palmo-plantares. Puede observarse compromiso interdigital y muñecas. Es frecuente observar la enfermedad en otros miembros de la familia.
• <b>Infecciones micóticas:</b>
<i>Dermatoficias de piel lampiña:</i> lesiones eritematoescamosas pruriginosas, anulares, con bordes netos, el crecimiento es centrífugo y la curación central.
• <b>Infecciones bacterianas:</b>
Impétigo: infección bacteriana superficial de la piel. Puede ser costroso o ampollar.
SEPE (síndrome estafilocócico de la piel escaldada): exantema eritematoso y ampollar seguido de una descamación residual, provocado por las toxinas epidermolíticas A y B de <i>Staphylococcus aureus</i> .
• <b>Infecciones virales:</b>
1. Eczema herpético (erupción variceliforme de Kaposi): infección viral diseminada por HHV(más frecuentemente) en niños portadores de una dermatosis previa (atopía, Darier, Hayley-Hayley).
2. Exantema asimétrico periflejural de la infancia (exantema laterotorácico, APEC): niños de 1 a 4 años, comienzo unilateral, erupción eczematosa morbiliforme o escarlatiniforme, más frecuente en invierno y primavera.
<input type="checkbox"/> <b>Enfermedades hereditarias:</b>
3. Ictiosis vulgar: herencia AD. Incidencia 1/250. No es congénita. Tiene

<p>escamas más notables en la superficie de extensión de los miembros e hiperlinearidad palmoplantar. Disminución o ausencia de FLG o su precursor profilagrina.</p>
<p>4. Síndrome de Netherton: ictiosis lineal circunfleja, dermatitis eczematoide pruriginosa, tricolorrexis invaginata.</p>
<p><b>Inmunodeficiencias:</b></p>
<p>1. Síndrome de Wiscott-Aldrich: dermatitis eczematoide, trombocitopenia e infecciones recurrentes.</p>
<p>2. Síndrome de hiper IgE: dermatitis eczematoide, IgE&gt;5000 U, eosinofilia periférica, infecciones cutáneas y sistémicas recurrentes.</p>
<p><b>Enfermedades ampollares de origen inmunológico:</b></p>
<p>Dermatitis herpetiforme (DH): lesiones vesiculares o eczematoides, pruriginosas y simétricas, sobre la superficie de extensión de los miembros. Manifestación cutánea de la celiaquía.</p> <p>El diagnóstico de la DH (histopatología e inmunofluorescencia directa), obvia, actualmente, la biopsia de intestino para confirmar el diagnóstico de enfermedad celíaca.</p>
<p><b>Enfermedades metabólicas:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acrodermatitis enteropática: dermatitis periorificial y acral por déficit de zinc. Paroniquia. Alopecia. Diarreas. Irritabilidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fenilcetonuria (acumulación de fenilalanina): el recién nacido tiene aspecto normal hasta los 4 meses. En el primer año de vida aparecen alteraciones psicomotoras, vómitos y dermatitis tipo atópica en el 20 a 50% de los casos. Cambios esclerodermiformes en los brazos, el tronco, las piernas y las nalgas. Hipopigmenación cutánea. Retardo madurativo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de carboxilasas (déficit de utilización de la biotina): dermatitis periorificial, acidosis metabólica, hiperamoniemia, alopecia.</li> </ul>
<p>Tomado de: (4) Giachetti A, María D, Greco F, Scacchi F, Rosana D, Flores M, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Atopic dermatitis . National Consensus 2013. Soc ARGENTINA PEDIATRÍA SUBCOMISIONES, Com Y Grup Trab. 2014;1–21.</p>

### 10.3. Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes de la DA surgen como consecuencias de las alteraciones de la función de barrera cutánea y de las alteraciones inmunológicas humorales y celulares que favorecen las infecciones bacterianas y virales.

Las infecciones bacterianas son las más comunes y se pueden producir por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus*  $\beta$ hemolítico del grupo A (GAS), ya sea en forma aislada o combinada. Se manifiestan como formas de impétigo, foliculitis, dermatitis por toxinas y en casos más infrecuentes como infecciones generalizadas y de tejidos blandos y generalizados.

Es importante sospechar la posibilidad de infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMRC), especialmente en los casos que cursen con lesiones abscedadas, ya que en los último años este germen adquirió un perfil de patógeno emergente.

El GAS coloniza menos frecuentemente a los atópicos pero con infecciones más invasivas con afección facial y periocular.

Las infecciones virales se manifiestan con herpes simple diseminado, este último conocido como erupción variceliforme de Kaposi o eczema herpético que es una diseminación cutánea del virus herpes simple 1 (VHS1) en el 80% de los casos. Es una afección grave que se manifiesta con vesículas o vesiculopústulas umbilicadas, diseminadas, confluentes, que dejan zonas de piel denudada, costras y zonas hemorrágicas, acompañadas de fiebre y adenopatías.

Los pacientes con DA presentan mayor riesgo de contagio y diseminación de la infección por el virus del molusco contagioso.

El aumento de la presentación de verrugas vulgares e infecciones por dermatofitos y también *Cándida albicans* se observa frecuentemente.

Dentro de las ectoparasitosis en los pacientes con DA se observan escabiosis y pediculosis.

(4)

## 10.4. Gravedad de la DA y calidad de vida

La DA afecta el bienestar físico y psicosocial de quienes la sufren. A fin de poder cuantificar dicho compromiso se han desarrollado diferentes instrumentos para medir la gravedad de la enfermedad y el impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados. (4)

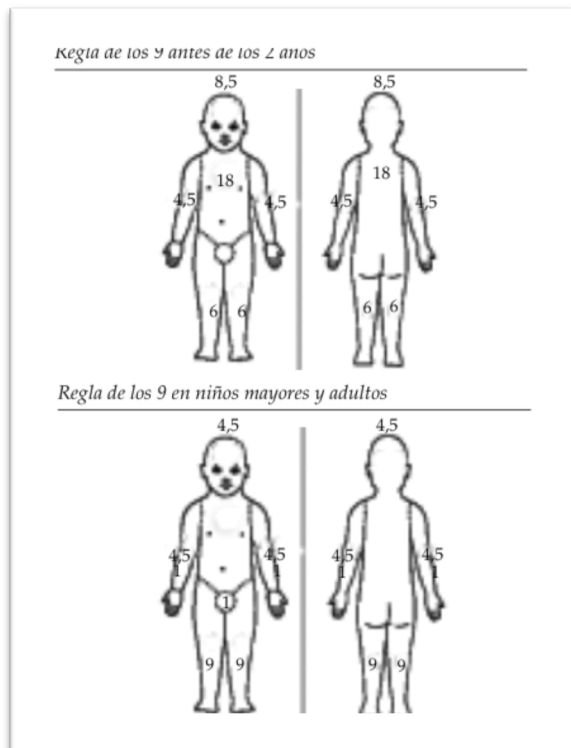
### 10.4.1. Instrumentos de medición de la gravedad de la enfermedad

Hay múltiples sistemas de medición de gravedad, los más frecuentemente empleados son el puntaje de gravedad de DA (SCORAD) y el índice de extensión y gravedad de DA (EASI). (Anexo 2)

El SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*) es el instrumento de gravedad de la enfermedad más ampliamente validado. (19)

Evalúa tres aspectos:

**Figura 1. SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*)**



I. **Extensión de la enfermedad:** a través de la regla de los 9.

II. **Características clínicas** (gravedad de las mismas): 0- ausente; 1- leve; 2- moderada; 3- grave (máximo 18).

Eritema, Pápulas, Edema, Exudación, Costras, Excoriación, Liquenificación, Xerosis.

III. **Síntomas subjetivos** (con escala visual análoga): 0 a 10 (máximo 20).

Prurito, Pérdida de sueño.

Cálculo SCORAD:  $a/5+7$ .  $b/2+c <15$ : leve 15-40: moderado  $>40$ : grave

**Tomada de:** *Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013* (19)(4)

## **11. Manejo y tratamiento de dermatitis atópica**

### **11.1. Intervención no farmacológica.**

La xerosis es una de las características clínicas cardinales de DA y resulta de una barrera epidérmica disfuncional. Las cremas hidratantes tópicas se utilizan para combatir xerosis y la pérdida de agua transepidermal, con los agentes tradicionales que contienen cantidades variables de emoliente, oclusivos, o ingredientes humectantes. Aunque a menudo incluyen agua, esto sólo produce un efecto transitorio, mientras que el resto de componentes proporciona los beneficios principales. Los emolientes (por ejemplo, glicol y glicerilo estearato, esteroides de soja) lubrican y suavizan la piel, los agentes oclusivos (por ejemplo, petrolato, dimeticona, aceite mineral) forman una capa para retardar la evaporación del agua, mientras que los humectantes (eg., glicerol, ácido láctico, urea) atraen y retienen agua.

La aplicación de cremas hidratantes aumenta la hidratación de la piel, como fue medido subjetivamente por los pacientes y objetivamente por el gravamen de capacitancia o conductancia y con microscopía electrónica. Además, un gran número de ensayos clínicos ha demostrado que ellos disminuyen los síntomas y signos incluyendo prurito, eritema, fisuras y lichenificación. Por lo tanto, las cremas hidratantes pueden dar cierta reducción en la inflamación y la severidad de DA. Además, su uso disminuye la cantidad antiinflamatorios recetados para control de enfermedades, como se demostró en el estudio 3 RCTs. Los humectantes pueden ser el tratamiento primario principal para una enfermedad leve y deben ser parte del régimen para la enfermedad moderada y grave.

También son un componente importante del tratamiento de mantenimiento y prevención de las recaídas. Las cremas hidratantes son por lo tanto la piedra angular de la terapia de DA y deben incluirse en los planes de manejo (recomendaciones resumidas en la tabla II y nivel de evidencia resumido en la tabla III).

No existen estudios sistemáticos suficientes para definir una cantidad óptima o frecuencia adecuada de la aplicación de cremas hidratantes. Generalmente se piensa que la aplicación frecuente y libre es necesaria para que la xerosis sea mínima. Las cremas hidratantes tradicionales se formulan en una variedad de presentaciones, incluyendo cremas, ungüentos, aceites, geles y lociones.

Aunque la mayoría ungüentos tienen la ventaja de que no contienen conservantes, que pueden causar ardor cuando se aplica a la piel inflamada, pueden ser demasiado grasos para algunos pacientes con dermatitis atópica. Las lociones tienen un mayor contenido de agua que puede evaporarse y puede ser menos ideal para aquellas personas con una xerosis significativa.(20)

*Tabla. 10 Recomendaciones para intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la dermatitis atópica.(20)*

La aplicación de cremas hidratantes debe ser parte integral del tratamiento de pacientes con Dermatitis Atópica ya que hay fuerte evidencia de que su uso puede reducir la severidad de la enfermedad y la necesidad de intervención farmacológica.

El baño se recomienda para los pacientes con Dermatitis Atópica como parte del tratamiento y el mantenimiento; sin embargo, hay un estándar para la frecuencia y duración del baño apropiado para las personas con Dermatitis Atópica.

Deben aplicarse cremas hidratantes pronto después del baño para mejorar la hidratación de la piel en pacientes con Dermatitis Atópica.

El uso limitado de limpiadores no jabonosos (que son neutrales al bajo pH, hipoalergénico y sin perfume) es recomendable.

Para el tratamiento de pacientes con Dermatitis Atópica, la adición de aceites emolientes y otros al agua de baño y el uso de agua ácida no pueden recomendarse en este momento, debido a la falta de pruebas.

Uso de la terapia de envoltura húmeda con o sin un corticosteroide tópico puede recomendarse para pacientes con Dermatitis atópica moderada a severa para disminuir la pérdida de agua y severidad de la enfermedad durante las recaídas.

(Fuerza de Recomendación y Niveles de Evidencia en tabla 17)

**Tomado de:** (20) Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32.

Los emolientes recetados o PEDs (Prescription emollient devices) son una nueva clase de agentes tópicos diseñados específicamente para enfocarse en los defectos en la función de barrera de la piel, observado en pacientes con DA. Incluyen preparaciones con distintas proporciones de lípidos que imitan las composiciones endógenas y cremas que contienen palmitoylethanolamide, ácido glicirretínico u otros hydrolípidos.

Aunque hay algunas pruebas que PEDs también disminuyen los síntomas y signos de Dermatitis Atópica, incluyendo xerosis e inflamación, sólo se han probado en un pequeño número de estudios controlados. Son aprobados como dispositivos médicos basados en la afirmación de que cumplen un papel estructural en la función de barrera de la piel y no ejercen sus efectos por cualquier acción química. Además, estos agentes son más costosos, aunque son considerados como tratamientos adyuvantes seguros. Ahora hay varias cremas hidratantes que contienen ceramidas o productos de descomposición de la filaggrina que están disponibles de venta sin receta, aunque las composiciones no son necesariamente equivalentes a las de los PEDs.

Ensayos directos entre productos hidratantes específicos son pocos en número, y los realizados hasta la fecha no han demostrado que exista uno superior a los demás, incluidos los dispositivos emolientes de prescripción. Por lo tanto, la elección del agente hidratante es altamente dependiente de preferencia individual de cada persona.

El agente ideal debería ser seguro, eficaz, barato y libre de aditivos, fragancias, perfumes y otros agentes potencialmente sensibilizantes. Pero sin importar el producto concreto utilizado, la hidratación para hacer frente a la barrera defectuosa es un concepto terapéutico importante dado nuestra comprensión actual de la patogénesis de DA.

