



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**ACTUACIÓN DE  
ENFERMERÍA EN  
DERMATITIS ATÓPICA**

**Autor/a: Nuria Villafáñez Roldán**

**Tutor/a: Pedro Martín Villamor**

# Índice

• Resumen.....	1
• Introducción y justificación.....	2
• Objetivos.....	3
• Metodología.....	4
• Desarrollo del tema	
1. Dermatitis atópica.....	5
▪ Definición.....	5
▪ Causas.....	6
▪ Clínica.....	8
▪ Diagnóstico.....	11
▪ Gravedad y calidad de vida.....	12
▪ Tratamiento.....	12
2. Actuación de enfermería en dermatitis atópica.....	15
▪ Educación terapéutica	
• Escuelas de la Atopia.....	15
• Medidas generales.....	17
• PO-SCORAD.....	22
• Psicoterapia.....	22
▪ Tratamiento de la DA	
• Curas húmedas.....	23
• Fototerapia.....	24
• Conclusiones e implicaciones en la práctica.....	26
• Bibliografía.....	27
• Anexos/Imágenes. ....	31

## Resumen

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad pruriginosa, inflamatoria y crónica que afecta aproximadamente al 20% de la población mundial, iniciándose sobre todo en la infancia. Su prevalencia se ha triplicado en los últimos años por lo que se ha convertido en un problema de salud pública. Además, es uno de los principales motivos en la consulta dermatológica y supone un importante gasto a nivel sanitario.

Se trata de una enfermedad que produce alteraciones tanto a nivel físico como emocional, provocando una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinario.

La educación terapéutica permite a los pacientes conocer su enfermedad y adquirir habilidades para llevar a cabo un correcto manejo de la misma. La intervención de la enfermera a nivel docente supone una mejora de la calidad asistencial.

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión y actualización bibliográfica de aspectos más fundamentales de la DA y las intervenciones de la enfermera a nivel técnico y educativo. Finalmente se ha llegado a la conclusión de que la función docente de la enfermera permite a los pacientes gestionar adecuadamente su enfermedad logrando así mejorar su calidad de vida

Palabras clave: Dermatitis atópica, calidad de vida, educación terapéutica, enfermería docente

## Introducción y justificación

La dermatología es una especialidad médico-quirúrgica encargada del estudio de la estructura y las funciones de la piel y sus anejos; mucosas, pelo y uñas, así como de las enfermedades que los afectan y los métodos de prevención de los mismos. <sup>(1)</sup> Las enfermedades cutáneas o dermatosis han estado presentes a lo largo de la historia. Las primeras clasificaciones dermatológicas se remontan a Galeno, sin embargo, fueron Plenck y Willian quienes recopilaron las principales lesiones cutáneas en el siglo XVIII. <sup>(2)</sup> La dermatitis atópica, también llamada la epidemia no infecciosa del siglo XXI, es una enfermedad relativamente frecuente. Se calcula que afecta aproximadamente al 20% de la población mundial, siendo uno de los principales motivos de consulta dermatológica, ya que ocupa entre el 15 y 30% de éstas consultas a nivel mundial. <sup>(3,4,5)</sup> Concretamente en España, se estima que entre el 6 y el 15% de la población sufre esta enfermedad. <sup>(6)</sup>

El número de pacientes afectados se ha llegado a triplicar en los últimos 30 años, convirtiéndose en un importante problema de salud pública a nivel mundial. <sup>(7)</sup> La prevalencia de la DA varía de unas zonas geográficas a otras, siendo mayor en aquellas zonas situadas más al norte y con mayor desarrollo industrial y en familias con un estatus socio-económico alto. <sup>(8,9)</sup> Según un estudio realizado en España en el año 2005, son más frecuentes los brotes en las zonas del país con clima más frío que en las zonas cálidas. Estudios posteriores también han demostrado diferencias significativas de prevalencia en las tres zonas geográficas, siendo superior en la atlántica. En relación al sexo y la raza no se presentan diferencias significativas pero el estilo de vida y los factores ambientales desempeñan un importante papel en el desarrollo de la enfermedad. <sup>(7,10)</sup>

En relación a la edad, predomina en niños y adolescentes. Entre el 70-90% de los casos de DA aparecen antes de los cinco años. <sup>(11)</sup> En general, entre el 5 y el 10% de la población infantil española sufre manifestaciones en algún momento. Rara vez se inicia en la edad adulta. <sup>(9,10)</sup>

Se define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como *“la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social”* <sup>(12)</sup>

Los pacientes que padecen DA suelen valorar su CVRS por debajo del resto de la población general. La DA supone un factor estresante para los enfermos y sus familias ya que los pacientes sufren una afectación tanto a nivel físico como en el ámbito emocional. <sup>(5,13)</sup> Un estudio realizado en 2010 por el Departamento de Dermatología de numerosas universidades de Corea confirmó que la calidad de vida en pacientes con DA se ve notablemente deteriorada. <sup>(14)</sup>

Además, la dermatitis atópica supone una gran carga económica para los enfermos y para el sistema de salud. Un estudio realizado recientemente en Alemania revelaba que la media de coste económico de un brote de dermatitis atópica es de 123 euros por paciente. Anualmente cada enfermo supone un total de 1.425 euros. Se estima que los costes médicos totales se asemejan a los de enfermedades como el asma. <sup>(15,16)</sup>

El papel de la enfermera a nivel docente es fundamental, ya que supone un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los enfermos y sus familiares, además de suponer una mejora en la calidad asistencial. <sup>(17,18)</sup>

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Describir las actuaciones de enfermería en el manejo de la dermatitis atópica.

### **Objetivos específicos**

- Valorar el impacto físico y psíquico de la dermatitis atópica a nivel socio-sanitario.
- Mostrar la relevancia de la intervención de enfermería para el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

## Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica sobre la Dermatitis Atópica y la actuación de enfermería respecto a los pacientes que la padecen. La búsqueda bibliográfica comenzó en diciembre de 2015 y finalizó en mayo de 2016.

Las bases de datos que se han utilizado son: PubMed, Scielo, CUIDEN, Dialnet, Google y Google académico. Además se ha obtenido información de la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, así como de la Biblioteca del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

También se ha llevado a cabo una entrevista con el Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Río Hortega y con una enfermera de las consultas de Dermatología del centro Arturo Eyries de Valladolid.

Los criterios de búsqueda aplicados son:

- Palabras clave empleadas en la búsqueda: “dermatitis atópica”, “actuación de enfermería”, “rol de enfermería” “nursing care”, “atopic dermatitis” “atopic eczema”.

Los limitadores que se han utilizado son:

- Período de tiempo: bibliografía entre los años 2005 y 2016. También se han utilizado datos de años anteriores en caso de considerarse relevantes para el trabajo
- Idiomas seleccionados: español e inglés.
- Especie seleccionada: humanos.

El proceso para la realización del trabajo ha sido:

1. Selección de aquellas fuentes que contienen información actualizada y rigurosa de la dermatitis atópica.
2. Selección de fuentes con información relevante y fiable sobre la actuación de enfermería y sus intervenciones respecto a la enfermedad.
3. Recopilación de las reseñas bibliográficas de interés respecto al tema. Se han encontrado 50 fuentes bibliográficas en total y se han seleccionado 44 de ellas para el trabajo.
4. Desarrollo del trabajo con la información bibliográfica encontrada y aplicando el estilo Vancouver.

## Desarrollo del tema

La piel es un órgano con múltiples funciones entre las que destaca su función protectora, actuando como barrera frente a los agentes externos. La termorregulación, la producción de vitamina D, la impermeabilización, la absorción de rayos ultravioleta o la detección de estímulos sensoriales son también otras de sus funciones. <sup>(8)</sup> Además, la piel tiene un papel fundamental en la comunicación psicosocial, especialmente a nivel facial. El aspecto de la piel determina la imagen de la persona por lo que un estado patológico de la misma supone un importante impacto a nivel psicosocial. <sup>(19)</sup>

La alteración de la piel puede dar lugar a enfermedades o dermatosis. Entre ellas se encuentra la dermatitis, una dermatosis de tipo inflamatorio. Las más frecuentes son la dermatitis atópica, dermatitis por contacto, dermatitis seborreica, dermatitis asteótica, dermatitis perioral, neurodermatitis, eccema numular y liquen simple crónico. <sup>(20)</sup>

### 1. Dermatitis atópica

#### Definición

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis reactiva, pruriginosa de tipo crónico e inflamatorio que se caracteriza por la disfunción de la barrera de la epidermis. Es una enfermedad recidivante, dado que suele iniciarse en la lactancia y tiende a reaparecer en la edad escolar tras una mejora. Es más rara su aparición en adultos. <sup>(4)</sup>

El término dermatitis deriva del griego, *derma* se refiere a la piel; *itis* significa inflamación. El término atopia proviene de *atopos* y significa rareza o anomalía

Se caracteriza fundamentalmente por la presencia de prurito y sequedad cutánea o xerosis. El rascado de la piel hace que aumente la inflamación y en consecuencia la necesidad de rascarse, formándose lo que se conoce como un ciclo de prurito-rascado. <sup>(10)</sup>

La atopia se define como un estado genético de hipersensibilidad que predispone a los individuos a padecer aquellas enfermedades relacionadas en su mayoría con respuestas mediadas por Inmunoglobulina E (IgE) y a sufrir alteraciones de la inmunidad celular. <sup>(9)</sup>

La atopía cutánea es un estado de hiperreactividad que se da en lo que se conoce como “pieles atópicas”, caracterizadas por ser pieles secas y fácilmente irritables que manifiestan signos y síntomas de inflamación ante determinados factores externos. La DA es, por tanto, la manifestación en la piel de este desorden. <sup>(21)</sup>

El paciente atópico puede sufrir diferentes procesos patológicos como consecuencia de la respuesta exagerada a estímulos ambientales. Estos procesos son rinoconjuntivitis, asma y dermatitis atópica y se conocen como *triada atópica* <sup>(8,22)</sup>

La DA marca el inicio de lo que se conoce como *marcha atópica*, que se define como una aparición secuencial de las enfermedades que forman la triada atópica, siendo la DA la primera en aparecer. Se calcula que 1/3 de los pacientes con DA terminarán desarrollando asma y 2/3 padecerán rinitis alérgica. <sup>(4,23)</sup>

### **Causas**

A pesar de que la causa precisa de la DA es desconocida, se ha demostrado que es una enfermedad en la que intervienen múltiples factores.

