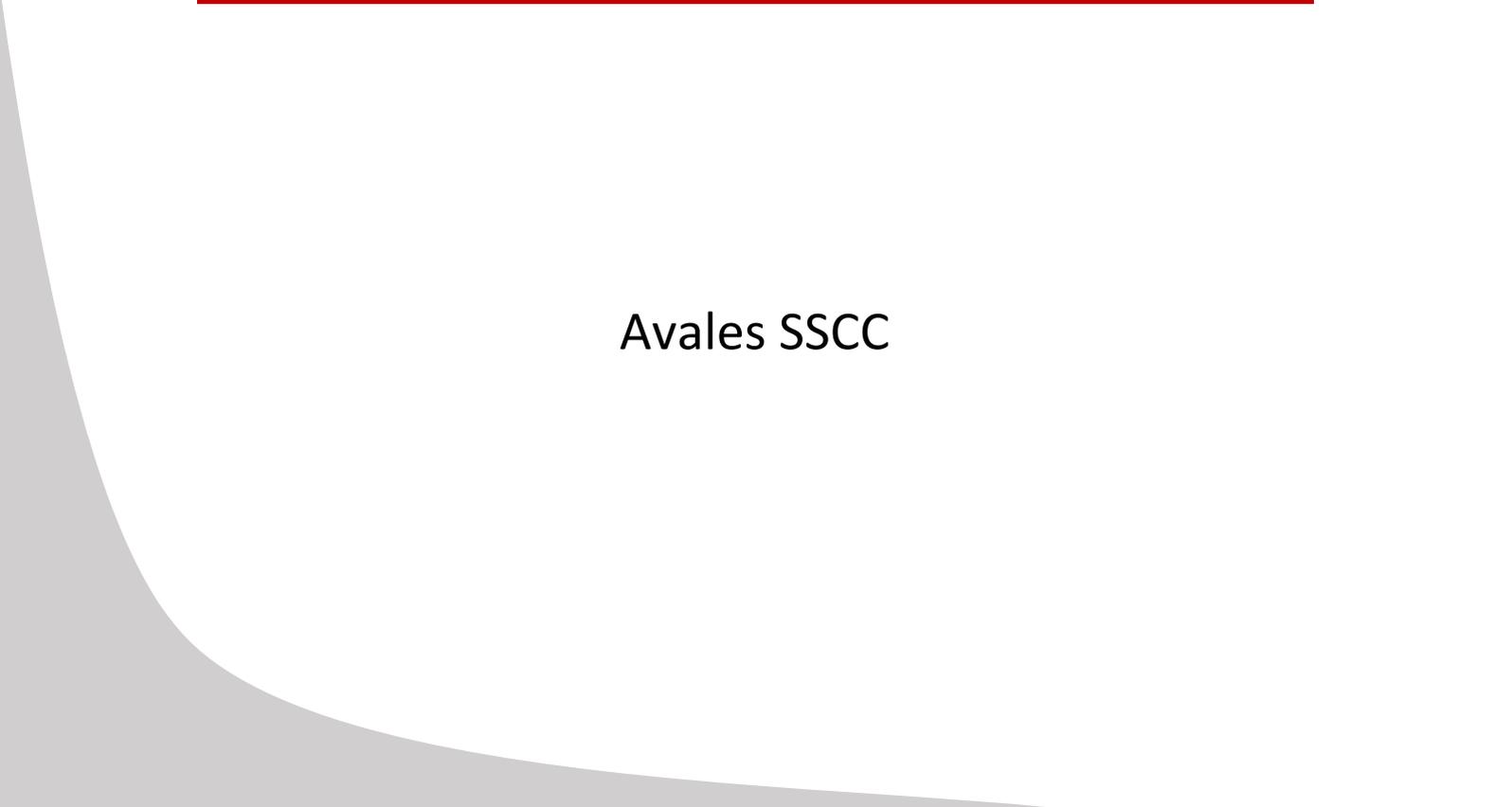




**Libro Blanco de la  
Alopecia  
Areata  
en España**

Avales SSCC





## Contenido

Índice de ilustraciones.....	5
Índice de tablas.....	6
Abreviaturas.....	7
<b>1. Justificación y resumen ejecutivo .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Objetivos y metodología .....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivos .....	14
2.2 Metodología .....	14
<b>3. Introducción a la Alopecia Areata.....</b>	<b>19</b>
3.1 Caracterización de la patología .....	19
3.2 Factores de riesgo .....	19
3.3 Manifestaciones y sintomatología .....	21
3.4 Epidemiología de la enfermedad .....	23
3.5 Perfil de paciente tipo con Alopecia Areata.....	23
<b>4. Impacto de la Alopecia Areata .....</b>	<b>26</b>
4.1 Claves .....	27
<b>5. Manejo de la Alopecia Areata en España: agentes y procesos clave.....</b>	<b>29</b>
5.1 Diagnóstico .....	29
5.2 Tratamiento.....	30
5.3 Agentes implicados .....	31
5.4 Ruta del paciente .....	33
Claves .....	35
<b>6. Organización de la atención sanitaria de la Alopecia Areata en España .....</b>	<b>37</b>
6.1 Visibilidad y organización de la atención .....	37
6.2 Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes .....	38
6.3 Claves .....	39
<b>7. Estado de información de los pacientes y la sociedad sobre Alopecia Areata .....</b>	<b>41</b>
7.1 Claves .....	42

<b>8. La investigación en Alopecia Areata en España .....</b>	<b>44</b>
8.1 Líneas de investigación actuales .....	44
8.2 Claves .....	46
<b>9. Necesidades y oportunidades de mejora en el abordaje de la Alopecia Areata en España.....</b>	<b>48</b>
Necesidades y oportunidades de mejora en cuanto a la epidemiología e impacto de la AA .....	48
Necesidades y oportunidades de mejora en cuanto al manejo de la AA .....	49
Necesidades y oportunidades de mejora en cuanto a la organización sanitaria de la AA .....	50
Necesidades y oportunidades de mejora en el estado de la información de la AA .....	51
Necesidades y oportunidades de mejora en la investigación de la AA .....	52
<b>10. Bibliografía.....</b>	<b>53</b>

## Índice de ilustraciones

<b>Ilustración 1.</b> AA universal. Mujer de 38 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó.....	22
<b>Ilustración 2.</b> AA multifocal-difusa. Mujer de 36 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó. ....	22
<b>Ilustración 3.</b> AA ofiásica. Mujer de 29 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó. ....	22
<b>Ilustración 4.</b> AA de placa única. Mujer de 25 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó. ....	22
<b>Ilustración 5.</b> Definición del paciente tipo con AA que acude a consulta en España. Elaboración propia. ....	23
<b>Ilustración 6.</b> Puntos amarillos (imagen izquierda) y puntos negros (imagen derecha) <sup>14</sup> .....	29
<b>Ilustración 7.</b> Líneas de tratamiento propuestas por el Comité de Expertos para el paciente pediátrico con AA. ....	30
<b>Ilustración 8.</b> Líneas de tratamiento propuestas por el Comité de Expertos para el paciente adulto con AA. ....	31
<b>Ilustración 9.</b> Recorrido del paciente con AA. Elaboración propia. ....	34
<b>Ilustración 10.</b> Mapa de unidades y consultas monográficas de tricología en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el GET de la AEDV y el Comité de Expertos.....	38
<b>Ilustración 11.</b> Mapa de las regiones donde existen centros que desarrollan actividad investigadora relacionada con la AA en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Grupo de Tricología de la AEDV y el Comité de Expertos. ....	44

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Miembros del Comité Asesor .....	16
<b>Tabla 2.</b> Miembros del Comité de Expertos.....	16
<b>Tabla 3.</b> Clasificación de la AA por gravedad. ....	19
<b>Tabla 4.</b> Factores que aumentan el riesgo de desarrollar AA .....	20
<b>Tabla 5.</b> Factores que influyen en la historia natural y el pronóstico de la AA.....	20
<b>Tabla 6.</b> Factores que actúan como desencadenantes de la enfermedad inicial y de la/s recaída/s episódica/s .....	20
<b>Tabla 7.</b> Variantes clínicas de la AA con sus manifestaciones características .....	21
<b>Tabla 8.</b> Sociedades Científicas de interés identificadas a nivel nacional .....	39
<b>Tabla 9.</b> Asociaciones de Pacientes con actividad en el ámbito de la AA identificadas .....	39
<b>Tabla 10.</b> Listado de centros que desarrollan actividad investigadora relacionada con la AA en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Grupo de Tricología de la AEDV, así como de la información obtenida en el Registro Español de Estudios Clínicos. ....	45

## Abreviaturas

<b>AA</b>	Alopecia Areata
<b>AAPP</b>	Asociaciones de Pacientes
<b>AEDV</b>	Academia Española de Dermatología y Venereología
<b>AEP</b>	Asociación Española de Pediatría
<b>AEPAP</b>	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
<b>AO</b>	Alopecia Ofiasis
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>AT</b>	Alopecia Total
<b>AU</b>	Alopecia Universal
<b>CGCOF</b>	Consejo General de Colegios Farmacéuticos
<b>CSUR</b>	Centros, Servicios y Unidades de Referencia
<b>EADV</b>	European Academy of Dermatology and Venereology
<b>FC</b>	Farmacia Comunitaria
<b>FH</b>	Farmacia Hospitalaria
<b>GET</b>	Grupo Español de Tricología
<b>GTEII</b>	Grupo de Trabajo de Enfermedades Inflammatorias Inmunomediadas
<b>IJAK</b>	Inhibidores de la Quinasa Janus
<b>IL</b>	Interleuquinas
<b>S1P</b>	Esfingosina 1-fosfato
<b>SALT</b>	Severity of Alopecia Tool
<b>SEFAC</b>	Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria
<b>SEFH</b>	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
<b>semFYC</b>	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
<b>SEMG</b>	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
<b>SERGAS</b>	Servicio Gallego de Salud
<b>SERMAS</b>	Servicio Madrileño de Salud
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SSCC</b>	Sociedades Científicas



**JUSTIFICACIÓN  
Y RESUMEN  
EJECUTIVO**

## 1. Justificación y resumen ejecutivo

La **Alopecia Areata (AA)** es un tipo de enfermedad **dermatológica** caracterizada por la **caída de pelo** en forma de **una o múltiples placas alopécicas** bien delimitadas, o con una **pérdida del pelo difusa o completa**<sup>1</sup>. Se trata del segundo tipo de alopecia más común<sup>2,3</sup>.

En **España es una enfermedad poco conocida y visibilizada**, tanto a nivel de la profesión sanitaria como en la sociedad en general, que lleva asociada un **estigma social**, especialmente relevante en el caso de las mujeres. Se trata de una patología que **puede impactar de forma importante en la calidad de vida de los pacientes**. Existen algunas morbilidades que pueden estar relacionadas con la AA, como es el caso de la dermatitis atópica, la enfermedad tiroidea y **patología psiquiátrica**<sup>4</sup>, siendo esta última una de las más comunes. Asimismo, **existen diferencias en la atención sanitaria interregional e intrarregional**, hecho que resulta en importantes diferencias en la atención recibida en función del lugar de residencia del paciente.

En este contexto, se considera necesario conocer y entender la **situación actual de la alopecia areata en España** desde diferentes perspectivas e identificar las **necesidades y oportunidades de mejora** presentes en el abordaje de esta enfermedad, así como iniciativas que puedan impulsarse desde los órganos competentes de la administración sanitaria.