Los ensayos también están en marcha para probar si la protección de la barrera de la piel y la humectación usada desde el nacimiento reduce la probabilidad de desarrollo de DA en niños genéticamente predispuestos. (20)

### **11.1.1. Prácticas de baño, incluidos aditivos.**

El baño puede tener efectos diferentes sobre la piel dependiendo de la manera en que se lleva a cabo. Bañarse con agua puede hidratar la piel y quitar las escamas, costras, irritantes y alérgenos, lo cual puede ser útil para los pacientes con DA. Sin embargo, si el agua se deja evaporar sobre la piel, ocurre una mayor pérdida de agua transepidermal. Por lo tanto, la aplicación de cremas hidratantes inmediatamente después del baño es necesaria para mantener una buena hidratación.

Hay pocos datos objetivos que determinan las mejores prácticas de baño, y la mayoría de las recomendaciones provienen de consensos de expertos y experiencia personal. Las recomendaciones del grupo de trabajo actual de la Academia Americana de Dermatología 2014 se resumen en la tabla de recomendaciones para intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la dermatitis atópica.

Por lo pronto, con la información recopilada hasta Julio del 2014 por la Academia Americana de dermatología no se puede determinar aun si existe diferencia entre el baño con ducha y el baño en tina. Tampoco se puede determinar una directriz clara en cuanto a la frecuencia o duración del baño para conseguir resultados óptimos en personas con dermatitis atópica. Sin embargo, se recomienda generalmente el bañarse hasta una vez al día para retirar la corteza serosa, mientras las cremas hidratantes se usen inmediatamente después; la duración debe limitarse a períodos cortos de tiempo (por ejemplo, 5-10 minutos) con el uso de agua caliente. Si hay áreas de piel inflamada significativamente, remojar en agua durante 20 minutos, seguidos por la inmediata aplicación de terapias farmacológicas antiinflamatorias (por ejemplo, corticosteroides tópicos [CT]), sin secar con la toalla, es una medida útil de tratamiento. Esta técnica " remojo y frotis " puede mejorar la respuesta en los casos donde el anti-inflamatorios tópico por sí solo es insuficiente.

El uso de sustitutos del jabón que tienen un Ph neutro o bajo, hipoalergenicos y libres de fragancias está recomendado. Los jabones contienen surfactantes que interactúan con los lípidos y proteínas del estrato corneo, pero en cierto modo esto causa daño , sequedad e irritación. La mayoría de jabones son alcalinos en cuanto a su ph, mientras que el ph normal de la piel es 4 a 5,5. Por otro lado los substitutos del jabón basados en surfactantes y en detergentes sintéticos (Syndets) son usualmente recomendados por su mejor tolerancia, aunque esto se basa en los resultados de los pocos estudios realizados.

Con la excepción de los blanqueadores, lo cual será abordado más adelante en este documento, los datos son muy limitados en cuanto a la adición de aceites, emolientes y otros aditivos al agua de baño y si esto acarrea beneficios para las personas con DA. La cantidad de emoliente depositado en la piel a través de los aditivos de baño es usualmente menor que la aplicación directa. No existen estudios publicados que hayan probado el beneficio de los emolientes después del baño. Por lo tanto, al momento, el uso rutinario de aditivos de baño no puede ser recomendado. El uso de agua ácida de manantial para bañarse también tiene evidencia limitada que la justifique. El uso de dispositivos de ablandamiento del agua tampoco ha demostrado tener ventajas sobre el uso del agua normal. (20)(21)(22)

### **11.1.2. Terapia con vendas húmedas.**

La terapia con vendas húmedas o “Wet-wrap therapy”(WWT) es un método para rápidamente reducir la severidad de la DA, y es usado usualmente en casos de recaídas significativas y/o en enfermedad recalcitrante. Se puede realizar en forma ambulatoria o en internación. La mayoría utilizan una técnica de un agente tópico que está cubierto por una primera capa mojada de gasa, vendas tubulares o un traje de algodón, seguida de una segunda capa seca exterior. Para casos más generalizados, se usan 2 capas no irritantes de ropa que pueden ser igualmente preparadas. Al parecer la WWT ayuda mediante la oclusión del agente tópico lo cual aumenta la forma como penetra en la piel, disminuye la pérdida de agua y provee una barrera física en contra del rascado. El vendaje puede ser usado por varias horas, incluso 24 horas, dependiendo de la tolerancia del paciente. (20)

En dos estudios comparativos, la aplicación de cortico esteroides tópicos con vendajes húmedos fue más eficaz que el uso de vendajes solo con humectantes tópicos. Debe tenerse cuidado, sin embargo, cuando cortico esteroides de media potencia o de alta potencia se aplican bajo la envoltura, ya que la absorción es mayor y puede causar supresión del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, especialmente si se usan ampliamente en la piel. Disminuciones temporales en los niveles de cortisol del suero temprano en la mañana han sido reportadas, aunque no se han asociado con supresión prolongada suprarrenal los cursos cortos de uso. Dos estudios mostraron que este riesgo puede reducirse mediante la limitación de la aplicación una vez al día o diluyendo cortico esteroides tópicos potentes al 10% o incluso un 5% de su fuerza original. Algunos prefieren el uso de corticoides de intensidad media o baja en lugar de diluir los corticoides de mayor intensidad. El potencial riesgo de infecciones se ve en mayor cantidad cuando se usa corticoides de gama media y alta en conjunto con la terapia de vendas húmedas, aunque los datos son escasos y contradictorios con respecto a su ocurrencia real. (20)

## **11.2. Tratamiento Tópico**

### **11.2.1. Corticoides Tópicos (TCS o CT)**

Los corticoides tópicos son usados en el manejo de la dermatitis atópica tanto en adultos como en niños y son la primera línea de la terapia antiinflamatoria. Estos actúa en una variedad de células del sistema inmune, incluyendo los linfocitos T, monocitos, macrófagos y células dendríticas interfiriendo con procesamiento del antígeno y suprimiendo la liberación de las citoquinas pro inflamatorias. Estos son típicamente introducidos al régimen de tratamiento lesiones no responden al buen cuidado de la piel y al uso de hidratantes. (20)

#### **11.2.1.1. Eficacia**

Los corticoides han sido usados para la DA por más de 60 años. Su eficacia ha sido demostrada con una gran variedad de preparaciones e intensidad de presentaciones, y actualmente se producen más de diferentes 110 tipos. Generalmente son la norma a la que se comparan otras terapias antiinflamatorias tópicos. Además de disminuir las señales agudas y crónicas de la dermatitis atópica, varios ensayos han demostrado disminución en la aparición de prurito con su aplicación.(20)

Se utilizan para la enfermedad inflamatoria activa y prevención de las recaídas. Ensayos comparativos están limitados en duración y alcance (es decir, principalmente implican 2 y ocasionalmente 3 agentes), y como resultado, no existen datos para soportar 1 o varios agentes específicos para ser más eficaces que otros. Las preferencias en cuanto al vehículo por parte del paciente, junto con el costo y la disponibilidad, a menudo determinan su selección. Un Resumen de las recomendaciones sobre el uso corticoides tópicos se encuentran en la tabla 12. (20)

#### **11.2.1.2. Dosificación**

Se agrupan en 7 clases, de muy baja potencia (Tipo:VII) a muy alta potencia (Tipo: I), basadas en ensayos de vasoconstricción. La siguiente tabla (Tabla 11) proporciona ejemplos representativos de los agentes disponibles en cada clase. Hay pocos estudios que examinen un rango de dosis en grandes números de pacientes y no se llega a establecer a uno como óptimo. Algunos usan una corta dosis de un corticoide de alta potencia para controlar rápidamente la enfermedad activa, seguida de un rápido reajuste de potencia, mientras que otros utilizan el agente de menor potencia que sea necesario y lo aumentan sólo si este no funciona.

No existe ningún estándar universal para la cantidad de aplicación, aunque algunos sugieren el uso de la unidad de la yema del dedo para adultos (la cantidad de la articulación interfalángica distal a la yema del dedo, o aproximadamente 0,5 g, se aplica sobre una superficie igual a 2 palmas de mano adultas), siguiendo la regla de nueves que mide el porcentaje de zona afectada y el uso de gráficos que proponen cantidades basadas en sitio cuerpo y edad de la paciente.(23)(20)

Los niños tienen un área de superficie corporal proporcionalmente mayor al cociente de peso, y consecuentemente, tienen un mayor grado de absorción por la misma cantidad aplicada. Pero durante recaídas agudas significativas, el uso de corticoides de mediano a alto grado para episodios de cortas duración puede ser apropiado para obtener el control rápido de los síntomas, incluso en niños.

Sin embargo, para el manejo a largo plazo, debe utilizarse el corticoide menos potente que es eficaz para reducir el riesgo de efectos adversos. También es necesario una mayor precaución en cuanto a la potencia del corticoide al tratar en sitios de piel fina (es decir, cara, cuello y otros dobleces de la piel), donde hay una mayor penetración y mayor probabilidad de absorción sistémica. Es importante controlar el tiempo de uso y las cantidades de corticoides utilizados, ya que pueden afectar la eficacia y la seguridad. (20)

<b>Tabla 11. Fármacos por potencia</b>			
<b>Clase</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Presentación</b>	<b>Fuerza (%)</b>
<b>I. Muy alta potencia</b>	Dipropionato de betametasona aumentada	Ungüento	0.05
	Propionato de Clobetasol	Crema, espuma, ungüento.	0.05
	Diacetato de diflorasona	Ungüento	0.05
	Halobetasol propionate	Crema, ungüento.	0.05
<b>II. Potencia alta</b>	Amcinonida	Crema, loción, ungüento.	0.1
	Aumentada de Betametasona dipropionato	Crema	0.05
	Betametasona dipropionato	Crema, espuma, ungüento, solución.	0.05
	Desoximetasona	Crema, ungüento.	0.25
	Desoximetasona	Gel	0.05
	Diacetato de diflorasona	Crema	0.05
	Fluocinonide	Crema, gel, ungüento, solución.	0.05
	Halcinonida	Crema, ungüento.	0.1
	Furoato de mometasona	Ungüento	0.1
	Acetónido de triamcinolona	Crema, ungüento.	0.5
<b>III-IV. Media potencia</b>	Valerato de betametasona	Crema, espuma, loción, ungüento.	0.1
	Pivalato de clocortolona	Crema	0.1

	Desoximetasona	Crema	0.05
	Acetónido de fluocinolona	Crema, ungüento.	0.025
	Flurandrenolida	Crema, ungüento.	0.05
	Propionato de fluticasona	Crema	0.05
	Propionato de fluticasona	Ungüento	0.005
	Furoato de mometasona	Crema	0.1
	Acetónido de triamcinolona	Crema, ungüento.	0.1
<b>V. Potencia media-baja</b>	Butirato de hidrocortisona	Crema, ungüento, solución.	0.1
	Hidrocortisona probutate	Crema	0.1
	Valerato de hidrocortisona	Crema, ungüento.	0.2
	Prednicarbato	Crema	0.1
<b>VI. Potencia Baja</b>	Dipropionato de alclometasona	Crema, ungüento.	0.05
	Desonida	Crema, gel, espuma, ungüento.	0.05
	Acetónido de fluocinolona	Crema, solución.	0.01
<b>VII. Potencia Muy Baja</b>	Dexametasona	Crema	0.01
	Hidrocortisona	Crema, loción, ungüento, solución.	0.25 – 0.5 - 1
	Acetato de hidrocortisona	Crema, ungüento.	0.5-1
Tomado de: (20) Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32.			

**Tabla 12. Recomendaciones para el uso de corticosteroides tópicos para el tratamiento de la dermatitis atópica. (20)**

(Fuerza de Recomendación y Niveles de Evidencia en tabla 17)

Los corticoides tópicos se recomiendan para los individuos afectados de dermatitis atópica que no responden al cuidado de la piel y uso regular de emolientes solos.

Una variedad de factores debe considerarse al elegir un corticoide tópico en particular para el tratamiento de la dermatitis atópica, incluyendo: la edad del paciente, las zonas del cuerpo a la cual se aplicará el medicamento y otros factores del paciente como el grado de xerosis, preferencia del paciente y los costos de los medicamentos.

Generalmente se recomienda la aplicación de corticoides dos veces al día; sin embargo, la evidencia sugiere que la aplicación diaria de algunos corticoides puede ser suficiente.

El uso proactivo e intermitente de los corticoides tópicos como terapia de mantenimiento (1 - 2 veces / Semana) en áreas que comúnmente recaen es recomendable para ayudar a prevenir las recaídas y es más eficaz que el uso de emolientes solos.
Deben considerarse los posibles efectos secundarios tanto tópicos como sistémicos, incluyendo la posible supresión del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, este debe considerarse, especialmente en niños con dermatitis atópica en los cuales se utilizan corticosteroides.
Se recomienda la búsqueda de signos que sugieran la presencia de efectos secundarios cutáneos durante el examen físico en pacientes que usan corticoides potentes a largo plazo.
No se recomienda el monitoreo específico para efectos secundarios sistémicos rutinariamente para pacientes con dermatitis atópica.
Se debe abordar el temor del paciente hacia los posibles efectos secundarios por el uso de corticosteroides tópicos para mejorar la adherencia y evitar un tratamiento deficiente.
<b>Tomado de:</b> (20) Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32.

### **11.2.1.3. Frecuencia de Aplicación**

La mayoría de estudios enfocados en la eficacia de los corticoides tópicos en el manejo de DA incluyen la directriz de aplicar dos veces al día. Esta es la práctica clínica más común y también la frecuencia generalmente recomendada. Sin embargo, hay pruebas que sugieren que la aplicación de una dosis diaria de algunos corticosteroides potentes puede ser tan eficaz como el aplicarlos dos veces al día, algunas formulaciones más recientes también recomiendan la aplicación una vez al día.

Para los episodios agudos, se recomienda utilizar de CT (Corticoesteroides Tópicos) cada día, incluso algunas semanas, hasta que las lesiones inflamatorias mejoren significativamente. Después de obtener el control de un brote, el objetivo es prolongar el tiempo hasta la próxima recaída.