#### **1. Factores genéticos**

Entre el 70-80% de los pacientes que sufren DA tienen antecedentes familiares de atopía. La influencia genética es difícil de determinar, pero el componente materno es el más importante. <sup>(20)</sup>

Se ha relacionado la DA con un defecto en el gen SPINK5 y con la mutación del gen que codifica la Filagrina (FLG) lo que favorece las lesiones inflamatorias en la barrera cutánea y predispone no sólo a su desarrollo, sino también a la progresión de la enfermedad alérgica a otros órganos (marcha atópica) Estas mutaciones se dan en el 50% de los casos y aumenta el riesgo de DA hasta 6 veces. <sup>(24,25)</sup>

#### **2. Factores inmunológicos**

La alteración de la inmunidad innata provoca una alta reactividad cutánea causando exacerbación ante los estímulos externos. Además, la alteración de la inmunidad adaptativa induce al aumento de IgE por lo que contribuyen a la fisiopatología de la enfermedad. <sup>(7,20)</sup>



Los pacientes atópicos presentan una alteración de su respuesta humoral como consecuencia del aumento de los niveles de IgE, y una alteración celular lo que facilita la reacción con los antígenos ambientales. <sup>(25,26)</sup>

### **3. Factores constitucionales**

Alteraciones de la reactividad vascular. Los vasos tienden a contraerse (vasoconstricción) lo que produce palidez centrofacial y dermatografismo blanco. Además se producen alteraciones de la fisiología de la piel, disminución del umbral del prurito, alteración de la eliminación de sudoración y alteración del manto lipídico de la piel.

### **4. Factores exógenos o ambientales**

Entre los factores ambientales de la DA se encuentran el estrés, ya que produce cambios a nivel inmunológico; alérgenos de tipo alimentario (huevo, leche, trigo, soja, cacahuete) y de tipo aeroalérgenos (ácaros de polvo, epitelio de animales, hongos); irritantes; clima con temperatura extrema y microorganismos:

- *Staphylococcus aureus*: presente habitualmente en la piel de los atópicos, produce la secreción de unas toxinas llamadas superantígenos. Éstos inducen corticorresistencia. El rascado debilita la barrera cutánea y facilita la acción de estas bacterias.
- *Malassezia furfur*: relacionado con la DA por la producción de autoantígenos, actuando como autoalérgeno. <sup>(20)</sup>

Es conveniente tener en cuenta la “hipótesis de la higiene” teoría impulsada en 1989 por David Strachan. Esta hipótesis sugiere que la menor exposición de los niños a los gérmenes que se produce en las zonas desarrolladas tiene como consecuencia una maduración inadecuada de su sistema inmunológico. La exposición temprana a alérgenos medioambientales y a agentes infecciones no patogénicos supondría una disminución en la prevalencia de DA. <sup>(15,26)</sup>

## 5. Alteración barrera cutánea

La disfunción de la barrera de la piel da lugar a múltiples consecuencias:

- Disminución de la producción del factor humectante natural, lo que favorece la pérdida transepidérmica de agua y tiene como consecuencia la alteración del gradiente hídrico de la piel.
- Disminución de los ácidos grasos y ceramidas y alteración de sus proporciones habituales.
- Alteración del pH de la piel.
- Adherencia de bacterias como el *Staphylococcus aureus* a la piel debido a la disminución de péptidos antimicrobianos. Más del 90% de los pacientes afectados están colonizados por esta bacteria a nivel cutáneo.
- Aumento de permeabilidad a los antígenos exógenos, lo que hace que se generen respuestas inmunológicas inadecuadas al entrar en contacto con ellos, dando lugar a la presencia de piel seca e irritable. <sup>(4,25)</sup>

### Clínica

El individuo con atopia es más propenso a sufrir lesiones cutáneas a lo largo de toda su vida. Éstas varían de unas personas a otras y en un mismo paciente a lo largo de los años, aunque tienen aspectos comunes. Hay que destacar que el principal síntoma de la DA es el prurito y se manifiesta como un picor de gran intensidad que junto con el rascado es el causante de la mayoría de los cambios cutáneos objetivables. <sup>(4)</sup> La DA tiene carácter crónico debido a su larga duración, con aparición de brotes donde se agudiza el picor. Las lesiones se manifiestan en tres formas, pudiendo coexistir lesiones en diferentes estados de evolución:

- **Agudas:** prurito, xerosis, pápulas eritematosas, vesículas con exudado seroso tras el rascado. Afecta a algún segmento del cuerpo
- **Subagudas:** prurito moderado, xerosis, pápulas y placas engrosadas y escamosas, pálidas y excoriadas. Lesiones diseminadas que afectan a varios segmentos del cuerpo.
- **Crónicas:** prurito intenso, xerosis, placas engrosadas (liquenificación) y pápulas fibróticas, costras hemáticas. Lesiones generalizadas. <sup>(25,27,28)</sup>

## ***Manifestaciones cutáneas típicas***

Las manifestaciones típicas se desarrollan en tres etapas cronológicas: la del lactante, la escolar y la del adulto.

### **1. LACTANTE**

- ***Período:*** Se inicia entre el tercer y el quinto mes de vida en el 75% de los casos y puede durar aproximadamente hasta la edad de 2 años, en la que desaparece o se perpetúa.
- ***Forma de manifestación:*** Generalmente aparece por brotes.<sup>(4)</sup> La clínica aparece en forma de eritema, pápulas y placas eritematoedematosas, vesiculosas, exudativas y simétricas. También es frecuente la presencia de costras melicéricas por sobreinfección.
- ***Localización de las lesiones:*** Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en el cuero cabelludo y la cara a nivel de mejillas y mentón, respetando el triángulo nasolabial y las zonas periorbitarias, lo que las diferencia de la dermatitis seborreica del lactante. En ocasiones pueden extenderse a las extremidades, pliegues retroauriculares, manos, nalgas y la cara anterior del tronco. Cuando se generalizan dan lugar a la eritrodermia atópica de Hill.<sup>(8,20)</sup>

### **2. ESCOLAR**

- ***Período:*** Esta fase puede continuar a la anterior o ser el inicio de la enfermedad. Se desarrolla entre los 2 y los 14 años de edad, en la que cede de forma espontánea o continua hacia la última fase.
- ***Forma de manifestación:*** Aparece en forma de brotes. Las lesiones se caracterizan por ser menos exudativas respecto a la fase anterior, predominando la sequedad, la liquenificación y las excoriaciones de rascamiento. El prurito en esta fase es intenso. Es frecuente que en esta fase los pacientes desarrollen las manifestaciones atípicas.
- ***Localización de las lesiones:*** Los lugares donde se sitúan habitualmente son los pliegues de flexión de codos, rodillas, tobillos y muñecas, por lo que recibe el nombre de dermatitis flexural. También se localizan en los pliegues retroauriculares, párpados nuca, cuello, huecos poplíteos. En este caso, se ven afectadas las zonas periorbitaria y peribucal.