Es por ello por lo que se ha desarrollado este **Libro Blanco de la Alopecia Areata en España** (2023), como un documento que recoge las **particularidades de la enfermedad** en términos **epidemiológicos**, de **impacto**, de **manejo actual** (diagnóstico, tratamiento, seguimiento), la **información disponible para los pacientes** y para la sociedad en general, así como las iniciativas y proyectos de **investigación** que se están desarrollando en España. Todo ello enfocado desde una perspectiva multidisciplinar de los principales agentes involucrados, integrando la visión del paciente e identificando necesidades y oportunidades de mejora a futuro (“Call to action”) en los diferentes ámbitos de la enfermedad.

La **metodología de trabajo** se ha basado en tres fases; involucración y lanzamiento, revisión y análisis, y una última de elaboración del informe final. Para ello, se ha contado con la participación de un grupo de profesionales con amplia experiencia en el campo de la Dermatología, Atención Primaria, Psicología, Farmacia Hospitalaria y Comunitaria, junto con la representación de la Asociación de Pacientes Alopecia Madrid (Alopecia de la Comunidad de Madrid).

A continuación, se presentan las principales conclusiones de este trabajo en relación con los distintos ámbitos analizados y las necesidades y oportunidades de mejora identificadas.

## Introducción a la Alopecia Areata

La AA es un tipo de alopecia no cicatricial de patogenia inmune y de evolución variable e impredecible en cada paciente<sup>5,6</sup>. Afecta al cuero cabelludo en un 90% de los casos, pero puede aparecer en otras zonas pilosas como las pestañas, cejas, barba, así como de lesiones en uñas<sup>7</sup>. Entre los factores de riesgo más significativos de la enfermedad encontramos los **antecedentes familiares** y la presencia de **otras enfermedades inmunológicas**<sup>7,8</sup>.

El patrón más común de pérdida de pelo consiste en una pequeña zona con **pérdida de pelo redondeada o en parches**, normalmente en el cuero cabelludo, que puede evolucionar hacia la **pérdida total del pelo del cuero cabelludo** y a la **pérdida de la totalidad del pelo corporal**<sup>9</sup>.

Actualmente **no existen estudios epidemiológicos** de referencia recientes en el **ámbito nacional**, aunque se considera que la incidencia es similar a la reportada en otros países, siendo **el riesgo vital de padecer la enfermedad**, o riesgo de padecer AA a lo largo de la vida, **del 2%** y afectando de igual manera a hombres y a mujeres<sup>10-12</sup>, de cualquier raza o edad<sup>7,11</sup>.

En este sentido, los expertos han identificado como **perfil más común del paciente que acude a consulta médica con AA en España** a una mujer joven en situación de desarrollo familiar y laboral, con AA leve-moderada en placas, con elevada carga psicológica y emocional.

En este ámbito, urge la necesidad de **elaborar estudios epidemiológicos a nivel nacional**, así como mejorar **el conocimiento** por parte de profesionales sanitarios sobre la patología.

## Impacto de la Alopecia Areata

La AA es una patología que **puede impactar de forma importante en la vida de los pacientes**. Entre los factores que motivan este impacto, encontramos las **comorbilidades**, donde la **afectación psicológica** tiene un gran peso<sup>4,11,13</sup>, el **estigma social**, la **falta de tratamientos específicos y eficaces**, así como los **efectos adversos** asociados a las terapias actuales.

Para reducir el impacto generado por la enfermedad, se propone el **impulso de iniciativas para dar a conocer la enfermedad y reducir el impacto específico de la AA en la mujer**. Además, con el objetivo de conocer y medir el impacto, se plantea la realización de **estudios** que permitan **evaluar la carga y el impacto** asociado a la AA desde todas las perspectivas (clínica, social, laboral, etc.) en las personas que la padecen.

## Manejo de la Alopecia Areata

El **diagnóstico de AA** debe valorar la historia clínica del paciente incluyendo los antecedentes familiares, así como un examen minucioso del cuero cabelludo, la cara y todo el cuerpo, incluidas

las uñas, y debe realizarse siempre una tricoscopia y una prueba de arrancamiento del cabello complementarias<sup>6,11</sup>. Habitualmente, en el momento del diagnóstico, los pacientes se encuentran físicamente bien, pero el aspecto psicológico requiere especial atención.

Según los expertos, el **objetivo del tratamiento** es conseguir una repoblación cosméticamente aceptable para el paciente y mantenerla, así como **mejorar su calidad de vida**. Actualmente, **no existe un tratamiento curativo para la AA**<sup>7,14</sup>. Las terapias actuales tienen como objetivo inmunosuprimir o inmunomodular la actividad de la enfermedad<sup>11,15</sup> y están asociadas a una **serie de efectos adversos** que, en ocasiones, pueden llevar a que los pacientes elijan no tratarse<sup>15</sup>. El tratamiento se establece en función de la extensión del cuero cabelludo afectada, y consiste en corticoides (locales o sistémicos), minoxidil, y otras terapias inmunosupresoras. En este sentido, la irrupción en el panorama terapéutico actual de algunos fármacos como los **inhibidores de la quinasa Janus (iJAK)**, supone la posibilidad de tratar a los pacientes con AA, por primera vez, con un **fármaco indicado específicamente para el tratamiento de la patología**.

En la atención de los pacientes con AA **participan diferentes agentes y profesionales**, incluyendo Dermatología, donde encontramos dermatólogos generalistas y dermatólogos expertos en tricología, Atención Primaria (AP), Psicología, Farmacia Hospitalaria (FH) y Farmacia Comunitaria (FC).

En general, es necesaria la **elaboración de guías, protocolos y procedimientos**, que incluyan los **criterios de derivación** entre profesionales y permitan proporcionar una atención adecuada y uniforme a todos los pacientes. La **formación** a los profesionales y la **mejora de la comunicación** entre estos son necesidades que abordar para mejorar la atención a los pacientes.

### **Organización de la atención sanitaria de la Alopecia Areata**

La AA es una **enfermedad desconocida**, con **prioridad y visibilidad bajas**, no representada ni en las estrategias ni en los planes de salud a nivel autonómico ni nacional. Asimismo, **no existen guías ni protocolos estandarizados** para el manejo de la AA, **ni existen Unidades de Referencia (CSUR)** de la patología. Las unidades y consultas monográficas existentes son experiencias puntuales.

En cuanto a **Sociedades Científicas (SSCC)** con interés en la materia, destaca la **Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)** y, en concreto, el **Grupo Español de Tricología (GET)** de la sociedad. En cuanto a **Asociaciones de Pacientes (AAPP)** cabe destacar **Alopecia Madrid**.

En este ámbito, **dar visibilidad a la AA** en el marco de las estrategias y planes de salud existentes para otras enfermedades inmunomediadas, la promoción de la **creación de unidades especializadas en tricología**, así como la **mejora de la comunicación entre SSCC y AAPP** han sido identificadas como necesidades para la mejora en la organización sanitaria de la AA en España.

### **Estado de información de los pacientes y la sociedad sobre Alopecia Areata**

Actualmente **no existen fuentes ni recursos consensuados** que proporcionen información acerca de la AA. Los expertos consideran que se debe facilitar información a los pacientes que dilucide el carácter crónico de la AA, trate sobre sus causas y tratamientos, así como sobre medidas de protección. Esta información debe trasladarse desde el momento del diagnóstico y debe adaptarse a la circunstancias y perfil de cada paciente.

Para **elaborar documentos informativos** para pacientes, los expertos señalan que deben ser **promovidos e impulsados desde las SSCC** relacionadas. Esta **información debe estar alineada y ser común entre todos los profesionales**. Los expertos también sostienen que el desarrollo e implementación de **campañas de visibilización y concienciación** al público general podrían resultar beneficiosas para mejorar la **aceptación de la enfermedad** por parte de los pacientes.

### **La investigación e innovación en Alopecia Areata en España**

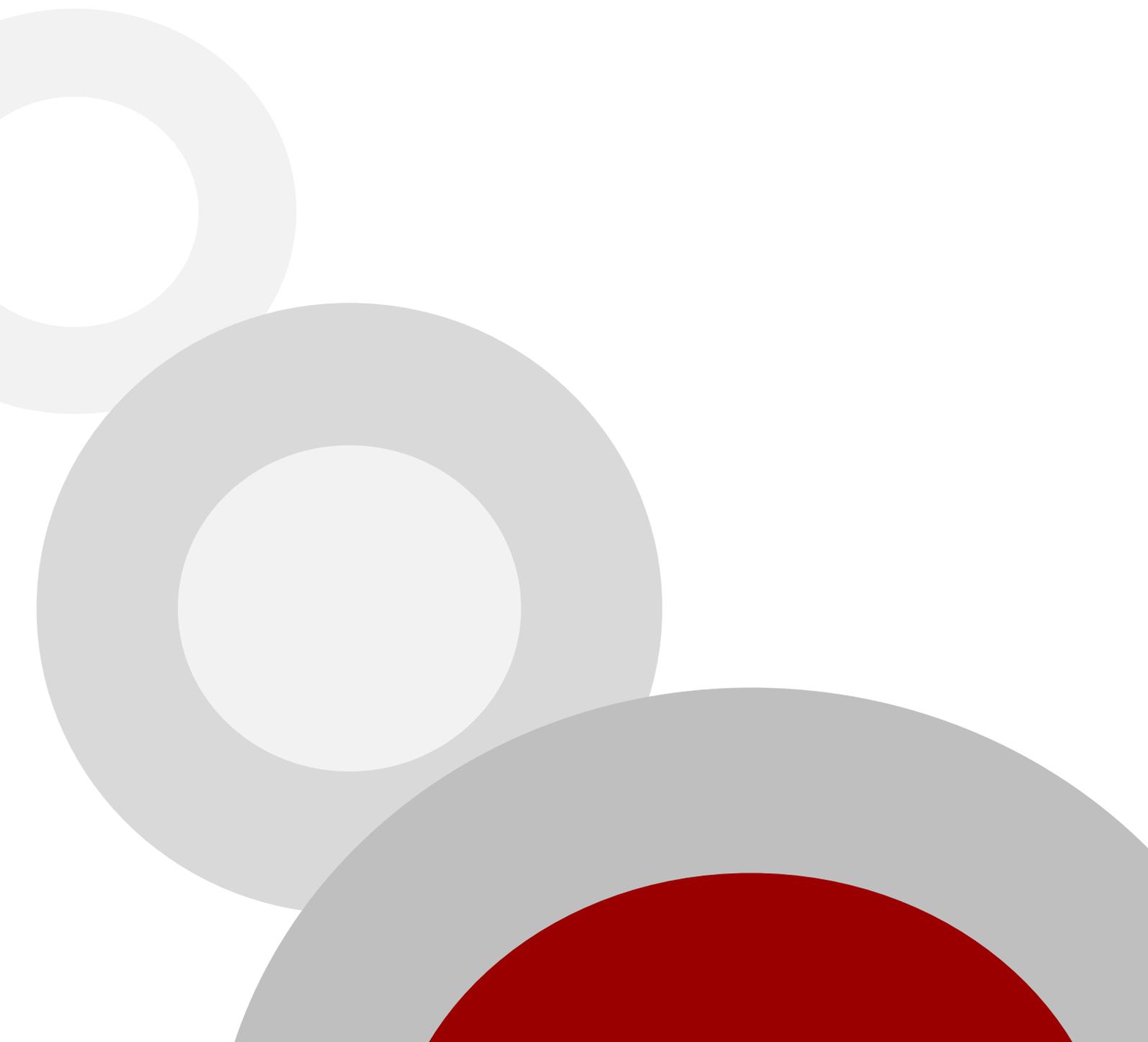
En el ámbito de la investigación, los **iJAK** suponen una **gran innovación** en el arsenal terapéutico disponible para el tratamiento de la AA. Para los pacientes, la llegada de los nuevos medicamentos supone un **foco de esperanza** y, según los expertos, va a implicar la **mejora de la calidad asistencial de los pacientes**.

