HandBooks
Serie Dermatología

Manual de enfermería
para el manejo de la
DERMATITIS ATÓPICA

Editores:

Beatriz Rivero Moreno
Paloma Morales de los Ríos
Isabel María Pérez Conde
Blanca Madrid Álvarez
Raúl de Lucas Laguna
Gregorio Carretero Hernández

aulamédica
formación en salud

HandBooks
Serie Dermatología

Manual de enfermería *para el manejo de la* DERMATITIS ATÓPICA

Editores:

Beatriz Rivero Moreno (Enfermera)
Paloma Morales de los Ríos (Enfermera)
Isabel María Pérez Conde (Enfermera)
Blanca Madrid Álvarez (Psicóloga)
Raúl de Lucas Laguna (Dermatólogo)
Gregorio Carretero Hernández (Dermatólogo)

aulamédica®
formación en salud

Título: Manual de enfermería para el manejo de la dermatitis atópica
1.ª Edición, noviembre 2022
© Autores, 2022
© de esta edición, Grupo Aula Médica, S. L., 2022

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción, almacenamiento, transmisión, difusión, etc., total o parcial, del contenido de esta obra en cualquier formato y soporte sin consentimiento previo de los titulares del *copyright*.

Los autores y Grupo Aula Médica, S.L., no se hacen responsables de los errores u omisiones ni de ninguna consecuencia debida a la aplicación de la información incluida en este texto y no garantizan, ni explícita ni implícitamente, los contenidos de esta publicación. Los autores y la casa editorial no asumen ninguna responsabilidad por lesiones o daños a personas o propiedades relacionadas con esta publicación.

Grupo Aula Médica se excluye de toda responsabilidad por daños directos o indirectos resultantes del uso de la información contenida en este libro.

Se estimula encarecidamente a los lectores que presten especial atención a la información proporcionada por los fabricantes de cualquier fármaco o equipo que piensen utilizar.

Editado por:

aulamédica
formación en salud

Central:
C/ Gandía, 1 - Local 9-A
28007 Madrid

Delegación-almacén:
C/ Río Jarama, 132 - Oficina 3.06
Polígono Industrial Santa María de Benquerencia
45007 Toledo

ISBN: 978-84-7885-699-2

Depósito legal: M-26697-2022

Impreso en España

Código Revisión Interna: MAT-ES-2202628 V2 Noviembre 2022

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Prólogo vii
Agradecimientos ix
Glosario siglas y abreviaturas xi

A. CLÍNICA 1
1. Definición 3
1.1. Epidemiología 3
1.2. Prevalencia 3
2. Etiopatogenia 3
2.1. Genética 3
2.2. Disfunción de la barrera epidérmica 3
2.3. Inflamación cutánea. Factores inmunológicos 4
2.4. Interacción neuroinmune 5
2.5. Papel de la microbiota 5
2.6. Biomarcadores. Papel de la inmunoglobulina E 5
3. Factores de riego y agravantes 6
4. Diagnóstico 7
4.1. Criterios de Hanifin y Rajka 7
5. Fenotipos 7
6. Clínica 9
6.1. Dermatitis atópica de la infancia 9
6.1.1. Desde el nacimiento y hasta los 2 años 10
6.1.2. En niños más mayores (> 2 años) y adolescentes 10
6.2. Dermatitis atópica del adulto 10
6.3. Formas y signos menores de dermatitis atópica 10
7. Asociaciones clínicas 11
7.1. Marcha atópica 11
7.2. Comorbilidades frecuentes en dermatitis atópica 12
7.3. Complicaciones 13
8. Medición de la gravedad de la enfermedad 13
8.1. SCORAD (Dermatitis atópica SCORing) 14
8.2. EASI (Eczema Area and Severity Index) 14
8.3. POEM (Patient Oriented Eczema Measure) 15

8.4. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index, DLQI) ... 16
8.4.1. Adultos DLQI ... 16
8.4.2. Adolescentes DLQI (Teenagers Dermatology Life Quality Index, T-DLQI) ... 17
8.4.3. Niños DLQI (Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI) ... 17
8.5. Impacto Familiar de la Dermatitis (Dermatitis Family Impact, DFI) ... 17
8.6. Ansiedad/Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) ... 17
8.7. RECAP (Recap of atopic eczema ("resumen del eccema atópico")) ... 17
8.8. Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica (Atopic Dermatitis Control Tool, ADCT) ... 18
8.9. EuroQol-5D (Q-5D) ... 18
8.10. Escala Visual Analógica (EVA) ... 19

B. TRATAMIENTO ... 21
9. Criterios y guías para el tratamiento de la dermatitis atópica ... 24
10. Tratamiento tópico ... 25
10.1. Corticoides tópicos ... 25
10.1.1. Eficacia ... 25
10.1.2. Potencia ... 25
10.1.3. Efectos adversos ... 26
10.1.4. Dosificación ... 26
10.1.5. Infratratamiento. Corticofobia ... 28
10.1.6. Tratamiento proactivo ... 29
10.2. Inhibidores de la calcineurina ... 29
10.2.1. Efectos adversos ... 30
10.2.2. Dosificación ... 30
10.3. Terapia wet-wrap (envoltura húmeda) ... 30
10.4. Antimicrobianos y antisépticos ... 31
10.4.1. Baños con lejía ... 32
11. Tratamiento del picor ... 33
12. Fototerapia ... 33
12.1. Consideraciones en edad pediátrica ... 34
13. Terapia sistémica ... 35
13.1. Fármacos sistémicos ... 35
13.1.1. Químicos clásicos ... 36
13.1.2. Pequeñas moléculas orales ... 36
13.1.3. Biológicos ... 37
13.2. Recomendaciones de uso de los fármacos sistémicos ... 38
14. Consulta enfermera de pacientes con dermatitis atópica ... 39
14.1. Aplicación del proceso de atención de enfermería en dermatitis atópica ... 39
14.1.1. Valoración ... 40
14.1.2. Diagnóstico ... 40
14.1.3. Planificación ... 44
14.1.4. Ejecución ... 44
14.1.5. Evaluación ... 44
14.2. Diagnóstico enfermero del paciente con dermatitis atópica ... 44
14.2.1. Consideraciones en la edad pediátrica ... 45
14.3. Información y educación para enfermos con dermatitis atópica ... 46
14.3.1. Consideraciones en la edad pediátrica ... 47
15. Prevención e intervención enfermeras ... 48
15.1. Preservación de la integridad de la barrera cutánea ... 48
15.1.1. Piel sana: hidratación, baño, vestimenta, hogar, sol, piscina y playa, etc. ... 49
15.1.2. Consideraciones en la edad pediátrica ... 54
15.2. Prevención de brotes ... 55
15.2.1. Evitación de alérgenos e irritantes ... 55
15.2.2. Dieta ... 56
15.2.3. Probióticos y prebióticos ... 57
15.3. Intervención educativa ... 58
15.4. Fomento de estilos de vida saludable ... 60
15.4.1. Promoción del bienestar ... 60
15.4.2. Actuaciones de enfermería para contribuir al bienestar en la esfera psicológica y social del paciente ... 60
16. Intervención psicológica en el paciente con dermatitis atópica ... 63
16.1. Valoración de las reacciones del paciente y familia frente a la dermatitis atópica ... 63
16.2. Intervención psicológica en el paciente con dermatitis atópica ... 64
16.2.1. Intervención conductual: reversión del hábito de rascado y relajación muscular progresiva ... 64
16.2.2. Intervención cognitiva: autoestima, afrontamiento y reestructuración cognitiva ... 66
16.3. Intervención educativa con progenitores ... 69

C. BIBLIOGRAFÍA ... 73

D. ANEXOS ... 83
1. Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica (de Hanifin y Rajka) ... 85
2a. Test de medición de gravedad y valoración: SCORAD ... 86
2b. Test de medición de gravedad y valoración: EASI ... 88
2c. Test de medición de gravedad y valoración: POEM ... 90
2d1. Test de medición de gravedad y valoración: DLQI (General, Adultos) ... 91
2d2. Test de medición de gravedad y valoración: DLQI (adolescentes) ... 92
2d3. Test de medición de gravedad y valoración: DLQI (niños) ... 93