Antes se recomendaba el detener el uso de CT al presentarse mejoría de los síntomas y signos de enfermedad. Posteriormente se cambiaba a la utilización de cremas hidratantes solas y se restituya el uso de CT con recaídas posteriores. Sin embargo, en los últimos años, un enfoque más proactivo para mantenimiento se ha propuesto para aquellos pacientes que experimentan brotes frecuentes y repetitivos en las mismas zonas del cuerpo, esto implica la aplicación programada de un CT una a dos veces semanalmente en estas zonas particulares, un método que ha reducido las tasas de recaídas y mayor tiempo hasta la siguiente recaída en relación con el uso de cremas hidratantes solas. (20)

### **11.2.1.4. Efectos Secundarios**

Los efectos adversos locales tradicionalmente relacionados a los CT como sobreinfección de las lesiones, atrofia, estrías, foliculitis, erupciones acneiformes y telangiectasias, entre otros así como los efectos sistémicos, no están demostrados en regímenes de aplicación ya mencionados de CT de baja y mediana potencia durante períodos cortos, de 5 a 10 días. (4)

### **11.2.1.5. Abordaje de las preocupaciones por el uso CT**

Aunque ciertamente se justifica el uso juicioso de CT, el reconocimiento de infratratamiento como resultado de fobia a los esteroides también es importante. Un estudio de 200 pacientes ambulatorios de Dermatología con DA encontró que 72,5% estaban preocupados por uso de CT por su propia cuenta o la piel de su hijo, con el 24% admitiendo el incumplimiento con la terapia como resultado de estas preocupaciones. (21)(23)(22)

Otros estudios han demostrado que el conocimiento de las potencias y clase de esteroides usados por parte el paciente es pobre, y conduce a su uso inapropiado. Por lo tanto, para lograr buena respuesta, es importante abordar tales temores y creencias incorrectas. Los riesgos asociados con el uso CT parecen ser baja con la aplicación adecuada y elección correcta de la potencia, combinada con periodos de no utilización. (20)

### **11.2.2. Inhibidores Tópicos de la Calcineurina (TCI)**

Los Inhibidores de la calcineurina tópicos (TCI) son una segunda clase de terapia antiinflamatoria introducida en el año 2000. Estos son naturalmente producidos por las bacterias *Streptomyces* e inhiben la activación de células T-dependientes de la calcineurina, bloqueando la producción de citocinas proinflamatorias y mediadores de la reacción inflamatoria de la dermatitis atópica. También se ha demostrado que afectan la activación de los mastocitos, y tacrolimus disminuye el número y la capacidad co-estimuladora de las células dendríticas epidérmicas. (20)

#### **11.2.2.1. Eficacia**

Existen en la actualidad dos TCIs disponibles tacrolimus ungüento (concentración 0.03% y 0.1%) y pimecrolimús en crema (concentración del 1%). Ambos agentes han demostrado ser más eficaces que el vehículo a corto plazo (3-12 semanas) y a largo plazo (hasta 12 meses) en estudios con adultos y niños con enfermedad activa.

Tacrolimus es aprobado para la enfermedad moderada a severa, mientras que pimecrolimus está indicado para casos leves a moderados de dermatitis atópica, y estudios comparativos de 6 semanas apoyan un mayor efecto de tacrolimus en este período de tiempo para todas las gravedades de dermatitis atópica.

Un metanálisis de 25 Pruebas controladas aleatorias encontraron que tacrolimus 0,1% es tan eficaz como el butirato de hidrocortisona 0.1% (TCS de mediana potencia), mientras que tacrolimus 0.03% es menos efectivo que la hidrocortisona butirato 0,1% pero más eficaz que el acetato de hidrocortisona 1% (TCS de baja potencia). Pimecrolimús no se ha comparado directamente con TCS de baja potencia, pero es menos eficaz que TCS de mediana y alta potencia. Se puede encontrar un cuadro de resumen sobre las recomendaciones del uso de TCI en la tabla a continuación, y el nivel de evidencias se encuentra en la tabla III. (20)

**Tabla 13. Recomendaciones para el uso de inhibidores de la calcineurina tópicos para el tratamiento de la dermatitis atópica (20)**  
(Fuerza de Recomendación y Niveles de Evidencia en tabla 17)

Los TCI son recomendados y eficaces para el tratamiento agudo y crónico, junto con el mantenimiento, tanto en adultos como en niños con dermatitis atópica y son particularmente útil en situaciones clínicas seleccionadas.

Los TCI están recomendados para el uso en las zonas activamente afectadas como agentes economizadores de esteroides para el tratamiento de la dermatitis atópica.

Para los pacientes con dermatitis atópica menores a los 2 años de edad con dermatitis leve a severa, se puede recomendar el uso fuera de indicación de 0.03% tacrolimus o 1% pimecrolimus en pomada.

Pimecrolimus crema y tacrolimus ungüento puede causar ardor y prurito, especialmente cuando se aplica a la piel inflamada en fase aguda. Se debe considerar el tratamiento inicial con corticosteroides tópicos para minimizar reacciones en el sitio de aplicación de TCI. Los pacientes con DA deberán ser informados sobre la posibilidad de estas reacciones.

El uso proactivo e intermitente de TCI como terapia de mantenimiento (2 - 3 veces por semana) en las áreas que comúnmente sufren brotes se recomienda para ayudar a prevenir las recaídas y reducir la necesidad de los corticosteroides tópicos y es más eficaz que el uso de emolientes solos.

El uso concomitante de un corticosteroide tópico con un TCI puede recomendarse para el tratamiento de la DA.

Ningún aumento constante en la prevalencia de las infecciones víricas cutáneas se han visto con el uso continuo o intermitente de TCI hasta por 5 años; sin embargo, los médicos deben informar a sus pacientes sobre estos riesgos teóricos cutáneos, dados la falta de datos de seguridad por largos periodos de tiempo.

Los clínicos deben ser conscientes de la advertencias sobre el uso de TCI para pacientes con dermatitis atópica y discutir las con el paciente.

El monitoreo rutinaria de en sangre niveles de tacrolimus y pimecrolimus en pacientes con dermatitis atópica que están usando estos agentes no es recomendable al momento.

**Tomado de:** (20) Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32.

### 11.2.2.2. Dosificación

Los TCI están aprobados en los Estados Unidos como terapia de segunda línea para el tratamiento crónico a corto plazo e idóneos de DA en individuos no inmunocomprometidos que no han respondido adecuadamente a otros tratamientos tópicos recetados para la dermatitis atópica, o cuando los tratamientos no son recomendables. Los TCI tienen la ventaja de no acarrear el riesgo de atrofia cutánea y tener poco efecto negativo sobre el grosor de la piel y la síntesis del colágeno.

Los TCI por lo tanto pueden ser utilizados como agentes sustitutos a los corticoides y estudios a largo plazo a 12 meses han demostrado que efectivamente reducen la necesidad de usar CT en ciertos casos. También se ha demostrado en estudios que son más eficaces en revertir la atrofia de la piel que el vehículo.

Los TCI se usan particularmente en sitios de piel sensible, como la cara y en los pliegues, donde hay un mayor riesgo de efectos adversos con los CT. Tres estudios de pimecrolimus observaron una mejoría mayor en la cara y el cuello en comparación con otros sitios del cuerpo y en ensayo clínico aleatorio, se evidencio mejoría de la dermatitis en párpado con pimecrolimus en comparación con el vehículo (45% contra 19%).(20)

En un ensayo clínico aleatorio de 3 semanas que comparaba tacrolimus ungüento de 0,1% con el ungüento de fluticasone 0.005% en adultos con moderada a severa DA facial en la cual tratamiento convencional era ineficaz o mal tolerado, tacrolimus dio una mejoría en la puntuación de gravedad modificada. Menos pacientes optaron por cambiar de tacrolimus a fluticasona. A continuación se enumeran las situaciones en las que TCI puede ser preferible a los esteroides tópicos. (20)

<b>Tabla 14. Situaciones clínicas en las que los inhibidores de la calcineurina tópica pueden ser preferibles a esteroides tópicos (20)</b>
---

Resistencia a esteroides
--------------------------

Zonas sensibles (por ejemplo, cara, anogenital, pliegues de la piel)
--

Atrofia inducida por esteroides
---------------------------------

Uso ininterrumpido de esteroides tópicos a largo plazo
--

<b>Tomado de:</b> (20) Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32.
--

El ungüento de tacrolimus 0.03% y crema de pimecrolimus son indicadas para niños mayores de 2 años, mientras que tacrolimus 0,1% está aprobada sólo en mayores de 15 años. Sin embargo, ensayos clínicos apoyan el uso seguro y eficaz de tacrolimus tópico 0.03% y pimecrolimus en niños menores de 2 años, incluyendo infantes.(20)

Las indicaciones para el tacrolimus se basaron en los primeros estudios que sugieren que las presentaciones de 0,03% y 0.1% eran igualmente efectivos y seguros para los niños, aunque la fuerza 0.1% mostró superioridad en adultos. Subsecuente experiencia clínica con el uso de tacrolimus 0,1% en los niños ha llevado a muchos a creer que es más eficaz que la formulación de 0.03%, pero existe la necesidad de realizar estudios comparativos formales adicionales.(20)

### 11.2.2.3. Frecuencia de aplicación

La aplicación dos veces al día del ungüento de tacrolimus y pimecrolimus crema son significativamente más eficaces en disminuir: los signos de inflamación, las área de superficie corporal afectada y el prurito en las áreas de lesión, que el vehículo o que la aplicación una vez al día en adultos, niños y bebés.(20)

Aplicación proactiva, intermitente de TCI 2 a 3 veces semanales en sitios recurrentes de la enfermedad también ha demostrado ser eficaz en la reducción de las recaídas. Después de controlar la enfermedad aguda, el tacrolimus tópico (0,03% en niños y 0,1% en los adultos) demostró reducir significativamente el número de exacerbaciones en comparación con el vehículo y aumentó el tiempo hasta la primera exacerbación y el número de días libres de recaída. Se ha utilizado esta estrategia por hasta 1 año, sin reportarse eventos adversos significativos. (20)

#### **11.2.2.4. Efectos Secundarios**

El efecto adverso más frecuente es el ardor en el sitio de aplicación el cual disminuye con la progresión del tratamiento. Datos clínicos de solamente 6 años de seguimiento indican que el uso de TCI no se asocia con un mayor riesgo de linfoma. Si bien no habría asociación entre la administración tópica de TCI y la fotocarcinogenesis, se sugiere evitar la exposición solar durante el tratamiento y utilizar fotoprotección. (20)

#### **11.2.2.5. Uso en combinación con TCS**

Los TCI pueden combinarse con CT de varias formas. Los esteroides tópicos a menudo se utilizan primero para el control de una recaída, dada la mayor potencia y para reducir la ocurrencia de algunos de los síntomas locales asociados con los TCI. Los TCI pueden utilizarse tanto para evitar el uso de esteroides tópicos como para prevenir las recaídas. (20)

### **11.2.3. Tratamiento antimicrobiano**

No se encontraron pruebas suficientes como para recomendar el agregado de antibióticos orales de forma rutinaria al tratamiento de la DA con lesiones no infectadas. Sin embargo en la experiencia clínica de algunos de los autores de este consenso es evidente la mejoría en ciertos pacientes cuando se utilizan (nivel de evidencia 4). (4)

En caso de que la DA presente sobreinfección (impétigo) existe buena evidencia de que el tratamiento tópico con mupirocina o ácido fusídico aplicado localmente es efectivo. Este es el tratamiento recomendado en caso de lesiones impetiginizadas de escasa extensión.

Por otro lado, en caso de un impétigo extenso, se recomienda el uso de antibióticos orales, como las cefalosporinas de primera generación (cefalexina o cefadroxilo) que puede asociarse a CT. Cuando se observe falta de respuesta a este tratamiento o empeoramiento del impétigo bajo tratamiento es conveniente rotar el antibiótico a trimetoprima sulfametoxazol o clindamicina. (4)

Los antisépticos tópicos como el hipoclorito de sodio diluido en el agua del baño tendrían un rol en la prevención de la recurrencia más que en el tratamiento de la infección. También los jabones que contienen triclosan producirían efectos similares. (4)

<b>Tabla 15. Recomendaciones para el uso de antimicrobianos tópicos y antisépticos para el tratamiento de la dermatitis atópica</b>
---

Los pacientes con signos clínicos de infecciones cutáneas bacterianas o virales deben ser tratados rápidamente, ya que estas contribuyen al empeoramiento de la DA.
---

En los pacientes con infecciones cutáneas recurrentes es aconsejable el uso de lavandina diluida en el baño dos veces por semana.
---

<b>Tomado de:</b> (4) Giachetti A, María D, Greco F, Scacchi F, Rosana D, Flores M, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Atopic dermatitis . National Consensus 2013. Soc ARGENTINA PEDIATRÍA SUBCOMISIONES, Com Y Grup Trab. 2014;1–21.
---

#### **11.2.4. Antihistamínicos tópicos**

Los antihistamínicos tópicos han sido probados para el tratamiento de la DA, pero desafortunadamente han demostrado poca utilidad y no se recomienda su uso. Estudios que investigaron la doxepina tópica han demostrado una disminución a corto plazo del prurito en algunos casos, pero con ninguna reducción significativa en la severidad de la enfermedad ni su control. El tratamiento tiene efectos secundarios locales, particularmente de prurito, quemazón y puede también causar sedación. Hay múltiples reportes de dermatitis alérgica de contacto secundario a la utilización de doxepina tópica; Sin embargo, la incidencia específica de este resultado no puede establecerse con certeza basado en los datos disponibles. No existen estudios controlados sobre el uso de difenhidramina tópica para la dermatitis atópica. Puede causar dermatitis alérgica o fotoalérgica de contacto. La aplicación generalizada, uso en la piel y/o uso combinado con difenhidramina oral no se recomienda debido al riesgo de toxicidad sistémica como psicosis tóxica (por ejemplo, alucinaciones, delirio), particularmente en niños. (20)

