



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## ORIGINAL

# Recomendaciones sobre el uso de productos hidratantes elaboradas por dermatólogos españoles mediante el método Delphi



F.J. Ortiz de Frutos<sup>a,\*</sup> y J.F. Silvestre<sup>b</sup>, en representación del Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC)

<sup>a</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>b</sup> Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante, España

Recibido el 28 de diciembre de 2023; aceptado el 13 de marzo de 2024

Disponible en Internet el 28 de marzo de 2024

### PALABRAS CLAVE

Consenso experto;  
Dermatitis atópica;  
Método Delphi;  
Poblaciones especiales;  
Productos hidratantes

### Resumen

**Antecedentes y objetivo:** Los productos hidratantes se utilizan ampliamente en enfermedades que afectan a la hidratación de la piel. Sin embargo, la falta de evidencia científica conlleva discrepancias y gran variabilidad en las recomendaciones de uso por los diferentes profesionales. El objetivo de este documento de consenso es generar recomendaciones basadas en la evidencia y experiencia de los dermatólogos para unificar y facilitar el uso de productos hidratantes en la práctica clínica.

**Materiales y métodos:** Se elaboró un cuestionario con 49 afirmaciones sobre los productos hidratantes distribuidas en 5 bloques: 1) concepto; 2) características; 3) frecuencia, cantidad; 4) forma de uso y zonas de aplicación y 5) poblaciones especiales. Fue respondido por 22 dermatólogos expertos en el manejo de pacientes con eccemas siguiendo la metodología Delphi modificada de 2 rondas (añadiéndose un ítem en la segunda ronda).

**Resultados:** Se consensaron 27 (54%) ítems, la mayoría (n=23) en términos de acuerdo. El mayor porcentaje de consenso se alcanzó en el bloque sobre la cantidad, forma y zonas de uso (77,8%), seguido en los bloques de características (73%) y frecuencia (62,5%). En los bloques de concepto y de poblaciones especiales, el porcentaje de ítems consensuados fue del 37,5 y del 10%, respectivamente. El consenso sobre el uso de emolientes para xerodermia (71%) fue mayor que para dermatitis atópica (64%) y piel inflamada (33,3%).

**Conclusiones:** Las recomendaciones consensuadas pueden ayudar a todos los prescriptores mientras se mejora la evidencia sobre su uso.

© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javierortiz@aedv.es](mailto:javierortiz@aedv.es) (F.J. Ortiz de Frutos).

**KEYWORDS**

Expert consensus;  
Atopic dermatitis;  
Delphi method;  
Special populations;  
Moisturizing products

## Recommendations on the Use of Moisturizing Products Prepared by Spanish Dermatologists Using the Delphi Method

**Abstract**

**Background and objective:** Moisturizing products are widely used in conditions affecting skin hydration. However, the lack of scientific evidence leads to discrepancies and great variability in the recommendations used by different health professionals. The aim of this consensus document is to generate recommendations based on the evidence and experience of dermatologists to unify and facilitate the use of moisturizing products in the routine clinical practice.

**Materials and methods:** A 49-statement questionnaire on moisturizing products was prepared and, then, arranged in 5 blocks: 1) concept; 2) characteristics, 3) frequency and quantity, 4) product use and areas of application, and 5) special populations. Twenty-two expert dermatologists in the management of patients with eczema answered to the survey using a 2-round Delphi methodology (adding an item on the 2<sup>nd</sup> round).

**Results:** Consensus was reached on 27 statements (54%), most (n=23) via agreement. The highest level of agreement was reached in the blocks on quantity, product use and areas of application (77.8%), followed by the blocks on characteristics (73%) and frequency (62.5%). Regarding the blocks on concept and special populations, the level of consensus on the items proposed was 37.5% and 10%, respectively. Consensus on the use of emollients for xeroderma (71%) was higher vs atopic dermatitis (64%) and inflamed skin (33.3%).

**Conclusions:** Consensus recommendations can help all prescribers and improve the available evidence regarding their use.

© 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

La correcta hidratación de la piel es fundamental para mantener su integridad y su función como barrera protectora. Por ello, los productos hidratantes tópicos constituyen la primera línea en el manejo de enfermedades que afectan a la hidratación de la piel como dermatitis atópica (DA), xerodermia y eccemas<sup>1,2</sup>. Estos productos suelen clasificarse en 3 grupos según su composición y mecanismo de acción<sup>3,4</sup>: 1) *Humectantes*: sustancias hidrofílicas que atraen y retienen el agua; 2) *Emolientes*: sustancias lipofílicas que rellenan los espacios entre las células de la epidermis y previenen la evaporación de agua y 3) *Oclusivos*: sustancias lipofílicas que forman una capa impermeable sobre la superficie de la piel, previniendo la evaporación.