2e. Test de medición de gravedad y valoración: Familiar (Dermatitis Family Impact, DFI) 94
2f. Test de medición de gravedad y valoración: Ansiedad/ Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) 95
2g1. Test de medición de gravedad y valoración: RECAP 96
2g2. Test de medición de gravedad y valoración: RECAP para padres de pacientes pediátricos con DA 97
2h. Test de medición de gravedad y valoración: Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT) 98
2i. Test de medición de gravedad y valoración: EQ-5D 102
2j. Test de medición de gravedad y valoración: Escala Visual Analógica (EVA) 103
3. Dosificación de fototerapia 104
4. Guía de fármacos en dermatitis atópica 106
5. Ejemplo de ficha de seguimiento terapéutico 116
6. Valoración de enfermería según patrones funcionales de salud 118
7. Diagnósticos NANDA-NIC-NOC en el paciente con dermatitis atópica 121
8. Propuesta de informe de seguimiento enfermero del paciente con dermatitis atópica 137
9. Información y consejos para el paciente en tratamiento sistémico (por orden alfabético) 138
9a. AZATIOPRINA (Imurel®) 138
9b. BARICITINIB (Olumiant®) 140
9c. CICLOSPORINA (Sandimmun Neoral®) 142
9d. DUPILUMAB (Dupixent®) 144
9e. METOTREXATO 146
9f. MICOFENOLATO 148
9g. TRALOKINUMAB (Adtralza®) 150
9h. UPADACITINIB (Rinvoq®) 152
Autores 155

PRÓLOGO

La piel es el órgano-tejido más grande del cuerpo y de más fácil acceso exploratorio. Una inspección visual puede bastar en ocasiones para hacer un diagnóstico determinado. Sin embargo, esta aparente superficialidad de la piel puede ser muy engañosa, ya que, por esa misma situación fronteriza, la piel asume papeles de mayor responsabilidad y es el terreno donde se sitúan las defensas del mundo interno, la relación social, la autoimagen y la entrada-salida del interior corporal. Si "la cara es el reflejo del alma", podríamos decir que "la piel tendría la función de un pergamino, sobre el que se inscriben los males y conflictos internos". Por ello, el sanador de la piel no podrá quedarse en la superficie y se verá obligado a profundizar en los mecanismos íntimos que causan la enfermedad y su reflejo sobre la piel y la persona.

Desde la antigüedad, las enfermedades de la piel han supuesto un importante problema de salud, por lo que la atención de estas supone un clásico en la atención de los enfermos. Tanto el sanador-curandero originario o tribal, como los modernos profesionales sanitarios han estado obligados a hacerse cargo de enfermedades de la piel de gran importancia sociosanitaria e histórica: la lepra, la peste, las úlceras, la sífilis, la psoriasis, etc. La repercusión personal y social, así como la estigmatización y cronicidad de las enfermedades de la piel, son características propias de algunas dermatosis.

Una de ellas, la **dermatitis atópica,** es la dermatosis crónica más frecuente en el mundo occidental, tiene una presentación muy reconocible, en forma de eccemas de la piel, con intenso picor, y asocia diversas comorbilidades. En los últimos años se ha conseguido un enorme avance en el conocimiento de su fisiopatología, sus posibles tratamientos y el reconocimiento del impacto que

la enfermedad tiene tanto en la persona como en los familiares convivientes, puesto que la mayoría de los casos afectan a la población infantil. Su manejo es complejo y está dirigido tanto al reconocimiento y evitación de factores desencadenantes, a la valoración del grado de afectación que produce en la piel y en el enfermo, a la selección adecuada del fármaco más eficaz y seguro, como a la indicación y planificación de los cuidados de la piel para conseguir su restablecimiento funcional y mantenimiento. El **papel de la enfermería** en este escenario es, por lo tanto, esencial.

El presente manual, pensado y dirigido a profesionales de la enfermería, es fruto de la estrecha colaboración entre enfermería, psicología y dermatología. En él, hemos querido exponer de forma teórico-práctica las bases del manejo de estos pacientes por parte de enfermería, proporcionando a los profesionales material tanto teórico como práctico que facilite los cuidados por parte de enfermería en estos pacientes.

Confiamos y deseamos que esta *prima opera* en dermatitis atópica sea de utilidad para el lector, y sirva de compromiso por nuestra parte para su mejora en el futuro, a la luz de los consejos y comentarios que se nos quiera hacer, y del avance en el conocimiento de la enfermedad.

Gregorio Carretero Hernández
Coordinador

AGRADECIMIENTOS

A laboratorios Sanofi por el apoyo entusiasta e incondicional que nos ha proporcionado para la elaboración y edición de este manual, con independencia plena en el contenido.

A todos nuestros pacientes con dermatitis atópica, a quien nos debemos, por la confianza y el cariño depositados en nosotros.

GLOSARIO SIGLAS Y ABREVIATURAS

ADCT: *Atopic Dermatitis Control Tool* (Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica)

CDLQI: *Children's Dermatology Life Quality Index* (Índice de Calidad de Vida de Dermatología Infantil)

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

DA: Dermatitis atópica

DEM: Dosis mínima de eritema

DFI: *Dermatitis Family Impact* (Impacto Familiar de la Dermatitis)

DLQI: *Dermatology Life Quality Index* (Índice de Calidad de Vida en Dermatología)

EASI: *Eczema Area and Severity Index* (Índice de Área y Gravedad del eccema)

EQ-5D: EuroQol-5D

EVA: Escala Visual Analógica

FDLQI: *Family Dermatology Life Quality Index* (Índice de Calidad de Vida Familiar en Dermatología)

FTU: Unidad de punta de dedo

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)

HOME: *Harmonising Outcome Measures for Eczema* (Armonización de las medidas de resultado para el eccema)

IC: Inhibidores de la calcineurina

IGA: *Investigator Global Assessment* (Escala de evaluación Global del Investigador)

IgE: Inmunoglobulina E

IL: Interleucina

IL-31Rα: Subunidad α del receptor de la IL-31

JAK: Janus quinasa

m/p: Manifestado por

NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association* (Asociación Norteamericana de Diagnóstico en Enfermería)

NIC: *Nursing Interventions Classification* (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

NOC: *Nursing Outcomes Classification* (Clasificación de Resultados de Enfermería)

PAE: Proceso de atención de enfermería

PES: Problema + Etiología + Signos y síntomas

PIQoL-AD: *Parent's Index of Quality of Life in Atopic Dermatitis* (Índice de Calidad de Vida Parental en Dermatitis Atópica)

POEM: *Patient Oriented Eczema Measure* (Medida de eccema orientada al paciente)

PUVA: Psoraleno oral + radiación ultravioleta A

QoLIAD: *Quality of Life Index for Atopic Dermatitis* (Índice de Calidad de Vida en Dermatitis Atópica)

r/c: Relacionado con

RECAP: *Recap of atopic eczema* (Resumen del eccema atópico)

SCORAD: *Dermatitis Atópica SCORing* (Puntuación Dermatitis Atópica)

SPF: *Sun protection factor* (Factor de protección solar)

T-DLQI: *Teenagers Dermatology Life Quality Index* (Índice de Calidad de Vida en Dermatología de Adolescentes)

Th2: Células T auxiliares de tipo 2

TRPA1: Receptor de potencial transitorio anquirina 1

TRPV1: Receptor de potencial transitorio vaniloide 1

UVA: Radiación ultravioleta A

UVB: Radiación ultravioleta B

UVB-be: Radiación ultravioleta B-banda estrecha

A. CLÍNICA

1. Definición
2. Etiopatogenia
3. Factores de riego y agravantes
4. Diagnóstico
5. Fenotipos
6. Clínica
7. Asociaciones clínicas
8. Medición de la gravedad de la enfermedad

1. Definición

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria, de base genética, heterogénea y multifactorial, de curso crónico y recurrente, que se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas de morfología y distribución características, piel seca y picor intenso[1]. El término DA fue introducido por Hill y Sulzberger en 1933.