- **Factores relacionados:** En esta fase pueden darse adenopatías múltiples tales como eritrodermia con dificultad para regular la temperatura corporal, insomnio e irritabilidad

### 3. ADULTO

- **Período:** se inicia en la adolescencia. La mayor parte de los pacientes evolucionan favorablemente siendo resuelta en la etapa adulta. No obstante se puede observar incluso en la senectud.
- **Forma de manifestación:** en esta fase las lesiones son poco exudativas y predominan las placas engrosadas y liquenificadas.
- **Localización de las lesiones:** las áreas de predilección son la cara, concretamente la frente, párpados y región perioral, el cuello, concretamente en la nuca, los hombros, pliegues flexurales, dorso de las manos y genitales.
- **Factores relacionados:** En esta fase pueden aparecer también formas que simulan eccema de manos, dishidrosis, prurigo o dermatitis seborreica. <sup>(4,8,20)</sup>

#### ***Manifestaciones cutáneas atípicas o asociadas***

Las manifestaciones atípicas se caracterizan porque no son específicas para el diagnóstico de la DA, ya que pueden aparecer en pacientes no atópicos, sin embargo, debido a su elevada frecuencia en pacientes con atopia, constituyen una parte importante del cuadro clínico de la enfermedad. <sup>(8)</sup>

Entre las más aceptadas se encuentran:

<b>Manifestaciones</b>	<b>Clínica</b>	<b>Localización</b>
Pitiriasis alba	Lesión blanquecina, redonda y descamativa	Mejillas y cara externa del brazo.
Queratosis folicular	Micropápulas con folículos centrales. Aspecto granulado, tacto áspero.	Lateral de brazos y muslos
Acrovesiculosis	Pápulas edematosas y ampollas pruriginosas. Grietas y fisuras.	Manos y pies, cara lateral de dedos.
Dermatitis plantar juvenil	Piel eritematosa, brillante con desmación blanquecina	Cara plantar dedos pies y tercio distal plantas
Eccema areolar	Enrojecimiento, descamación	Pezón y areola
Eccema dishidrótico	Ampollas y vesículas muy pruriginosas	Laterales de dedos y arco plantar pies, dist simétrica.
Eccema numular	Lesión redondeada, tamaño y forma de moneda	Brazos y piernas. Diseminado al tronco.
Prurigo	Pápulas y nódulos enrojecidos	Agrupadas por la piel
Prurito anogenital	Prurito crónico	Anal o anogenital
Queilitis angular	Sequedad, descamación, fisuras	Labios

Tabla basada en Ferrandiz C, Querol Nasarre I et al. <sup>(8,20)</sup>

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la DA se basa en las manifestaciones cutáneas y la historia clínica del paciente, ya que no hay pruebas de laboratorio específicas de la enfermedad. Los antecedentes familiares y personales son criterios de gran utilidad. El picor y la recurrencia de la enfermedad, junto a la morfología y distribución típica son los principales datos clínicos a tener en cuenta. <sup>(20,25)</sup>

A lo largo de la historia se han propuesto diferentes formas de diagnóstico. En 1980, Hanifin y Rajka establecieron una serie de criterios clasificados como “mayores” o “menores” que se basan en la experiencia clínica y están aceptados universalmente. Para realizar el diagnóstico de DA es necesario que el paciente cumpla tres criterios mayores y al menos tres criterios menores. Son aplicables a niños y adultos. <sup>(7,28)</sup>

(\*\*Ver anexo I)

## Gravedad y calidad de vida

### Instrumentos de medición de la gravedad de la enfermedad

- **SCORAD** (*Scoring of Atopic Dermatitis*) es la herramienta con mayor validación. Evalúa tres aspectos:
  - A. Extensión de la enfermedad, a través de la regla de los 9
  - B. Características clínicas (gravedad de las mismas) teniendo en cuenta la presencia de eritema/pigmentación, pápulas/edema, exudación/costra, excoriación, liquenificación/prutigo y xerosis. Donde 0- ausente, 1-leve, 2-moderada, 3-grave (máxima puntuación 18)
  - C. Síntomas subjetivos a través de una escala visual análoga en relación al prurito y la pérdida de sueño, valorando cada síntoma de 0 a 10 (máxima puntuación 20)(\*\*Ver anexo II)

Escala	Leve	Moderado	Grave
<b>SCORAD</b>	<15	15-40	>40

### Evaluación de la calidad de vida en DA.

- *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* o *Índice de Calidad de Vida en Dermatología (ICVD)*
- *Children's dermatology Life Quality Index (CDLQI)*: índice de calidad de vida de dermatología pediátrica.

En ambos la máxima puntuación es 30 y cuanto mayor sea, significa mayor afectación en la calidad de vida. Constan de 10 ítems. <sup>(25)</sup>

## Tratamiento

En la actualidad no existe un tratamiento curativo de la enfermedad, por lo que el abordaje debe estar dirigido al alivio y reducción de los signos y síntomas. En el tratamiento se incluyen tanto las medidas farmacológicas como las medidas generales que debe seguir el paciente. <sup>(20,25,29)</sup>

## Tratamiento farmacológico

**Corticoides tópicos (CT):** es el tratamiento fundamental de la DA en la fase aguda o brote. Tienen acción antiinflamatoria y vasoconstrictora. La potencia del corticoide utilizado debe tenerse en cuenta, utilizando uno más suave en la zona de la cara, párpados y pliegues, y uno más potente en zonas como las palmas y plantas de manos y pies. Se debe tener precaución con su uso en niños, especialmente lactantes, debido a la inmadurez de su barrera cutánea. Tiene efectos secundarios poco frecuentes, sin embargo su uso prolongado puede producir lesiones como atrofia cutánea.

**Inmunomoduladores tópicos, inhibidores de la calcineurina. (IT):** son el tratamiento de segunda línea en DA, y se utilizan a corto plazo o de forma intermitente. Como efecto secundario pueden ocasionar ardor en la zona de aplicación que cede con la continuidad del tratamiento. Pertenecen a este grupo el Tacrolimus y el Pimecrolimus, que pueden usarse en adultos y niños de más de 2 años.

**Antihistamínicos:** indicados para disminuir el prurito. Pueden ser de primera generación, utilizados por su efecto sedante, que favorecen el sueño de los pacientes que tienen gran prurito, o de segunda generación. Se ha comprobado que su asociación con corticoides y/o inmunomoduladores tópicos reduce de manera importante el prurito. <sup>(6)</sup>

**Corticoides orales:** se emplean como terapia sistémica cuando los tratamientos tópicos no son suficientes. Son los más utilizados en pacientes con brotes graves. Su uso debe hacerse en ciclos cortos debido al riesgo de efectos secundarios sistémicos, y riesgo de desarrollar una disminución de su efecto o taquifilaxia. <sup>(25,29)</sup>

**Inmunomoduladores sistémicos,** como la ciclosporina, modifican la respuesta inmunológica anómala que da lugar a la DA. Su uso es excepcional, debido a sus efectos secundarios a nivel sistémico.

**Fototerapia:** este tratamiento está indicado en lesiones extensas o resistentes a los tratamientos tópicos de uso habitual. Su principal indicación es la psoriasis aunque también se usa en DA debido a su elevado índice coste-efectividad.

Existen varias modalidades (UVA-1, PUVA, UVB, UVB banda estrecha) y son eficaces frente al prurito y la inflamación típica de la DA. A largo plazo puede producir fotoenvejecimiento y fotocarcinogénesis.

Puede causar recidivas al suspender el tratamiento y es un adyuvante al tratamiento tópico en los pacientes cortico-dependientes. No está recomendado en menores de 12 años. <sup>(30)</sup>

**Antibióticos:** la enfermedad puede cursar con sobreinfección especialmente por *Staphylococcus aureus*, por lo que se recomienda el uso de antibióticos tópicos como mupirocina o ácido fusídico en caso de que la enfermedad presente sobreinfección en lesiones de escasa extensión. En el caso de infección extensa, se recomienda el tratamiento con antibióticos orales como cefalosporinas, que pueden asociarse a CT.

**Inmunoterapia:** Aunque su eficacia es evidente en enfermedades como el asma o rinitis, todavía se requiere más investigación de su uso en DA, ya que sólo se ha observado mejora en casos aislados, reduciendo el uso de CT y el índice SCORAD. <sup>(25)</sup>

***Tratamiento farmacológico según la gravedad***

<b>Formas leves</b>	- Corticoide tópico de potencia baja-media durante 5-10 días
<b>Formas moderadas</b>	- Corticoide tópico durante períodos breves en las reagudizaciones - Inmunomoduladores tópicos de mantenimiento al principio de brotes leves o moderados para disminuir el uso de corticoides. - Antihistamínicos por vía oral durante el prurito intenso
<b>Formas graves</b>	- Corticoides orales inicialmente disminuyendo porgresivamente la dosis en ciclos cortos hasta corticoides tópicos - Inmunomoduladores sistémicos en caso de requerir tto continuado con corticoides tópicos

*Tabla basada en Alonso E et al. <sup>(6)</sup>*

- **Deben realizarse medidas de aseo e higiene generales en todas las etapas**



## **2. Actuación de enfermería en dermatitis atópica.**

### **Educación terapéutica**

Al tratarse de una enfermedad de causa multifactorial, los pacientes con DA requieren un tratamiento integral por parte de un equipo multidisciplinario, abordando aspectos biopsicosociales. A menudo los pacientes tienen un concepto erróneo de su enfermedad, lo que les lleva a restar importancia al cumplimiento terapéutico, por eso es fundamental la educación terapéutica. <sup>(31)</sup>

El objetivo de la educación terapéutica es mejorar el tratamiento del paciente permitiéndole ser autónomo, adquirir y poner en práctica una serie de habilidades para vivir mejor su patología. Diversos estudios han demostrado que la educación terapéutica ha supuesto una mejora en su calidad de vida, la disminución del SCORAD y también una reducción en el gasto económico debido a la enfermedad. <sup>(17,32)</sup>

El papel de la enfermera es fundamental, tanto en la realización de técnicas y procedimientos como a nivel docente. Entre sus funciones principales se encuentran educar al paciente sobre su enfermedad o a los cuidadores en caso de que el paciente sea un niño, favorecer la relación terapéutica paciente-enfermera y conseguir adherencia al tratamiento

El contacto directo de la enfermera con el paciente favorece un mayor conocimiento de su situación personal, social y de los aspectos psicológicos que le afectan en relación con su enfermedad. Mediante la empatía, la escucha activa y la comunicación bidireccional, se favorece la relación terapéutica lo que supone el aumento de la calidad asistencial. <sup>(18,33)</sup>

### **Escuelas de la atopia**

Los ámbitos en los que la enfermera puede ejercer su función docente son variados. Además de las consultas convencionales, se han creado las denominadas “Escuelas de la Atopia”. Éstas escuelas han surgido en todo el mundo como una medida adicional en el tratamiento de la DA.