<b>Tabla 16. Recomendaciones para el uso de antihistamínicos tópicos para el tratamiento de la dermatitis atópica</b>
---

No se recomienda el uso de antihistamínicos tópicos para el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica debido al riesgo de absorción y de dermatitis de contacto.
--

<b>Tomado de:</b> (20) Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32.
--

**Tabla 17. Terapia Tópica : Fuerza de Recomendación y Niveles de Evidencia**

<b>Recomendaciones</b>	<b>Fuerza de recomendación</b>	<b>Nivel de Evidencia</b>
Uso de cremas hidratantes	A	I
Baño y prácticas de baño	C	III
Aplicación de cremas hidratantes después del baño	B	II
Uso limitado de productos de limpieza no jabonosos.	C	III
Contra el uso de aditivos de baño, agua ácida y terapia Wet-wrap	C	III
Uso de CT	B	II
Consideración de una variedad de factores en la selección de CT	A	I
Frecuencia de aplicación	C	III
Uso proactivo de CT para mantenimiento	B	II
Necesidad de consideración de los efectos secundarios con el uso	A	I
Necesidad de monitoreo para efectos secundarios cutáneos con potente CT	B	III
Monitorización sistemática específica para efectos secundarios sistémicos con TCS no son necesarias	C	III
Enfrentar temores con uso	B	III
Uso de TCI	A	I
Utilizar como agentes esteroide-escasamente	A	I
Uso fuera de etiqueta de TCI en esas edad \2 y	A	I
Asesoramiento sobre las reacciones locales con TCI y el uso anterior de uso de CT	B	II
uso proactivo de TCS de TCI para mantenimiento	A	I
Uso concomitante de CT y TCI	B	II

Informar a los pacientes sobre riesgo teórico de las infecciones víricas cutáneas con el uso	C	III
Conocimiento de la advertencia de caja negra de TCI	C	III
Supervisión rutinaria de los niveles de sangre TCI no necesarios	A	I
Contra el uso rutinario de los tratamientos tópicos antiestafilocócicas	A	I
Bleach baños y mupirocina intranasal para aquellos con moderada a severa DA y la infección clínica	B	II
Contra el uso de antihistamínicos tópicos	B	II
<b>DA</b> , dermatitis atópica; <b>TCI</b> , inhibidores de la calcineurina tópicos; <b>TCS o CT</b> , Corticoides tópicos. Tomado de: (20) Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32.		

### 11.3. Terapia sistémica

En raras ocasiones cuando los tratamientos tópicos son insuficientes, puede requerirse el uso de tratamientos sistémicos. Debe tenerse en cuenta que ninguna de estas opciones terapéuticas han sido oficialmente aprobadas para su uso en DA pediátrica ya que su utilización es sumamente infrecuente y no existen series de casos suficientemente grandes como para obtener conclusiones estadísticamente significativas.

#### **Tabla 18. Recomendaciones generales relacionadas a la terapia sistémica (4)**

La terapia sistémica en DA se indica únicamente en pacientes con enfermedad grave que no responde a otros tratamientos.

El médico actuante debe ser experto en el manejo de estas drogas y sus potenciales adversidades.

Tomado de: (4) Giachetti A, María D, Greco F, Scacchi F, Rosana D, Flores M, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Atopic dermatitis . National Consensus 2013. Soc ARGENTINA PEDIATRÍA SUBCOMISIONES, Com Y Grup Trab. 2014;1–21.

(Fuerza de Recomendación y Niveles de Evidencia en tabla 23)

### **11.3.1. Fármacos más utilizadas en pacientes con DA grave.**

Las drogas más frecuentemente utilizadas en pacientes con DA grave son los glucocorticoides sistémicos, la ciclosporina A, la azatioprina y el metotrexate. La utilización de mofetil micofenolato, el interferón gamma y la inmunoglobulina endovenosa también han sido descriptas en estos pacientes.

Recientemente se ensayó el uso de agentes biológicos anti TNF alfa (infliximab y etanercept) así como anti IgE (omalizumab y mepolizumab).

Estos tipos de tratamiento son indicados habitualmente por los especialistas en dermatología y son supervisados en forma interdisciplinaria. (4)

### **11.3.2. Corticoides Sistémicos**

Los corticoides son productos de la glándula suprarrenal utilizados para regular el sistema inmunológico y como mediadores en respuesta al estrés. Aunque los esteroides sistémicos son utilizados por algunos médicos para tratar la DA porque mejoran los síntomas clínicos rápidamente, se recomienda tener precaución en cuanto al tiempo de uso debido a los posibles efectos secundarios. (24)

Es muy frecuente ver el empeoramiento de la enfermedad al discontinuar este tipo de fármaco. Así, aunque temporalmente eficaz, los esteroides sistémicos (orales o parenterales) deben generalmente ser evitados en adultos y niños con DA porque los efectos adversos a corto y largo plazo, descritos en el anexo 1, superan ampliamente los beneficios. En casos especiales los esteroides sistémicos podrían ser administrados para el uso a corto plazo, hasta que otros regímenes sean instaurados. (24)

Se recomienda evitar el uso intermitente continuo o crónico de esteroides sistémicos en AD pero pueden ser considerados de forma aguda como una terapia de transición en casos severos, rápidamente progresivos o debilitantes en adultos o niños, hasta que los agentes antiinflamatorios no esteroideos, inmunomoduladores o la fototerapia sea iniciada. Aunque muchas veces se puede evidenciar mejoría casi inmediata, deben considerarse otros medicamentos sistémicos con un perfil de efectos secundarios más bajo para sustituir el uso de los corticoides sistémicos crónicos. La fuerza de la recomendación de los esteroides sistémicos se resume en la tabla 23. (24)

### 11.3.3. Agentes inmunomoduladores sistémicos

#### **Ciclosporina.**

Existen numerosos estudios controlados aleatorizados avalando la eficacia de la ciclosporina en la DA. Se trata de un macrólido capaz de inhibir la activación de las células T y modular la respuesta inmune mediada por células. Es un tratamiento rápido y eficaz, que debería plantearse en pacientes con DA grave, recalcitrante y refractaria a otros tratamientos. Parece tan eficaz en adultos como en niños, a dosis de 2,5 a 5 mg/kg/día. Puede utilizarse de forma discontinua en tratamiento de 3-4 meses con suspensión posterior, o de forma más prolongada a dosis más bajas para prevenir recurrencias. Los efectos adversos son dosis-dependiente, debiéndose monitorizar la tensión arterial y los niveles de creatinina por el riesgo de toxicidad renal. Debe tenerse en cuenta el riesgo de interacciones con drogas que se metabolizan por el sistema citocromo P450. Se han descrito casos aislados de trastornos linfoproliferativos en niños con DA tratados con ciclosporina, sin embargo no se ha establecido una relación causal con el tratamiento.(25)

#### **Azatioprina.**

La azatioprina es un análogo sintético de las purinas con acciones inmunosupresoras. En dermatología se ha utilizado sobre todo como agente ahorrador de corticoides en enfermedades ampollosas. En los últimos años se han publicado estudios sobre el tratamiento con azatioprina de la dermatitis atópica grave en adultos y niños, así como excelentes revisiones. La azatioprina es un fármaco eficaz, barato y bastante seguro, aunque es lento de acción. Sin embargo en la práctica clínica se utiliza con buenos resultados en casos graves y refractarios a los tratamientos previos. (26)

Sus principales efectos secundarios son la depresión medular, intolerancia gastrointestinal y hepatotoxicidad, presentando además el inconveniente de una mayor latencia de acción (2-3 meses) que otros tratamientos como la ciclosporina.(25)

#### **Metotrexate.**

Es un antagonista del ácido fólico con actividad antiinflamatoria e inmunosupresora. Existe un estudio abierto de ajuste de dosis con mejoría tras administrarlo en dosis de 7,5 a 25 mg semanales durante 3 meses en pacientes adultos con formas graves y resistentes. Sin embargo, son necesarios más estudios controlados para poder evaluar su eficacia en el tratamiento de la DA.(25)

#### **Interferon $\gamma$ .**

Se trata de una citoquina que inhibe la producción de IgE y la proliferación de células Th2 productoras de IL-4 y 5. Existen 2 ensayos aleatorizados controlados durante 12 semanas, valorando la eficacia de la administración subcutánea. En ambos la respuesta fue superior a placebo. Sin embargo, son necesarios más estudios controlados para poder evaluar su eficacia en el tratamiento de la DA.(25)

## **Micofenolato mofetilo.**

El mofetilmicofenolato inmunosupresor utilizado mayoritariamente en el trasplante de órganos. En dermatología se ha empleado sobre todo para psoriasis y enfermedades ampollas. Actúa inhibiendo la síntesis de purinas bloqueando la respuesta proliferativa de los linfocitos B y T. La experiencia en el tratamiento de dermatitis atópica se limita a la población adulta y a estudios abiertos con pocos pacientes. El perfil de seguridad es superior al de la ciclosporina y al de la azatioprina. (26)

### **11.3.4. Principio activo, Dosis recomendada, Presentación, Tiempo de uso, Efectos adversos, Interacciones y Contraindicaciones de fármacos usados para el tratamiento sistémico de dermatitis atópica.**

Toda la información farmacológica de las drogas enumeradas en la sección de terapia sistémica se encuentra resumida en el cuadro básico de medicamentos en la sección de anexos al final de este trabajo. (Anexo 1.)

<b>Tabla 19. Recomendaciones para el uso de agentes Inmunomoduladores sistémicos.</b>
Los agentes inmunomoduladores sistémico están indicados para pacientes adultos y pediátricos en quienes los regímenes tópicos optimizados y fototerapia no controla adecuadamente los signos y síntomas de la enfermedad.
Agentes inmunomoduladores sistémicos son recomendables cuando la enfermedad de la piel del paciente tiene un impacto negativo significativo físico, emocional o social.
Todos los agentes inmunomoduladores deben ajustarse a la dosis mínima efectiva una vez que la respuesta es alcanzada y sostenida. Terapias adyuvantes deben continuarse para utilizar la menor dosis y duración del agente sistémico posible.
No existen datos suficientes para recomendar firmemente la duración óptima dosificación, de terapia y los protocolos de monitoreo precisos de cualquier medicamento sistémico inmunomodulador.
Las decisiones de tratamiento deben basarse en el estado de la dermatitis atópica del paciente (actual e histórica), comorbilidades y preferencias de cada paciente individual.
Ciclosporina es eficaz y se recomienda como una opción de tratamiento para los pacientes con dermatitis atópica refractaria al tratamiento tópico convencional.
La azatioprina se recomienda como un agente sistémico para el tratamiento de la dermatitis atópica refractaria.
El metotrexato se recomienda como un agente sistémico para el tratamiento de la dermatitis atópica refractaria. Se recomienda la suplementación con folato durante el tratamiento con metotrexato.

El Micofenolato Mofetilo puede considerarse como una terapia alternativa, variablemente efectiva para la dermatitis atópica refractaria.

El Interferón gamma es variable y moderadamente eficaz y puede ser considerado como un tratamiento alternativo para la dermatitis atópica refractaria en adultos y niños que no han respondido o tienen contraindicaciones para el uso de otras terapias sistémicas o fototerapia.

Los esteroides sistémicos deben evitarse si es posible para el tratamiento de la dermatitis atópica. Su uso debe ser reservado exclusivamente para las exacerbaciones agudas, graves y como terapia a corto plazo de puente hasta instaurar otra terapia sistémica que no sean corticoides.

(Fuerza de Recomendación y Niveles de Evidencia en tabla 23)

**Tomado de:** (24) Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordero KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Aug [cited 2014 Nov 28];71(2):327-49.

### 11.3.5. Antihistamínicos Sistémicos

Los antihistamínicos se emplean para controlar el prurito. Se puede utilizar cualquiera de ellos, pero hay que tener en cuenta que los antihistamínicos H1 clásicos (hidroxicina, clorfeniramina) son más sedantes y tienen mayor posibilidad de producir efectos secundarios.

Los de segunda generación son seguros y efectivos para tratar los síntomas de la DA y carecen de efectos sedativos, pero hay que considerar el potencial efecto cardiológico de algunos de ellos, al prolongar el intervalo QT. Los estudios con ebastina, loratadina, cetirizina y mizolastina han demostrado su seguridad al no producir efectos anticolinérgicos, carecer de efecto sedante y no afectar a la conducción cardíaca. En la tabla 20 se muestran los distintos tipos de antihistamínicos. En casos rebeldes de prurito se pueden asociar dos tipos de antihistamínicos (uno de 1ª y otro de 2ª generación) o psicofármacos como la doxepina o la amitriptilina. (27)

Tabla 20. Antihistamínicos

ANTIHISTAMÍNICOS H <sub>1</sub>				
Grupo	Fármaco	Efecto sedativo	Efecto anticolinérgico	Pesología
Etanolaminas	Difenhidramina	Alto	Alto	25-50 mg/8 h
	Clemastina	Moderado	Alto	1 mg/12-24 h
Etilendiaminas	Clemizol	Moderado	Bajo	20 mg/6-8 h
	Tripelanamina			25-75 mg/8 h
Alquilaminas	Dexclorfeniramina	Bajo	Moderado	2-6 mg/6-8 h
	Bromofeniramina			4-8 mg/6-12 h
Fenotiacinas	Prometacina	Alto	Alto	25 mg/8-12 h
	Trimepracina	Moderado	Alto	2,5 mg/6 h
Piperacinas	Hidroxicina	Moderado	Bajo	10-50 mg/8-12 h
Piperidinas	Ciproheptadina	Bajo	Moderado	
Segunda generación	Astemizol	Similar a placebo	Bajo o nulo	10 mg/24 h
	Cetirizina			10-20 mg/24 h
	Ebastina			10-20 mg/24 h
	Loratadina			10-40 mg/24 h
	Mizolastina			10-20 mg/24 h
	Terbenadina			60-120 mg/24 h
Fexofenadina	180 mg/24 h			

Tomado de: (27) Méndez-Cabeza Velázquez J, Alache Zúñiga H, Cerrada Cerrada E. Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. Medifam [Internet]. Arán Ediciones, S. L.; 2003 Feb [cited 2014 Dec 6];13(2):23–32.