Asimismo, los expertos consideran que **debe continuar la actividad investigadora** en el campo de la AA y que se deben **apoyar vías para la financiación de los nuevos medicamentos**.

### **Call to action. Necesidades y oportunidades de mejora en el abordaje de la AA en España**

Considerando el análisis de la **información y documentación** obtenida tras la revisión de la literatura y de las aportaciones de los expertos, se han identificado una serie de necesidades y oportunidades de mejora en cada uno de los apartados de este Libro Blanco.

Con las **necesidades identificadas** en los distintos apartados desarrollados la **propuesta de acciones** debe estar dirigida a **mejorar el abordaje de la AA en España**, algunos de los aspectos más relevantes son, entre otros, la estandarización del tratamiento y manejo, la mejora de la comunicación entre niveles asistenciales, la información al paciente durante la consulta y la promoción de la investigación en AA.



## 2. Objetivos y metodología

### 2.1 Objetivos

El objetivo principal del Libro Blanco de la Alopecia Areata en España es disponer de un documento que permita entender la **situación actual de la patología a nivel nacional, concienciar** sobre la enfermedad y **destacar las necesidades y oportunidades de mejora existentes** relacionadas con la patología.

Para ello, se plantearon una serie de objetivos específicos:

- 1 Analizar la carga de la enfermedad: epidemiología, impacto, etc. tanto para el sistema sanitario como para los pacientes
- 2 Analizar el manejo de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, etc.): flujo de pacientes, profesionales sanitarios implicados, coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, etc.
- 3 Analizar la visibilidad y el grado de prioridad que representa la enfermedad en el seno de la Administración sanitaria Nacional y Regional, estrategias y recursos disponibles en las Comunidades Autónomas para el manejo de la enfermedad y sus problemas asociados.
- 4 Identificar el estado de información de los pacientes y la sociedad en general con relación a la enfermedad, así como los recursos existentes para tratar la enfermedad y ayudar a convivir con ella.
- 5 Conocer la investigación que se desarrolla en España en torno a la Alopecia Areata y los recursos dedicados a la misma.
- 6 Identificar necesidades y oportunidades de mejora en el abordaje de la Alopecia Areata en España.

### 2.2 Metodología

Para la elaboración del Libro Blanco de la Alopecia Areata en España, se ha seguido una metodología que se ha desarrollado en tres fases de trabajo: Fase 1 de involucración y lanzamiento, Fase 2 de revisión y análisis, y Fase 3 de elaboración del informe final (Fig. 1).

Desde el comienzo de la Fase 1, se contó con la participación de un grupo multidisciplinar de profesionales con experiencia en Tricología, Dermatología, Medicina de Familia y Comunitaria, Psicología, Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria, acompañados por una representante

de la Asociación de Pacientes Alopecia Madrid, que conformaron el Comité Asesor del Libro Blanco.

También se contó con la participación de dos expertos en gestión hospitalaria, que constituyeron el Comité de Expertos, quienes aportaron el punto de vista de la administración sanitaria.



Figura 1. Metodología de trabajo para la consecución del proyecto.

### Fase 1. Involucración y lanzamiento

Durante la primera Fase, se involucró a los miembros del Comité Asesor (Tabla 1), compuesto por diferentes profesionales con distintos niveles de experiencia en el manejo de la Alopecia Areata. Además, se contó con la participación de agentes cuya perspectiva sobre el manejo de la Alopecia Areata en España, así como de las necesidades y oportunidades de mejora en su abordaje, resultaba de interés.

Tabla 1. Miembros del Comité Asesor

Nombre	Cargo
<b>Sergio Vañó</b>	Director de la Unidad de Tricología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Director de la Unidad de Tricología de la clínica Grupo Pedro Jaén y Coordinador del GET de la AEDV.
<b>María García</b>	Jefe de Unidad de Dermatología en el Complejo Asistencial de Palencia.
<b>Sandra Ros</b>	Psicóloga, servicio de Dermatología en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
<b>David Palacios</b>	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y Coordinador del grupo de Dermatología de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
<b>Emilio Monte</b>	Jefe de sección. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe y miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas (GTEII) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
<b>Antonio Blanes</b>	Farmacéutico. Director de Servicios Técnicos en el Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF).
<b>Conchi Botillo</b>	Presidenta de la Asociación de Pacientes Alopecia de la Comunidad de Madrid (Alopecia Madrid).

Se llevó a cabo una **reunión de lanzamiento** con el Comité Asesor, con la finalidad de revisar los objetivos, alcance, expectativas, metodología, identificar factores clave de éxito, valorar la participación de un Comité de Expertos, seleccionar información, documentación y bibliografía relevante, discutir sobre la organización general y otros temas de interés.

Adicionalmente se incorporaron dos personas al Comité de Expertos (Tabla 2) a través de entrevistas individuales. El objetivo de su participación fue conocer el punto de vista de gestores y de la administración sobre la situación de la Alopecia Areata.

Tabla 2. Miembros del Comité de Expertos

Nombre	Cargo
<b>Félix Rubial</b>	Gerente del Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras. Ex-Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
<b>Concepción Payares</b>	Especialista en Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

### *Fase 2. Revisión y análisis*

Durante esta fase se realizó la revisión y análisis bibliográfico de la información y documentación obtenida tanto de fuentes primarias (informes de Sociedades Científicas y grupos de interés, guías clínicas, publicaciones científicas, documentación pública, etc.) como secundarias (entrevistas semiestructuradas con el Comité Asesor). La metodología de esta fase se fundamentó en:

- Análisis de la bibliografía recopilada.
- Elaboración de guiones de entrevista específicos para cada perfil.
- Entrevistas individuales al Comité Asesor del Proyecto, así como al Comité de Expertos.
- Análisis de la información obtenida sobre los elementos y variables claves definidos para la caracterización de la Alopecia Areata en España.
- Realización de un taller telemático con el Comité Asesor del proyecto para revisar y debatir acerca del análisis realizado y la información preliminar obtenida.
- Integración y explotación de la información obtenida, extrayendo conclusiones sobre la situación actual, así como de las principales necesidades y áreas de mejora en el abordaje de la Alopecia Areata en España.

### *Fase 3. Informe Final*

Durante esta fase se elaboró el documento final “Libro Blanco de la Alopecia Areata en España”, según la estructura definida en la fase 1 y los resultados obtenidos en la fase 2. La metodología empleada fue la siguiente:

- Extracción de conclusiones acerca de los objetivos específicos del proyecto, a partir de la información obtenida en las fases anteriores.
- Redacción del informe final incluyendo la perspectiva del sistema sanitario, los profesionales sanitarios implicados y de los pacientes.
- Revisión individual por los miembros del Comité Asesor.
- Reunión de validación con el Comité Asesor.



**INTRODUCCIÓN  
A LA ALOPECIA  
AREATA**

### 3. Introducción a la Alopecia Areata

#### 3.1 Caracterización de la patología

La Alopecia Areata (AA) es un tipo de alopecia no cicatricial de patogenia inmune y de evolución variable e impredecible en cada paciente<sup>5,6</sup>. Afecta al cuero cabelludo en un 90%, pero puede aparecer en otras zonas pilosas como las pestañas, cejas, barba, así como de lesiones en uñas<sup>7</sup>. La AA puede aparecer en forma de una o múltiples placas alopécicas bien delimitadas, o con una pérdida del pelo difusa o completa<sup>1</sup>. Para determinar la severidad de la enfermedad, se emplea la herramienta SALT (*Severity of Alopecia Tool*)<sup>11</sup>, que permite clasificar la AA en función de la superficie del cuero cabelludo afectada:

Tabla 3. Clasificación de la AA por gravedad<sup>8</sup>.

- Leve: SALT<20 (afectación del 20% del cuero cabelludo).
- Moderado: SALT=20-50 (del 20 al 50% del cuero cabelludo afectado).
- Grave o severo: SALT>50 (más del 50% del cuero cabelludo afectado).

La etiología de la AA aún no se conoce por completo, aunque se cree que la pérdida del privilegio inmunitario en el folículo piloso podría provocar un daño autoinmune que finalmente sería el responsable de la AA<sup>16-18</sup>. Más concretamente, se cree que las células T CD8+ participan en la liberación de interferón-gamma, que conduce a la alteración de la tolerancia inmunitaria de los folículos pilosos y a la posterior exposición de autoantígenos<sup>17,19</sup>.

#### 3.2 Factores de riesgo

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la AA es una enfermedad de origen inmunológico. Entre los factores de riesgo más significativos de la enfermedad encontramos los antecedentes familiares y la presencia de otras enfermedades inmunológicas. Su incidencia familiar varía entre el 10% y el 20% de los casos<sup>7,8</sup> y el 30% de los casos de AA pueden asociarse a alguna otra enfermedad autoinmune<sup>7,8,11</sup>.

Principales factores de riesgo de la AA:

Tabla 4. Factores que aumentan el riesgo de desarrollar AA<sup>20</sup>

1. Factores que se considera que **aumentan el riesgo** de desarrollar AA<sup>20,21</sup>:
  - Antecedentes familiares de AA.
  - Antecedentes familiares de enfermedades inmunomediadas.
  - Genotipo (HLA-B14)<sup>22</sup>.
  - Antecedentes personales de enfermedad inmunológica como tiroiditis, vitíligo o dermatitis atópica.

Tabla 5. Factores que influyen en la historia natural y el pronóstico de la AA<sup>20</sup>

2. Factores que se considera que influyen en la **historia natural y el pronóstico** de la AA<sup>20</sup>:
  - Genotipo (HLA-B14)<sup>22</sup>.
  - Antecedentes personales de enfermedades inmunomediadas.

Tabla 6. Factores que actúan como desencadenantes de la enfermedad inicial y de la/s recaída/s episódica/s<sup>2012</sup>

3. Factores que se consideran **desencadenantes de la enfermedad inicial y de la/s recaída/s episódica/s** <sup>20,21</sup>:
  - Genotipo con desencadenante externo (HLA-B14)<sup>22</sup>.
  - Acontecimiento vital traumático.
  - Estrés agudo.

Según los expertos, el **estrés psicológico puede ser un factor desencadenante de la AA<sup>23</sup>**. Un estudio indicó que al menos el 23% de los pacientes experimentaron un acontecimiento o crisis emocional antes de la aparición de la enfermedad<sup>24</sup>. No obstante, el estrés no es la causa de la enfermedad ya que se trata de una enfermedad inmunomediada y éste **por sí solo no puede explicar toda la patogénesis de la AA**. En algunos casos, la enfermedad afecta a recién nacidos y los lactantes, los cuales no son una población caracterizada por altos niveles de estrés. Adicionalmente, se cree que otros factores, como las infecciones, las toxinas e incluso la alimentación, pueden estar asociados a procesos de desregulación autoinmunitaria, por lo que se han propuesto como posibles desencadenantes de la enfermedad, si bien no todos los casos han sido validados <sup>15</sup>.