Están formadas por un equipo multidisciplinar, del que forman parte dermatólogos, pediatras, alergólogos, psicólogos, nutricionistas y enfermeras, todos ellos formados en la educación terapéutica.

La primera escuela fue fundada en Francia en el año 2000 por Jean François Stalder y recientemente se han instaurado en diversos hospitales de España como el Hospital La Paz de Madrid y en otras comunidades como Asturias o Cataluña.

A través de estos talleres se lleva a cabo la educación terapéutica del paciente. La necesidad de integrar la educación terapéutica en el tratamiento médico de los pacientes con DA ha surgido debido a múltiples factores:

- El crecimiento de pacientes con esta enfermedad en los países desarrollados.
- La necesidad de crear una estrategia de cuidados para la enfermedad crónica con el fin de mejorar el estado de salud a largo plazo y mejorar la calidad de vida del paciente previniendo posibles complicaciones.
- La voluntad por parte de los pacientes de seleccionar estrategias terapéuticas y gestionar su propia enfermedad.
- La voluntad de implicación por parte del personal sanitario.
- La complejidad del tratamiento, ya que son los pacientes y sus familiares los responsables de su aplicación y adaptación a las condiciones de la enfermedad, por lo que deben adquirir las habilidades necesarias para controlar la enfermedad.
- El beneficio que supone a los pacientes y familiares, especialmente a aquellos que carecen de un tratamiento eficiente o de apoyo social.
- La adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, habilidades prácticas (aplicación del tratamiento según la gravedad) y habilidades de relación (saber aconsejar a otros y a quién acudir durante un brote grave)

Entre los objetivos que el equipo hospitalario intenta alcanzar se encuentran: desdramatizar la enfermedad, lograr que el paciente entienda la enfermedad y exprese sus sentimientos respecto a la misma, mostrar la importancia de los consejos y medidas higiénico-dietéticas, lograr la comprensión del tratamiento y una adherencia al mismo y resolver todas las dudas que el paciente pueda tener sobre la DA. Las consultas se realizan a lo largo del año de manera individual o grupal.

## La consulta individual

Se basa en la propuesta de un programa dividido en tres etapas:

- **Primera etapa:** la finalidad es establecer una relación terapéutica de confianza y escucha con el paciente haciendo un intercambio de conocimientos a través de una entrevista de preguntas abiertas. El objetivo no es centrarse sólo en los síntomas, sino también abordar las dificultades que encuentra el paciente, cómo afecta la enfermedad a su calidad de vida y sus necesidades. Mediante la información que proporciona se establece lo que se denomina “diagnóstico educativo”.
- **Segunda etapa:** en esta etapa se proponen varios objetivos con el fin de conseguir la autonomía del paciente en determinados aspectos.
- **Tercera etapa:** la evaluación. Consiste en un seguimiento del paciente, procurando el cumplimiento de los objetivos previamente establecidos, con el fin de ayudar y acompañar al paciente hasta el final de su tratamiento.

## La consulta colectiva

Los talleres o grupos de terapia interactivos se organizan en presencia de médicos, enfermeras y psicólogos, junto con un grupo de seis pacientes aproximadamente. Durante estas reuniones, los pacientes tienen la posibilidad de expresarse libremente sobre la enfermedad, sus temores, y las dificultades que encuentran en el día a día. Mediante herramientas pedagógicas, juegos de rol, folletos educativos, y actividades como “El Reloj de la Atopia”, los talleres sirven como medio de aprendizaje para compartir experiencias y conocimientos. <sup>(31,34)</sup> (\*\*Ver anexo III)

## Medidas generales y recomendaciones para pacientes con DA

Además del tratamiento farmacológico, los pacientes deben llevar a cabo una serie de medidas generales en su vida diaria. Para ello, es necesario instruir a los pacientes mediante una serie de recomendaciones.

## **Aseo e higiene**

En la actualidad se recomienda el baño breve, de unos cinco minutos, y con agua templada (30-33°C) ya que debe evitarse el calor excesivo y el contacto prolongado con el agua. Además es preferible que el baño se lleve a cabo por la tarde o antes de dormir, para disminuir el estrés, la sequedad y el picor. También se recomienda después de practicar deporte por la aparición de sudor, causante del prurito.

El lavado de manos es fundamental, especialmente en los niños es necesario instruirlos para que lleven a cabo el lavado después de jugar. Se recomienda usar jabones con un pH neutro o con tendencia a la acidez, similar al de la piel. Debe evitarse el uso de esponjas en la aplicación del gel, ya que la fricción puede irritar la piel. En caso de existir infección por lesiones de rascado, pueden utilizarse detergentes antibacterianos. Está desaconsejado el uso de perfumes. La piel debe secarse con toallas suaves de algodón, siempre “a toques” y dejándola ligeramente húmeda para la aplicación posterior de cremas hidratantes. Las uñas deben estar cortas y limpias.

Es preferible el baño en el mar antes que en las piscinas, siendo imprescindible la ducha posterior para eliminar los restos de sal y cloro y la aplicación de cremas hidratantes. Se recomienda evitar el contacto con cloro en la medida de lo posible, por su efecto irritante. <sup>(29,35,36)</sup>

## **Vestimenta**

Se recomienda el uso de ropa suelta y de algodón, evitando la lana, plástico o fibras sintéticas tanto para vestir como para la ropa de cama. Los calcetines se recomienda que sean de hilo o de algodón para la correcta transpiración del pie. Es importante lavar la ropa antes de su uso, evitando las lejías, suavizantes y jabones perfumados. También está recomendado eliminar las etiquetas y evitar el contacto con adornos, especialmente si contienen níquel

El calzado debe ser de piel, tela o loneta y en el caso del calzado deportivo, su uso debe restringirse solo a la práctica de deporte ya que la suela de estos zapatos es sintética, lo que impide la ventilación. <sup>(25,29,35,36)</sup>

## Hidratación de la piel

Los preparados tópicos mejoran la función de la barrera cutánea y disminuyen el uso de corticoides, por lo que son la base del tratamiento de mantenimiento. Hay que insistir en su aplicación continuada porque reducen significativamente las recaídas. La pauta recomendada de aplicación es de dos veces al día, salvo en casos en los que no se observe recurrencia, que puede reducirse a una vez al día o aplicarlos de manera intermitente. Los productos que pueden encontrarse en el mercado son:

<b>Producto</b>	<b>Composición</b>	<b>Indicación</b>
Hidratante o emoliente	Retiene el agua en la piel favoreciendo la hidratación	Solo deben aplicarse fuera de brotes. No en lesiones exudativas y eccematosas
Baño coloidal	Polímeros de origen coloidal que captan las moléculas de agua y las fijan a la piel	Lesiones agudas y subagudas. No utilizar a diario
Loción	Disolución de polvo en agua	Lesiones subagudas, exudativas y en el cuero cabelludo
Aceite	Solución lipídica, líquida a temperatura ambiente.	Utilizar con agua baño o directamente sobre la piel húmeda. Piel muy secas
Leche	Mezcla de aceite y agua, de consistencia líquida, en la que predomina el agua	Alto poder hidratante, piel muy secas
Crema	Mezcla de sustancias grasas disueltas en agua con consistencia espesa	Lesiones subagudas y crónicas. No aplicar en lesiones húmedas
Pomada	Mezcla de agua y grasas con mayor proporción de grasas.	Lesiones secas y zonas de piel gruesas como palmas, plantas, codos y rodillas. También zonas liquenificadas.

*Tabla basada en Alonso E et al. <sup>(6)</sup>*

Se debe recomendar al paciente la aplicación de aquel con el que percibe mayor hidratación. Además, es importante escoger el tipo de producto adecuado en función del estado de la piel y de la necesidad del paciente. <sup>(26)</sup>

## **Alimentación**

Actualmente, las dietas restrictivas son un tema de controversia. Algunos autores consideran que el consumo de alimentos como el huevo, cacahuets, trigo y soja en niños menores de 2 años favorece la aparición de DA hasta en un 20% de los casos. <sup>(37)</sup>

Un estudio realizado en 2010, aconseja evitar dietas ricas en ácidos grasos poliinsaturados, ya que favorecen la producción de IgE y por el contrario, fomenta las dietas ricas en antioxidantes, como la dieta mediterránea. <sup>(38)</sup>

Desde el punto de vista preventivo, en el caso de los niños con DA algunos autores recomiendan evitar los frutos cítricos, así como el uso de chupete ya que se les desencadena con facilidad un brote en la piel de la zona peribucal.