Existen varias guías clínicas de uso de productos hidratantes<sup>5-7</sup> pero, entre los profesionales sanitarios, hay gran variabilidad y discrepancias sobre cuál, cuándo, dónde y cómo utilizarlos<sup>8</sup>. Falta un criterio unificado para recomendarlos y por ello se basan en factores tan variables como precio, preferencia del prescriptor, del paciente y/o la formulación<sup>8,9</sup>.

La falta de acuerdo entre dermatólogos sobre los productos hidratantes podría justificarse, en parte, por el uso indiferenciado de los términos emoliente, humectante e hidratante, asociados todos con propiedades hidratantes. Dichos términos se intercambian incluso en la literatura<sup>10</sup>. También influye la escasa evidencia científica sobre estos productos, siendo la existente de baja calidad<sup>11</sup>. Tampoco hay suficiente evidencia sobre el beneficio de las diferentes formulaciones<sup>5,12</sup>, las cuales pueden diferenciarse en los ingredientes, la capacidad de hidratación/lubricación,

propiedades antimicrobianas, antipruriginosas o antiinflamatorias, presentación y precio<sup>5,8,10,12-14</sup>.

Al igual que sucede con otros tratamientos, el hecho de que los pacientes reciban indicaciones diferentes sobre el producto hidratante a utilizar puede impactar negativamente. El cambio de recomendaciones puede generar desconfianza hacia el médico e inseguridad sobre la aplicabilidad y utilidad de los productos<sup>15</sup>. Dicha inseguridad puede promover el uso inapropiado y/o deficiente de los productos hidratantes y la falta de adherencia y, como consecuencia, un detrimento del beneficio que pueden aportar. Adicionalmente, el cambio frecuente de producto afecta también al impacto económico que supone el tratamiento. Varios estudios en DA han mostrado costes a 5 años por paciente que oscilan entre 1.100 y 1.575 €<sup>16</sup>.

Este estudio tiene como objetivo generar recomendaciones para guiar y facilitar la prescripción de productos hidratantes a todos los especialistas, y poder evitar el impacto negativo que la falta de consenso genera a los pacientes.

**Métodos**

Para obtener el consenso se utilizó un método Delphi modificado de 2 rondas<sup>17</sup> siguiendo las recomendaciones de RAND/UCLA.

**Método Delphi**

Un comité científico constituido por 2 dermatólogos con más de 30 años de experiencia redactó el cuestionario incluyendo aspectos controvertidos o incertidumbres sobre los produc-

tos hidratantes. Se abordaron 5 bloques: 1) concepto, 2) características, 3) frecuencia, 4) cantidad, forma de uso y zonas de aplicación y 5) poblaciones especiales.

El grado de acuerdo de cada ítem, redactado como una aseveración, se valoró mediante 4 categorías: totalmente o básicamente en desacuerdo y básicamente o totalmente de acuerdo.

El cuestionario fue distribuido *online* a 22 dermatólogos del Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC). Primera ronda, octubre-noviembre 2022, y segunda ronda, diciembre 2022.

## Análisis e interpretación de los resultados

El resultado de cada ítem se mostró como porcentaje de respuestas en cada una de las 4 categorías. Se consideró consenso con  $\geq 70\%$ , y mayoría con el 60-70% (mismos criterios para ambas rondas).

Tras la primera ronda, el comité científico revisó las respuestas. Si la falta de consenso podía atribuirse a una formulación confusa del ítem, este podía ser reformulado y pasar como aseveración nueva a segunda ronda. El cuestionario de segunda ronda contenía los ítems reformulados y aquellos sin consenso en la primera ronda (tabla 1 y fig. 1).

Los resultados fueron analizados por una agencia externa al comité científico y al panel de expertos. Con ellos, el comité científico se encargó de la redacción y la aprobación final de este manuscrito.

## Resultados

El formulario inicial sobre productos hidratantes contenía 49 ítems que pasaron a 50 en la segunda ronda tras añadir un nuevo ítem en el apartado de concepto (1.6.1) (tabla 1).

En total, se consensuaron 27 de 50 ítems del cuestionario final (54%) (fig. 1). El bloque con mayor porcentaje de ítems consensuados fue el 4: «Cantidad, forma de uso y zonas de aplicación», seguido del 2: «Características», 3: «Frecuencia», 1: «Concepto» y 5: «Poblaciones especiales», con el menor consenso (1 de 10 ítems).

En la primera ronda se consensuaron 16 de los 49 ítems del formulario inicial. En la segunda ronda se reformuló el ítem (1.6) y se añadió uno nuevo (1.6.1.) (ambos del bloque de «Concepto»). El ítem 1.6. inicial no fue considerado para el análisis de los resultados.