1.1. Epidemiología[2]. Aunque puede aparecer en cualquier edad de la vida, el 80 % de los pacientes la manifiestan antes de los 6 años, y el diagnóstico en adultos ha ido creciendo en los últimos años. Existe una clara agregación familiar, especialmente en pacientes con comorbilidades atópicas (asma, rinoconjuntivitis alérgica, alergia al polvo y ácaros, etc.).

1.2. Prevalencia[3]. Aunque probablemente subestimada, se considera una de las dermatosis crónicas más frecuentes de la infancia, que ha aumentado en las últimas décadas tanto en niños como en adultos. A pesar de que es variable según su gravedad, se calcula que tiene una prevalencia superior al 25 % entre los infantes, y entre el 7 y 10 % entre los adultos, si bien existen diferencias importantes entre distintas poblaciones y zonas geográficas, pero no entre sexos.

2. Etiopatogenia (figura 1)

La etiopatogenia de la DA es multifactorial e implica una compleja interacción de varios factores, exógenos y endógenos: genéticos, el entorno y el descontrol de ciertas vías inmunológicas[4]. Los factores mejor conocidos son:

2.1. Genética[5]. Algunos pacientes con DA pueden ser portadores de una mutación en el gen que codifica a la baja la filagrina, una proteína epidérmica (gen *FLG*), lo que conduce a la alteración en la diferenciación normal de los queratinocitos y, a su vez, a la sequedad, descamación y engrosamiento de la piel. Sin embargo, solo aproximadamente el 20 % de los pacientes con DA expresan esta mutación y, por otra parte, más del 50 % de los individuos portadores de la mutación no expresan ningún tipo de atopia.

2.2. Disfunción de la barrera epidérmica[6]. La piel del paciente con DA presenta una alteración en la función de la barrera de la epidermis, desencadenante y causante del estímulo proinflamatorio que subyace a la enfermedad. Esta alteración se debe fundamentalmente a la existencia de

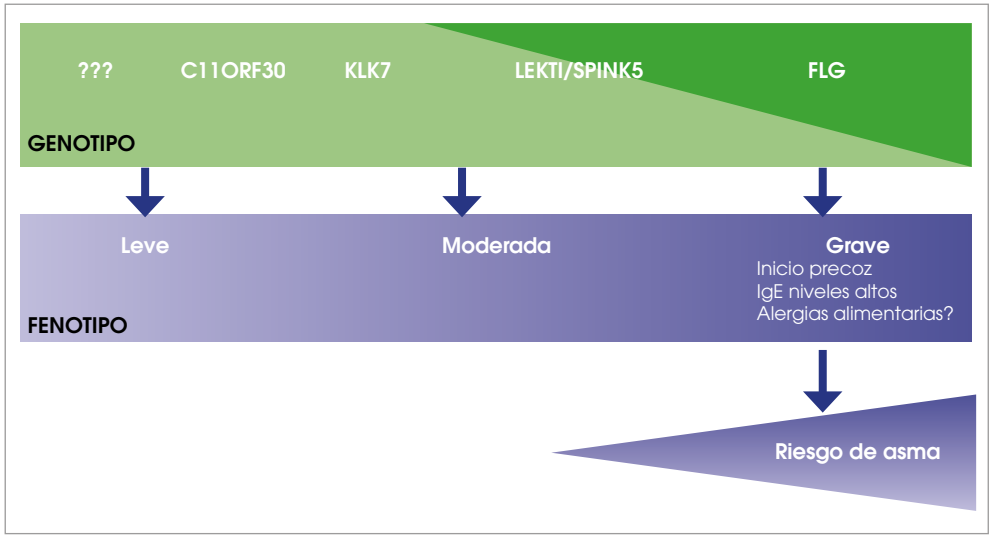


Figura 1. Etiopatogenia de la DA. Adaptado de Bieber T. Atopic dermatitis. Ann Dermatol. 2010 May;22(2):125-37.

la mutación del gen *FLG* (que expresa la filagrina) comentada en el punto 2.1, pero también contribuyen el rascado constante que provoca el prurito y la reducida expresión de lípidos o proteínas estructurales epidérmicas, secundario a la actividad de citocinas de respuesta linfocitaria Th2 (interleucina [IL] 4, IL-13 e IL-33).

A consecuencia de ello, el paciente atópico presenta característicos cambios en la calidad de su epidermis (tanto en la piel lesional como en la no afectada), como son:

- Aumento del pH.
- Menor retención de agua.
- Irritabilidad cutánea.
- Aumento de la permeabilidad a sustancias químicas de bajo peso molecular.
- Modificación de la microbiota cutánea (con gran abundancia de *Staphylococcus aureus*).
- Aumento de la susceptibilidad a infecciones.

2.3. Inflamación cutánea. Factores inmunológicos[7]. En un primer estadio de la enfermedad, la característica inmunopatológica central de la DA es la desregulación de las células T auxiliares de tipo 2 (Th2) y de las

células linfoides innatas de tipo 2, lo que conduce a un fuerte aumento de las citocinas inmunitarias de tipo 2, incluidas la IL-4, IL-5, IL-13 e IL-31.

Esto desempeña un papel importante en la inflamación, la disfunción de la barrera cutánea, el engrosamiento de la piel, las infecciones, el prurito y las respuestas alérgicas que caracterizan a la DA.

Tras la consolidación de la estimulación Th2, en la DA aparecen con posterioridad la acción de linfocitos Th17 y Th22, contribuyendo con nueva liberación de citocinas a una producción elevada de inmunoglobulina E (IgE) y a la inflamación cutánea característica de la enfermedad.

2.4. Interacción neuroinmune[8]. El picor característico que padece el paciente con DA está inducido por diversas sustancias pruriginosas. Aunque sí interviene, no es la histamina el mediador pruritógeno, ya que existen otros mediadores y vías distintas que podrían ser más importantes para la inducción del picor.

Por otra parte, la citocina IL-31, liberada por varias células inmunitarias de tipo 2 en las lesiones de la piel, media el picor estimulando las neuronas que expresan la subunidad α del receptor de la IL-31 (IL-31Rα), receptor de potencial transitorio vaniloide 1 (TRPV1) y receptor de potencial transitorio anquirina 1 (TRPA1) y aumenta la ramificación de las neuritas (procesos neuronales) en la piel.

2.5. Papel de la microbiota[9]. La piel de los pacientes con DA presenta una anomalía en el patrón de la microbiota cutánea, aunque no está bien esclarecido si esta es primaria, y por tanto causante directa de DA, o secundaria a la disrupción de la barrera epidérmica y a la actividad linfocitaria Th2.

La diversidad de la microbiota está reducida en la piel inflamada de la DA a favor de los miembros del género *Staphylococcus*. *Staphylococcus aureus* expresa numerosos factores de virulencia que han demostrado tener un papel en la patogénesis de las infecciones superficiales e invasivas y en la patogénesis de la DA o en su exacerbación, mediante mecanismos que actúan sobre los queratinocitos y células inmunitarias, mediante la producción de superantígenos que a su vez estimulan las respuestas Th17 al aumentar la producción de IL-17.

La composición de la microbiota se normaliza tras el tratamiento de la DA y la recuperación de la piel.

2.6. Biomarcadores. Papel de la inmunoglobulina E[10]. La DA se asocia a una hiperproducción de IgE, consecuencia de la producción aumentada de

IL-4. No obstante, el incremento de la IgE no es un hecho constante en la DA, ni todos los pacientes que presentan aumento de esta inmunoglobulina pueden ser catalogados como atópicos; de hecho, el 20 % de los pacientes con DA tienen cifras normales de IgE.

Por tanto, la presencia de anticuerpos IgE en los pacientes con DA no se considera un criterio diagnóstico, aunque sí evocador y correlacionable, en algunos casos de niveles muy altos, con la gravedad de la enfermedad.