Además, en los adultos con DA, los excitantes como el café, el cacao o el alcohol pueden aumentar el prurito. También el consumo de fresas y marisco en grandes cantidades pueden desencadenar prurito debido a que son alimentos con alto contenido en histamina o liberan esta sustancia. <sup>(25,35)</sup>

En relación a la lactancia materna, a pesar de que su efecto preventivo también sigue siendo objeto de controversia, se recomienda en cualquier caso durante los primeros meses de vida debido a los aspectos beneficiosos de la misma. <sup>(7)</sup>

## **Ejercicio físico**

La sudoración es uno de los factores que puede desencadenar el prurito, por ello está desaconsejada la realización de actividades que provocan exceso de sudor. No obstante, está demostrado que el ejercicio físico tiene influencia positiva a nivel psicológico en estos pacientes, produciendo además una mejora en su respuesta al calor tras tres semanas de ejercicio. Además, la transpiración favorece la eliminación de sustancias de desecho cutáneas, por lo que sí que se recomienda el ejercicio regular, siempre y cuando no se realice de manera intensa. Es conveniente la ducha tras la realización de deporte y el uso de calzado adecuado. <sup>(39,40)</sup>

## **Factores medioambientales**

El clima templado y húmedo (20°C) favorece la humidificación de la piel, siendo más beneficioso que el frío y seco ya que incrementa la xerosis y el prurito.

Además se debe tener precaución con las calefacciones de aire caliente ya que resecan mucho el ambiente y pueden ser un factor agravante. La humidificación ambiental con instalaciones adecuadas es beneficiosa, sin embargo, el uso de recipientes de agua O pequeños humidificadores tiene poca eficacia, además de favorecer la colonización de hongos en sus filtros.

La exposición solar también está permitida siempre que el paciente no tenga lesiones activas, ya que produce escozor, ni se observe una mala tolerancia. Se recomienda el uso de cremas protectoras para evitar las quemaduras. Deben evitarse las horas en las que el sol es más fuerte, desde las 12h a las 16h, y la exposición los días en los que el paciente recibe fototerapia.

La ventilación del hábitat familiar también es muy importante, y especialmente se recomienda ventilar la habitación del paciente al menos 5 minutos cada día. Se recomienda el uso de aspiradores para limpiar el polvo a nivel del suelo pero también en aquellos lugares donde se acumula polvo con facilidad como alfombras, cortinas, peluches, etc. <sup>(25,29)</sup>

### **Vacunas y enfermedades asociadas**

Los niños con dermatitis atópica deben recibir el calendario vacunal completo, sin embargo, durante los brotes agudos debe retrasarse la vacunación hasta que estén controlados. Durante el tratamiento con corticoides sistémicos, no deben realizarse vacunas con virus vivos, procediendo a la vacunación al menos un mes después de terminar el tratamiento ya que la respuesta inmunológica está alterada. También es necesario llevar a cabo un adecuado control de las enfermedades asociadas que pueden ocasionar prurito, como por ejemplo la urticaria. <sup>(35)</sup>

### **Probióticos y simbióticos**

El papel de los probióticos en la DA también ha generado controversia. Se ha demostrado su papel preventivo en algunos casos, sin embargo, no se han observado efectos beneficiosos en pacientes con la enfermedad ya establecida. Por otra parte, un estudio demostró que el uso de simbióticos, en niños menores de 7 meses tras un año de seguimiento no modifica el curso de la enfermedad pero consigue reducir el riesgo de desarrollo de asma infantil, reduciendo al 50% la aparición de síntomas. Este hecho se debe tener en cuenta, ya que supone detener o retrasar la marcha atópica. <sup>(37)</sup>

## **PO-SCORAD (*Patient Oriented SCORAD*)**

La aplicación PO-SCORAD es una novedosa herramienta informática que permite a los pacientes con DA y a sus familiares medir la gravedad de su enfermedad a través de una autoevaluación, utilizando como referencia el índice SCORAD. Semanalmente, pueden calcular la puntuación obtenida, valorando la intensidad de sus lesiones mediante imágenes que ofrece la aplicación.

La aplicación incluye diferentes tipos de piel (blanca, oscura y asiática), en función del enfermo y permite a los pacientes hacer fotos de las lesiones, lo que resulta muy útil para valorar la evolución del paciente.

Es importante dar a conocer esta herramienta a los pacientes en la consulta y los talleres, ya que sirve como un método de seguimiento para el médico y la enfermera, proporcionando información adicional sobre el estado del enfermo y no sólo la que se recibe en la consulta. Además, la información recogida puede resultar de gran utilidad en la realización de estudios relacionados con la enfermedad. <sup>(41)</sup> (\*\*Ver anexo IV)

## **Psicoterapia**

La piel desempeña un importante papel en los procesos de socialización ya que su apariencia influye en la autoestima. El deterioro de la autoestima se observa en pacientes con DA, especialmente si se manifiesta en una edad crítica como la pubertad o la menopausia. Además aquellos pacientes con lesiones en partes del cuerpo expuestas, especialmente las mujeres, son más propensos a sufrir trastornos depresivos y ansiedad. En ocasiones pueden llegar a producirse trastornos fóbicos, evitando conductas sociales como el contacto físico.

Diversos estudios han determinado que existe relación entre algunas enfermedades de la piel, el estrés y el apoyo social reducido. Koblenzer en 1983 publicó una clasificación psicodermatológica que ha servido de referencia en los últimos años y en la actualidad la DA está incluida en las afecciones cutáneas modificadas por el estrés. <sup>(42)</sup>



El comportamiento de los pacientes atópicos en general es normal, pero en ocasiones desarrollan una personalidad característica y se presentan como pacientes aprensivos, hiperactivos, posesivos o introvertidos y lábiles a los estímulos emocionales. En algunos casos también se ha observado tendencia a la autoagresión. En los niños se puede observar presencia de ansiedad, hostilidad, timidez y falta de adaptación.

La calidad de vida se ve afectada en gran medida en los pacientes con DA y en su entorno familiar, llegando a producir alteraciones del sueño, del hábito alimentario e incluso vergüenza por las lesiones. Por todo ello, es fundamental la terapia psicológica así como las intervenciones educativas hacia los padres y los pacientes mediante un equipo multidisciplinario de médicos, psicólogos y enfermeros. Algunos autores consideran esta medida la más relevante en el manejo de la enfermedad. Entre las actividades contempladas para la gestión de la enfermedad están incluidas, además de la educación terapéutica, las técnicas de relajación, juegos de rol o incluso hipnoterapia.  
(43)

## **Tratamiento de la dermatitis atópica**

### **Curas húmedas**

Se ha comprobado el beneficio clínico en el uso de curas húmedas en los brotes de DA. El uso de corticoides tópicos en curas húmedas es una buena opción en los casos de recidiva. Estudios recientes han comprobado que la aplicación de corticoides potentes de manera intermitente junto a la aplicación de emolientes, equivale al uso diario de corticoides de potencia baja o media.

Actualmente, se recomienda aplicar aceponato de metilprednisolona junto a emolientes en forma de pomada, crema o vaselina sobre la piel y a continuación, colocar dos capas de vendajes oclusivos, la primera capa húmeda y la segunda seca. Se debe aplicar una vez al día durante una media de 7 días.

Es necesario tener en cuenta el aumento de la absorción percutánea cuando se aplica un tratamiento en oclusión por lo que no está recomendado su uso en niños próximos a la adolescencia por el riesgo de aparición de estrías. Además, en ocasiones poco frecuentes pueden aparecer efectos secundarios como sensación de discomfort, foliculitis, lesiones refractarias en las zonas no cubiertas.<sup>(29,37)</sup>

## Fototerapia

Es importante destacar la labor de enfermería en esta práctica dado que es la enfermera quien lleva a cabo los cuidados en la administración del tratamiento así como el seguimiento del paciente. La duración es de tres meses aproximadamente. Los pacientes son derivados a la enfermera tras haber sido prescritos por el dermatólogo.

Su función abarca aspectos técnicos y administrativos, pero también es fundamental su papel en los cuidados emocionales, a través del manejo del estrés y la imagen corporal, ya que favorece la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Además, es relevante la presencia de la misma enfermera en la continuidad de las sesiones, ya que esto influye positivamente en la relación terapéutica con el paciente.

Una de las labores de enfermería es llevar a cabo el registro, tanto en la historia digital del paciente como en la hoja de registro en formato papel, incluyendo el seguimiento de las sesiones, fototipo, dosis de exposición, la prescripción de la fototerapia por el dermatólogo y el consentimiento informado.

### **Cuidados de enfermería al inicio del tratamiento:**

- Comprobar el tipo de prescripción para la administración correcta de fototerapia, teniendo en cuenta si es para lámpara de manos/pies o para cabina corporal y realizar una lectura de la misma al paciente.
- Llevar a cabo la lectura de las recomendaciones para el tratamiento junto al paciente, asegurarse de su comprensión y proporcionarle una copia para evitar errores o despistes en futuras sesiones.
- Entregar el consentimiento informado. Una vez ha sido leído y comprendido por el paciente, debe ser firmado y archivado.