El único ítem consensuado en la primera ronda sobre los términos utilizados para los productos hidratantes (material suplementario figura 1S; ítem 1.4) hacía referencia a no utilizar términos que confundieran al paciente sobre su uso. En la segunda ronda, la mayoría de los panelistas consideró recomendable utilizar «crema hidratante», descartando la posibilidad de utilizar como sinónimo «humectante» y únicamente usar «emoliente» en el ámbito profesional.

La mayoría de ítems sobre las «Características y el uso general» de los productos hidratantes fueron consensuados (material suplementario figura 2S).

Se alcanzó consenso en 14 de los 22 ítems (64%) relacionados con el uso de productos hidratantes en pacientes con DA. De los 8 restantes, 6 obtuvieron mayoría al agregar las categorías básicamente y totalmente de los valores «de acuerdo» o «en desacuerdo». Los 2 ítems sin consenso,

ni mayoría, hacían referencia a frecuencia de uso (3.1.b) y el precio como factor determinante para elegir un determinado producto (2.1) (material suplementario figura 3S).

De los 7 ítems relacionados con el uso de productos hidratantes para xerodermia fueron consensuados 5 (71%). Los 2 restantes alcanzaron mayoría agregando las categorías básica y totalmente de los valores «de acuerdo» o «en desacuerdo» (material suplementario figura 4S).

De los ítems relacionados con los productos hidratantes para diferentes afectaciones de la piel y poblaciones especiales (material suplementario figura 5S), la mayoría de expertos manifestaron la falta de evidencia en dermatosis. Se consensó 1 de los 2 ítems sobre piel inflamada, descartando los productos hidratantes como único tratamiento (ítem 1.6- reformulado), y consensuando su uso para dermatitis de estasis de miembros inferiores (ítem 5.2). En todos los ítems sobre el uso preventivo se alcanzó la mayoría, aunque en ninguno se llegó a consenso.

## Discusión

El presente estudio muestra el primer consenso sobre productos hidratantes entre dermatólogos españoles.

Tal y como declararon la mayoría de los participantes, la escasa evidencia científica sobre los productos hidratantes, tanto en práctica clínica<sup>11</sup> como en las guías dermatológicas hace que prime la experiencia personal del clínico en las recomendaciones sobre su uso en las diferentes dermatosis. Dicha falta de evidencia quedó ratificada por el bajo porcentaje de consenso (55% de los ítems), constatándose la discrepancia en el manejo de productos hidratantes entre los profesionales sanitarios, que repercute en las decisiones clínicas.

Los ítems consensuados permiten establecer una serie de recomendaciones comentadas a continuación (material suplementario tabla S1).

## Conceptos

**Recomendación 1.** La información a transmitir por los profesionales sanitarios sobre el producto y su uso debe ser clara. Resulta apropiado utilizar «crema hidratante» con los pacientes, limitando el uso de «emoliente» e «hidratante» como sinónimos entre profesionales<sup>10,14</sup>, como refleja el uso de ambos términos en los ítems del formulario.

Los términos «hidratante» y «humectante» no son intercambiables, en concordancia con sus mecanismos de acción: crear una capa/barrera protectora, evitando la evaporación, o atraer agua a la piel, respectivamente<sup>3,4,10,14</sup>.

## Características y aplicación de productos hidratantes

**Recomendación 2.** Buscando mejorar la eficacia en los nuevos productos hidratantes, las marcas incluyen ingredientes activos no farmacológicos (p. ej., extractos vegetales), dirigidos a diversos mecanismos implicados en la patogénesis de la DA (p. ej., inflamación y afectación de la barrera cutánea)<sup>18</sup>. Sin embargo, falta aún evidencia clínica<sup>10</sup>, así

como ensayos que comparen productos con distintos ingredientes, para demostrar la eficacia de cada uno de ellos<sup>18</sup>.

*Recomendaciones 3 y 4.* Falta evidencia sobre si la cantidad de producto aplicado en la piel es menor con aquellos que se enjuagan/aclaran vs. los de aplicación directa<sup>19</sup>. Sin embargo, tanto los dermatólogos, como la mayoría de guías

de DA, recomiendan usar productos hidratantes que no se retiren (*leave-on*). El que no recomienden los productos que se enjuagan (*rinse-off*) como medida única puede estar justificado por la ausencia de beneficio (o mínimo) observado al incorporar al tratamiento estándar en niños con DA productos hidratantes en el baño (estudio BATHE)<sup>20</sup>.