### 11.3.6. Probióticos

El papel exacto de la flora intestinal así como el efecto preventivo de los probióticos en el desarrollo de la enfermedad atópica en la infancia todavía no está aclarado.

Algunos meta análisis han demostrado efectos positivos de los probióticos en la prevención de la DA especialmente en bebés a los que se les había administrado durante el período perinatal. Pero otros estudios con respecto a la dosis óptima, cepas probióticas más eficaces, momento y duración de la suplementación, los efectos entre probióticos y prebióticos y la población de pacientes que se beneficiarían más con el uso de los probióticos deben ser investigados más a fondo. (4)

**Tabla 21. Recomendación con Probióticos. (4)**

En la actualidad no existe evidencia suficiente que demuestre la eficacia de los probióticos en la prevención o modificación del curso de la DA.

Tomado de: (4) Giachetti A, María D, Greco F, Scacchi F, Rosana D, Flores M, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Atopic dermatitis . National Consensus 2013. Soc ARGENTINA PEDIATRÍA SUBCOMISIONES, Com Y Grup Trab. 2014;1–21. (Fuerza de Recomendación y Niveles de Evidencia: B – III)

### 11.3.7. Fototerapia

La fototerapia constituye un tratamiento de segunda línea en la DA. Se reserva para casos con lesiones extensas o resistentes a los tratamientos tópicos habituales.

De las tres modalidades disponibles de radiación ultravioleta (UV), banda ancha (UVA+UVB 290-400 nm), banda angosta (311- 313 nm) y UVA1 (340-400 nm), la UVA1 a dosis moderadas ( $50 \text{ J/cm}^2$ ) es la de mayor utilidad en fases agudas de DA, mientras que la UVB de banda angosta (UVB) es efectiva para fases crónicas de la enfermedad. La radiación con UVB tiene además varias ventajas sobre los otros tipos de radiación ya que no se requieren psoralenos, causa menos eritema, edema y fotocarcinogénesis.

Debe ser manejada con precaución en menores de 12 años. Esta modalidad terapéutica se considera de especialidad. (4)

<b>Tabla 22. Recomendaciones relacionadas a fototerapia en pacientes con DA. (4)</b>
La fototerapia puede ser efectiva y se recomienda en casos graves con lesiones cutáneas extensas y en niños mayores de 12 años.
Tomado de: Giachetti A, María D, Greco F, Scacchi F, Rosana D, Flores M, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Atopic dermatitis . National Consensus 2013. Soc ARGENTINA PEDIATRÍA SUBCOMISIONES, Com Y Grup Trab. 2014;1–21.

<b>Tabla 23. Fuerza de las recomendaciones para el manejo y tratamiento de la dermatitis atópica con fototerapia y agentes sistémicos (24)</b>		
<i>Recomendación</i>	<i>Fuerza de la recomendación</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Fototerapia (todas formas)	B	II
• Fototerapia en casa	C	III
Ciclosporina	B	I - II
Azatioprina	B	II
Metotrexato	B	II
Micofenolato mofetil	C	III
Interferón gamma	B	II

Esteroides sistémicos	B	II
<b>Antibióticos sistémicos</b>		
• Ninguno, si se presenta DA no infectada.	B	II
• Para DA infectada	A	II
• Tratamiento esteroide tópico concurrente durante el curso de antibiótico oral	C	III
<b>Antivirales sistémicos para eczema herpético</b> El eccema herpético es una dermatosis aguda causada habitualmente por el virus del herpes simple tipo 1 (HSV-1); en pacientes con dermatitis atópica constituye una urgencia real, diagnóstica y terapéutica por la gravedad del proceso. (28)	C	II
<b>Contra el uso de los antihistamínicos sistémicos</b>		
• Sedantes	C	III
• No Sedantes	A	II
Tomado de: (24) Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Aug [cited 2014 Nov 28];71(2):327–49.		

#### **11.4. Calidad de vida, Programas educativos y Asesoramiento al niño y su familia**

El eczema y el prurito hacen que la DA afecte en gran medida la calidad de vida del paciente, así como también producen cambios tan significativos en la dinámica familiar al punto de modificarla.

Este impacto negativo puede enumerarse: alteración del sueño, alteración del hábito alimentario, sentimiento de vergüenza al exponer las lesiones, ausentismo escolar, ansiedad, depresión y conflicto entre los padres.

De acuerdo a la observación de estos sucesos es que se aconseja poner énfasis en la educación del niño en relación a su patología con el fin de optimizar el resultado en la terapéutica, en el pronóstico y en la calidad de vida.

Esta tarea puede llevarse a cabo a través de la atención personalizada y afectuosa de quienes asisten al niño, así como también de grupos denominados “Talleres de Dermatitis Atópica” o “Escuelas de Dermatitis Atópica”, cuya dinámica consiste en la participación de un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psicólogos y enfermeros/as quienes brindan información sobre las características de la

enfermedad, el impacto emocional, psicosocial y el abordaje terapéutico, lográndose así una mayor adherencia al tratamiento y una considerable mejoría del niño y su entorno. (4)(29)

<b>Tabla 24. Recomendaciones relacionadas a la educación del paciente.</b>
--

El médico tratante debe facilitar la educación de los padres de los pacientes acerca de la enfermedad, los factores desencadenantes, los tratamientos disponibles, los efectos adversos y el manejo general para favorecer la adherencia al tratamiento y la mejoría del paciente.
--

<b>Tomado de:</b> (4)(29)
---------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Giachetti A, María D, Greco F, Scacchi F, Rosana D, Flores M, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Atopic dermatitis . National Consensus 2013. Soc ARGENTINA PEDIATRÍA SUBCOMISIONES, Com Y Grup Trab. 2014;1–21.</li><li>• Hong J, Nguyen T V, Prose NS. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology: Part II: Patient education. J Am Acad Dermatol [Internet]. Elsevier; 2013 Mar 3 [cited 2014 Nov 24];68(3):364.e1–10.</li></ul> |
|--|

## **12. Conclusiones**

Se realizó una búsqueda sistematizada en bases de datos digitales reconocidas internacionalmente, como resultado se obtuvieron 115 documentos de los cuales 75 fueron descartados por no cumplir con los criterios de inclusión de este trabajo. De estos 40 fueron usados como base bibliográfica del estudio y 10 fueron seleccionados como potenciales guías para la adaptación.

Después del proceso de evaluación y por el puntaje obtenido en la evaluación con el instrumento AGREE II, se concluyó que la guía de práctica clínica realizada por la Academia Americana de Dermatología era la mejor fuente bibliográfica para ser adaptada a nuestro país.

Esta guía fue traducida y adaptada a la realidad del país, además se utilizaron algunas guías con puntuaciones similares como fuentes bibliográficas para complementar a la guía principal, esto permitió la realización de una guía de práctica clínica confiable, actualizada y aplicable para el diagnóstico y tratamiento adecuado de la dermatitis atópica en el Ecuador.

### **13. Recomendaciones**

Se recomienda la difusión de esta guía impresa en centros de salud y su implementación especialmente en el primer y segundo nivel de atención como una guía rápida de manejo y tratamiento de esta enfermedad.

Se recomienda que esta guía de práctica clínica sea incluida en la biblioteca virtual del ministerio de salud pública para que sirva como una fuente bibliográfica para el personal de salud.

Se recomienda la actualización de esta guía si las pautas de tratamiento cambian o si los nuevos fármacos, que actualmente se encuentran en procesos experimentales, son aprobados para el uso humano como es el caso de los moduladores de expresión de la filagrina. (30)

## 14. ANEXOS

### Cuadro de Medicamentos (31)

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Ciclosporina en microemulsión	La dosis inicial es de 5 mg/kg/día dividida cada 12 horas y se debe disminuir 1 mg/kg/día cada uno a 3 meses. Otra alternativa es iniciar con 3 mg/kg/día seguido de un incremento de la dosis como se requiera para alcanzar una mejoría clínica y/o llegar a 5 mg/kg/día.	Emulsión oral de 50 ml, 100 mg/ml Cápsulas de gelatina blanda de 100 mg, envase con 50 cápsulas Cápsula de gelatina blanda de 25 mg, envase con 50 cápsulas Solución inyectable, ampolleta de 50 mg, envase con 10 ampolletas de un ml.	3 meses a 1 año.	Disfunción hepática y renal, hipertensión, temblor, cefalea, parestesia, anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, hiperplasia gingival, hiperlipidemia, calambres musculares, mialgia, hipertricotosis, fatiga.	Alimentos ricos en grasa o jugo de toronja aumentan su biodisponibilidad. Barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, rifampicina, octreotida disminuyen su concentración.  Eritromicina, claritromicina, ketoconazol, fluconazol, itraconazol, diltiazem, nicardipino, verapamilo, metoclopramida, anticonceptivos orales y alprunolol, aumentan su concentración.  Administración conjunta con aminoglicósidos, amfotericina B, ciprofloxacino, vancomicina, presentan sinergia nefrotóxica.  Puede reducir la depuración de digoxina, colchicina, lovastatina, pravastatina y prednisolona.	Hipersensibilidad al fármaco y al aceite de ricino polioximetilado cuando se administra por vía endovenosa.
Azatioprina	1 mg/kg/día	Tableta de 50 mg, envase con 50 tabletas	3 meses a 1 año.	Anorexia, náusea, vómito, leucopenia, anemia, pancitopenia, infecciones, hemorragias, hepatotoxicidad, reacciones de hipersensibilidad.	Con el alporinol se inhibe su biotransformación y aumentan sus efectos adversos. Puede antagonizar el bloqueo neuromuscular producido por pancuronio.	Hipersensibilidad al fármaco, tratamiento previo con agentes alquilantes.  Precauciones: Disfunción
Micofenolato de mofetilo	Adultos: 1 g cada 12 horas Niños: 600 mg/m <sup>2</sup> /dosis cada 12 horas	Comprimido de 500 mg, envase con 50 comprimidos	3 meses	Temblor, insomnio, cefalea, hipertensión, hiperglucemia, hipercolesterolemia, hipofosfatemia, hipokalemia, predispone a infecciones sistémicas, anemia, trombocitopenia, leucopenia y reacciones alérgicas.	Aciclovir y ganciclovir favorecen su toxicidad, con colestiramina e hidróxido de aluminio y magnesio, disminuyen su absorción. Pueden afectar la eficacia de anticonceptivos hormonales.	hepática, infecciones sistémicas.  Hipersensibilidad al fármaco.
Metotrexato	Niños: 10 mg/m <sup>2</sup> VO/semanal y posteriormente ajustar la dosis hasta alcanzar una respuesta clínica óptima Adultos: 10-25 mg/semana VO/IM/IV o 2.5 mg cada 12 horas por 3 dosis, sin exceder de 30 mg/semana.	Tabletas de 2.5 mg, envase con 50 tabletas Frasco ampula con 50 mg, envase con un frasco ampula Frasco ampula con 500 mg, envase con un frasco ampula	3 meses	Anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, ulceraciones, perforación gastrointestinal, estomatitis, depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática y renal, fibrosis pulmonar, neurotoxicidad.	La sobredosificación requiere de folinato de calcio intravenoso. Los salicilatos, sulfas, fenitoína, fenilbutazona y tetraciclinas aumentan su toxicidad. El ácido fólico disminuye su efecto.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco.  Precauciones: Valorar riesgo beneficio en desnutrición, infecciones graves, depresión de la médula ósea, inmunodeficiencia, nefropatía y alveolitis pulmonar.
Prednisolona	1-2 mg/kg de peso corporal/día.	Solución oral, 1 mg por ml, envase con frasco de 100 ml y vaso graduado de 20 ml.	2 semanas como máximo en brotes agudos.	Hirsutismo, facies lunar, estrías cutáneas, acné, hiperglucemia, hipertensión arterial sistémica, mayor susceptibilidad a las infecciones, úlcera péptica, miopatía, trastornos de la conducta, catarata subcapsular posterior, osteoporosis, obesidad y supresión adrenal.	La rifampicina, barbitúricos y fenitoína, acortan la vida media de eliminación. Los anticonceptivos orales pueden prolongar su vida media.	Hipersensibilidad al fármaco o a la prednisona y procesos infecciosos sistémicos.
Prednisona	Niños: De 0.5 a 2 mg/kg de peso corporal/día ó 2.5 a 60mg/m <sup>2</sup> de superficie corporal, fraccionada cada 6 a 12 horas.  Adultos: 1-2 mg/kg de peso corporal/día.	Tabletas de 5 mg, envase con 20 tabletas Tabletas de 50 mg, envase con 20 tabletas	2 semanas como máximo en brotes agudos.	Catarata subcapsular posterior, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, superinfecciones, glaucoma, coma hiperosmolar, hiperglucemia, hipercatabolismo muscular, cicatrización retardada y retraso en el crecimiento.	Con digitálicos aumenta el riesgo de arritmias cardíacas e intoxicación digitálica. Aumenta la biotransformación de isoniazida. Aumenta la hipokalemia con diuréticos tiazídicos, furosemida y anfotericina B. La rifampicina, fenitoína y fenobarbital aumentan su biotransformación hepática. Con estrógenos disminuye su biotransformación. Con antiácidos disminuye su absorción intestinal. El paracetamol incrementa el metabolito hepatotóxico.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y micosis sistémica.  Precauciones: Úlcera péptica, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, insuficiencias hepática y renal e inmunosupresión.