3. Factores de riesgo y agravantes[11] (figura 2)

Dos son los factores intrínsecos de riesgo más importantes de padecer DA: tener antecedentes familiares directos de DA o asma (aumenta el riesgo de 1,5 a 5 veces, según se vean afectados uno o los dos progenitores, y según el tipo de enfermedad atópica que padezcan), y la mutación con pérdida de función del gen *FLG*.

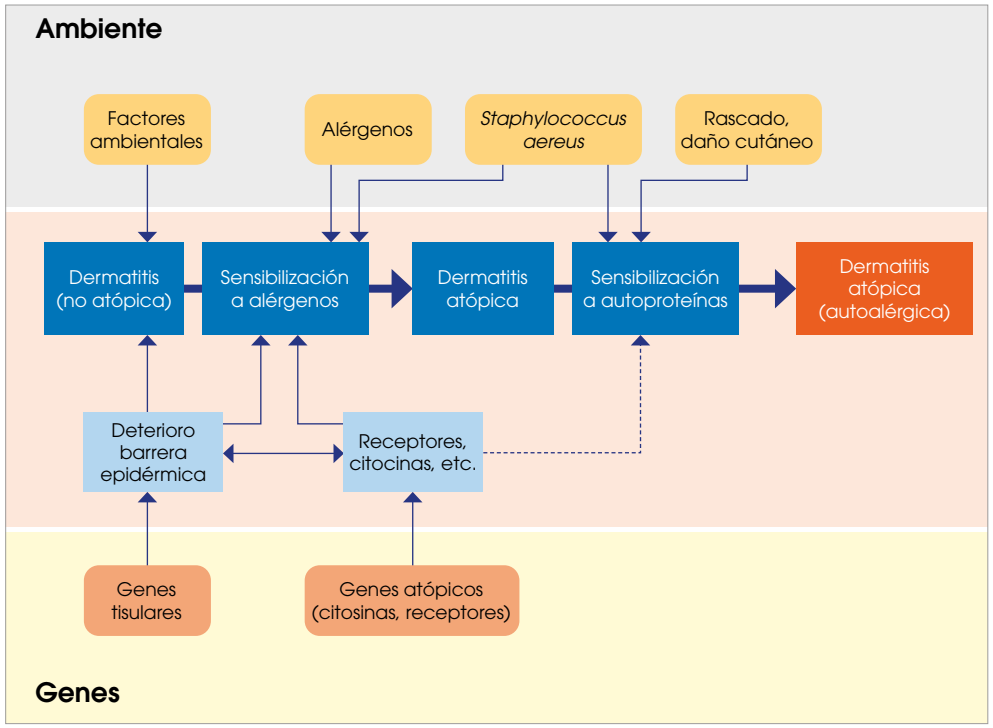


Figura 2. Factores de riesgo y agravantes en dermatitis atópicas. Adaptado a partir de Bieber TH. Atopic Dermatitis. N Engl J Med. 2008;358:1483-94.

Y otros, relacionados con factores de estímulo directo sobre la piel: infecciones cutáneas, alteraciones emocionales —como ansiedad—, el uso de jabones y lociones irritantes, baños con agua muy caliente, uso de ropa de lana o de fibras sintéticas, sudoración excesiva, etc., que determinan un estímulo para la intrínseca hiperreactividad cutánea que tiene la DA.

4. Diagnóstico

No existe ninguna prueba de laboratorio específica para el diagnóstico de la DA. Por lo tanto, este se basa en la presencia de un conjunto de síntomas y signos clínicos, junto con varias características asociadas, datos de la historia personal y familiar, factores desencadenantes, datos serológicos (de la sangre) e incluso la presencia de complicaciones de la propia enfermedad. En ocasiones, es necesario realizar determinadas pruebas diagnósticas, incluida la biopsia cutánea, para descartar otras enfermedades similares a la DA y/o para detectar posibles agravantes o desencadenantes de la enfermedad. No se dispone de pruebas analíticas o complementarias que confirmen con seguridad el diagnóstico de DA.

Por tanto, ante la falta de una prueba definitiva de confirmación, siempre se ha de hacer el diagnóstico diferencial con posibles simuladores (dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, linfoma de células T, ictiosis, psoriasis, inmunodeficiencias, escabiosis, etc.)[12,13].

4.1. Criterios de Hanifin y Rajka (Anexo 1). En 1980, Hanifin y Rajka definieron hasta un total de 27 criterios (4 criterios mayores y 23 criterios menores) basándose en las diversas manifestaciones clínicas en las que puede mostrarse la DA, como ayuda para su diagnóstico. Sin embargo, a veces estos criterios son de difícil valoración en la práctica clínica por su imprecisión o su infrecuencia, por lo que han sido varios los intentos de conseguir unos criterios más adecuados a la práctica clínica habitual[14].

5. Fenotipos[15] (tabla 1)

Sobre la base de ciertas características clínicas y patogénicas, se considera que hay dos fenotipos de DA:

- *DA extrínseca.*
- *DA intrínseca.*

Tabla 1. Fenotipos en la dermatitis atópica

	DA Extrínseca	DA Intrínseca
Frecuencia	55-90 %	10-45 %
Edad	Precoz (<20 años)	Tardía (>20 años)
Sexo	H = M	M > H
Apariencia clínica, historia familiar, duración enfermedad	Similar	Similar
Sequedad piel	Sí	Sí
Mutación gen Filagrina	Sí	No
Hiperreactividad cutánea	Sí	Sí
Histología	Similar	Similar
Asma, rinitis	+	–
IgE alta	Sí	No
IgE alérgeno-específica	Sí	No
IFN-γ (piel lesional)	++	++
Eosinofilia	Alta	Leve-moderada
Linfocitos periféricos en sangre		
HLA-DR	Similar	Similar
IL-5, IL-4	Similar	Similar
Linfocitos B CD23+	+++	+
Respuesta inmunológica dominante	Th2	Th17/Th22
Linfocitos en piel lesión		
IL-5	+++	+
IL-13	+++	+
Expresión Fce/FceRII félulas dendríticas epidérmicas	>1,5	<0,56

También se ha constatado que existen diferencias raciales:

- *DA europea/americana.*
- *DA asiática* (presenta más hiperplasia epidérmica y paraqueratosis, con rasgos psoriasiformes, y una mayor activación de Th17).

6. Clínica (tabla 2)

La DA se caracteriza por brotes recurrentes de eccema, pruriginosos, que en el 90 % de los pacientes comienza en los primeros 5 años de vida[1]. Aunque en muchos casos la DA tiene un aspecto clínico constante y característico:

- *Eccema en la cara y zonas de flexión.*

(En función de la edad del paciente se puede presentar bajo otras formas clínicas)

- Eccema agudo *versus* crónico.
- Eccema localizado *versus* generalizado (si afecta a la mayor parte de la piel se denomina eritrodermia).

6.1. Dermatitis atópica de la infancia[16-18]. Aunque muy prevalente en este grupo de edad, la DA en la infancia puede estar sobrediagnosticada. Características y aspectos que se deben tener muy en cuenta:

- No todo lo que pica en una piel inflamada es DA.
- Ser rigurosos y escrupulosos en el diagnóstico de DA.
- Es típicamente una enfermedad crónica que cursa en brotes.
- Es muy pruriginosa. De forma general, se debe tener siempre en mente que no hay eccema sin prurito.
- Los pacientes suelen asociar sequedad o xerosis cutánea (además, es un factor desencadenante y agravante de la enfermedad).

Tabla 2. Clínica de la dermatitis atópica según las distintas etapas de edad

	Lactancia	Infancia	Adolescencia y edad adulta
Localización	Cuero cabelludo, cara y cuello. Superficies extensoras	Flexuras, muñecas, tobillos, áreas periorificiales	Párpados, zona retroauricular, cuello (“cuello sucio”), manos, parte superior del tórax

Tabla de elaboración propia[16-20].

- Se incluye dentro de la marcha atópica, por lo que es más frecuente que los pacientes presenten otras comorbilidades como asma bronquial, alergias alimentarias o a alérgenos aerotransportados.
- Es frecuente la historia familiar de atopia (asma, eccema, rinitis alérgica).