### **Cuidados de enfermería al principio de cada sesión de fototerapia**

- Proteger la intimidad del paciente desde el comienzo de cada sesión manteniendo la puerta cerrada y evitando el tránsito de personal por la consulta.
- Informar al paciente de nuestra presencia durante toda la administración del tratamiento.

- Comprobar que el tamaño de la lámpara es la adecuada para el paciente en la primera sesión de fototerapia, especialmente en la de manos/pies.
- Incidir al paciente en que la ropa interior debe ser de tamaño similar en todas las sesiones, dejando al descubierto la mayor parte de la superficie corporal. Los varones deben proteger sus genitales con tejido oscuro. El pelo largo siempre debe estar recogido.
- Comprobar que el paciente no se ha administrado fármacos fotosensibilizantes y que acude sin cremas, ni perfumes. Insistir de la importancia de la protección ocular con gafas adecuadas.
- Observar al inicio de la segunda sesión los posibles efectos secundarios producidos en la sesión anterior. Avisar al dermatólogo para iniciar o suspender la sesión en caso de observar cualquier problema.

### **Cuidados de enfermería durante la fototerapia**

- Indicar al paciente que evite tocar los paneles transparentes de las paredes de la cabina.
- Comprobar el estado del paciente durante el procedimiento y advertirle de que en caso de necesitarlo puede suspender el tratamiento empujando la puerta de la cabina.
- Acompañar al paciente desde el principio hasta el final de la sesión para aportarle confianza y tranquilidad.

### **Cuidados de enfermería después de la fototerapia**

- Insistir en el cumplimiento de las citas, planificando y confirmando la fecha de la siguiente.
- Indicar al paciente la importancia de la observación y el registro de los posibles efectos secundarios como sequedad, enrojecimiento o síntomas generalizados para valorar la continuidad del tratamiento. Recomendar al paciente evitar la exposición solar durante el resto del día como medida de prevención.

A pesar de que todavía hay discusión por que sea la enfermera quien se encargue de la administración de este tratamiento, se ha demostrado que la gestión y los cuidados de enfermería así como la relación terapéutica logran reducir los trastornos que afectan a la calidad de vida de los pacientes. <sup>(30)</sup>

## Conclusiones e implicación en la práctica

- La DA afecta a una gran número de personas a nivel mundial, habiendo aumentado su proporción en los últimos años hasta convertirse en un problema de salud pública.
- Es una enfermedad que provoca alteraciones a nivel físico y emocional, causando una importante alteración de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.
- Supone una importante carga económica en el gasto socio-sanitario de un país, así como para los propios pacientes, ya que en el tratamiento están incluidos diferentes fármacos y terapias.
- Es esencial para el control de la enfermedad atender a los síntomas más frecuentes, destacando como principal el prurito. Dado que no existe tratamiento curativo, el tratamiento farmacológico debe estar encaminado a aliviar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- El abordaje de la enfermedad debe realizarse por un equipo multidisciplinario para englobar todos los ámbitos en los que influye la enfermedad, siendo fundamental el papel de la enfermera.
- La educación terapéutica permite a los pacientes aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad y lograr mayor adhesión al tratamiento.
- Las intervenciones de enfermería a nivel docente aumentan la calidad asistencial y reducen el gasto económico y sanitario. Su función está orientada a mejorar el ámbito físico y emocional del paciente, consiguiendo así una mejora en su calidad de vida.
- La creación de nuevas herramientas informáticas a disposición de los pacientes es un gran avance ya que facilitan la gestión de su enfermedad.
- Las escuelas de la atopia constituyen una importante herramienta de educación para los pacientes y es conveniente su instauración en otras comunidades de España.

## Bibliografía

1. Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio de Dermatología. [Online].; 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] . Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm2/servicioandaluzdesalud/hpm2/puertadelmar/c/document\\_library/get\\_file?uuid=ea3a1474-5395-4d1f-ba88-6bc879b53c80&groupId=11761](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm2/servicioandaluzdesalud/hpm2/puertadelmar/c/document_library/get_file?uuid=ea3a1474-5395-4d1f-ba88-6bc879b53c80&groupId=11761).
2. Martínez F, Moreno M. Tratado de Dermatología. Segunda ed.: Aula Médica; 1998.
3. Ávila D, Ramos B. Tratamiento psicológico para el manejo de la dermatitis atópica. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica. 2011; 2(1).
4. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Quinta ed.: Mc Graw Hill; 2013.
5. Escribano Ceruelo E.. Dermatitis atópica: una enfermedad emergente. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] ; 11( Suppl 15 ): 11-14. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300001&lng=es).
6. Alonso E, Boné J, Febrer M, García J, González M, al. e. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. SEICAP. [Online].; 2011 [Citado 2 Enero 2016]. Disponible en:  
[www.seicap.es/guia-dermatitis-atopica-2012-2edicion-prot\\_30467.pdf](http://www.seicap.es/guia-dermatitis-atopica-2012-2edicion-prot_30467.pdf)
7. Bagazgoitia L., Gutiérrez M., García Blesa C., Hernández Martín A., A. Torrelo. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica: ¿Es posible la prevención?. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 03 Enero 2016] ; 11( Suppl 15 ): 31-47. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300003&lng=es).
8. Ferrándiz C. Dermatología Clínica. Cuarta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
9. Fonseca C. Dermatitis Atópica. Asociación Española de Pediatría. [Online]. [Citado 3 Enero 2016]. Disponible en:  
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica.pdf>.
10. Wolff K, Johnson R, Saavedra A. Atlas de Dermatología Clínica. Séptima ed.: Mc Graw Hill; 2013.
11. Laguna C, Vilata J. Dermatitis atópica del adulto. [Online].; 2006 [Citado 4 Febrero 2016]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2006/mc061b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2006/mc061b.pdf)
12. Garatachea Vallejo N, Márquez Rosa S. Actividad física y Salud. Díaz de Santos ed. Madrid: Fundación Universitaria Iberoamericana; 2009.

13. Daudén Tello E, Mora A, Lara Surinyac N, Sánchez Pérez J. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. Actas Dermo-sifiligráficas. 2013; 104(1).
14. Jo SJ , Kim DH, Li K, Kim CM, Kim KH, Kim DW, et al. Quality of Life and Disease Severity Are Correlated in Patients with Atopic Dermatitis. J Korean Med Sci. 2012 Nov;27(11):1327-1332. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2012.27.11.1327>.
15. Conde Taboada A, González Barcala FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. [Online].; 2008 [Citado 12 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-13127793-S>
16. Novak N, Weidinger S. Atopic Dermatitis. The Lancet. [Online].; 2015 [Citado 12 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2900149-X/abstract>.
17. Nicol NH ES. PubMed. The Role of Nurse Educator in Managing Atopic Dermatitis. [Online].; 2010 [Citado 12 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20670819>
18. Gallardo S, Gil Y, Sánchez M. La importancia de la enfermería en la asistencia al paciente dermatológico. Más Dermatología. [Online].; 2011 [Citado 13 Febrero 2016]. Disponible en: [www.masdermatologia.com/PDF/0079.pdf](http://www.masdermatologia.com/PDF/0079.pdf)
19. Bello Fernández N. Fundamentos de Enfermería. Parte II. Cheping N, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
20. Querol Nasarre I. Dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. [Citado 19 Marzo 2016]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000700003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700003&lng=es).
21. Ballona Chambergó R, Cáceres Ríos H, León Lozano M. Dermatitis atópica. Paedriátrica. 2002; 4(3).
22. Herrero González JE, Moreno Fernández F. Protocolo de dermatitis atópica. Farmacéuticos comunitarios. 2010; 2(3): 116-121. .
23. Gómez de la Fuente E. ¿Se puede prevenir la dermatitis atópica? Actas dermo-Sifiligráficas. 2015; 106(04).
24. Almuniña Simón C, Boquete París M. Dermatitis Atópica: nuevas consideraciones. Sociedad de Pediatría. Asturias, Cantabria y Castilla y León. [Online].; 2007 [Citado 17 Marzo 2016]. Disponible en: [https://sccalp.org/documents/0000/./BolPediatr2007\\_47\\_004-014.pdf](https://sccalp.org/documents/0000/./BolPediatr2007_47_004-014.pdf).