	Adultos y niños mayores de 40 kg: 250 a 500 mg cada 6 horas. Niños/Neonatos: 5 a 8 mg/kg de peso corporal/día, dividir dosis cada 6 horas. Niños de 1 mes a 10 años: 25 a 50 mg/kg de peso corporal/día, administrar dosis dividida cada 6 horas.					
Montelukast sódico	Niños de 6 a 14 años: 5 mg cada 24 horas Adultos: 10 mg cada 24 horas	Comprimido masticable de 5 mg, envase con 30 comprimidos Comprimido recubierto de 10 mg, envase con 30 comprimidos.	4 semanas en brotes agudos.	Cefalea y dolor abdominal.	Ninguno de importancia clínica.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. No es de primera elección en el ataque agudo de asma, No se recomienda en menores de 6 años, ni durante la lactancia.
Pimecrolimus	Niños de 3 meses en adelante y adultos: Aplicar una capa delgada a la piel afectada cada 12 horas.	Crema 1g/100g envase con 30 g.	3 semanas en adelante.	Frecuentes: Sensación de calor o ardor en el sitio de la aplicación. Frecuentes: Irritación, prurito y eritema; infecciones cutáneas. Poco frecuentes: Impétigo, agravamiento de la afección, herpes simple, eccema <i>herpeticum</i> , moluscos contagiosos, alteraciones en el sitio de aplicación como erupción, dolor, parestesia, descamación, sequedad, edema, papiloma cutáneo y furúnculo.	Ninguna de importancia clínica.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al medicamento o a cualquiera de los excipientes. Precauciones: No aplicar en áreas con infecciones virales agudas. Ante una infección bacteriana o micótica, se deberá indicar el antimicrobiano apropiado. Si la infección no se resuelve se deberá suspender el medicamento hasta que la infección haya sido controlada.
Acetónido de Fluocinolona	1 vez al día en aplicación nocturna sobre área afectada	Crema 0.1 mg/g, envase con 20 g.	7-14 días	Ardor, prurito, irritación, resequead, hipopigmentación, atrofia cutánea, dermatitis rosaceiforme y hipertriosis.	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis cutánea, piodermatitis, herpes simple, micosis superficiales y varicela.
Butirato de Hidrocortisona	1 vez al día en aplicación nocturna sobre área afectada	Crema 1mg/g, envase con 15 g.	7-14 días	Ardor prurito, irritación y atrofia cutánea.	Con otros corticoesteroides aumentan los efectos adversos	Hipersensibilidad al fármaco. Infecciones cutáneas, Eczema.
Talidomida	Niños: 3-5 mg/kg/día Adultos: Inicial: 200 mg cada 12 horas.Sostén: 50 a 100 mg/día.	Tableta o cápsula de 100 mg, envase con 50 tabletas o cápsulas	3 meses	Rash, náusea, neuropatía periférica.	Aumenta la actividad de barbitúricos, alcohol, clorpromacina y reserpina. Antagoniza la acción de la histamina, serotonina y acetilcolina.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, polineuritis y neuropatía.  Precauciones: Infección por otras micobacterias.
Omalizumab	Subcutánea Adultos y adolescentes mayores de 12 años:	Frasco ampula 202.5 mg, envase con un frasco ampula y ampolleta con 2	16 semanas	Dolor, eritema, prurito e hinchazón en el sitio de la inyección; cefalea, mareo,	Ninguna de importancia clínica.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al
Succinato sódico de metilprednisolona Acetato de metilprednisolona	Niños: 1-2 mg/kg/día en 2 dosis (máximo 60 mg/día) IV/IM.  Adultos: 10 a 250 mg cada 4 horas IV/IM. Inicial: 30 mg/kg.	Frasco ampula con 500 mg, envase con 50 frascos ampulas y 50 ampolletas con 8 ml de diluyente. Frasco ampula con 40 mg, frasco ampula con 2 ml.	3-10 días como máximo en brotes agudos	Catarata subcapsular posterior, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, superinfecciones, glaucoma, coma hiperosmolar, hiperglucemia, catabolismo muscular, cicatrización retardada, retraso en el crecimiento y trastornos hidroelectrolíticos.	Diuréticos tiazídicos, furosemide y anfotericina B aumentan la hipokalemia. Rifampicina, fenitoína y fenobarbital aumentan su biotransformación hepática. Los estrógenos disminuyen su biotransformación. Los antiácidos disminuyen su absorción. Con digitálicos aumenta el riesgo de intoxicación digitálica. Aumenta la biotransformación de isoniazida.	Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis activa, diabetes mellitus, infección sistémica, úlcera péptica, crisis hipertensiva, insuficiencias hepática y renal e inmunodepresión.
Betametasona	Intramuscular, intravenosa Adultos: 0.5-8 mg/kg/día Niños: 30-120 g/kg cada 12 a 24 horas	Ampolleta o frasco ampula de fosfato sódico equivalente a 4 mg de betametasona, envase con un frasco ampula o una ampolleta con 1 ml.	2 semanas como máximo en brotes agudos.	Inmunodepresión, úlcera péptica, trastornos psiquiátricos, acné, glaucoma, hiperglucemia, pancreatitis, detención del crecimiento en niños, osteoporosis.	Con barbitúricos, fenitoína y rifampicina disminuye su efecto terapéutico. Con el ácido acetilsalicílico aumenta el riesgo de úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, micosis sistémica.  Precauciones: Enfermedad hepática, osteoporosis, diabetes mellitus, úlcera péptica.
Aciclovir	Oral: Adultos: 200 mg cada 4 horas  Intravenosa Adultos y niños mayores de 12 años: 5 mg/kg de peso corporal cada 8 horas  Niños menores de 12 años: 250 mg/ m2 de superficie corporal/día, cada 8  Neonatos: 30 mg/kg de peso corporal/día, cada 8 horas.	Comprimido o tableta de 200 mg, envase con 25 comprimidos o tabletas Frasco ampula con 250 mg, envase con 5 frascos ampula	7 días.	Intravenosa: flebitis, cefalea, temblores.  Oral: náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid aumenta la vida media plasmática del fármaco.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco.  Precauciones: La solución inyectable es una infusión, evitar su uso en bolo, tópica u ocular.
Dicloxacilina sódica	Oral Adultos: 1-2 g/día, dividir dosis cada 6 horas Niños de 1 mes a 10 años: 25-50 mg/kg/ día, en dosis dividida cada 6 horas Neonatos: 5-8 mg/kg/día cada 6 horas  Intravenosa o intramuscular	Cápsulas o comprimidos de 500 mg, envase con 20 cápsulas o comprimidos Suspensión oral 250 mg/5 ml, envase con polvo para 60 ml y dosificador Frasco ampula de 250 mg, envase con un frasco ampula y 5 ml de diluyente.	7-10 días	Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección.	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas. Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroides aumenta la vida media de las penicilinas	Hipersensibilidad al fármaco.

	La dosis e intervalo de administración depende de la concentración basal de IgE (UI/mL) y el peso corporal (kg); administrar entre 150 y 375 mg, cada 2 ó 4 semanas. Reconstituir el medicamento con 1.4 ml del diluyente (1.2 ml = 150 mg de omalizumab).	ml de diluyente.		somnolencia, parestesia, síncope, hipotensión postural, crisis vasomotoras, faringitis, tos, broncoespasmo, náuseas, diarrea, signos y síntomas dispépticos, urticaria, exantema, prurito, fotosensibilidad.		fármaco.  Precauciones: Pacientes con enfermedades autoinmunes mediadas por complejos inmunes, insuficiencia renal o hepática.
Inmunoglobulina G no modificada	2.0 g/kg IV a intervalos de 4 semanas durante 3 meses.	Frasco ampula con 6 g, envase con un frasco ampula con 120 ml Envase con frasco ampula y frasco con 200 ml de diluyente, con equipo de perfusión con adaptador y aguja desechable. Frasco ampula con 5 g, envase con un frasco ampula con 100 ml.	Ciclos de 3 meses.	Reacción anafiláctica, hiperemia, cefalea, náusea, vómito, hipotensión y taquicardia.	Disminuye la eficacia de la inmunización activa; por lo tanto no debe vacunarse al paciente durante la utilización de la inmunoglobulina	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a inmunoglobulinas humanas, especialmente en pacientes con anticuerpos Ig A.
Maleato de clorfenamina	Oral. Adultos y niños mayores de 12 años: 4 mg cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 24 mg/día. Niños: 6 a 12 años: 2 mg cada 6 horas. Dosis máxima: 12 mg/día. 2 a 6 años: 1 mg cada 6 horas. Dosis máxima: 6 mg/día.	Tableta de 4.0 mg, envase con 20 tabletas Jarabe de 0.5 mg/ml, envase con 60 ml	7-14 días	Somnolencia, inquietud, ansiedad, temor, temblores, crisis convulsivas, debilidad, calambres musculares, vértigo, mareo, anorexia, náusea, vómito, diplopía, diaforesis, calosfríos, palpitations, taquicardia; resequead de boca, nariz y garganta.	La administración concomitante con antihistamínicos, bebidas alcohólicas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del sistema nervioso central, aumentan su efecto sedante.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma de ángulo cerrado, úlcera péptica, obstrucción piloro-duodenal, hipertensión arterial sistémica, hipertrofia prostática, obstrucción del cuello de la vejiga, asma bronquial crónica.  Precauciones: Menores de 2 años.
Clorhidrato de Difenhidramina	Oral Adultos: 25-50 mg cada 6-8 horas Dosis máxima: 100 mg/kg/día Niños de 3 a 12 años: 5 mg/kg/día, fraccionada cada 6 a 8 horas Dosis máxima: 50 mg/kg/día Intramuscular Adultos y niños mayores de 12 años: 10-50 mg cada 8 horas. Dosis máxima 400 mg/día Niños de 3 a 12 años: 5 mg/kg/día cada 6 horas Dosis máxima 300 mg/día	Jarabe de 250 mg en 100 ml, envase con 60 ml Frasco ampula con 100 mg, envase con frasco ampula de 10 ml.	7-14 días	Somnolencia, inquietud, ansiedad, temor, temblores, crisis convulsivas, debilidad, calambres musculares, vértigo, mareo, anorexia, náusea, vómito, diplopía, diaforesis, calosfríos, palpitations, taquicardia; resequead de boca, nariz y garganta.	La administración concomitante con antihistamínicos, bebidas alcohólicas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del sistema nervioso central aumentan su efecto sedante.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma de ángulo cerrado, úlcera péptica, obstrucción piloro-duodenal, hipertensión arterial, hipertrofia prostática, obstrucción del cuello de la vejiga, asma bronquial crónica.  Precauciones: Menores de 2 años.
Clorhidrato de Epinastina	Adultos y niños mayores de 12 años: 20 mg cada 24 horas	Tableta de 20 mg, envase con 10 tabletas	7-14 días	Fatiga, cefalea, sequedad de boca, mareos ligeros, nerviosismo.	Los inhibidores de la monoaminoxidasa intensifican los efectos antihistamínicos. Potencia efectos de bebidas alcohólicas y depresores del sistema nervioso central. Inhibe el efecto de anticoagulantes orales.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Obstrucción piloro-duodenal. Glaucoma de ángulo estrecho. Hipertrofia prostática. Asma  Precauciones: En menores de 5 años y personas que manejan vehículos o maquinaria que requiera precisión.
Clorhidrato de Fexofenadina	Adultos y mayores de 12 años: 180 mg/día Niños de 6 a 11 años: 60 mg/día dividida en 2 tomas	Comprimidos de 180 mg, envase con 10 comprimidos	7-14 días	Cefalea, mareo, náusea, somnolencia.	Con antiácidos disminuye su eficacia.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco.  Precauciones: Insuficiencia renal.
Clorhidrato de Hidroxicina	Adultos: 25-50 mg al día en dosis fraccionada cada 8 horas Niños: 2 mg/kg/día en dosis fraccionada cada 6 horas	Gragea o tableta de 10 mg, envase con 30 grageas o tabletas	7-14 días	Somnolencia, sequedad de boca, náusea, vómito, mareo.	Con los depresores del sistema nervioso central se potencia su efecto adverso.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, miastenia, lasitud. Precauciones: Asma bronquial, menores de 2 años.
Fumarato ácido de Ketotifeno	Niños mayores de 2 años: 0.4 a 0.6 mg cada 12 horas	Solución oral 20 mg/100 ml, envase con 120 ml y dosificador	7-14 días	Somnolencia, sedación, boca seca, excitación, nerviosismo, insomnio.	Potencia efectos de bebidas alcohólicas y depresores del sistema nervioso central	Hipersensibilidad al fármaco.
Loratadina	Adultos y niños mayores de 6 años: 10 mg cada 24 horas Niños de 2 a 6 años: 5 mg cada 24 horas.	Tableta o gragea de 10 mg, envase con 20 tabletas o grageas. Jarabe 100 mg/100 ml, envase con 60 ml y dosificador	7-14 días	Cefalea, nerviosismo, resequead de la mucosa, náusea, vómito, retención urinaria.	Cefalea, nerviosismo, resequead de la mucosa, náusea, vómito, retención urinaria.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Insuficiencia hepática.
Diclorhidrato de Levocetirizina	Adultos y niños mayores de 6 años: 5 mg cada 24 horas	Tabletas de 5 mg, envase con 20 tabletas.	7-14 días	Cefalea, somnolencia, sequedad de boca, fatiga, astenia, dolor abdominal.	Ninguna de importancia clínica.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: En insuficiencia renal moderada a severa, en intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa de Lapp y en malabsorción de glucosa-galactosa.

## Anexo 2

### Índices de gravedad de dermatitis atópica

1. EASI (*Eczema Area and Severity Index*): Índice de extensión y gravedad de la DA. Fue desarrollado por modificación del PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*).