**Tabla 1** Ítems del cuestionario Delphi sobre productos hidratantes distribuido al panel de expertos (n = 22)

Bloque 1. Concepto	
1.1	Es recomendable la utilización del término «crema hidratante» cuando se proponga al paciente el uso de productos que aporten agua y/o hidraten su piel.
1.2	Es recomendable que la utilización de los términos «emoliente» e «hidratante» como sinónimos tenga lugar únicamente en el ámbito profesional.
1.3	Los términos «hidratante» y «humectante» no deberían ser utilizados como sinónimos en ningún contexto.
1.4	Es recomendable no utilizar términos que puedan llevar a confusión al paciente respecto a su forma de uso, tales como «crema lavante» (se enjuaga), «aceite de baño» (no se enjuaga), «aceite de ducha» (se enjuaga), gel hidratante (algunos se enjuagan, otros no).
1.5	Se recomienda el uso de hidratantes como medida higiénica básica a todas las personas con DA.
1.6	La utilización de un producto hidratante no debería considerarse un tratamiento en los pacientes con la piel inflamada. En ningún caso sustituye a un tratamiento para ese fin.
1.6 <sup>a</sup>	La utilización de un producto hidratante no debería considerarse un tratamiento único en los pacientes con la piel inflamada:
1.6.1. <sup>b</sup>	En los pacientes con la piel inflamada debería considerarse como tratamiento coadyuvante la utilización de un producto hidratante.
1.7	En las recomendaciones sobre el uso de los emolientes en las diferentes dermatosis prima la experiencia personal del clínico, porque la evidencia sobre ellos es muy pobre.
Bloque 2. Características	
2.1	La elección de un producto hidratante en un paciente con DA debe ser individualizada, siendo recomendable valorar:
2.1.a.	Edad del paciente
2.1.b.	Área corporal
2.1.c.	Extensión a aplicar
2.1.d.	Ingredientes
2.1.e.	Formulación
2.1.f.	Precio del producto
2.1.g.	Preferencias/experiencia del paciente
2.1.h.	Adherencia del paciente
2.1.i.	Época del año
2.2	En los pacientes con DA es recomendable utilizar:
2.2.a.	Productos hidratantes que contengan pocos ingredientes
2.2.b.	Libres de fragancias
2.3	En los pacientes con DA, recomendaremos productos hidratantes que contengan sustancias que protejan o restauren la barrera cutánea.
2.4	Evitaremos la adición de ingredientes innecesarios y/o de dudosa eficacia en los productos hidratantes destinados a los pacientes con dermatitis, tales como extractos de plantas, colágeno, antioxidantes...
2.5	Es recomendable la utilización diaria de hidratantes que no se enjuagan/aclaran ( <i>leave-on</i> ).
2.6	No es recomendable el uso de hidratantes que se enjuagan/aclaran ( <i>rinse-off</i> ) como medida única.
Bloque 3. Frecuencia	
3.1	Es recomendable el uso de emolientes:
3.1.a.	Al menos una vez al día en los pacientes con DA activa
3.1.b.	Más de una vez al día en los pacientes con DA activa
3.1.c.	Al menos una vez al día en los pacientes con DA, aunque no tengan lesiones activas
3.1.d.	Al menos una vez al día en los pacientes con xerodermia y picor
3.1.e.	Más de una vez al día en los pacientes con xerodermia y picor
3.1.f.	Después de la ducha en los pacientes con xerodermia
3.1.g.	Cada vez que el paciente note que la piel está seca en los pacientes con xerodermia
3.1.h.	Al menos una vez al día en cualquier persona, aunque no tenga enfermedades de la piel

Tabla 1 (continuación)

Bloque 4. Cantidad, forma de uso y zonas de aplicación		
4.1	Es recomendable el uso de una cantidad suficiente de emoliente para cubrir con una capa fina todo el cuerpo.	
4.2	En pacientes con DA, es recomendable el uso de emolientes tanto en las zonas con lesiones como en las aparentemente sanas.	
4.3	Es recomendable el uso de emolientes inmediatamente después del baño o de la ducha.	
4.4	Es recomendable el uso de emolientes con la piel completamente seca, después de secarse con la toalla.	
4.5	No es necesario aplicar emolientes en las zonas de piel que no estén visiblemente secas en pacientes con:	
	4.5.a. DA	4.5.b. Xerodermia
4.6	Es recomendable que solo se apliquen los emolientes en las zonas con picor en pacientes con:	
	4.6.a. DA	4.6.b. Xerodermia
4.7	En las lesiones de DA, NO es recomendable el uso de emolientes si el paciente experimenta picor o escozor tras su aplicación.	
Bloque 5. Poblaciones especiales		
5.1	Es recomendable que los ancianos se apliquen emolientes:	
	5.1.a. De forma preventiva	5.1.b. Solo si tienen xerodermia y/o picor
5.2	Es recomendable el uso de emolientes en las personas con dermatitis de estasis de los miembros inferiores.	
5.3	Es recomendable el uso preventivo de emolientes en todos los neonatos sanos para evitar el desarrollo de DA.	
5.4	Es recomendable el uso preventivo de emolientes en los neonatos con alto riesgo de desarrollar DA.	
5.5	Es recomendable el uso de emolientes diferentes para niños que para el resto de las edades.	
5.6	Es recomendable el uso de emolientes:	
	5.6.a. Para prevenir las dermatitis del pañal	5.6.b. Como coadyuvante para tratar las dermatitis del pañal
5.7	Es recomendable el uso de emolientes para prevenir la aparición de estrías de distensión durante el embarazo.	
5.8	Es recomendable el uso de emolientes para prevenir las complicaciones en las areolas de la lactancia.	