Aunque existe cierta controversia, la carencia de hierro y el embarazo no se considera que aumenten el riesgo de desarrollar AA<sup>12</sup>, así como la carencia de hierro y la vacunación no se consideran factores que influyan en la historia natural y el pronóstico de la AA<sup>20</sup>.

### 3.3 Manifestaciones y sintomatología

La característica principal de la AA es la pérdida de pelo. El patrón más común es una pequeña zona con pérdida de pelo redondeada o en parches, normalmente en el cuero cabelludo, que puede evolucionar hacia la pérdida total del pelo del cuero cabelludo y a la pérdida de la totalidad del pelo corporal<sup>9</sup>. La piel afectada puede estar ligeramente enrojecida, pero por lo demás suele presentar un aspecto normal<sup>25</sup>. Esta pérdida puede producirse de diferentes maneras y, en función de la extensión y localización de la pérdida de pelo se diferencian diferentes tipos de AA, representados en la siguiente tabla:

Tabla 7. Variantes clínicas de la AA con sus manifestaciones características<sup>11</sup>

<b>Variantes clínicas de la AA</b>	<b>Presentación</b>
<b>Alopecia Areata en parches (Ilustración 4)</b>	Parches únicos o múltiples bien delimitados de caída del pelo del cuero cabelludo.
<b>Alopecia total (AT)</b>	Pérdida total del pelo del cuero cabelludo.
<b>Alopecia universal (AU) (Ilustración 1)</b>	Pérdida total del vello facial, corporal y del pelo del cuero cabelludo.
<b>Alopecia Ofiasis (AO) (Ilustración 3)</b>	Caída del pelo en la zona occipital y temporal del cuero cabelludo.
<b>AA de Ofiasis inversa (Sisaifo)</b>	Pérdida de pelo en el área central, sin afectación en zonas laterales y posteriores del cuero cabelludo.
<b>AA difusa o incógnita (Ilustración 2)</b>	Caída difusa del cabello y reducción de la densidad capilar.
<b>Alopecia barbae</b>	Pérdida de pelo discreta circular o en parches en el bigote o la barba, a menudo a lo largo de la línea de la mandíbula, rara vez debilitamiento difuso.
<b>Afectación ungueal en AA</b>	Uñas dañadas, traquioniquia, lúnula roja, estrías longitudinales, onicomadesis, onicólisis y onicorrexis.



*Ilustración 1. AA universal. Mujer de 38 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó.*



*Ilustración 2. AA multifocal-difusa. Mujer de 36 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó.*



*Ilustración 3. AA ofiásica. Mujer de 29 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó.*

*Ilustración 4. AA de placa única. Mujer de 25 años. Cortesía Dr. Sergio Vañó.*



Los signos que indican la actividad de la enfermedad, identificables mediante una dermatoscopia del cuero cabelludo son: pelos en signo de exclamación, puntos negros, prueba del “tirón” de pelo positiva y efluvio anágeno, entre otros<sup>20</sup>.

Existen algunas morbilidades que pueden estar relacionadas con la AA, como es el caso de la dermatitis atópica, enfermedad tiroidea y patología psiquiátrica<sup>4</sup>.

La afectación psicológica es una de las comorbilidades más comunes en la AA. Multitud de estudios han demostrado dicha relación, que se manifiesta especialmente en forma de ansiedad<sup>26</sup>, estrés<sup>9</sup> y déficits sociales y funcionales<sup>4,11,27</sup>. La AA también se ha relacionado con la presencia de depresión<sup>28</sup>, una enfermedad que se caracteriza por estado de ánimo deprimido

(tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en la realización de actividades<sup>29,30</sup>. En algunos casos, esta afectación psiquiátrica puede acompañarse de ideación suicida, intento autolítico e incluso suicidio<sup>31,32</sup>.

### 3.4 Epidemiología de la enfermedad

La AA es el segundo tipo de alopecia más común<sup>2,3</sup>. **El riesgo vital de padecer la enfermedad, o riesgo de padecer AA a lo largo de la vida, es del 2%** y afecta de igual manera a hombres y a mujeres<sup>10-12</sup>. La AA también puede afectar a pacientes de cualquier raza, género o edad<sup>7,11</sup> observándose dos picos de incidencia; el primero en la infancia/juventud y el segundo en la edad adulta a los 30/40 años<sup>11</sup>.

Se estima que la prevalencia de AA es mayor en niños y adolescentes que en adultos<sup>12</sup>. Aproximadamente el 20% de los casos son niños<sup>24</sup> y se calcula que el 40% de los pacientes experimentarán su primera manifestación de AA antes de los 20 años, así como entre el 83-88 % debutará antes de los 40 años<sup>11,24,33</sup>. Difícilmente la AA se presentará en pacientes mayores de 60 años<sup>34</sup>.

En la actualidad, no existen estudios epidemiológicos de referencia recientes en el ámbito nacional, aunque un estudio concluye que la prevalencia e incidencia de la AA en España es similar a la reportada en estudios de otros países<sup>35</sup>.

### 3.5 Perfil de paciente tipo con Alopecia Areata

Como se ha mencionado, la AA afecta a hombres y mujeres por igual, así como afecta a pacientes de todas las edades. No obstante, según el Comité de Expertos, el perfil habitual de un paciente con AA que acude a consulta médica es el siguiente:

*Ilustración 5. Definición del paciente tipo con AA que acude a consulta en España. Elaboración propia.*

-  Mujer joven (18 – 30 años)
-  AA leve-moderada en placas
-  Inquieta, alto nivel de estrés, con elevada carga psicológica y emocional
-  Gran impacto en calidad de vida
-  En pleno desarrollo familiar
-  En circunstancia de alta productividad laboral

Por otro lado, los expertos consideran adecuado destacar otros perfiles relevantes que se deben tener en cuenta por sus particularidades:

- Pacientes pediátricos.
- Pacientes con comorbilidades asociadas.
- Hombres jóvenes.
- Pacientes con menores recursos.
- Mujeres embarazadas.



**IMPACTO DE  
LA ALOPECIA  
AREATA**

## 4. Impacto de la Alopecia Areata

La AA es una patología que **puede impactar de forma importante la vida de los pacientes**. Entre los principales factores que motivan este impacto, los expertos señalan:



Las **comorbilidades** asociadas a los pacientes con AA, como las **enfermedades sistémicas** señaladas y, en especial las psiquiátricas, infringen un impacto significativo en la calidad de vida del paciente<sup>4,11,13</sup>.



El **estigma social** asociado a la AA, especialmente relevante en el caso de las mujeres, dificulta la aceptación de la enfermedad por los propios pacientes.



La **falta de tratamientos específicos y eficaces**, así como de alternativas para el manejo de la AA produce en los pacientes sensación de desánimo y abandono.



Los **tratamientos actuales** están sujetos a una **gran cantidad de efectos adversos** asociados a su uso, que, en ocasiones, acaban produciendo en los pacientes miedo a la toma de la medicación y falta de adherencia, comprometiendo su efectividad.

Según los expertos, el **mayor impacto que soportan los pacientes con AA es el psicológico**, que conduce a afectación social y laboral<sup>36,37</sup>. En este sentido, cabe resaltar que:

- La **ruta asistencial es sinuosa y larga para los pacientes**. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico junto con el propio diagnóstico, exacerbados por la demora en la atención, representan los **momentos de mayor dificultad para los pacientes**.
- La **efectividad del tratamiento está directamente relacionada con el bienestar emocional de los pacientes**. Aquellas situaciones en las que un tratamiento no resulta efectivo o cuando se producen recaídas representan momentos muy duros para los pacientes.
- El **estrés** puede suponer un **factor de empeoramiento o facilitador** de la aparición de la enfermedad<sup>3,23,38</sup>, pero **nunca es la causa de la misma**. Un correcto manejo del estrés puede mejorar la calidad de vida y emocional, aunque no mejore directamente la enfermedad.
- Finalmente, los expertos sostienen **que la AA tiene un impacto mayor en las mujeres** debido a la mayor aceptación social de la alopecia masculina frente a la alopecia femenina

## 4.1 Claves

- ❑ La alopecia areata es el **segundo tipo de alopecia más común** y, por lo general, es una **enfermedad poco conocida** por la sociedad.
- ❑ La alopecia areata tiene un **alto impacto** para el paciente, tanto en la **calidad de vida**, como a nivel laboral, social, familiar, y es habitual que se produzcan problemas **psicológicos o psiquiátricos** como **ansiedad o la depresión**.
- ❑ Esta enfermedad, tiene un impacto particularmente negativo en **mujeres jóvenes**, si bien, deben considerarse la repercusión de la alopecia areata en **otros perfiles vulnerables**.



**MANEJO DE LA  
ALOPECIA  
AREATA**

## 5. Manejo de la Alopecia Areata

### 5.1 Diagnóstico

La **evaluación de un paciente con AA** debe incluir la historia clínica del paciente incluyendo los antecedentes familiares, así como un examen minucioso del cuero cabelludo, la cara y todo el cuerpo, incluidas las uñas. Esto debe complementarse siempre con una tricoscopia y una prueba de arrancamiento del cabello<sup>6,11</sup>.

El **diagnóstico diferencial de la AA** frente a otros tipos de alopecia se puede hacer por inspección visual (a ojo desnudo) y/o mediante tricoscopia<sup>7,11</sup>. La valoración de la actividad y la gravedad de la enfermedad en la primera consulta, mediante la historia clínica y tricoscopia<sup>7</sup> puede aportar información relevante para el pronóstico de la enfermedad y su tratamiento<sup>143</sup>. La **tricoscopia** es la dermatoscopia del cuero cabelludo. Es una técnica útil, simple, no invasiva y de rápido aprendizaje<sup>6,14</sup> que reduce la necesidad de realizar procedimientos invasivos, como la biopsia. Su uso en la consulta dermatológica puede mejorar el diagnóstico de la AA, evaluar la actividad inflamatoria del proceso, identificar signos de gravedad, valorar el control terapéutico e identificar factores pronósticos de la AA. Se considera una técnica complementaria indispensable en una consulta de tricología<sup>7</sup>.

Entre los **hallazgos tricoscópicos en la AA**, podemos encontrar: puntos amarillos, puntos negros, pelos en signo de exclamación, pelos afilados o pelos cónicos, pelos acodados, pelos rotos, pelos vellosos, pelos en recrecimiento (pelos en posición vertical), pelos en cola de cerdo o circulares o constricciones de Pohl-Pinkus, entre otros<sup>6,7,11</sup>.

*Ilustración 6. Puntos amarillos (imagen izquierda) y puntos negros (imagen derecha)<sup>14</sup>.*



<sup>10</sup>Cuando los hallazgos clínicos no permiten un diagnóstico definitivo, se deben realizar investigaciones adicionales, como una biopsia del cuero cabelludo, un cultivo de hongos, o serología para descartar otras enfermedades autoinmunes o infecciosas<sup>3,6,11</sup>.