Evalúa:

- a. Extensión de la enfermedad: evalúa el porcentaje de área corporal comprometida convertida por un factor proporcional (escala de 0-6), considerada en 4 sitios corporales: cabeza y cuello/tronco/miembros superiores/miembros inferiores. El porcentaje de cada área corporal varía de acuerdo a la edad (hasta 7 años o  $\geq$  de 8 años).

Región corporal	$\leq$ 7 años	$\geq$ 8 años
Cabeza y cuello	20	10
Tronco	30	30
Miembros superiores	20	20
Miembros inferiores	30	40

- b. Signos clínicos (0- ausente; 1- leve; 2- moderado; 3- grave):

- Eritema
- Pápulas/Induración
- Excoriación
- Liquenificación

El resultado se obtiene de multiplicar la suma de los signos clínicos (E+P/I+EX+L) por el área por un factor proporcional (escala de 0-6). El total es la suma de los puntajes de las 4 regiones corporales. La puntuación máxima es 72.

Ha sido validado en una cohorte de 1550 pacientes pediátricos. Es un instrumento válido y fiable. A diferencia del SCORAD no considera los síntomas subjetivos. Como desventaja tiene la variabilidad entre diferentes observadores en la puntuación de pápulas/induración.

2. SA-EASI (*Self-administered Eczema Area and Severity Index*): Índice de extensión y gravedad de la DA auto-administrado: modificación del EASI que ha sido desarrollado para permitir al paciente o padre del paciente evaluar tanto la extensión como la gravedad de la DA en cualquier momento.

3. Investigators' Global Assessment (IGA): Evaluación Global de los Investigadores.

4. Six-Area, Six-Sign Atopic Dermatitis (SASSAD): Índice de 6 áreas - 6 signos de DA.

## Anexo 3

### Índice de calidad de vida infantil

#### PUNTAJE ICVDAI

Nombre:

Edad:

Domicilio:

Fecha:

El objetivo es registrar el impacto de la DA de su hijo en la última semana.

Por favor, conteste cada pregunta:

1. En la última semana, ¿cuánto tiempo ha estado su hijo con picazón y rascándose?

Nada = 0

Poco = 1

Mucho = 2

Todo el tiempo = 3

2. En la última semana, ¿cómo estuvo el carácter de su hijo?

Contento = 0

Algunos berrinches = 1

Irritable o nervioso = 2

Siempre llorando o extremadamente difícil = 3

3. En la última semana, ¿cuántas noches el sueño de su hijo fue interrumpido por la picazón?

Nunca = 0

Se despertó 1 noche = 1

Se despertó 2 noches = 2

Se despertó 3 o más noches = 3

4. En la última semana, ¿cuántos días faltó al colegio su hijo debido al eczema?

Ninguno = 0

1 día = 1

2 días = 2

3 o más días = 3

5. En la última semana, ¿cuántas veces su hijo debió suspender actividades deportivas (natación, gimnasia, fútbol, básquet, hockey, vóley, etc.) por el eczema?

Ninguna = 0

1 vez = 1

2 veces = 2

3 veces o más = 3

6. En la última semana, ¿cuántas veces su hijo debió suspender actividades recreativas o salidas familiares (paseos, colonias, juegos, campamentos, pileta, salidas, encuentros, caminatas, etc.) debido al eczema?

Ninguna = 0

1 vez = 1

2 veces = 2

3 veces o más = 3

7. En la última semana, ¿la elección y preparación de alimentos de su hijo fue modificada con respecto al resto de la familia debido al eczema?

Nada = 0

Poco = 1

Moderadamente = 2

Mucho = 3

8. En la última semana, ¿su hijo tuvo problemas causados por el tratamiento (ardor por el uso de cremas, fastidio por su aplicación, sueño o excitación por los antihistamínicos, etc.)?

Nada = 0

Poco = 1

Moderadamente = 2

Mucho = 3

9. En la última semana, ¿interfirió en la economía familiar el eczema de su hijo (tratamientos, cuidados, traslados, consultas, ropas adecuadas)?

Nada = 0

Poco = 1

Moderadamente = 2

Mucho = 3

10. En la última semana, ¿su hijo sintió tristeza o angustia por desprecio, burlas o temor al contagio a causa del eczema?

Nada = 0

Poco = 1

Moderadamente = 2

Mucho = 3

Se calcula el PUNTAJE de calidad de vida sumando los puntajes de cada pregunta.

El PUNTAJE máximo es de 30.

Cuanto mayor es el puntaje más está afectada la calidad de vida.

Mejorar la educación y el apoyo al niño con DA y su familia (psicoterapia, talleres, etc.) puede mejorar la calidad de vida.

## Anexo 4

Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	5	POCO ADUERDO
Dominio 2. Participación de los Implicados		
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	5	POCO ADUERDO
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	5	POCO ADUERDO
Dominio 3. Rigor en la elaboración		
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	6	DE ACUERDO
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	5	POCO ADUERDO
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	6	DE ACUERDO
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	POCO ADUERDO
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ADUERDO
Dominio 4. Claridad de la presentación		
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO
Dominio 5. Aplicabilidad		
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	7	MUY DE ACUERDO
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	5	POCO ADUERDO
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ADUERDO
Dominio 6. Independencia editorial		
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	5	POCO ADUERDO
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ADUERDO

## Anexo 5

### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE GUÍAS**

#### **INTRODUCCIÓN**

La siguiente propuesta de instrumento de evaluación ha sido elaborada tomando en cuenta los siguientes elementos:

- a) Las recomendaciones de estos documentos están soportadas por revisiones sistemáticas actualizadas. En cierto modo, las recomendaciones de estos documentos constituyen el “estándar de oro” frente al cual se evaluarían las guías.
- b) El formato corresponde a una adaptación de los parámetros del instrumento AGREE del documento “Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud, Manual metodológico” del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. De estos parámetros se han excluido los que corresponden al proceso de elaboración de las guías, y a la calidad de la revisión sistemática. Los primeros, porque las guías objeto de evaluación no contienen esa información y los segundos por no ser pertinentes por lo expuesto en el literal a). Para evaluar los parámetros se ha integrado en las preguntas de evaluación, a manera de indicadores, las recomendaciones de las guías citadas arriba. En base a ello podría intentarse una calificación cuantitativa de las guías evaluadas asignando valores a cada uno de los parámetros e indicadores, sin embargo, puede ser más valioso realizar una evaluación cualitativa, señalando las fortalezas y debilidades de las guías evaluadas en confrontación con las recomendaciones de las guías consideradas el “patrón oro”. Esto facilitaría un posterior ejercicio de revisión y ajuste de las guías, que es el objetivo final.
- c) Si bien este documento pretende recoger los elementos fundamentales para confrontar con las guías a ser evaluadas, podría ser necesario ampliar la lectura de determinados aspectos de las guías “patrón oro” para aclaración de ciertos aspectos.

#### **ALCANCE Y OBJETIVOS**

##### **1. Los objetivos de la guía están específicamente descritos?**

Una guía general sobre dermatitis atópica debería tener como **propósito** actualizar, revisar y difundir los aspectos fundamentales del paciente con dermatitis atópica, con énfasis en los criterios diagnósticos, tratamiento integral de la dermatitis atópica y sus posibles complicaciones, la cual sea aplicable para nuestro entorno y permita un mejor manejo de esta patología en el Ecuador.

Los **objetivos específicos** deberían ser proveer de orientaciones e instrumentos al equipo de salud para el correcto diagnóstico y manejo integral de la dermatitis atópica además de evitar recidivas y complicaciones.

##### **2. Los aspectos clínicos cubiertos por la guía están específicamente descritos?**

Clasificación por gravedad

- a) Evaluación clínica diagnóstica: Dirigida a identificar estilos de vida, factores de riesgo y condiciones clínicas que compliquen el tratamiento y pronóstico; identificar las causas de la enfermedad. Enumerar criterios mayores y menores además de una descripción detallada del diagnóstico por la distribución y forma de las lesiones para evitar confusiones en el diagnóstico.

- b) identificar pacientes que requieran investigación especial . **Instrumentos:** Historia familiar, historia clínica, examen físico, test en piel, exámenes de laboratorio (Ej: IG-E) y exploraciones complementarias, de requerirse (la guía debe contener una adecuada descripción de los elementos a explorar mediante estos instrumentos)
- c) Tratamiento: Que incluya tanto el tratamiento de la dermatitis atópica tanto farmacológico como no farmacológico referido al estilo de vida.

**3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos?**

Grupos de edad, Etnia, Sexo.

**4. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos?**

Las recomendaciones de la guía ser manejadas fácilmente por los integrantes del equipo (médicos, enfermeras y otros agentes de salud) de medicina general (no especializados).

## CLARIDAD Y PRESENTACIÓN

**1. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables, son específicas y no son ambiguas?**

### **Criterios Diagnóstico para Dermatitis Atópica (DA)**

### **Criterios Diagnóstico de Hanifin y Rajka para Dermatitis Atópica (DA)**

**Criterios Mayores:** Debe tener tres o más:

- Prurito
- Distribución y morfología típica
- Liquenificación o linealidad flexional en adultos
- Compromiso extensor y facial en infantes y niños

3 Dermatitis crónica o crónicamente recidivante

4 Historia personal o familiar de atopias (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica)

**Criterios Menores:** Deben tener 3 o más de:

- 1 Xerosis
- 2 Ictiosis, hiperlinearidad palmar, o queratosis pilaris
- 3 Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)
- 4 IgE sérico elevado
- 5 Comienzo a temprana edad
- 6 Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente *S. aureus* y herpes simplex) o defecto en la inmunidad mediada por células
- 7 Tendencia a dermatitis en manos y pies inespecíficas
- 8 Eczema del pezón
- 9 Queilitis
- 10 Conjuntivitis recurrente
- 11 Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- 12 Queratocono
- 13 Cataratas anterior subcapsular
- 14 Oscurecimiento orbitario (ojeras)
- 15 Eritema o palidez facial
- 16 Pitiriasis alba

- 17 Pliegues anteriores del cuello
- 18 Prurito al sudar (hipersudoración)
- 19 Intolerancia a lanas y solventes orgánicos
- 20 Acentuación perifolicular
- 21 Intolerancia a alimentos
- 22 Curso influenciado por factores ambientales o emocionales
- 23 Dermografismo blanco

### **Criterios Universales Sugeridos por la American Academy of Dermatology para Dermatitis Atópica (DA)**

A. Características esenciales; deben estar presentes y, si es completo, son suficientes para el diagnóstico

1 Prurito

2 Cambios eczematosos que son agudos, subagudos, o crónicos:

a. Patrones específicos para la edad y típicos

(i) Compromiso facial, cuello, y extensor en infantes y niños

(ii) Lesiones flexionales actuales o previas en adultos/cualquier edad

(iii) Respeta las regiones inguinales y axilares

b. Curso crónico o recidivante

B. Características importantes que se ven en la mayoría de los casos, y soportan el diagnóstico

1 Comienzo a temprana edad

2 Atopia (reactividad a IgE)

3 Xerosis

C. Características asociadas: Asociaciones clínicas; ayudan a sugerir el diagnóstico de Dermatitis Atópica pero son inespecíficas para ser utilizadas para definir o detectar Dermatitis Atópica en estudios de investigación y epidemiológicos

1 Queratosis pilaris/Ictiosis/Hiperlinearidad palmar

2 Respuesta vascular atípica

3 Acentuación perifolicular/Liquenificación/Prurigo

4 Cambios oculares/periorbitales

5 Lesiones periorales/periauriculares

D. Exclusiones: El diagnóstico de certeza de Dermatitis Atópica depende de la exclusión de condiciones como escabiosis, dermatitis alérgica por contacto, dermatitis seborreica, linfoma cutáneo, ictiosis, psoriasis, y otras entidades primarias.

### **Bibliografía:**

- 1 Rothe MJ, Grant-Kels JM. Diagnostic criteria for atopic dermatitis. Lancet. 1996; 348: 769-770. [Medline]
- 2 Rudikoff D, Lebowitz M. Atopic dermatitis. Lancet. 1998; 351: 1715-1721. [Medline]
- 3 Simpson EL, Hanifin JM. Atopic dermatitis. Med Clin North Am. 2006 Jan;90(1):149-67 [Medline]

**2. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente?**

Las distintas opciones incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas que se basan en los siguientes elementos:

- a) Clasificación por gravedad
- b) Factores de riesgo que deben ser intervenidos.
- c) Condiciones clínicas asociadas. (Asma, Rinitis Alérgica)
- d) Clases de corticoides, inmunomoduladores , otros.
- e) Recomendaciones no farmacológicas para personal de salud.
- f) Recomendaciones no farmacológicas para pacientes.

### **3. La guía está apoyada con herramientas para su aplicación**

Gráficos, flujogramas para la toma de decisiones, esquemas de tratamiento, cuadros resumen.

## **APLICABILIDAD**

### **1. Eliminación de barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones**

Las guías deben contar con un capítulo específicamente dedicado a orientaciones o disposiciones que eliminen al máximo las barreras de acceso e incrementen la adherencia de los pacientes al tratamiento, abordando los siguientes aspectos:

- a) Por parte de los servicios: mejor organización del servicio –citas-, refuerzo empático, educación sobre el tratamiento, combatir la “inercia clínica” mediante alertas .Los médicos deberían trabajar con otros profesionales de la salud (ej. Enfermería, auxiliares clínicos, farmacéuticos, nutricionistas, dentistas, dietistas, educadores en nutrición, optometristas y podólogos) para influenciar o reforzar las instrucciones destinadas a mejorar el estilo de vida del paciente y el control de la PA
- b) Factores del paciente: Importante respetar las creencias y experiencias previas del paciente como base para crear confianza y lograr actitudes de cambio. Caracterización de los pacientes (ver cuatro categorías) e individualización del tratamiento. Fijar objetivos con el paciente y acordar con él los cambios de conducta necesarios
- c) Ámbito familiar y comunitario: Compromiso de familiares y otros tipos de ayuda social pueden jugar un papel decisivo en la adherencia del paciente. Los grupos de “autoayuda” entre pacientes son un mecanismo importante.