6.1.1. Desde el nacimiento y hasta los 2 años:

- Suele manifestarse con afectación más generalizada del cuerpo, en forma de placas eritematosas, descamativas y a veces costrosas en las superficies extensoras, mejillas, cuero cabelludo y tronco.
- En lesiones más agudas pueden aparecer vesículas y exudado seroso.
- El área del pañal suele estar respetada.

6.1.2. En niños más mayores (> 2 años) y adolescentes:

- La DA tiende a ser más localizada.
- Las lesiones suelen ser menos exudativas, de mayor tiempo de evolución y con tendencia a la liquenificación (engrosamiento de la piel, habitualmente por rascado).
- Lo más característico es que afecte a las flexuras (antecubitales, poplíteas, cuello, muñecas).

6.2. Dermatitis atópica del adulto[19,20]. Se debe distinguir en el adulto con DA:

- DA que viene desde la infancia ("DA de toda la vida"). Lesiones similares a las mencionadas.
- DA de nueva aparición en la edad adulta (alrededor del 20 %). Además de las anteriores, mayor frecuencia de afectación de cuello y manos. Puede plantear otros diagnósticos:
  - Valorar hacer pruebas complementarias (pruebas epicutáneas de alergia) y/o biopsia para confirmar el diagnóstico.

6.3. Formas y signos menores de dermatitis atópica[21,22]. Además de las formas clásicas, hay otra serie de variantes menos frecuentes que también entran dentro del espectro de la DA y pueden representar la única manifestación de la enfermedad:

- **Queilitis atópica:** es el equivalente al eccema de labios en estos pacientes. Se suele manifestar con sequedad, descamación y fisuras.
- **Eccema de manos:** se plantea el diagnóstico diferencial con un eccema de contacto. Sin embargo, en el eccema atópico de manos suele afectarse el dorso de las manos y el dorso y caras laterales de los dedos.
- **Eccema de párpados:** en algunos pacientes la afectación palpebral puede ser la única manifestación. En estos casos, suele acompañarse del mencionado doble pliegue palpebral de Dennie-Morgan.
- **Pitiriasis alba:** considerada una manifestación menor de DA, se caracteriza por manchas hipopigmentadas, habitualmente localizadas en la cara. Se cree que en las zonas de pitiriasis alba existe un aumento en la microbiota normal que impediría una adecuada pigmentación de la piel afectada.
- **Eccema dishidrótico:** en el paciente atópico se considera que el fenómeno se debe a un aumento de la sensibilidad del paciente a alérgenos contactantes o bien a su piel sensible con pobre función de barrera.
- **Pulpitis digital crónica:** se suele manifestar como descamación y eritema brillante, acompañado en ocasiones con fisuras en los pulpejos.
- **Dermatosis plantar juvenil:** se caracteriza por enrojecimiento doloroso en las plantas de los pies, que es más frecuente en invierno por la oclusión del calzado.

7. Asociaciones clínicas

El proceso inflamatorio que subyace en la DA es compartido por otras alteraciones patológicas en el mismo paciente, afectando con frecuencia a otros tejidos u órganos.

7.1. Marcha atópica (figura 3)[23,24]. Serie de acontecimientos, comorbilidades o eventos "alérgicos" que suelen aparecer en un porcentaje relevante de pacientes con DA desde la infancia, y especialmente en las formas más severas:

- La DA es una enfermedad que *va más allá de la piel.*
- El paciente debe ser considerado de forma holística y el abordaje como profesionales no debería quedarse solo en la valoración de las lesiones cutáneas, sino que se debe abordar la realidad del individuo (niño o adulto) y de su familia.

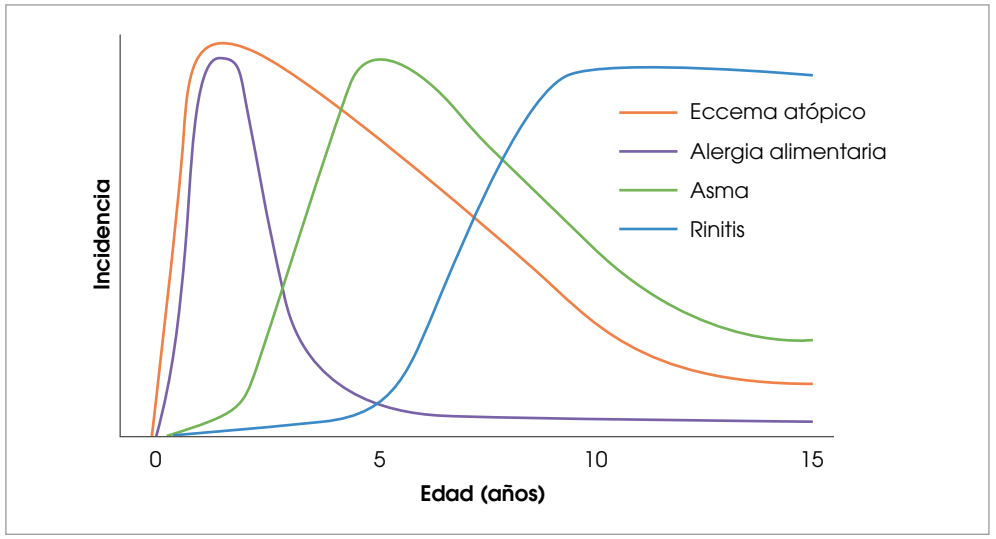


Figura 3. Marcha atópica. Modificado de Barnetson RS et al. *BMJ* 2002;324:1376-9.

7.2. Comorbilidades frecuentes en dermatitis atópica[25]

- **Asma.**
- **Rino/conjuntivitis.** Se puede observar un signo clínico muy característico en forma de pliegue transversal en el dorso nasal secundario debido a la constante manipulación de la punta nasal ocasionado por el prurito y molestias que sufren estos pacientes. En niños más mayores ese pliegue se puede asociar a pequeños quistes similares a los de milio, que dan lugar al llamado *pseudoacné de la cresta nasal*.
- **Trastornos del sueño.**
- **Psicológicas:**
  - **Ansiedad/depresión.**
  - **Estrés.** El estrés emocional va asociado a la falta de sueño, al prurito y a la incertidumbre de la aparición de los brotes.
- **Síndrome de hiperactividad y déficit de atención.**
- **Alergias.** Aunque la DA no es propiamente un problema alérgico, al no estar desencadenada por un alérgeno, en ciertos casos sí se puede correlacionar con algunas alergias.
  - **Polvo y ácaros.**
  - **Alimentos.** La alergia alimentaria suele ser un evento precoz dentro de la cronología de la marcha atópica. La alergia al huevo y a la proteína de leche de vaca se asocia a DA grave. Es importante tener claro que la alergia alimentaria no es responsable de los brotes de DA.
- **Esofagitis eosinofílica.** Puede presentarse tanto en la infancia como en la edad adulta. Mientras que en los niños la forma de presentación más frecuente es el reflujo gastroesofágico o los vómitos, la disfagia o el dolor abdominal son más habituales en la edad adulta.
  - Valorar la posibilidad/necesidad de hacer una gastroscopia para su diagnóstico.
- **Otras:**
  - **Autoinmunes.**
  - **Cáncer.** Al parecer, existe un discreto incremento en el riesgo de linfoma en pacientes con DA, en particular de enfermedad de Hodgkin, el cual se incrementa en el caso de asociación a inmunosupresión.
  - **Cardiometabólicas.** Se ha demostrado una mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia tanto en niños de 0 a 2 años como en adolescentes de 12-14 años.

7.3. Complicaciones

- **Impetiginización[26].** Es la sobreinfección de los eccemas por *S. aureus*. Aparecen costras y fluido líquido de coloración amarillenta (color ámbar).
- **Eccema herpeticum[27].** Infección diseminada por toda la piel del herpes simple. Puede asociar riesgo de infección grave generalizada (encefalitis, etc.).
- **Cataratas[28].** Se ha constatado un desarrollo precoz de cataratas en pacientes con DA. Por ello, es preciso interesarse por la agudeza visual y por la aparición de síntomas como la fotofobia.