Los **programas de detección precoz** para facilitar el diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad no resultan adecuados desde el punto de vista clínico en la AA ya que, tal y como señalan los expertos, el empeoramiento del pronóstico de la enfermedad se da a partir de los 8 años desde el comienzo de la misma, por lo que dichos programas no tendrían la misma utilidad que en otras enfermedades en las que el tratamiento temprano es vital. No obstante, desde el **punto de vista psicológico estos programas sí podrían resultar beneficiosos**.

Una apreciación que realizó el Comité de Expertos es que, en el momento del diagnóstico, el paciente, a excepción de la presencia de placas alopécicas, se encuentra físicamente bien. La **afectación psicológica** del paciente es uno de los aspectos que requiere especial atención.

## 5.2 Tratamiento

Actualmente, **no existe un tratamiento curativo para la AA**<sup>7,14</sup> y las terapias actuales tienen como objetivo inmunosuprimir o inmunomodular la actividad de la enfermedad, con respuestas generalmente insatisfactorias y altas tasas de recaída, especialmente en los casos más graves<sup>11,15</sup>. Además, **los tratamientos que se emplean están asociados a una serie de efectos adversos** que, en ocasiones, pueden llevar a que los pacientes elijan no tratarse<sup>15</sup>.

Según los expertos, el **objetivo del tratamiento** es conseguir una repoblación cosméticamente aceptable para el paciente (recuperar el 80% o más del pelo del cuero cabelludo) y mantener esa repoblación, así como mejorar la calidad de vida del paciente.

Algunos factores como la edad del paciente, la duración de la enfermedad y su extensión pueden influir en la elección y el uso del tratamiento en AA<sup>39</sup>.

Previo a la valoración de los tratamientos farmacológicos, se ha de discutir con el paciente sobre el carácter no curativo de las terapias disponibles, la posibilidad de curación espontánea y del empleo de soluciones cosméticas<sup>8</sup> para poder valorar todas las opciones en el marco de la toma de decisiones compartidas.

Entre las **terapias que se emplean actualmente**, en función de la edad del paciente, encontramos:

*Ilustración 7. Líneas de tratamiento propuestas por el Comité de Expertos para el paciente pediátrico con AA.*

### **Paciente pediátrico**<sup>8</sup>:

- Paciente < 5 años. Corticoides tópicos de alta potencia.
- Entre 5 y 15 años. Valorar añadir pulsos orales de dexametasona frente a inmunoterapia de contacto (difenciprona).

**Paciente adolescente y adulto<sup>8</sup>:**

- Formas localizadas (*extensión*<20%). Triamcinolona intralesional (8mg/ml) + corticoides tópicos.
- Formas extensas (*extensión*>20%, *ofiásis*, AT, AU). Pulsos orales de dexametasona (0,1mg/kg/día, 2 días/semana, 8-12 meses) vs. iJAK. En el momento de interrupción del tratamiento anterior, valorar mantenimiento con triamcinolona intralesional (8mg/ml) ± minoxidil oral ± inmunoterapia (difenciprona) ± iJAK.
- Casos refractarios. Valorar inmunosupresores (ciclosporina, azatioprina, metotrexato) vs. fototerapia vs. iJAK.

Los expertos indican que **el tratamiento de la AA es muy individualizado y depende del impacto de la enfermedad en cada paciente**. Esto genera **gran variabilidad** en los tratamientos proporcionados entre las distintas unidades e incluso entre distintos médicos, ya sea por el conocimiento, el interés o por la disponibilidad de fármacos en los distintos centros. Un aspecto de elevada importancia en este sentido es la **formación e información sobre los fármacos disponibles y sus efectos adversos a los profesionales implicados** ya que garantiza una atención basada en evidencia.

Como se ha definido en apartados anteriores del Libro Blanco, los **aspectos psicosociales** tienen un papel destacado tanto en la **génesis** como en el **curso posterior de la AA** y resultan **fundamentales en el abordaje terapéutico del paciente**, precisando de una **colaboración conjunta entre el dermatólogo y el psicólogo/psiquiatra<sup>31</sup>**. El **tratamiento psicológico o psiquiátrico puede ser necesario** para ofrecer un adecuado tratamiento de la AA ya que algunos pacientes presentan síntomas asociados de ansiedad o depresión; los pacientes con diagnóstico clínico de depresión merecen especial atención debido a la posibilidad de ideación suicida asociada a este diagnóstico. En este sentido, los expertos afirman que, en España, **el tratamiento psicológico es prácticamente inexistente**, y los centros que lo proporcionan de forma estandarizada son pioneros.

### 5.3 Agentes implicados

En el **manejo y abordaje de la AA participan diferentes agentes y profesionales del sector sanitario**. Entre ellos, según las consideraciones de los expertos, se encuentran:

- **Atención Primaria** : participa en el diagnóstico e iniciación del tratamiento. De manera general, suele manejar pacientes con AA leves a moderadas, derivando a dermatología aquellos pacientes con dudas diagnósticas, dificultad terapéutica, refractariedad o progresión a formas más graves de la patología. En AP se trata y se hace seguimiento de aquellos casos leves respondedores al tratamiento primario y de algunos casos leves-moderados.
- **Dermatología**: es el especialista encargado de realizar el diagnóstico definitivo de AA y es quien instaura el tratamiento y hace seguimiento de la enfermedad en líneas generales. Se encarga del manejo de todos los pacientes con AA, de leve a grave, incluyendo aquellos derivados desde AP o pacientes en seguimiento previo en la consulta de dermatología por otra causa. Podemos encontrar dos grados de especialización:
  - **Dermatólogo generalista**: aquel dermatólogo que maneja todo tipo de afecciones dermatológicas sin discriminación de ningún tipo. Es el principal especialista implicado en el manejo de la AA en la mayoría de los centros.
  - **Dermatólogo experto en tricología**: se trata de aquel dermatólogo experto en tricología y en el tratamiento de las enfermedades y anomalías del cabello. Actualmente, el número de dermatólogos expertos en tricología es reducido, suponiendo esto una carencia en la equidad en el manejo de la enfermedad. La mayoría de estos especialistas trabajan en centros privados y/o en hospitales con unidades especializadas o consultas monográficas en tricología siendo experiencias pioneras en la materia. En estas unidades y consultas existentes, suelen tratar a aquellos pacientes de mayor gravedad, aunque las listas de espera para acceder a ellas son muy largas. Además, no están distribuidas ni desarrolladas de forma homogénea en todo el territorio, por lo que la distancia también puede ser una barrera adicional.
- **Psicología y Psiquiatría**: debido a la carga emocional y a las complicaciones psicológicas que acompañan al diagnóstico de AA, estos profesionales resultan indispensables para realizar un adecuado manejo de la enfermedad. Actualmente, en general, los pacientes con AA no reciben la atención psicológica requerida. Esta carencia se debe, en la mayoría de los casos, a la falta de recursos y a la falta de personal experto en el área de salud mental.
- **Farmacia Hospitalaria**: se encarga de la validación de la prescripción y dispensación de fármacos de dispensación hospitalaria, por lo que hasta ahora su participación ha sido

reducida. Debido a la irrupción en el panorama terapéutico de nuevos fármacos de dispensación hospitalaria para el tratamiento de las formas graves de AA, la FH puede tener una importante participación en la educación, formación y seguimiento de este tipo de terapias y pacientes. Concretamente, la FH es un actor clave para mejorar la adherencia y cumplimiento terapéutico de los pacientes.

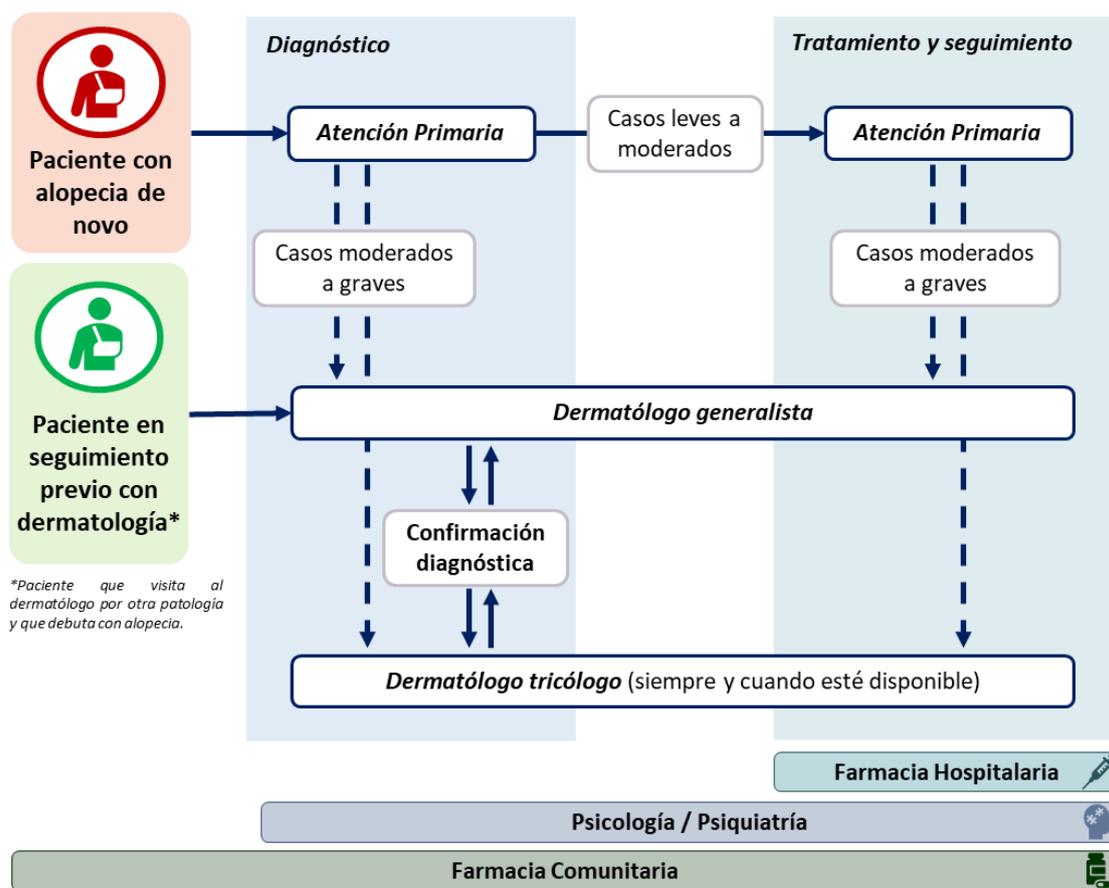
- **Farmacia Comunitaria:** se encarga de la dispensación de medicación, así como de la indicación de productos para el pelo. En este contexto, la FC tiene un papel claro en la detección temprana y derivación de los pacientes a AP. Asimismo es una fuente de información relevante para los pacientes al ser punto sanitario más accesible para la población.
- **Otros profesionales:** en caso de pacientes pediátricos se puede solicitar el apoyo de un pediatra. En caso de pacientes con determinadas comorbilidades se puede solicitar el apoyo de un internista u otros especialistas y, en algunos servicios de dermatología, se cuenta con la colaboración de enfermería.

#### 5.4 Ruta del paciente

De manera habitual, según los expertos, se diferencian **dos tipos de pacientes:**

- El **paciente sin historia previa en dermatología**, o de novo, que comienza con caída de cabello, inicia el recorrido asistencial en AP, donde se realiza el primer contacto, diagnóstico y tratamiento. En caso de complejidad diagnóstica o terapéutica, es necesaria la derivación a un nivel asistencial más especializado, que es la consulta de dermatología.
- El **paciente que acude con anterioridad a la consulta de dermatología** debido a otras patologías previas y debuta con alopecia y, por lo tanto, acude directamente al dermatólogo.