DA: dermatitis atópica

<sup>a</sup> Pregunta reformulada tras analizar la pregunta 1.6. en la primera ronda. La pregunta 1.6. inicial no se consideró para el análisis de los resultados.

<sup>b</sup> Pregunta añadida al formulario en la segunda ronda.

**Recomendación 5.** El contenido de agua en piel aumenta significativamente aplicando dosis de productos hidratantes  $>1 \text{ mg/cm}^2$ /aplicación, siendo apropiado aumentarla dependiendo del grado de sequedad de la piel y las preferencias de los pacientes<sup>21</sup>.

**Recomendación 6.** El uso inmediatamente después del baño/ducha, resulta justificable por el aumento en ese momento de la evaporación del agua transepidérmica<sup>21</sup>. No se consensuó aplicarlos con la piel seca (ítem 4.4.), aunque esto no implica tener que hacerlo con la piel húmeda.

### Personas con piel inflamada/dermatitis

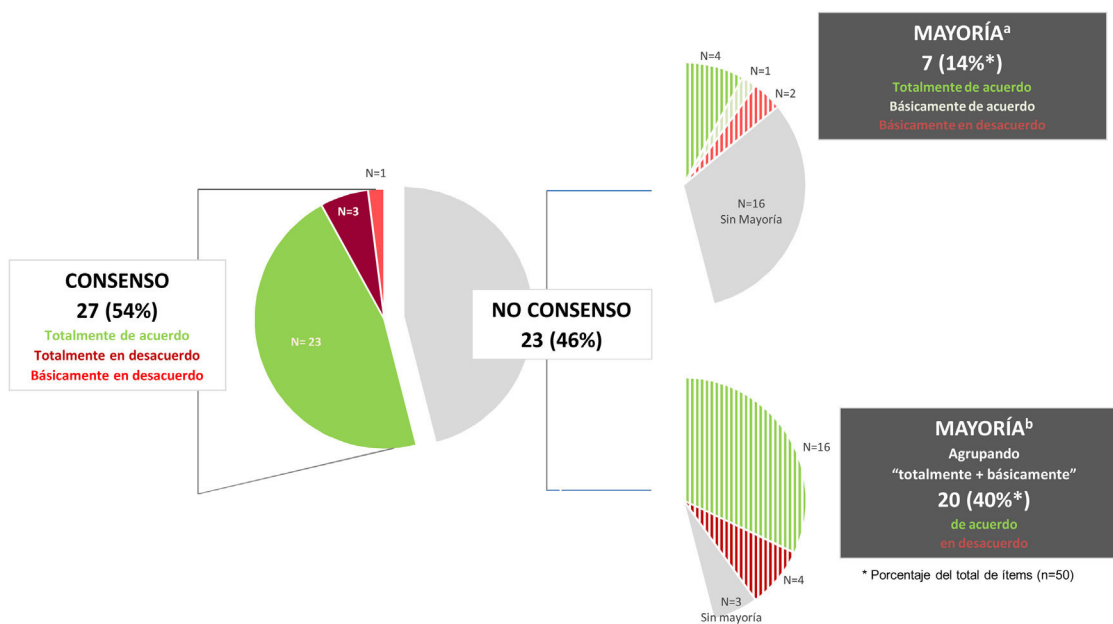
**Recomendación 7.** Los productos hidratantes son considerados tratamiento coadyuvante. Numerosas guías reco-

miendan, tras un tratamiento farmacológico adecuado para reducir la inflamación, la aplicación de estos productos para mejorar la disfunción de la barrera cutánea<sup>6,22</sup>. Los productos hidratantes pueden contribuir a disminuir la inflamación reduciendo el uso de corticoides<sup>19</sup>.