8. Medición de la gravedad de la enfermedad[29-31]

Se han elaborado multitud de escalas con el fin de medir la gravedad de la DA y otras para valorar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, la mayoría de estas escalas o no han sido validadas o se han diseñado con fines de uso en ensayos clínicos, no para la práctica habitual en la consulta de enfermería. A continuación se ofrecen escalas utilizables en la consulta de enfermería.

8.1. SCORAD (Dermatitis Atópica SCORing) (Anexo 2a). Se trata de una herramienta clínica para evaluar la gravedad (es decir, la extensión e intensidad) de la DA de la forma más objetiva posible. Fue creada y validada en 1990 mediante un consenso de un grupo de expertos del *European Task Force of Atopic Dermatitis*.

Incluye la medición de intensidad de cinco signos graduados por el observador (eritema, edema/pápulas, supuración/costras, liquenificación y sequedad) y de dos síntomas subjetivos graduados por el propio paciente (picor y pérdida de sueño).

A una mayor puntuación se asocia mayor severidad y pérdida de calidad de vida del paciente con DA. Según la puntuación obtenida, se han establecido tres grados:

- **Leve:** puntuación de 0 a 25.
- **Moderada**: puntuación de 25 a 50.
- **Grave:** puntuación mayor de 50 y hasta 103.

8.2. EASI (Eczema Area and Severity Index) (Anexo 2b). Es una herramienta utilizada para medir la extensión (área) y la gravedad del eccema atópico. Al contrario que el SCORAD, esta escala no incluye el grado de sequedad o descamación de la piel. Solo valora las zonas inflamadas.

Su cálculo se hace sobre cuatro zonas del cuerpo:

1. **Cabeza y cuello:** La cara ocupa el 33 % (17 % a cada lado), el cuello el 33 % (17 % delante y detrás) y el cuero cabelludo el 33 % de la región de la cabeza y el cuello.
2. **Tronco (incluida la zona genital):** La parte anterior ocupa el 55 % y la parte posterior el 45 % del tronco.
3. **Miembros superiores:** Cada brazo ocupa el 50 % de la región de los miembros superiores (la parte anterior o posterior de un brazo es el 25 %).
4. **Miembros inferiores** (incluidas las nalgas): Cada pierna ocupa el 45 % (la parte anterior o posterior de una pierna es el 22,5 %) y las nalgas el 10 % de la región de los miembros inferiores.

Tanto para la puntuación del área como para la puntuación de gravedad se registra para cada una de las cuatro regiones del cuerpo mencionadas.

En el caso del área, tiene en cuenta el porcentaje de piel afectada por el eccema, y en el caso de la gravedad, se refiere a la suma de las puntuaciones de intensidad de estos cuatro signos:

1. **Enrojecimiento** (eritema, inflamación).
2. **Grosor** (induración, papulación, hinchazón-eccema agudo).
3. **Rascado** (excoriación).
4. **Liquenificación** (piel forrada, surcos, nódulos de prurigo-eccema crónico).

La intensidad media de cada signo en cada región del cuerpo se evalúa como: ninguna (0), leve (1), moderada (2) y grave (3).

Se permiten medias puntuaciones. Puede ser difícil evaluar el enrojecimiento en la piel oscura. En caso de duda, se aumenta la puntuación media del enrojecimiento en un nivel.

Puntuación de gravedad = intensidad del enrojecimiento + intensidad del engrosamiento + intensidad del rascado + intensidad de la liquenificación

La puntuación del EASI va de 0 a 72:

- DA Leve EASI < 7,1.
- DA moderada EASI 7,1-21.
- DA grave EASI 21,1-50 (muy grave > 50,1-72).

8.3. POEM (Patient Oriented Eczema Measure) (Anexo 2c). Desarrollado por la Universidad de Nottingham, se centra en la enfermedad tal y como la experimenta el paciente.

Está recomendado por la iniciativa HOME (Harmonising Outcome Measures for Eczema) como el instrumento principal de resultados para la medición de los síntomas notificados por los pacientes en los ensayos sobre eccema.

- La puntuación se obtiene a partir de la valoración de cada una de las siete preguntas que se le hacen al paciente (o tutor/cuidador). Cada una de las siete preguntas tiene el mismo peso y se puntúa de 0 a 4.
- La interpretación de la puntuación final (de 0 a 28 puntos) se realiza con la siguiente regla:
  - 0 a 2: Limpio o casi limpio.
  - 3 a 7: Eccema leve.
  - 8 a 16: Eccema moderado.

– 17 a 24: Eccema severo.
– 25 a 28: Eccema muy severo.

Existe una versión POEM en castellano para adultos y niños.

8.4. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index, DLQI). En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como la existencia de bienestar físico, mental y social. A partir de la década de los 80, el concepto de calidad de vida, y más específicamente el de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) *(health-related-quality-of-life)*, se introduce definitivamente como variable fundamental en la práctica e investigación clínica.

Publicado en 1994, el DLQI fue el primer cuestionario de calidad de vida específico para la dermatología. En castellano se dispone de versión para adultos, adolescentes y niños.

8.4.1. Adultos DLQI (Anexo 2d1). Es un cuestionario validado sencillo, autoadministrado y fácil de usar. Está diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes adultos que padecen una enfermedad cutánea.

- No es específico de la DA.
- El propósito del cuestionario es medir cuánto ha afectado el problema de la piel en la calidad de vida del paciente.
- Solo contempla el periodo temporal de la última semana (los últimos 7 días), lo que delimita su utilidad para una decisión puntual, concreta en un tiempo determinado, sin analizar el evolutivo de la enfermedad.

Cada una de las preguntas (10 en total) del cuestionario incluye una escala tipo Likert con cuatro posibles respuestas: “nada en absoluto”, “un poco”, “mucho” o “muchísimo”, con puntuación de 0, 1, 2 y 3, respectivamente, existiendo además la posibilidad “no es pertinente”. Los dominios de salud incluidos son: síntomas y percepciones (preguntas 1 y 2), actividades diarias (3 y 4), ocio (5 y 6), trabajo/estudio (7), relaciones interpersonales incluyendo sexualidad (8 y 9) y tratamiento (10). La suma de las puntuaciones proporciona un valor global agregado simple entre 0-30, pudiendo presentarse el resultado como el porcentaje de impacto de la afección dermatológica en la calidad de vida del paciente. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.

8.4.2. Adolescentes DLQI (Teenagers Dermatology Life Quality Index, T-DLQI) (Anexo 2d2). Similar al DLQI de adultos, pero con preguntas adaptadas a la edad y fase psicológica del adolescente.

8.4.3. Niños DLQI (Children’s Dermatology Life Quality Index, CDLQI) (Anexo 2d3). Similar al DLQI de adultos, pero con preguntas adaptadas a la edad y fase psicológica del niño.

El CDLQI se publicó en 1995 para medir el impacto de la enfermedad de la piel en niños. Se dispone de una versión tipo cómic para niños entre 4 y 11-12 años.

8.5. Impacto Familiar de la Dermatitis (Dermatitis Family Impact, DFI) (Anexo 2e). El DFI es una herramienta específica para evaluar el impacto de la calidad de vida de los miembros de las familias con un niño con DA. Está diseñado para que lo complete un adulto (o familiar mayor de 16 años).

Consta de 10 preguntas y cada pregunta tiene tres opciones de respuesta. La forma de corregirlo es igual a la del DLQI y se obtienen puntuaciones de 0 (no impacto en la familia) a 30 (el máximo impacto en la vida familiar).

8.6. Ansiedad/Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Anexo 2f). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria es un instrumento clínico diseñado para evaluar la ansiedad y la depresión, cada vez más utilizado. Es un instrumento corto que ha mostrado su fiabilidad y validez, siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno.

Se compone de dos subescalas (HADA, para la ansiedad, y HADD, para la depresión) de siete ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Los propios autores recomiendan los puntos de corte originales: 8 para casos posibles y > 11 para casos probables en ambas subescalas.