Ilustración 9. Recorrido del paciente con AA. Elaboración propia.



En paciente **pediátrico**, pueden intervenir los especialistas en **pediatría**.

En el caso del manejo de determinadas **comorbilidades**, se puede solicitar la colaboración de especialistas en **medicina interna**.

Los expertos determinaron que **existe un retraso en el diagnóstico de la AA** principalmente debido a la **demora en la citación de las consultas en dermatología**, ya que no se dispone de recursos suficientes para dar respuesta a la demanda actual.

Entre algunas soluciones, los expertos señalan que la **indicación de pruebas complementarias previas a la derivación al dermatólogo** como, por ejemplo, analítica básica y determinación de hormonas tiroideas, reducen el número de consultas con el especialista y liberan presión asistencial. No obstante, es necesario alcanzar un consenso sobre las pruebas complementarias a realizar para la consecución de este objetivo.

Un aspecto que contribuye a la demora en la atención de los pacientes es la **falta de protocolización en la coordinación y la falta de comunicación** entre los distintos profesionales que intervienen en el manejo de la patología.

Una posible solución a esta problemática es la constitución de **comités multidisciplinares**, ya que generan un espacio de debate y comunicación en el marco de determinadas patologías o áreas terapéuticas, y permiten la toma de decisión justificada y consensuada. Además, según el

Comité de Expertos, son órganos **transparentes** que **generan confianza** y, por lo tanto, **favorecen el acceso a los medicamentos de ámbito hospitalario**.

Otra de las carencias señaladas por los expertos es la **falta de definición de criterios de derivación al especialista estandarizados y comunes**, que favorezcan la correcta y eficiente transición y derivación de los pacientes entre los distintos profesionales sanitarios implicados.

Esta situación, lleva a que los **pacientes sufran largas listas de espera y deambulen por el sistema sanitario**, produciendo, en ocasiones, cierto **sentimiento de abandono** generado por la **incertidumbre** y la **incomprensión**.

Una posible solución en este sentido es la **tele-dermatología**, que ya ha demostrado ser un recurso valioso en otras patologías y cuya aplicación en el ámbito de la AA puede resultar beneficioso para determinados pacientes y profesionales sanitarios.

Por otro lado, los expertos remarcan la importancia de impulsar iniciativas para la **mejora de la comunicación entre los profesionales farmacéuticos** (FC y FH), para una mejor atención farmacéutica a los pacientes.

## 5.5 Claves

- El **manejo y abordaje de la AA** debe ser realizado desde un punto de vista **multidisciplinar**.
- En los hospitales, los **comités multidisciplinares** pueden generar un espacio de debate adecuado para la evaluación y la toma de decisión.
- No existe ningún documento de consenso o guía a nivel nacional** en el cual se describa el diagnóstico y el tratamiento óptimo de los pacientes con AA.
- Informar correctamente al paciente en el diagnóstico y durante el tratamiento** aumenta el empoderamiento de los pacientes, así como favorece la adherencia a los tratamientos, mejorando los resultados en salud.
- El **tratamiento psicológico que se proporciona a estos pacientes es limitado** en todos los niveles asistenciales del sistema sanitario público y es uno de los principales aspectos demandados por los pacientes con AA.



# **ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

## 6. Organización de la atención sanitaria de la Alopecia Areata en España

### 6.1 Visibilidad y organización de la atención

En la organización de la AA en España, podemos diferenciar dos niveles principales:

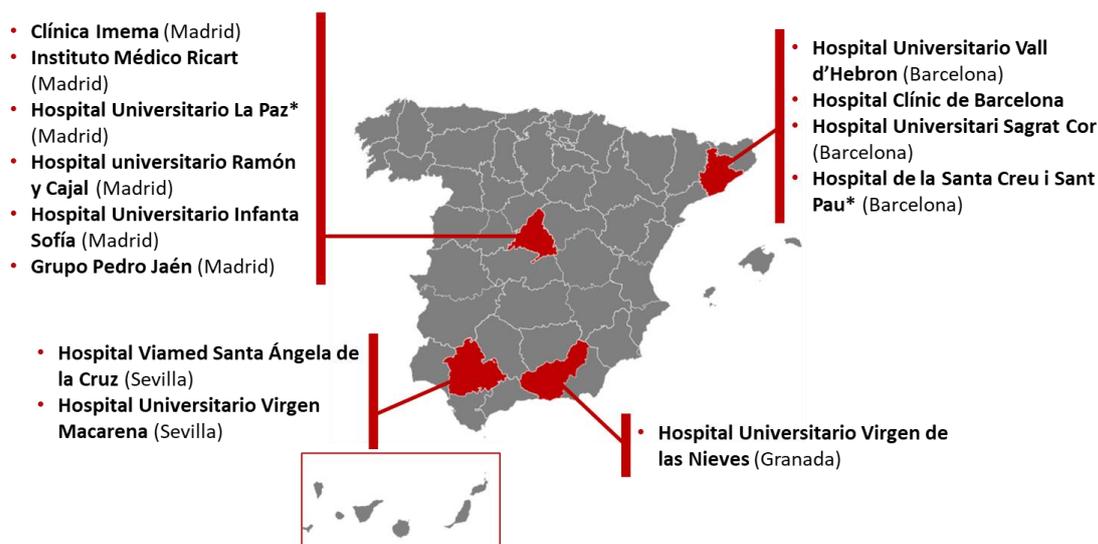
- El **ámbito de la sanidad**, donde involucramos a todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS): profesionales sanitarios, administración, gestión, etc.
- La **sociedad en general**, que corresponde a pacientes, y resto de población no involucradas en el primer grupo.

Desde el **punto de vista del SNS**, los expertos consideran que la AA es una **enfermedad desconocida**, con **prioridad y visibilidad bajas**. No está representada ni en las estrategias ni en los planes de salud a nivel autonómico ni nacional. **No existen guías ni protocolos estandarizados** para el manejo de la AA, **ni existen CSUR** de la patología.

**Existen algunas unidades especializadas en tricología, pero** no son **unidades oficialmente reconocidas** ni coordinadas a nivel de la administración sanitaria pública. Los expertos consideran que el **número de estas unidades especializadas es insuficiente** y que su distribución **no es adecuada o homogénea en todo el territorio nacional**. Las unidades identificadas son pioneras y, normalmente, su existencia se conoce por el propio interés de los profesionales individuales.

A continuación, se indica el **mapa de los centros que disponen de unidad de tricología, consulta monográfica de tricología o las dos, identificados a través del GET de la AEDV y por los expertos participantes en el proyecto** presentes en España:

Ilustración 10. Mapa de unidades y consultas monográficas de tricología en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el GET de la AEDV y el Comité de Expertos.



Todos los centros indicados disponen de unidad de tricología a excepción de los siguientes hospitales que, en su lugar, disponen de consulta monográfica de tricología:

\* Hospital Universitario La Paz.

\* Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

El conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la AA es limitado y esto, sumado a la falta de información proporcionada a los pacientes, provocan cierta sensación de abandono en estos.

Finalmente, los expertos consideran que existen diferencias en la atención sanitaria interregional e intrarregional, hecho resulta en importantes diferencias en la atención recibida, en función del lugar de residencia del paciente.

Desde el punto de vista de la sociedad, los expertos concluyeron que la visibilidad en la sociedad de la AA es baja y que se percibe como un problema cosmético y no como un problema de salud. Esto tiene un impacto en los pacientes y contribuye a dañar su bienestar emocional. Además, existe un elevado grado de estigma social asociado a la AA debido a la pérdida de cabello que, a nivel social y relacional, en muchas ocasiones se asocia con el padecimiento de enfermedades como el cáncer.

## 6.2 Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes

A nivel nacional e internacional, los expertos han identificado una serie de SSCC y AAPP relacionadas con la AA.

Las SSCC e interés a nivel nacional son:

Tabla 8. Sociedades Científicas de interés identificadas a nivel nacional

	Dermatología	Atención Primaria	Pediatría	Farmacia Hospitalaria	Farmacia Comunitaria
SSCC y Grupos de Trabajo	AEDV (GET)	SEMERGEN-Derma, semFYC-Derma SEMG	AEP, AEPap	SEFH-GTEII	CGCF, SEFAC

A nivel europeo, la sociedad de referencia es la *European Academy of Dermatology and Venereology* (EADV).

En cuanto a **AAPP**, se han identificado:

Tabla 9. Asociaciones de Pacientes con actividad en el ámbito de la AA identificadas

Asociaciones de Pacientes	Grupo de pacientes
Alopecia de la Comunidad de Madrid	Apelo Alopecia

### 6.3 Claves

- ❑ La **visibilidad y prioridad** de la AA en el Sistema Nacional de Salud **es muy baja**, ya que no está presente en **ninguna estrategia de salud** y no se disponen de **guías ni documentos** que estandaricen el manejo de la patología.
- ❑ Actualmente **no existen CSUR del Sistema Nacional de Salud** de manera oficial a los que se puedan derivar pacientes desde otros centros. Únicamente se **derivan de manera puntual** pacientes a las pocas unidades especializadas en tricología existentes gracias al conocimiento de los profesionales.
- ❑ La AA constituye también una **problemática social** y está asociada a un importante estigma para los pacientes, **no suficientemente reconocido** ni a nivel de profesión médica ni entre la población general.



**ESTADO DE  
INFORMACIÓN DE  
LOS PACIENTES**

## 7. Estado de información de los pacientes y la sociedad sobre Alopecia Areata

Actualmente **no existe ningún tipo de documento o herramienta de soporte informativo relacionado con la AA proporcionado desde el sistema sanitario público**. En cuanto a las fuentes de información disponibles para pacientes, los expertos señalan las siguientes:

- La página web de la AEDV la cual dispone de información resumida<sup>40</sup>.
- Páginas web de AAPP<sup>41</sup>.
- La principal fuente de información proporcionada a los pacientes proviene de centros o clínicas privadas, dermatólogos expertos y redes sociales.

Los expertos destacan que, debido al **poco tiempo disponible en consulta**, resulta muy complicado informar correctamente a un paciente con AA. Por ello, resulta **prioritario** poner a su **disposición información consensuada**, y elaborada por un comité multidisciplinar de profesionales, que pueda ayudar a resolver sus dudas fuera de la consulta de dermatología o AP.

**Las personas con AA tienen muchas dudas** y la información que se les proporciona tiene que hacerse de forma adecuada, ya que la enfermedad produce un gran impacto emocional. Los pacientes **solicitan información relacionada con la enfermedad** (causa, posibilidad de transmisión a la descendencia, pronóstico), con los **tratamientos** (opciones terapéuticas, riesgos, expectativas), con la **cosmética** (maquillaje y pelucas), con la **atención recibida** (atención psicológica, derivación a dermatólogo experto en tricología), y otros aspectos relacionados con la enfermedad.

Para **elaborar documentos informativos** para pacientes, los expertos señalan que deben ser **promovidos e impulsados desde las SSCC** relacionadas (p. ej. AEDV, SEMERGEN, etc.). Esta documentación debe permitir que todos los profesionales dispongan de **información alineada y común** para proporcionar a los pacientes.