25. Castro C, Flores R, Giachetti A, Greco M, Scacchi M. Consenso Nacional de Dermatítits Atópica 2013. Sociedad Argentina de Pediatría. [Online].; 2013 [Citado 7 Abril 2016]. Disponible en: [www.sap.org.ar/docs/.consensos/consenso\\_dermatitis\\_atopica\\_2014.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/.consensos/consenso_dermatitis_atopica_2014.pdf)
26. Anna Sala-Cunill, Milagros Lázaro, Marta Ferrer, et al. Guía de cuidados básicos y tratamientos tópicos en la DA. Sociedad española de alergología e inmunología clínica. Madrid: Faesfarma; 2014
27. Febrer Bosch I, Fornes Pujalte B, Muñoz Mañas V, Palomar Llatas F. Dermatitis Atópica (DA): hidratación y plan de cuidados. Dialnet. [Online].; 2007 [Citado 5 Mayo 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4616760.pdf>.
28. Calderón R, Mejía R, Moncada A, Río N, Rosas V, Sierra M. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. Revista Alergia México. 2007; 54(3).
29. Sendagorta Cudós E., de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 Jun [Citado 10 Mayo 2016] ; 11( Suppl 15 ): 49-67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11).
30. Argila Fernández N, Blasco Maldonado C, Martín Gómez M. Gestión y cuidados de enfermería al paciente dermatológico en tratamiento con fototerapia con rayos ultravioleta B de banda estrecha. Enfermería Clínica. 2013; 23(4).
31. García Romero T, Sáez de Ocariz M. La educación terapéutica y su importancia en el ámbito de la dermatitis atópica. Acta pediátrica de México. 2015.
32. Donath S, Manias E, Moore E, Varigos G, Williams A. Eczema workshops reduce severity of childhood atopic eczema. Australasian Journal of Dermatology. 2009; 50(2).
33. Alba Martín R. Dermatitis atópica. Plan de cuidados estandarizado basado en la experiencia clínica. [Online].; 2014 [Citado 20 Mayo 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5143795.pdf>
34. Escuelas de Atopia. Fondation Dermatite Atopique. [Online]. [Citado 25 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/es/las-escuelas-de-la-atopia/definicion-de-las-escuelas-de-la-atopia>
35. Elsevier. Atención Primaria en la Red. [Online].; 2011 [Citado 15 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/dermatitis-atopica/>
36. Fornes B, Muñoz V, Palomar F, Ruiz A. Plan de cuidados del paciente con dermatitis atópica. Enfermería Integral. 2005
37. Garnacho-Saucedo G, Moreno-Giménez J, Salido-Vallejo R. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. [Online].; 2011 [Citado 25 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/pdf/S0001731012001093/S300/>.
38. Suárez-Varela MM, Alvarez LG, Kogan MD, Ferrerira JC, Martínez Gimeno A, Aguinaga Ontonso I, et al. Diet and prevalence of atopic eczema in 6 to 7-year-old schoolchildren in Spain: ISAAC phase III. J Investig Allergol Clin Immunol. 2010;20: 469---75.

39. Barco A, Giménez-Arnáu A. Xerosis: una disfunción de la barrera epidérmica. [Online].; 2008 [Citado 27 Mayo 2016]. Disponible en: [www.elsevier.es/es-revista---pdf-13127791-S300](http://www.elsevier.es/es-revista---pdf-13127791-S300)
40. Asociación de Familiares y Pacientes de Dermatitis Atópica. ADEA [Online]. [Citado 29 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.adeaweb.org/02saberma/saberma/ejerciciofisico/ejercicio01.htm>
41. Fondation Dermatite Atopique. [Online]. Disponible en: <http://www.fondation-dermatite-atopique.org/es/tratar-aliviar-prevenir/evaluar-su-eccema-con-el-po-scorad>
42. Tribó M. Razones de ser y utilidad de la psicodermatología. Elsevier. [Online].; 2006 [Citado 30 Mayo 2016]. Disponible en: [www.elsevier.es/es-revista---pdf-13084582-S300](http://www.elsevier.es/es-revista---pdf-13084582-S300)
43. Cowdell F, Ersser S, Farasat H, Flohr C, Gardiner E, Jackson K, et al. Psychological and educational interventions for atopie eczema in children. Cochrane Library. [Online].; 2014 [Citado 1 Junio 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004054.pub3/abstract;jsessionid=FFED58E6EF210BD17762EC8D3517352E.f02t04>
44. Baradad M, Casanova J, Martí R, Sanmartín V, Soria X. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Universidad de Lleida. Web Docente de Dermatología. [Online]. [Citado 2016]. Disponible en: [www.dermatoweb.net](http://www.dermatoweb.net)



## Anexos/ Imágenes

### ANEXO I: Criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de la DA <sup>(7)</sup>

Tabla I. Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka para la dermatitis atópica (DA)<sup>4\*</sup>

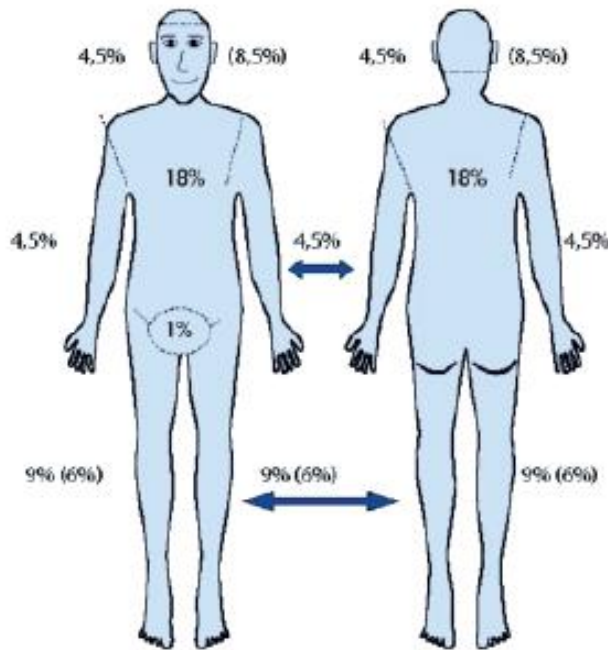
**Criterios mayores:** debe tener 3 o más:

1. Prurito
2. Distribución y morfología típica
  - Eccema flexural en adultos
  - Zona extensora y facial en niños
3. Dermatitis crónica recidivante
4. Historia personal o familiar de atopía (asma, rinitis alérgica, DA)

**Criterios menores:** deben tener 3 o más de:

1. Xerosis
2. Ictiosis, hiperlinealidad palmar o queratosis pilar
3. Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)
4. IgE sérico elevado
5. Comienzo a temprana edad
6. Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente *S. aureus* y herpes simplex) o defecto en la inmunidad mediada por células
7. Tendencia a dermatitis inespecífica en manos y pies
8. Eccema del pezón
9. Queilitis
10. Conjuntivitis recurrente
11. Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
12. Queratocono
13. Catarata anterior subcapsular
14. Oscurecimiento orbitario (ojeras)
15. Eritema o palidez facial
16. Pitiriasis alba
17. Pliegues anteriores del cuello
18. Prurito al sudar (hipersudoración)
19. Intolerancia a lanas y solventes orgánicos
20. Acentuación perifolicular
21. Intolerancia a alimentos
22. Curso influenciado por factores ambientales o emocionales
23. Dermografismo blanco

**ANEXO II: Índice SCORAD (Scoring Atopic of Dermatitis) <sup>(6)</sup>**



(A) EXTENSIÓN:

(Entre paréntesis para niños menores de 2 años)

(B) INTENSIDAD:

Gradación: 0 ausente; 1 leve; 2 moderado; 3 severo

Criterios	Intensidad
Eritema	.....
Edema/pápula	.....
Escudado/costra	.....
Escoriación	.....
Liquenificación	.....
Sequedad	.....
Suma	

**SCORAD:  $A/5 + 7B/2 + C$**

(C) SÍNTOMAS SUBJETIVOS:

PRURITO (0 A 10)

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

+ PÉRDIDA DE SUEÑO (0 a 10)

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Escala analógica visual (media en los últimos 3 días o noches)

OBSERVACIONES:

## ANEXO III:Reloj de la atopia

El Reloj de la Atopia es una herramienta educativa diseñada por el Doctor Carlo Gelmetti, de la escuela italiana de la atopia de Milán que está diseñada con el fin de educar a los niños que sufren DA. Ésta herramienta a modo de póster recoge todas las recomendaciones y cuidados que deben seguir los niños a lo largo del día. Se considera una técnica educativa muy útil ya que permite a la enfermera enseñar a los niños de una manera dinámica y divertida. Su uso está indicado especialmente en niños pero también puede servir como una forma de aprendizaje conjunta con sus familiares. <sup>(34)</sup>

 <p><b>EL DESPERTAR</b></p> <p>■ La mañana puede ser un buen momento, incluso teniendo poco tiempo, para analizar la noche que acaba de terminar. Su hijo/a puede haber estado despierto toda la noche, rascándose debido a los picores repetidos o al malestar físico.</p> <p>La somnolencia, el cansancio, el mal humor o la falta de concentración pueden ser la consecuencia directa de las noches perturbadas.</p> <p>Muéstrese comprensivo con su niño/a, no dude en decirle que usted entiende su estado y que es difícil dejar de rascarse. ■</p>	 <p><b>EL ASEO DE LA MAÑANA</b></p> <p>■ El aseo tiene que hacerse a diario. Es mejor tomar una ducha templada, es decir, con una temperatura entre 35° y 36°C ya que un agua demasiado caliente puede irritar una piel ya enferma. El aseo diario puede hacerse también por la noche, según las costumbres y necesidades de la familia.</p> <p>La piel del niño atópico se tiene que limpiar sin agredir.</p> <p>Después de la ducha, y para evitar la irritación de la piel al secarla, dar suaves toquecitos con una toalla sin frotar.</p> <p>Es el momento idóneo para aplicar el tratamiento recetado por el médico (fármaco o emoliente). ■</p>
 <p><b>LA ROPA</b></p> <p>■ Es preferible elegir una camisa de manga larga y utilizar pantalones largos más que los cortos para no exponer las zonas irritadas.</p> <p>No cubra demasiado a su niño/a (el calor favorece los picores y el rascado).</p> <p>Elija el algodón y evite los tejidos sintéticos o la lana que a menudo son causa de picores.</p> <p>En la medida de lo posible, cambie la ropa interior, el pijama o el camisón con la mayor frecuencia posible (idealmente a diario). ■</p>	 <p><b>EL COLEGIO</b></p> <p>■ Al comienzo del curso, no dude en informar al maestro/a sobre el problema de atopia de su niño/a. Explíquelo que podrá estar cansado/a o malhumorado/a por falta de sueño por culpa de los picores. Podría también tener dificultades para mantener la calma y estar concentrado/a ya que a menudo tendrá ganas de rascarse. Es preferible que el niño/a no se encuentre cerca de una salida de aire, ventilación o fuente de calor (radiador, ventana al sol). Aproveche esos momentos para recordar a su niño/a que la dermatitis atópica NO es en absoluto CONTAGIOSA ni resulta provocada por falta de higiene para que ella misma lo pueda explicar a los compañeros de clase y de este modo desdramatizar la enfermedad.</p> <p>Los/las niños/as que padecen eczema pueden sentirse más especialmente molestos por el aspecto de su piel. Por otra parte es posible que sus compañeros de clase se rían de ella y/o le rechacen. ■</p>