- Un total de 14 preguntas para detectar trastornos de ansiedad y depresión.
- Con respuestas de 0 a 3, relativos a los sentimientos que han experimentado durante la última semana.

Entre sus ventajas, cabe mencionar su sencillez y brevedad, y la posibilidad de evaluar ansiedad y depresión con la misma escala.

8.7. RECAP [Recap of atopic eczema (“resumen del eccema atópico”)] (Anexo 2g). Es un cuestionario de siete ítems diseñado por la Universidad

de Nottingham para captar la experiencia del control del eccema en todas las edades y severidades.

Hay dos versiones: una autoinformada para adultos/niños mayores y una versión informada por el cuidador para niños más pequeños.

El RECAP es uno de los principales instrumentos de resultados recomendados por la iniciativa Harmonizing Outcome Measures for Eczema (HOME). Cada una de las siete preguntas del RECAP tiene el mismo peso y se puntúa de 0 a 4 (puntuación total de 0 a 28).

Si se deja una pregunta sin responder, se puntúa con un 0 y las puntuaciones se suman y se expresan como siempre sobre un máximo de 28.

En caso de que se dejen dos o más preguntas sin responder, el cuestionario no se puntúa.

Si se seleccionan dos o más opciones de respuesta, se registrará la opción de respuesta con la mayor puntuación.

8.8. Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica (Atopic Dermatitis Control Tool, ADCT) (Anexo 2h). La ADCT es una herramienta validada para su uso a partir de los 12 años, breve y de fácil puntuación para su uso en la práctica clínica y en la investigación clínica. Sus seis preguntas concisas permiten a los pacientes y a los médicos evaluar las diferentes dimensiones del control de la DA percibido por el paciente.

La ADCT puede ser autoadministrada por los pacientes y utilizada en las consultas rutinarias y está diseñada para ayudar a facilitar una discusión significativa entre el paciente y el médico sobre el control de la DA.

Consta de seis preguntas concisas para evaluar todas las dimensiones del control de la DA, que se puntúan de 0 a 4. La suma de puntos de las seis preguntas de la ADCT constituye la puntuación total, siendo la puntuación mínima 0 y la máxima, 24. Una puntuación alta indica un menor control de la DA, indicando que un paciente con DA puede que no esté bien controlado si la puntuación total de la ADCT es de al menos 7 puntos, o bien si su puntuación total aumenta en 5 puntos o más desde la última vez que usó esta herramienta.

8.9. EuroQol-5D (EQ-5D) (Anexo 2i). El EQ-5D es un instrumento genérico y estandarizado elaborado para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud. Da una medida de la salud autopercibida en dimensiones físicas, psicológicas y sociales. El instrumento EQ-5D consta de dos partes: el sistema descriptivo EQ-5D y la Escala Visual Analógica (EVA).

El sistema descriptivo EQ-5D comprende cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

En la EVA el individuo puntúa su salud entre dos extremos, 0 y 100, peor y mejor estado de salud imaginables.

Este cuestionario no obtiene una puntuación global, como puede pasar con el DLQI, sino que se obtienen unos perfiles en función de las respuestas del paciente a cada una de las dimensiones. De ahí que una peor salud sea la puntuación cercana a 0 y la mejor la cercana a 100.

8.10. Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo 2j). Es un instrumento que permite medir la intensidad de las molestias que describe un paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas (inexistente y máxima) de un síntoma. La EVA permite una determinación consistente de la subjetividad de un paciente, pero no permite comparar las subjetividades entre distintas personas. Aplicadas a la valoración del paciente con DA se utilizan para la determinación de dos síntomas: trastorno del sueño y picor.

En la Tabla 3 se hace una comparativa sobre la utilidad de los distintos cuestionarios comentados anteriormente.

Tabla 3. Comparativa de herramientas clínicas y cuestionarios de pacientes

Herramienta clínica	Signos	Síntomas	Picor	Insomnio	Bienestar emocional	CVRS	Control enfermedad
EASI	✔	✘	✘	✘	✘	✘	✘
SCORAD	✔	✔	✔	✔	✘	✘	✘
EVA picor	✘	✘	✔	✘	✘	✘	✘
POEM	✔	✔	✔	✔	✘	✘	✘
DLQI	✘	✔	✔	✘	✔	✔	✘
HADS	✘	✘	✘	✘	✔	✘	✘
EQ-5D	✘	✘	✘	✘	✔	✔	✘
ADCT	✘	✔	✔	✔	✔	✔	✔
RECAP	✘	✔	✔	✔	✔	✔	✔

Tabla de elaboración propia[29-31].

B. TRATAMIENTO

9. Criterios y guías para el tratamiento de la dermatitis atópica
10. Tratamiento tópico
11. Tratamiento del picor
12. Fototerapia
13. Terapia sistémica
14. Consulta enfermera de pacientes con dermatitis atópica
15. Prevención e intervención enfermeras
16. Intervención psicológica en el paciente con dermatitis atópica

La selección del tratamiento y la secuencia terapéutica se basan en gran medida en la gravedad de la enfermedad, con ajustes en función de la edad del paciente, la presencia de comorbilidades relacionadas y no relacionadas con la atopia, los problemas de cumplimiento y el coste (figura 4).

La decisión final de la elección terapéutica debe realizarse entre el médico y el paciente, a la luz de todas sus circunstancias individuales, la evolución de su enfermedad en el tiempo y la predicción del comportamiento de la enfermedad en adelante.

Los objetivos del tratamiento de la DA son:

- Recuperar la piel a su estado natural.
- Reducir el prurito.
- Establecer un control persistente de la enfermedad que permita a los pacientes ser plenamente funcionales en su vida diaria (el hogar, el trabajo, la vida social y la escuela). En función de la gravedad de la DA, su manejo se suele abordar de forma escalonada.

Para conseguir esos objetivos se requiere una estrategia dirigida a:

- Evitar los desencadenantes relevantes.
- Mejorar la barrera cutánea.

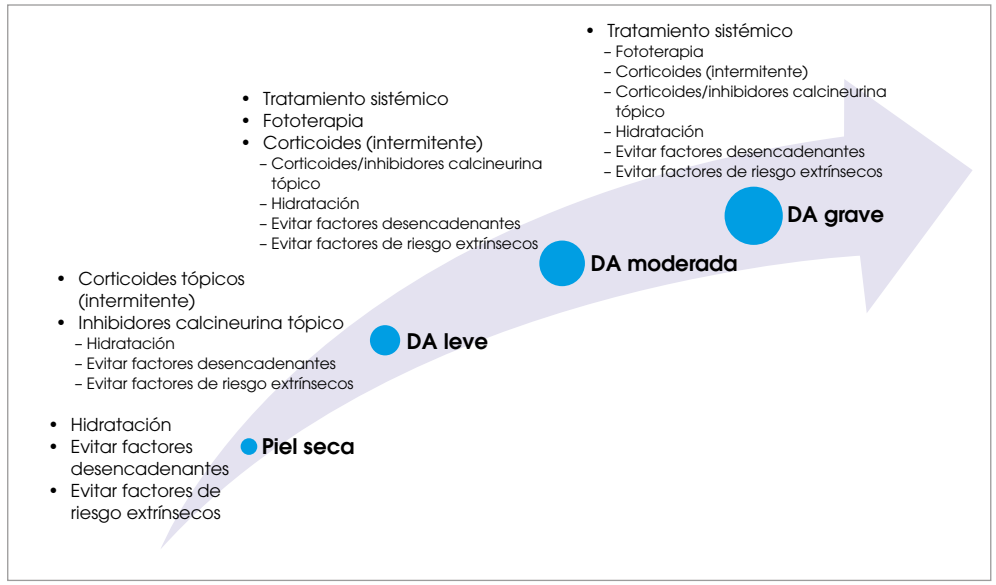


Figura 4. Escalera terapéutica en el manejo de la dermatitis atópica. Figura de elaboración propia[32-57].