### Personas con dermatitis atópica

**Recomendaciones 8 y 9.** Los profesionales sanitarios prefieren los productos con menos ingredientes, sin perfume y sin conservantes alergénicos conocidos. Las fragancias no aportan beneficio, pudiendo conducir a dermatitis de contacto por sensibilización<sup>23</sup>.

**Recomendación 10.** Otros factores que la mayoría de los expertos considerarían, aunque no alcanzaron consenso: A)



<sup>a</sup>Mayoría:  $\geq 60\%$ ,  $<70\%$  en cada una de las 4 categorías de respuestas (totalmente de acuerdo, básicamente de acuerdo; totalmente en desacuerdo y básicamente en desacuerdo).  
<sup>b</sup>Mayoría:  $\geq 60\%$  al agrupar los valores "totalmente" y "básicamente" de las categorías "de acuerdo" y "en desacuerdo".

**Figura 1** Resultado global del Delphi tras las dos rondas (N = 50 ítems).

**Precio.** Pese al coste elevado que para los pacientes supone, los productos hidratantes<sup>1,16</sup> han demostrado resultar una estrategia coste/efectiva en el manejo de la DA<sup>16</sup>; B) **Edad.** Descartan usar productos específicos para la población de menos de 16 años de edad; C) **Preferencias/experiencias del paciente** y D) **Época del año.** La preferencia del paciente puede verse influenciada por el clima externo y el momento del día<sup>24</sup>.

**Recomendaciones 11, 12 y 13.** Las guías recogen que los productos hidratantes deben aplicarse regularmente, sin especificar la frecuencia y, en algunos casos, a demanda del paciente<sup>25</sup>. Un estudio reciente ha demostrado que en pacientes con DA y xerodermia el contenido de agua en la piel es significativamente mayor al aplicar productos hidratantes 2 veces al día (tras la ducha, por la mañana y por la noche)<sup>21</sup>. Esto sugiere que en los pacientes con la piel seca el régimen de aplicación óptimo debería ser al menos dos veces al día<sup>21</sup>. Sin embargo, no se alcanzó acuerdo sobre la necesidad de más de una aplicación al día en pacientes con DA activa, pudiendo justificarse este resultado por el posible impacto negativo en la adherencia de los pacientes.

El consenso sobre el uso de productos hidratantes en piel sin lesiones activas, no visiblemente secas, se ve apoyado por la indicación del tratamiento proactivo de la DA que contempla su uso en todo el cuerpo (piel afecta y piel sin afectar) cuando las lesiones han sido tratadas con éxito con terapia antiinflamatoria<sup>26</sup>. Adicionalmente utilizarlos sin lesiones activas puede verse justificado por la prevención de recaídas<sup>16</sup>.

En las guías europeas se recoge que el uso directo de productos hidratantes sobre la piel inflamada no suele tolerarse bien, por lo que conviene tratar primero el brote<sup>26</sup>. Esto justificaría que no se recomiende su uso en zonas inflamadas.

## Pacientes con xerodermia

**Recomendaciones 14 y 15.** Al igual que en DA, a pesar de que se ha demostrado que en pacientes con piel seca se deberían aplicar hidratantes al menos dos veces al día<sup>21</sup>, los expertos no llegaron a un acuerdo sobre la necesidad de aplicarlos más de una vez al día en pacientes con xerodermia. También, aunque sin llegar a consenso, manifestaron su desacuerdo sobre restringir su aplicación a las zonas con prurito.

## Pacientes con dermatitis de estasis de los miembros inferiores

**Recomendación 16.** Estos productos ya están incluidos entre los productos del cuidado de la piel de pacientes con dermatitis de estasis<sup>27</sup>.

Dos de los 3 ítems en los que no se alcanzó consenso ni mayoría (3.1 b y 3.1 h) hacían referencia a la frecuencia del uso de los emolientes en personas con la piel sana o con DA activa. Se necesita más evidencia en estas situaciones para poder conseguir el posicionamiento de los dermatólogos. Por otro lado, el que no se alcanzara ni consenso ni mayoría en el ítem 5.6 (uso de emolientes como coadyuvante para la dermatitis del pañal), además de por la falta de evidencia, puede estar condicionado por la ausencia de dermatólogos pediátricos entre los expertos participantes.

## Uso preventivo de los productos hidratantes

La disminución del número de consultas, hospitalizaciones, pérdida de productividad y otros costes médicos descrito como consecuencia del uso preventivo de productos hidratantes<sup>16</sup>, lo situaría como una estrategia

coste/efectiva. También reduce, y distancia, brotes y el uso de otros tratamientos tópicos (corticosteroides) además de hacerlos más eficaces al combinarse con ellos<sup>28</sup>.