Los expertos remarcan la necesidad de diferenciar el formato y contenido, en función de lo que se quiera comunicar y depende del canal que se decida usar. Distinguen dos tipos:

- **Documento dirigido a pacientes**, donde se podría aportar información de la patología, los medicamentos, cuidados, hábitos, etc. En formato infografía, documento tipo tríptico, digital, etc.

- **Documento dirigido al público general**, en cuyo caso sólo se podría ofrecer información relativa a la patología. En este caso se pueden emplear redes sociales, campañas de visibilización e información, etc.

Un punto importante destacado por los expertos es que la información proporcionada a los pacientes debe proporcionar una visión global de la AA y debe contener, como mínimo:

- ✓ En **qué consiste** la enfermedad y las causas.
- ✓ **Tratamientos: posibilidad de curación, tiempo de tratamiento, expectativas, etc.**
- ✓ Medidas **cosméticas**.
- ✓ Medidas de **protección** solar: hábitos saludables, uso de crema y gafas de sol.

Así mismo, señalan que el desarrollo e implementación de **campañas de visibilización y concienciación** al público general podrían resultar beneficiosas para la **aceptación de la enfermedad** por parte de los pacientes. En este sentido, la FC puede contribuir a este tipo de iniciativas al tratarse del establecimiento sanitario más accesible para la población general.

### 7.1 Claves

- No existen **fuentes ni recursos consensuados** que proporcionen información acerca de la AA.
- Se debe **facilitar información** sobre el **carácter crónico de la AA, causas, tratamientos y medidas de protección**.
- La información debe trasladarse **desde el momento del diagnóstico** y debe adaptarse a las circunstancias y **perfil de cada paciente**. Esto mejoraría la **adherencia a las consultas** y favorecería el vínculo médico-paciente.



**INVESTIGACIÓN  
EN ALOPECIA  
AREATA**

## 8. La investigación en Alopecia Areata en España

### 8.1 Líneas de investigación actuales

En el ámbito de la investigación, los **iJAK** suponen una **gran innovación** y representan el cambio más significativo en la historia del tratamiento de la AA.

Los iJAK son medicamentos indicados para el **tratamiento de enfermedades inmunomediadas**. Existen distintas moléculas, indicadas para diferentes patologías y financiadas para el tratamiento de algunas de ellas. Estos medicamentos se han utilizado para el tratamiento de la AA en situaciones especiales, aunque por el momento, solo hay **una molécula que posee la indicación en Ficha Técnica para el tratamiento de la AA grave en pacientes adultos (baricitinib)**<sup>42,43</sup>. Asimismo, existen otras moléculas de este grupo actualmente en investigación.

La llegada de los nuevos medicamentos, según los expertos, además de tener resultados prometedores en eficacia, van a suponer:

- **Probable mejora en cuanto a reducción de efectos adversos frente a corticoides.**
- Mejora en la **estandarización del manejo** de los pacientes con AA.
- **Previsible aumento de los recursos destinados** a esta patología por parte de la industria farmacéutica y el sistema sanitario público.
- **Una mejor organización y planificación de la asistencia sanitaria** a los pacientes con AA.
- **Mejora de la calidad asistencial a los pacientes.**

Además de los iJAK, los **expertos han identificado otras moléculas**, como etrasimod (modulador selectivo del receptor de esfingosina 1-fosfato (S1P)) y otros tratamientos como los fármacos que actúan sobre las interleuquinas (IL), como tratamientos prometedores que están en fase de investigación clínica para el tratamiento de la AA.

En España, existen una serie de centros que desarrollan actividad investigadora relacionada con la AA:

*Ilustración 11. Mapa de las regiones donde existen centros que desarrollan actividad investigadora relacionada con la AA en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Grupo de Tricología de la AEDV y el Comité de Expertos.*



Tabla 10. Listado de centros que desarrollan actividad investigadora relacionada con la AA en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Grupo de Tricología de la AEDV, así como de la información obtenida en el Registro Español de Estudios Clínicos<sup>44</sup>.

Nombre del centro	Líneas de investigación identificadas		
	Desarrollo de fármacos	Patología*	Biobanco
<b>Hospital Universitario Vall d'Hebron</b> (Barcelona)	X		
<b>Hospital Clínic de Barcelona</b> (Barcelona)	X		
<b>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau<sup>44</sup></b> (Barcelona)	X		
<b>Hospital del Mar<sup>44</sup></b> (Barcelona)	X		
<b>Grimalt dermatología<sup>44</sup></b> (Barcelona)	X		
<b>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona<sup>44</sup></b> (Barcelona)	X		
<b>Hospital Universitario y Politécnico La Fe<sup>44</sup></b> (Valencia)	X		
<b>Hospital Universitario Reina Sofía</b> (Córdoba)	X		
<b>Hospital Universitario Virgen de las Nieves</b> (Granada)		X	
<b>Instituto Médico Ricart</b> (Madrid)	X	X	
<b>Hospital Universitario La Paz</b> (Madrid)	X		
<b>Hospital Universitario Ramón y Cajal</b> (Madrid)	X	X	X
<b>Grupo Pedro Jaén</b> (Madrid)	X		X
<b>Hospital Universitario Infanta Leonor<sup>44</sup></b> (Madrid)	X		

\*La línea de investigación de Patología incluye; estudios de comorbilidades, biomarcadores e impacto en calidad de vida, entre otros.

## 8.2 Claves

- ❑ La llegada de los **nuevos medicamentos** (iJAK) va a significar un **cambio radical en el abordaje terapéutico** de la AA.
- ❑ Para los pacientes, la llegada de los nuevos medicamentos supone un **foco de esperanza**.
- ❑ La **toma de conciencia profesional sobre la enfermedad** está directamente relacionada con la existencia de alternativas terapéuticas para su tratamiento.
- ❑ Los expertos consideran que debe **continuar la actividad investigadora en el campo de la AA y apoyar vías para la financiación de los nuevos medicamentos**.



**NECESIDADES Y  
OPORTUNIDADES  
DE MEJORA**

## 9. Necesidades y oportunidades de mejora en el abordaje de la Alopecia Areata en España

### Necesidades y oportunidades de mejora en cuanto a la epidemiología e impacto de la AA

1. Promover la **realización de estudios epidemiológicos a nivel nacional** sobre la prevalencia e incidencia de la AA en España. Los estudios deberían **promoverse desde las SSCC tanto de AP como de dermatología**.
2. **Concienciar a profesionales sanitarios y sociedad** sobre el **impacto** de la enfermedad eliminando el concepto de enfermedad cosmética y poniendo de manifiesto el impacto que puede tener para los pacientes.
3. Impulsar iniciativas para **dar a conocer y tratar de reducir el impacto** específico de la AA en la mujer.
4. Promover la realización de **estudios** que permitan evaluar **la carga y el impacto asociado a la AA** desde todas las perspectivas (clínica, social, laboral, etc.) en las personas que la padecen.
5. Promover la **identificación y difusión de buenas prácticas en el abordaje** la enfermedad, haciendo hincapié en el impacto psicológico y emocional, entre los profesionales que atienden a los pacientes con AA.
6. Aumentar el **contacto y conocimiento entre profesionales sanitarios y AAPP**.

## Necesidades y oportunidades de mejora en cuanto al manejo de la AA

1. Potenciar la **formación y actualización** de los profesionales, especialmente AP y dermatología general, sobre **el diagnóstico, el manejo, los tratamientos disponibles, manejo de efectos secundarios**, así como de las **consecuencias** sobre la calidad de vida de los pacientes.
2. **Proporcionar tricoscopios o dermatoscopios y formar a los profesionales de AP en su uso** para mejorar el diagnóstico.
3. Favorecer el **seguimiento** de algunos tratamientos y analíticas desde **AP** para agilizar el diagnóstico, optimizar los recursos de dermatología y evitar desplazamientos innecesarios por parte del paciente al hospital.
4. Establecer **manuales y protocolos** que fomenten una **atención integral** y mejoren la coordinación asistencial desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad de manera que permitan **detectar de forma temprana** la posible afectación psicológica y paliar el impacto de la enfermedad en los pacientes.
5. Realizar un **abordaje de la AA** más orientado a la **mujer**, especialmente en el ámbito sociolaboral.
6. Favorecer la **toma de decisiones** en el seno de **comités multidisciplinares** y su institucionalización, ya que generan transparencia y confianza.
7. Mejorar la **comunicación** entre el **médico y el paciente** y promover la **educación al paciente**.
8. Potenciar la participación de **farmacia hospitalaria y enfermería** en el manejo de los pacientes con AA, principalmente, en la **educación, formación y manejo** de la enfermedad.
9. Disponer de **herramientas y/o aplicaciones** que permitan la coordinación entre **farmacia hospitalaria y farmacia comunitaria**.

## Necesidades y oportunidades de mejora en cuanto a la organización sanitaria de la AA

1. Elaborar una **guía de práctica clínica** a nivel nacional que permita establecer estándares de tratamiento y **manejo con evidencia**.
2. Fomentar la **visibilidad de la AA** en el marco de las **estrategias y planes de salud** existentes para otras enfermedades inmunomediadas.
3. Promover la **creación de unidades especializadas en tricología**.
4. Establecer **criterios de derivación consensuados entre los profesionales implicados**, principalmente AP y dermatología, para facilitar **el acceso de pacientes a los servicios de dermatología y psicología/psiquiatría**.
5. Aumentar el papel de la **psicología en el SNS** y asegurar el acceso temprano de los pacientes con AA al **tratamiento psicológico** siempre que lo necesiten.
6. Garantizar el **acceso equitativo** de los pacientes a los nuevos medicamentos para la AA.
7. Promover la **codificación del diagnóstico**, así como los **procedimientos de consultas externas**.
8. Desarrollar **sistemas informáticos** que **faciliten la comunicación y coordinación** entre las unidades asistenciales que intervienen en el abordaje de la AA (AP, Dermatología, Psicología/Psiquiatría, Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria).
9. Promover la **medición de indicadores y resultados en salud** poblacionales asociados a la AA.
10. Fomentar una mayor **colaboración entre las AAPP y las SSCC** implicadas en el abordaje de la AA que permitan establecer proyectos y líneas de trabajo alineados, así como con los clínicos.

## Necesidades y oportunidades de mejora en el estado de la información de la AA

1. Generar **contenido propio y de carácter multidisciplinar** a partir de unidades especializadas, y ponerlo a disposición del paciente. Estos materiales deben ser sencillos y accesibles como es el caso de materiales tipo **preguntas frecuentes**, muy apreciados por los pacientes.
2. Crear un **sistema de coordinación de la información** entre los distintos niveles asistenciales para proporcionar la misma información, alineada y uniforme por parte de todos los profesionales sanitarios.
3. Elaborar **información referente a las alternativas terapéuticas disponibles, efectos adversos y expectativas del tratamiento**, alineada con la ficha técnica, por parte de las SSCC, ya que está demostrado que, contar con este tipo de recursos mejora la adherencia a los tratamientos.
4. Proporcionar la información adecuada a cada paciente **sobre su tratamiento y las posibles alternativas existentes**, con especial atención a los nuevos fármacos y que esperar de ellos.
5. Combatir **bulos y desinformaciones** mediante información contrastada y veraz.
7. Promover el **conocimiento sobre la AA por parte de la población y dar visibilidad a la enfermedad**, incluyendo la **AA infantil**, así como aumentar el apoyo a los padres de estos niños.
6. Fomentar el uso de **canales de comunicación actuales** para informar a pacientes y población sobre la patología.
7. Impulsar la **información específica** dirigida a la **alopecia femenina**.
8. Fomentar la creación de **escuelas de pacientes** de AA para formarlos en la patología y que sirvan de recurso de apoyo para los pacientes.
9. Informar sobre las **AAPP**, resaltando su papel esencial como punto de referencia para disponer de información, educación y apoyo para el paciente.
10. Formar a los dermatólogos en **técnicas de comunicación** y en conocer las fases emocionales del paciente y su capacidad para comprender la información en cada fase.