### **2. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones**

El coste de los medicamentos puede ser una barrera para un tratamiento efectivo. La guía debe contener opciones terapéuticas (incluyendo combinaciones apropiadas de drogas) que resulten menos costosas.

**La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar la monitorización o la auditoría**

La guía debe contener una sección específica que exponga la estrategia y la organización de procesos destinados a su monitorización y auditoría, que permitan medir el cumplimiento de la guía a través del tiempo y que permitan identificar debilidades del proceso para ejecutar medidas de mejora. Estas estrategias deberán ser diseñadas para medir resultados a diferentes niveles: nacional, regional, y local (unidad de salud). Los programas de monitorización deben estar basados en indicadores específicos (pertinentes, claros, objetivos y fáciles de medir). Deben implementarse métodos sencillos, prácticos y confiables para la recolección manual y/o electrónica de datos y el análisis de los mismos y deberá definirse los registros de los cuales se extraerán los datos para construir los indicadores.

Es importante que conste también la metodología y la periodicidad con la cual la guía deberá actualizarse.

## Anexo 6

- **Comité nacional de dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013:** *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2014, vol.112, n.3.  
© 2014 Sociedad Argentina de Pediatría

AGREE II			
DOMINIO	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
<b>Dominio 1. Alcance y Objetivo</b>			
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (nacientes público etc.)	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (naciones, público, etc.).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aqui</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: An Asia-Pacific perspective**, Diana RUBEL,<sup>1</sup> Thiru THIRUMOORTHY, Retno W. SOEBARYO, Steven C. K. WENG, Teresita M. GABRIEL, Lillian L. VILLAFUERTE, Chia-Yu CHU, Sandipan DHAR, Deepak PARIKH, Li-Chuen WONG, Kuen-Kong LO, Asia-Pacific Consensus Group for Atopic Dermatitis.  
 © 2013 Japanese Dermatological Association

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.)	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- **Consensus guidelines in diagnosis and treatment of atopic dermatitis**, L. F. Eichenfield, University of California, San Diego School of Medicine; Children's Hospital and Health Center, San Diego, CA, USA.

© Blackwell Munksgaard 2004

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- **Diagnóstico y manejo de la Dermatitis Atópica (da) desde el nacimiento hasta los 16 años de edad en el primer nivel de Atención, Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-033-08.**

© México: Secretaria de Salud

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (nacientes público etc)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (nacientes, público, etc.)	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (nacientes, público, etc.)	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- **Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño**, 2a edición: 2011, Prof. M.A. Martín Mateos, Majadahonda (Madrid).  
© 2011Ergon España

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (nacientes público etc.)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (nacientes, público, etc.)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (nacientes, público, etc.)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	4	NI ACUERDO, NI DESACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- **Guidelines of care for the management of atopic dermatitis Section 1-4, Co-chair, Lawrence F. Eichenfield, MD, American Academy of Dermatology, VOLUME 70, NUMBER 2.**

© 2013 by the American Academy of Dermatology, Inc.

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I-II.**  
 J. Ring, A. Alomar, T. Bieber, M. Deleuran, A. Fink-Wagner, For the European Dermatology Forum (EDF), and the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD), European Federation of Allergy (EFA), the European Society of Pediatric Dermatology (ESPD), and the Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN)  
 © 2012 Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology  
 © 2012 European Academy of Dermatology and Venereology

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Domino 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.)	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Domino 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.)	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Domino 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- Japanese Guideline for Atopic Dermatitis 2014** Ichiro Katayama<sup>1</sup>, Yoichi Kohno<sup>2</sup>, Kazuo Akiyama<sup>3</sup>, Michiko Aihara<sup>4</sup>, Naomi Kondo<sup>5</sup>, Hidehisa Saeki<sup>6</sup>, Shunsuke Shoji<sup>7</sup>, Hidekazu Yamada<sup>8</sup>, Koichiro Nakamura<sup>9</sup> and Japanese Society of Allergology. *Allergology International*. 2014;63:377-398  
 © 2014 Japanese Society of Allergology

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El (los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	5	POCO ADUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- **Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology.** Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, et al. © Revista Alergia México 2014;61:178-211. Volumen 61, Núm. 3, julio-septiembre 2014

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.)	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

- Guidelines of care for the management of atopic dermatitis.** Agency for Healthcare Research and Quality. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman  
 Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. Section 1-4. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb;70(2):338-51. [176 references] [PubMed](#)  
 © U.S. Department of Health & Human Services.

AGREE II			
Dominio 1. Alcance y Objetivo	CALIFICACIÓN	INTERPRETACIÓN	DESCRIPCIÓN
1. El (los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).	5	POCO ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	6	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	7	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

**AGREE II**

<b>Dominio 1. Alcance y Objetivo</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.)	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

**AGREE II**

<b>Dominio 1. Alcance y Objetivo</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s)	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s)	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes público etc.)	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>			
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>			
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>			
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	<b>6</b>	DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
<b>Dominio 6. Independencia editorial</b>			
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	<b>7</b>	MUY DE ACUERDO	<a href="#">Para más detalles dar click aquí</a>

## 15. Bibliografía

1. Andal BJ. Papel del tacrolimus en la dermatitis atópica. 2003;19(2):12.
2. Hernandez P, Gonzales F. Fibrosis quística: Guía de práctica clínica y manual de procedimientos [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP, 2013. 2013 [cited 2014 Dec 7]. p. 92. Available from:  
<http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/fibrosis.pdf>
3. Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F, et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. Eur Respir J [Internet]. 1995 Mar [cited 2014 Nov 19];8(3):483–91. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7789502>
4. Giachetti A, María D, Greco F, Scacchi F, Rosana D, Flores M, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013 Atopic dermatitis . National Consensus 2013. Soc ARGENTINA PEDIATRÍA SUBCOMISIONES, Com Y Grup Trab. 2014;1–21.
5. Leonardelli A. Finding the Evidence in PubMed (MEDLINE) [Internet]. Duke University Medical Center Library [www.mclibrary.duke.edu](http://www.mclibrary.duke.edu). 2012 [cited 2014 Dec 7]. p. 49. Available from:  
<https://mclibrary.duke.edu/sites/mclibrary.duke.edu/files/public/research/FindingEvidencePubMed.pdf>
6. GPC G de trabajo sobre. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico [Internet]. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2006/0I. 2007 [cited 2014 Dec 7]. p. 144. Available from:  
[http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/documentos/Manual metodologico - Elaboracion GPC en el SNS.pdf](http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/documentos/Manual_metodologico_-_Elaboracion_GPC_en_el_SNS.pdf)
7. Brouwers DMC. SEQC | Instrumento Agree II Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica | Ficha GPC [Internet]. Consorcio AGREE. 2009 [cited 2014 Dec 6]. p. 56. Available from:

[http://www.seqc.es/es/Ficha\\_GPC/10/31/Instrumento\\_Agree\\_II\\_Instrumento\\_para\\_la\\_Evaluacion\\_de\\_Guias\\_de\\_Practica\\_Clinica/](http://www.seqc.es/es/Ficha_GPC/10/31/Instrumento_Agree_II_Instrumento_para_la_Evaluacion_de_Guias_de_Practica_Clinica/)

8. Marzo C, Alonso C, Rotaecche del C. ¿Cómo clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones? | Atención Primaria [Internet]. Elsevier, Atención Primaria Vol. 37. Núm. 01. 2006 [cited 2014 Dec 14]. p. 8. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/como-clasificar-calidad-evidencia-fuerza-las-recomendaciones-13083926-editoriales-2006>
9. Dr. Mario De Luca, Dra. Maria Eugenia Esandi, Dra. Evelina Chapman, Dr. Norberto Schapochnik, Dra. Lydia Otheguy, Dr. Ricardo Bernztein, Dra. Elsa Andina DZO. ADAPTACIÓN DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA 2007 [Internet]. Boletín de la ANM 2007 Vol. 85 (2): Pag. 159-170. 2007 [cited 2014 Dec 6]. p. 11. Available from: [http://www.academia.edu/4274321/Adaptación\\_de\\_gu%C3%ADas\\_de\\_practica\\_cl%C3%ADnica\\_Validación\\_de\\_un\\_método\\_a\\_partir\\_de\\_la\\_producción\\_de\\_gu%C3%ADas\\_para\\_la\\_atención\\_de\\_la\\_anemia\\_ferropénica\\_en\\_niños\\_y\\_embarazadas](http://www.academia.edu/4274321/Adaptación_de_gu%C3%ADas_de_practica_cl%C3%ADnica_Validación_de_un_método_a_partir_de_la_producción_de_gu%C3%ADas_para_la_atención_de_la_anemia_ferropénica_en_niños_y_embarazadas)
10. PubMed Introduccion. Biblioteca Medicina UAM [Internet]. [cited 2014 Dec 6]. Available from: <http://biblioteca.uam.es/medicina/MESH.htm>
11. Katayama I, Kohno Y, Akiyama K, Ikezawa Z, Kondo N, Tamaki K, et al. Japanese guideline for atopic dermatitis. *Allergol Int*. 2011;60(2):205–20.
12. Sánchez Jorge PB, Macías A, Olmos C AF. Atopic Dermatitis Guideline . Position Paper from the Latin American Society of Allergy , Asthma and Immunology. *Rev Alerg México* 2014;61:178-211. 2014;61:178–211.
13. Sanchez J, Aguinaga E, Navarro F. Introducción a la Atención Sanitaria basada en la evidencia. [Internet]. Consejería de Sanidad, Murcia, España. 2007 [cited 2014 Dec 7]. p. 577. Available from: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136605-capitulo\\_1.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136605-capitulo_1.pdf)
14. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J*

- Am Acad Dermatol [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Dec 3];70(2):338–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290431>
15. J. R, a. A, T. B, M. D, a. F-W, C. G, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part i. J Eur Acad Dermatology Venereol [Internet]. Blackwell Publishing Ltd (9600 Garsington Road, Oxford OX4 2XG, United Kingdom); 2012 Sep [cited 2014 Oct 19];26(8):1045–60. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=2012435862>
  16. Eichenfield LF. Original article Consensus guidelines in diagnosis and treatment of atopic dermatitis. 2004;59:86–92.
  17. Eichenfield LF. Consensus guidelines in diagnosis and treatment of atopic dermatitis. Allergy [Internet]. 2004 Aug [cited 2014 Dec 6];59 Suppl 7:86–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15245365>
  18. Böhme M, Svensson A, Kull I, Wahlgren CF. Hanifin’s and Rajka's minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-year-olds exhibit? J Am Acad Dermatol [Internet]. 2000 Nov [cited 2014 Dec 6];43(5 Pt 1):785–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11050581>
  19. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology [Internet]. 1993 Jan [cited 2014 Dec 6];186(1):23–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8435513>
  20. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Jul [cited 2014 Dec 3];71(1):116–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24813302>
  21. Tilles G, Wallach D, Taïeb A. Topical therapy of atopic dermatitis: controversies from Hippocrates to topical immunomodulators. J Am Acad Dermatol [Internet]. Elsevier; 2007 Feb 2 [cited 2014 Dec 7];56(2):295–301. Available from: <http://www.jaad.org/article/S0190962206025953/fulltext>

22. Hon KLE, Leung TF, Wong Y, So HK, Li AM, Fok TF. A survey of bathing and showering practices in children with atopic eczema. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2005 Jul [cited 2014 Dec 7];30(4):351–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15953066>
23. Bewley A. Expert consensus: time for a change in the way we advise our patients to use topical corticosteroids. *Br J Dermatol* [Internet]. 2008 May [cited 2014 Dec 7];158(5):917–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18294314>
24. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Mosby Inc.; 2014 Aug [cited 2014 Nov 28];71(2):327–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24813298>
25. Sendagorta Cudós E, de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 2009 Jun [cited 2014 Dec 7];11:49–67. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Baselga E. Tratamiento de la dermatitis atópica en la infancia [Internet]. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(6):345-55. 2003 [cited 2014 Dec 7]. p. 23. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13049817&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=103&ty=123&accion=L&origen=actasdermo&web=www.actasdermo.org&lan=es&fichero=103v94n06a13049817pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13049817&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=123&accion=L&origen=actasdermo&web=www.actasdermo.org&lan=es&fichero=103v94n06a13049817pdf001.pdf)
27. Méndez-Cabeza Velázquez J, Alache Zúñiga H, Cerrada Cerrada E. Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. *Medifam* [Internet]. Arán Ediciones, S. L.; 2003 Feb [cited 2014 Dec 6];13(2):23–32. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682003000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
28. Maribel A, Lima C, Janina R, Valdez L. Caso clínico Eccema herpético. Una urgencia dermatológica real. *Comunicación de un caso*. 2010;54(3):141–4.

29. Hong J, Nguyen T V, Prose NS. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology: Part II: Patient education. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Elsevier; 2013 Mar 3 [cited 2014 Nov 24];68(3):364.e1–10. Available from: <http://www.jaad.org/article/S0190962212012443/fulltext>
30. Otsuka A, Doi H, Egawa G, Maekawa A, Fujita T, Nakamizo S, et al. Possible new therapeutic strategy to regulate atopic dermatitis through upregulating filaggrin expression. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. Elsevier; 2014 Jan 1 [cited 2014 Dec 8];133(1):139–46.e1–10. Available from: <http://www.jacionline.org/article/S0091674913011524/fulltext>
31. Salud MS de. Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Dermatitis Atópica. [Internet]. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica:IMSS-706-14. 2014 [cited 2014 Dec 7]. p. 72. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-706-14-TxDermatitisatopica/706GER.pdf>