Aunque sin consenso, la mayoría de los expertos recomendaría el uso preventivo en ancianos y niños con alto riesgo de DA. Un reciente metaanálisis en niños concluyó que sí representan una estrategia de prevención de la DA, a falta de estudios mayores que lo corroboren<sup>29</sup>. No se ha determinado el uso preventivo en niños sin riesgo de DA, justificando el acuerdo mayoritario (sin consenso) de no utilizarlos como método preventivo de DA en todos los niños.

En ancianos, pese a no haber evidencia sobre el papel de los productos hidratantes en mantener la integridad de la piel<sup>30</sup>, sí recomendarían su uso preventivo, en concordancia con la opinión negativa de utilizarlos solo cuando presenten xerodermia y prurito.

Otros usos preventivos que la mayoría de los expertos recomendarían incluyen: aparición de estrías durante el embarazo (actualmente los productos de administración tópica utilizados para tratar y prevenir las estrías contienen emolientes), complicaciones en las areolas durante la lactancia, y dermatitis del pañal. Aunque los productos hidratantes pueden conseguir condiciones favorables para la salud óptima de la piel cubierta por el pañal, y promover una recuperación más rápida de la dermatitis del pañal, los expertos no alcanzaron un consenso sobre su uso como tratamiento adyuvante para esta afectación.

En conclusión, este estudio corrobora la falta de evidencia sobre el uso de productos hidratantes y la gran variabilidad en su manejo en la práctica clínica. Para ayudar a disminuir el impacto negativo que dicha falta de evidencia puede provocar en la práctica clínica habitual, se proporcionan unas recomendaciones consensuadas para contribuir en la unificación de criterios para todos los profesionales sanitarios. Siguen siendo necesarios más estudios para disminuir las discrepancias y mejorar la evidencia sobre el uso de productos hidratantes.

## Financiación

El estudio fue financiado por Galderma.

## Conflicto de intereses

Los autores han recibido honorarios por parte de Galderma por su participación en las reuniones de trabajo. Galderma ha abonado los servicios de una consultora independiente, pero no ha participado ni influido en el contenido del manuscrito.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los miembros del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) de la AEDV que participaron como panelistas por su contribución al documento: Ana María Giménez-Arnau, Araceli Sánchez Grilo, Leopoldo Borrego Hernando, Susana Córdoba Guijarro, Enrique Gómez de la Fuente, Esther Serra Baldrich, Fátima Tous, Felipe Heras Mendaza, Francisco Javier Miquel Miquel, Francisco Navarro, Gemma Melé

i Ninot, Inmaculada Ruiz, Javier Sánchez Pérez, José Carlos Armario Hita, José Manuel Carrascosa, Juan García Gavin, María Elena Gatica, Mercedes Rodríguez Serna, Pedro Mercader, Ricardo González Pérez, Tatiana Sanz Sanchez y Violeta Zaragoza.

También agradecen a Olga Isidoro y Got it su apoyo en la ideación, desarrollo y coordinación del proyecto y a Lidese su ayuda en la redacción del manuscrito.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2024.03.020](https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.03.020).

## Bibliografía

1. Armstrong A, Hahn-Pedersen J, Bartlett C, Glanville J, Thyssen JP. Economic Burden of Chronic Hand Eczema: A Review. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23:287–300, <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-021-00669-6>.
2. Luger T, Amagai M, Dreno B, Dagnelie M-A, Liao W, Kabashima K, et al. Atopic dermatitis: Role of the skin barrier, environment, microbiome, and therapeutic agents. *J Dermatol Sci*. 2021;102:142–57, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdermsci.2021.04.007>.
3. Barnes TM, Mijaljica D, Townley JP, Spada F, Harrison IP. Vehicles for Drug Delivery and Cosmetic Moisturizers: Review and Comparison. *Pharmaceutics*. 2021;13, <http://dx.doi.org/10.3390/pharmaceutics13122012>.
4. Kang SY, Um JY, Chung BY, Lee SY, Park JS, Kim JC, et al. Moisturizer in Patients with Inflammatory Skin Diseases. *Medicina (Kaukas)*. 2022;58, <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58070888>.
5. Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, Ebihara T, Katayama I, Saeki H, et al. Clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2018. *J Dermatol*. 2019;46:1053–101, <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.15090>.
6. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: Part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:657–82, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14891>.
7. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:850–78, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14888>.
8. Amakye NYT, Chan J, Ridd MJ. Emollient prescribing formularies and guidelines in England 2021 a cross-sectional study. *Clin Exp Dermatol*. 2022;47:1502–7, <http://dx.doi.org/10.1111/ced.15197>.
9. Holden C, English J, Hoare C, Jordan A, Kownacki S, Turnbull R, et al. Advised best practice for the use of emollients in eczema and other dry skin conditions. *J Dermatolog Treat*. 2002;13:103–6, <http://dx.doi.org/10.1080/09546630260199442>.
10. Hon KL, Kung JSC, Ng WGG, Leung TF. Emollient treatment of atopic dermatitis: Latest evidence and clinical considerations. *Drugs Context*. 2018;7:212530, <http://dx.doi.org/10.7573/dic.212530>.
11. Anderson J, Maghfour J, Hamp A, Christensen A, Della-valle RP. From the Cochrane Library: Emollients and Moisturizers for Eczema. *Dermatology*. 2022;238:594–6, <http://dx.doi.org/10.1159/000518773>.