## Necesidades y oportunidades de mejora en la investigación de la AA

1. Potenciar la **investigación de la AA a nivel nacional**, mediante la promoción de la actividad investigadora desde las **instituciones**.
2. Promover una mayor **financiación** de la investigación dirigida a la AA, instaurando ofertas de investigación específica (para estudios de adherencia, calidad de vida, etc.).
3. Integrar a los **pacientes** en todo el proceso de investigación.
4. Realizar **estudios específicos sobre:**
  - a) **Calidad de vida**, valorando la afectación emocional y psicológica en la vida del paciente, incluyendo también la parte social, sexual, etc. Los estudios, deberían valorar también el **impacto acumulado en la vida** de los pacientes.
  - b) **Comorbilidades** asociadas a la AA.
  - c) El papel de la **microbiota intestinal** (EECC con trasplante fecal, etc.).
  - d) **Biomarcadores** que permita apoyar o confirmar el diagnóstico de la AA.
5. Reducir, en la medida de lo posible, las **trabas administrativas** en relación con el uso de fármacos en investigación para el tratamiento enfermedades con tan pocas alternativas terapéuticas como la AA.
6. **Involucrar a AP en la investigación** teniendo en cuenta su papel en la **identificación de comorbilidades** e impulsar el registro de estos pacientes.
7. Impulsar la **identificación de los perfiles de paciente** que se pueden beneficiar más de un tratamiento o de otro.
8. Identificar **marcadores para prever la eficacia** para elegir los tratamientos más adecuados.

## 10. Bibliografía

1. Wang E, McElwee KJ. *Etiopathogenesis of Alopecia Areata: Why Do Our Patients Get It?* *D Th\_1416 337..347.*; 2011.
2. Vañó-Galván S, Saceda-Corralo D, Blume-Peytavi U, Cucchiá J, Dlova NC, Gavazzoni Dias MFR, et al. Frequency of the Types of Alopecia at Twenty-Two Specialist Hair Clinics: A Multicenter Study. *Skin Appendage Disord.* 2019;5(5):309-315. doi:10.1159/000496708
3. Sterkens A, Lambert J, Bervoets A. Alopecia areata: a review on diagnosis, immunological etiopathogenesis and treatment options. *Clin Exp Med.* 2021;21(2):215-230. doi:10.1007/s10238-020-00673-w
4. Lee S, Lee H, Lee CH, Lee WS. Comorbidities in alopecia areata: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(2):466-477.e16. doi:10.1016/j.jaad.2018.07.013
5. Juárez-Rendón KJ, Sánchez GR, Reyes-López M, García-Ortiz JE, Bocanegra-García V, Guardiola-Avila I, et al. Alopecia Areata. Current situation and perspectives. *Arch Argent Pediatr.* 2017;115(6):E404-E411. doi:10.5546/AAP.2017.ENG.E404
6. Fernández-Domper L, Ballesteros-Redondo M, Vañó-Galván S. Actualización en tricoscopia. *Actas Dermosifiliogr.* Published online December 2022. doi:10.1016/j.ad.2022.12.003
7. Gómez-Quispe H, Muñoz Moreno-Arrones O, Hermosa-Gelbard Á, Vañó-Galván S, Saceda-Corralo D. Tricoscopia en la alopecia areata. *Actas Dermosifiliogr.* Published online January 2022. doi:10.1016/j.ad.2022.08.018
8. Vañó S, Jaén P. *Manual Práctico de Tricología. #TricoHRC.* 1ª.; 2019.
9. Pratt CH, King LE, Messenger AG, Christiano AM, Sundberg JP. Alopecia areata. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3. doi:10.1038/nrdp.2017.11
10. Dainichi T, Kabashima K. Alopecia areata: What's new in epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic options? *J Dermatol Sci.* 2017;86(1):3-12. doi:10.1016/j.jdermsci.2016.10.004
11. Lintzeri DA, Constantinou A, Hillmann K, Ghoreschi K, Vogt A, Blume-Peytavi U. Alopecia areata – Current understanding and management. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology.* 2022;20(1):59-90. doi:10.1111/ddg.14689
12. Lee HH, Gwillim E, Patel KR, Hua T, Rastogi S, Ibler E, et al. Epidemiology of alopecia areata, ophiasis, totalis, and universalis: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(3):675-682. doi:10.1016/j.jaad.2019.08.032
13. Rencz F, Gulácsi L, Péntek M, Wikonkál N, Baji P, Brodsky V. Alopecia areata and health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology.* 2016;175(3):561-571. doi:10.1111/bjd.14497
14. Waśkiel A, Rakowska A, Sikora M, Olszewska M, Rudnicka L. Trichoscopy of alopecia areata: An update. *Journal of Dermatology.* 2018;45(6):692-700. doi:10.1111/1346-8138.14283

15. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Lo Sicco K, Brinster N, Christiano AM, et al. Alopecia areata: An appraisal of new treatment approaches and overview of current therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(1):15-24. doi:10.1016/j.jaad.2017.04.1142
16. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Lo Sicco K, Brinster N, Christiano AM, et al. Alopecia areata: An appraisal of new treatment approaches and overview of current therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(1):15-24. doi:10.1016/j.jaad.2017.04.1142
17. Sánchez-Díaz M, Montero-Vilchez T, Bueno-Rodríguez A, Molina-Leyva A, Arias-Santiago S. Alopecia Areata and Dexamethasone Mini-Pulse Therapy, A Prospective Cohort: Real World Evidence and Factors Related to Successful Response. *J Clin Med*. 2022;11(6). doi:10.3390/jcm11061694
18. Simakou T, Butcher JP, Reid S, Henriquez FL. Alopecia areata: A multifactorial autoimmune condition. *J Autoimmun*. 2019;98:74-85. doi:10.1016/j.jaut.2018.12.001
19. Ito T, Kageyama R, Nakazawa S, Honda T. Understanding the significance of cytokines and chemokines in the pathogenesis of alopecia areata. *Exp Dermatol*. 2020;29(8):726-732. doi:10.1111/exd.14129
20. Meah N, Wall D, York K, Bhojru B, Bokhari L, Asz-Sigall D, et al. The Alopecia Areata Consensus of Experts (ACE) study part II: Results of an international expert opinion on diagnosis and laboratory evaluation for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84(6):1594-1601. doi:10.1016/j.jaad.2020.09.028
21. Barahmani N, Schabath MB, Duvic M. History of atopy or autoimmunity increases risk of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61(4):581-591. doi:10.1016/j.jaad.2009.04.031
22. Gustavo C, Gámez M. Y HLA-B CON LA ALOPECIA AREATA MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR. Available at. <http://hdl.handle.net/10481/65332>
23. Azzawi S, Penzi LR, Senna MM. Immune Privilege Collapse and Alopecia Development: Is Stress a Factor. *Skin Appendage Disord*. 2018;4(4):236-244. doi:10.1159/000485080
24. Minokawa Y, Sawada Y, Nakamura M. Lifestyle Factors Involved in the Pathogenesis of Alopecia Areata. *Int J Mol Sci*. 2022;23(3). doi:10.3390/ijms23031038
25. S.P.MACDONALD HUL, M.L.WOOD, P.E. HUTCHINSON, M. SLADDEN, A.G. MESSENGER. *Guidelines for the Management of Alopecia Areata*.
26. Mulinari-Brenner F. Psychosomatic aspects of alopecia areata. *Clin Dermatol*. 2018;36(6):709-713. doi:10.1016/j.clindermatol.2018.08.011
27. Tucker P. Bald is beautiful? The psychosocial impact of alopecia areata. *J Health Psychol*. 2009;14(1):142-151. doi:10.1177/1359105308097954
28. Okhovat J-P, Marks DH, Manatis-Lornell A, Hagigeorges D, Locascio JJ, Senna MM. Association Between Alopecia Areata, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. Published online June 2019. doi:10.1016/j.jaad.2019.05.086

29. Tzur Bitan D, Berzin D, Kridin K, Sela Y, Cohen A. Alopecia Areata as a Proximal Risk Factor for the Development of Comorbid Depression: A Population-based Study. *Acta Derm Venereol.* 2022;102. doi:10.2340/actadv.v102.1622
30. OMS. Depresión - OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
31. Alberto Miranda Romero Agustín Mayo Iscar DD. *Presentada Por Alberto Miranda Sivelo Para Optar al Grado de Doctor Por La Universidad de Valladolid Dirigida Por.*
32. José M, Hernandez G, Doblado SR, Fedriani A. *EXTO COMPLETO FORMACION MÉDICA CONTINUADA Suicidio y Dermatología.*
33. Villasante Fricke AC, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: A systematic review. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2015;8:397-403. doi:10.2147/CCID.S53985
34. Juárez-Rendón KJ, Sánchez GR, Reyes-López M, García-Ortiz JE, Bocanegra-García V, Guardiola-Avila I, et al. Alopecia Areata. Current situation and perspectives. *Arch Argent Pediatr.* 2017;115(6):E404-E411. doi:10.5546/AAP.2017.ENG.E404
35. Vañó S, Figueras I, Artime E, Díaz-Cerezo S, Núñez M, Iglesias C, et al. *Epidemiology and Characteristics of Patients with Alopecia Areata in Spain: A Real-World Retrospective Study. The PETALO Study Prevalence and Incidence of AA in Spain.*
36. Titeca G, Goudetsidis L, Francq B, Sampogna F, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. 'The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica': a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2020;34(2):406-411. doi:10.1111/jdv.15927
37. Vélez-Muñiz RDC, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sánchez MA. Psychological Profile and Quality of Life of Patients with Alopecia Areata. *Skin Appendage Disord.* 2019;5(5):293-298. doi:10.1159/000497166
38. Díaz-Atienza F, Gurpegui M. Environmental stress but not subjective distress in children or adolescents with alopecia areata. *J Psychosom Res.* 2011;71(2):102-107. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.01.007
39. Meah N, Wall D, York K, Bhojru B, Bokhari L, Sigall DA, et al. The Alopecia Areata Consensus of Experts (ACE) study: Results of an international expert opinion on treatments for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(1):123-130. doi:10.1016/j.jaad.2020.03.004
40. AEDV. AEDV. <https://aedv.es/> .
41. A Pelo Alopecia. A Pelo Alopecia. <https://apeloalopecia.wixsite.com/apelo> .
42. King B, Ohyama M, Kwon O, Zlotogorski A, Ko J, Mesinkovska NA, et al. Two Phase 3 Trials of Baricitinib for Alopecia Areata. *New England Journal of Medicine.* 2022;386(18):1687-1699. doi:10.1056/nejmoa2110343
43. CIMA. *FICHA TÉCNICA- Baricitinib.*

44. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Registro Español de Estudios Clínicos. <https://reec.aemps.es/reec/public/web.html>.