■ Si el niño come en el comedor escolar, el colegio tiene que saber si el niño tiene alguna alergia alimentaria. Los niños que son alérgicos a los huevos y a la leche de vaca tendrán que evitar, por supuesto, ciertos alimentos.

Deberá precisar al colegio que la fruta consumida tiene que ser fruta de temporada y que es preferible dejarla madurar antes de comerla.

Anime a su hijo/a para que hable de sus alergias con los otros niños y con los padres y los maestros/as que están en contacto con su niño/a. ■



■ Durante la primavera, conviene tener un especial cuidado en los periodos de polinización y más aún en caso de actividades exteriores.

Durante el día, la exposición solar sin protección no es aconsejable.

En verano, por la noche, es aconsejable evitar los productos anti-mosquitos que pueden agredir la piel frágil.

Tras la práctica de un deporte, es preferible, en la medida de lo posible, prever una muda completa para evitar así que el niño se quede durante el resto del día con ropa húmeda.

Ciertas actividades escolares o extraescolares necesitan la manipulación de pegamento, pintura, arcilla, alimentos, madera o metal que pueden provocar empeoramiento de la dermatitis.

Es preferible explicar claramente a su hijo/a lo que puede hacer y lo que no. ■



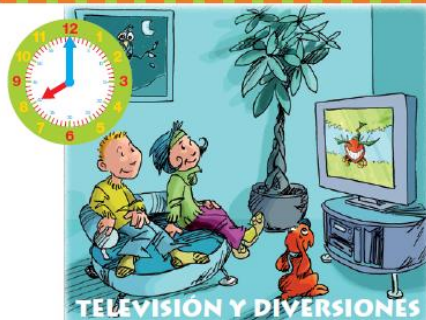
■ El aseo de la noche presenta la ventaja de poder durar más tiempo y desarrollarse con tranquilidad. Si su niño/a prefiere un baño, tiene que ser rápido y no demasiado caliente. Las uñas tienen que mantenerse cortas para reducir los daños causados por el rascado. La piel se debe lavar sin agredir, con productos adecuados como un aceite de baño o un producto limpiador ultra-suave. Las manoplas de baño demasiado ásperas no son convenientes.

Es el momento idóneo para aplicar el tratamiento recetado por el médico (fármaco o emoliente) y sobre todo para enseñar a su niño/a las técnicas de aplicación adecuadas. Mantenga su piel bien hidratada especialmente cuando no está enferma, eso puede evitar los brotes de eczema. ■



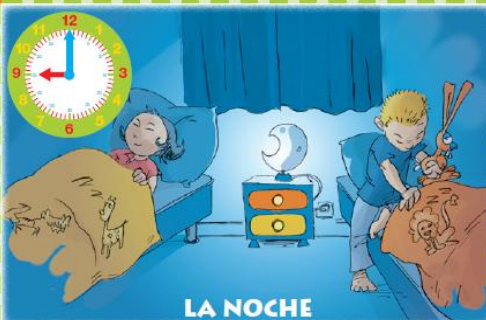
■ No es necesario seguir un régimen alimentario especial. Sin embargo, puede ocurrir que los niños atópicos soporten mal ciertos alimentos: tomates crudos, fruta ácida (cítricos, kiwis), cacahuetes, moluscos y crustáceos, algunos tipos de pescados sobre todo en lata (atún, sardinas, caballas, arenques, anchoas, salmón), el cerdo, la charcutería, los quesos de pasta dura, mostaza y especias.

Los niños alérgicos a los huevos, a la leche de vaca o a otras cosas deben, por supuesto, evitar dichos alimentos. ■



■ ¿Se ha dado cuenta de si su niño/a suele rascarse en momentos bien determinados del día o cuando está viendo la tele? Si tal es el caso, intente que pierda dicha costumbre eligiendo justamente esos momentos para aplicar el tratamiento indicado por su médico, que reducirá los picores.

Acuérdese que la dermatitis de los dedos de las manos puede hacer que sea doloroso el uso de tijeras o incluso de un sencillo lápiz, limitando así las actividades de tiempo libre. Algunos materiales usados para el bricolaje pueden empeorar el estado cutáneo del niño (cartón, plastilina). ■



■ Use sábanas de algodón, mantas, edredones o cortinas lavables y elementos decorativos que no retengan el polvo y que sean fáciles de limpiar.

El dormitorio tiene que ser claro, no tiene que hacer demasiado calor en él, bien ventilado y fácil de limpiar. Eliminar el polvo, los pelos de animales, y los ácaros que son alérgenos potenciales. Evitar la moqueta, o sino tratarla con regularidad con un producto anticáscaros. Evitar los colchones de lana o crin, los cojines o los edredones de plumas.

En caso de necesidad, póngale unos guantes de algodón o manoplas para evitar el rascado mientras está durmiendo.

## ANEXO IV: Captura de la aplicación PO-SCORAD <sup>(34)</sup>



## Lesiones de la dermatitis atópica

- Dermatitis atópica del lactante

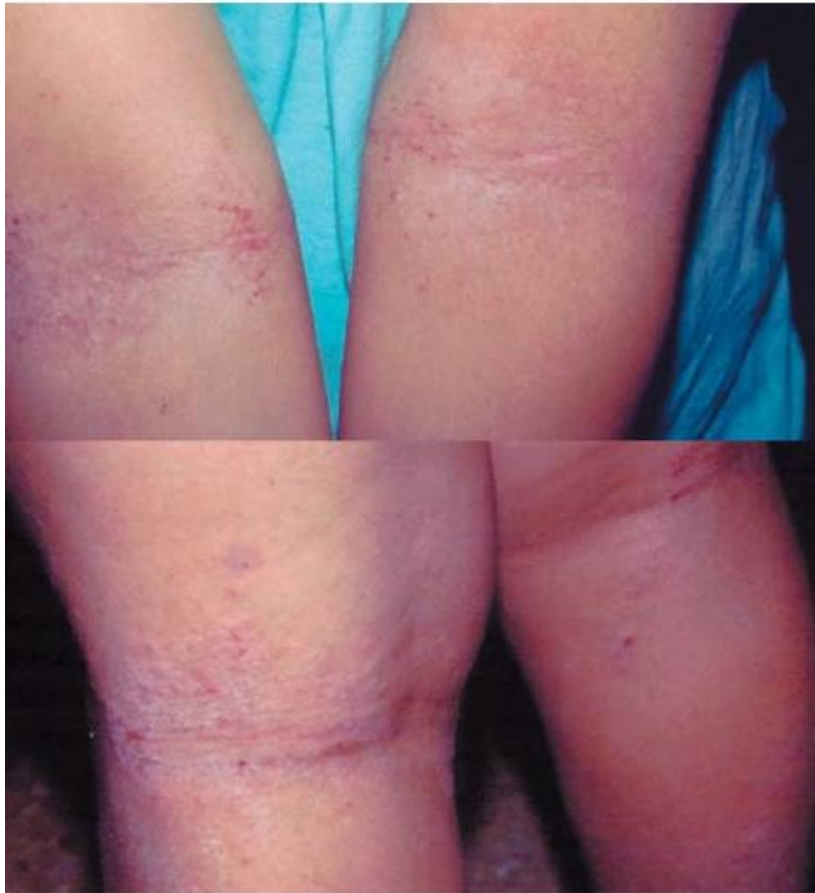


*Lesiones en mejillas (6)*



*Lesiones generalizadas, eritrodermia(44)*

- **Dermatitis atópica escolar** (6)



*Afectación simétrica de pliegues anterocubitales y poplíteos*



*Sobreinfección por *Staphylococcus aureus**

- **Dermatitis atópica del adulto**



*Presencia de xerosis y liquenificaciones (44)*



*Lesiones en las manos en estado crónico con presencia de eritema escamoso e irregularidad en la distribución de las lesiones. (44)*





*Lesiones en párpados (34)*



*Lesiones en forma de queilitis angular en los labios (34)*