12. Draelos ZD. Therapeutic moisturizers. *Dermatol Clin*. 2000;18:597–607, [http://dx.doi.org/10.1016/s0733-8635\(05\)70210-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0733-8635(05)70210-2).
13. Moncrieff G, Cork M, Lawton S, Kokiet S, Daly C, Clark C. Use of emollients in dry-skin conditions: Consensus statement. *Clin Exp Dermatol*. 2013;38:231–8, <http://dx.doi.org/10.1111/ced.12104>, quiz 238.
14. Penzer R. Best practice in emollient therapy: A statement for health care professionals. *Dermatol Nurs*. 2012;11:4–19.
15. Teasdale E, Muller I, Sivyer K, Ghio D, Greenwell K, Wilczynska S, et al. Views and experiences of managing eczema: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Br J Dermatol*. 2021;184:627–37, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.19299>.
16. Cabout E, Eymere S, Launois R, Séité S, Delvigne V, Taïeb C, et al. Cost-effectiveness of Emollients in the Prevention of Relapse among French Patients with Atopic Dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 2021;101:adv00509, <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-3873>.
17. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*. 2012;1:90–5, <http://dx.doi.org/10.22201/fm.20075057e.2012.02.00007>.
18. Araviiskaia E, Pincelli C, Sparavigna A, Luger T. The Role of a Novel Generation of Emollients “Emollients Plus”, in Atopic Dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;15:2705–19, <http://dx.doi.org/10.2147/ccid.s389697>.
19. 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*. 2014;7:116–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.03.023>.
20. Santer M, Ridd MJ, Francis NA, Stuart B, Rumsby K, Chorozoglou M, et al. Emollient bath additives for the treatment of childhood eczema (BATHE): Multicentre pragmatic parallel group randomised controlled trial of clinical and cost effectiveness. *BMJ*. 2018;361:k1332, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1332>.
21. Ueda Y, Murakami Y, Saya Y, Matsunaka H. Optimal application method of a moisturizer on the basis of skin physiological functions. *J Cosmet Dermatol*. 2022;21:3095–101, <http://dx.doi.org/10.1111/jocd.14560>.
22. Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, Ebihara T, Katayama I, Saeki H, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020. *Allergol Int*. 2020;69:356–69, <http://dx.doi.org/10.1016/j.alit.2020.02.006>.
23. Kunkiel K, Sojewska M, Feleszko W. Contact haptens in emollients marketed in two European countries (Poland and Spain). *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2020;48:814–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2020.04.002>.
24. Hon KL, Kung JSC, Tsang KYC, Yu JWS, Lee VW, Leung TF. Emollient Acceptability in Childhood Atopic Dermatitis: Not All Emollients are Equal. *Curr Pediatr Rev*. 2018;14:117–22, <http://dx.doi.org/10.2174/1573396313666170605080034>.
25. Luk D, Hon KLE, Dizon MVC, Leong KF, Tay YK, Koh MJ, et al. Practical Recommendations for the Topical Treatment of Atopic Dermatitis in South and East Asia. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021;11:275–91, <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-020-00467-8>.
26. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - Part II: Non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36:1904–26, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.18429>.
27. Yosipovitch G, Nedorost ST, Silverberg JI, Friedman AJ, Canosa JM, Cha A. Stasis Dermatitis: An Overview of Its Clinical Presentation Pathogenesis, and Management. *Am J Clin Dermatol*. 2023;24:275–86, <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-022-00753-5>.
28. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, Lavrijssen A, Arents BWM. Emollients and moisturisers for eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD012119, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012119.pub2>.
29. Liang J, Hu F, Tang H, Jiang F, Sang Y, Hong Y, et al. Systematic review and network meta-analysis of different types of emollient for the prevention of atopic dermatitis in infants. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.18688>.
30. Cowdell F, Jadotte YT, Ersser SJ, Danby S, Lawton S, Roberts A, et al. Hygiene and emollient interventions for maintaining skin integrity in older people in hospital and residential care settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;1:CD011377, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011377.pub2>.