- Normalizar la disbiosis de la piel.
- Reducir la inflamación.
- Formación/educación del paciente y el cuidador.

9. Criterios y guías para el tratamiento de la dermatitis atópica

Existen múltiples guías de expertos consensuadas sobre el manejo y tratamiento del paciente con DA. Prácticamente todas ellas comparten el mismo enfoque:

- Identificar y prevenir los factores de riesgo y/o agravantes.
- Identificar y corregir las comorbilidades que pueda asociar el paciente con DA.
- Establecer una escalera terapéutica paulatina y progresiva en función de la gravedad de la DA (implica la necesidad de hacer mediciones).
- Identificar y manejar la pérdida de calidad de vida que el paciente con DA pueda sufrir.

Se aconseja, para profundizar en este tema, dirigirse a una de las siguientes guías publicadas:

- Las guías del European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD)/EADV Eczema Task Force:
  - Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al; European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(12):2717-44.
- La guía española ofrecida por la Academia Española de Dermatología (aedv.es).
- Las guías European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema:
  - Wollenberg A et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Sep;36(9):1409-1431.
  - Wollenberg A et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Sep 3.

10. Tratamiento tópico[32-34]

La terapia tópica constituye la primera línea de tratamiento en la mayoría de los casos leves, en un gran porcentaje de los casos moderados y como complemento en las formas graves. No obstante, el punto débil de este tratamiento es la mala adherencia. Por ello, la acción primera por enfermería es la de:

- Informar y formar bien al paciente de cómo y cuándo aplicar el tratamiento tópico.
- Informar sobre los efectos esperados, beneficios y efectos adversos del tratamiento tópico.

El pilar farmacológico de este escalón terapéutico lo componen:

- Corticoides.
- Inhibidores de la calcineurina.

10.1. Corticoides tópicos. Los corticoides tópicos son un grupo de fármacos con actividad antiinflamatoria e inmunosupresora. Constituye el tratamiento de primera línea para los brotes de DA. Se cuenta con una experiencia clínica de más de 50 años en su utilización. Están disponibles presentaciones en diferentes formulaciones y diferentes potencias.

El uso de corticoides tópicos en pacientes con DA puede realizarse de dos maneras:

- **Forma reactiva o "tradicional":** aplicándolo en las lesiones 1-2 veces al día hasta su resolución clínica.
- **Proactiva:** tras blanqueamiento, en áreas previamente afectadas, para evitar nuevos brotes. Suele utilizarse 2-3 veces por semana.

10.1.1. Eficacia. No existe ningún tratamiento tópico más eficaz que los corticoides tópicos para el brote de DA.

Los corticoides tópicos se caracterizan por:

- Su efecto antiinflamatorio.
- Su rapidez y efectividad a corto plazo.
- El potencial desarrollo de taquifilaxia (disminución gradual del efecto en uso crónico prolongado).

10.1.2. Potencia. Los corticoides tópicos se clasifican en función de su potencia, de mayor a menor, lo que a su vez depende de la molécula y del vehículo en el que se preparan (tabla 4). Como norma general, una

Tabla 4. Clasificación por potencia de los corticoides tópicos

Potencia muy alta	
Clobetasol 0,05 %	Decloban®, Clovate®
Acetónido de Fluocinolona 0,2 %	Synalar Forte®
Potencia alta	
Valerato de Betametasona ungüento 0,1 %	Betnovate®, Celestoderm® ungüento
Dipropionato de Betametasona 0,05 %	Diproderm®
Dipropionato de Beclometasona 0,025%	Menaderm®
Valerato de Diflucortolona 0,05 %	Claral®
Acetónido de Fluocinolona 0,025 %	Synalar®, Gelidina®
Ceponato de Metilprednisolona 0,1 %	Adeventan®, Lexxema®
Fluroato de Mometasona ungüento 0,1 %	Elocom® ungüento
Prednicarbato 0,25 % ungüento	Batmen®, Peitel® ungüento
Potencia media	
Valerato de Betametasona crema 0,1 %	Betnovate®, Celestoderm® crema
Aceponato de Hidrocortisona 0,1 %	Suniderma®
Furoato de Momentasona crema 0,1 %	Elocom® crema
Prednicarbato 0,25 % crema	Batmen®, Peitel® crema
Potencia baja	
Hidrocortisona 1 %, 2,5 %	Lactisona®
Fluocortina 0,75 %	Vaspit®

Adaptado de *Dciencia - Ciencia para todos. Corticoides*. Última visualización Septiembre 2022.

misma molécula, a igual concentración, tendrá más potencia cuando se prepare en vehículo graso y cuando se aplique en piel más fina.

- A mayor potencia, mayor eficacia, y mayor riesgo de efectos adversos.
- El uso crónico de corticoides debe evitarse.

10.1.3. Efectos adversos (tabla 5). Poco frecuentes, y en general leves, si se utilizan adecuadamente y en periodos cortos.

10.1.4. Dosificación (tablas 6 y 7). Cantidad: depende de la extensión afectada; en general, la cantidad equivalente al pulpejo de un dedo debería bastar para una superficie equivalente a 2 palmas de la mano. No hay que olvidar que la absorción depende de la región corporal donde se apliquen.

Tabla 5. Potenciales efectos adversos del uso de corticoides tópicos

Efectos adversos locales	Efectos adversos sistémicos
• Estrías/atrofia de la piel, hipertricosis • Eritema, telangiectasias • Erupciones acneiformes, dermatitis perioral	• Retraso del crecimiento, hipertensión, glaucoma, catarata, etc. • Síndrome de Cushing

Tabla de elaboración propia[32-34].

Tabla 6. Dosificación de los corticoides tópicos

USO DE CORTICOIDES Y/O INMUNOSUPRESORES TÓPICOS	
Medida: Unidad de punta de dedo (FTU) Cantidad de crema depositada formando un trazo continuo a lo largo de la última falange del índice de un adulto. Equivale a aproximadamente 0,5 g. Con esta cantidad puede tratarse la superficie de piel correspondiente a dos manos de un adulto	
Zona del cuerpo a tratar con corticoides	**Adultos: n.º FTU/aplicación (g)**
Cara y cuello	2,5 (1,25 g)
Tronco (parte anterior o parte posterior)	7 (3,5 g)
Un brazo	3 (1,5 g)
Una mano (palma o dorso)	0,5 (0,25 g)
Una pierna	6 (3 g)
Un pie	2 (1 g)

Tabla de elaboración propia[32-34].

- Como norma general, no se debe utilizar un corticoide tópico en aplicación diaria durante más de un mes. Valorar, en caso de necesidad, alternativas o descansos terapéuticos.
- En los párpados y la región genital la absorción es mucho mayor que en las palmas y las plantas.
- En función de la región anatómica que se trate, hay que elegir potencias diferentes y formulaciones específicas.
- Cuanto más graso, más absorción.
- Las cremas y lociones son más adecuadas para zonas de piel más sensibles y de mayor absorción y también para áreas extensas.
- Las pomadas y ungüentos son más adecuados para áreas localizadas de piel más “gruesa”, como las plantas y las palmas.

Tabla 7. **Dosificación de los corticoides tópicos según edad del paciente**

Consideraciones para pacientes en edad infantil Cantidad de preparado necesario por aplicación de corticoesteroide tópico (expresado en número de unidades de punta de dedo o (FTU)				
Zona del cuerpo a tratar con corticoides	**Bebés 3-6 meses** n.º FTU/ aplicación (g)	**Niños 1-2 años** n.º FTU/ aplicación (g)	**Niños 3-5 años** n.º FTU/ aplicación (g)	**Niños 6-10 años** n.º FTU/ aplicación (g)
Cara y cuello	1 (0,5 g)	1 y ½ (0,75 g)	1 y ½ (0,75 g)	2 (1,0 g)
Tronco (parte anterior)	1 (0,5 g)	2 (1,0 g)	3 (1,5 g)	3 y ½ (1,75 g)
Tronco (parte posterior, incluyendo nalgas)	1 y ½ (0,75 g)	3 (1,5 g)	3 y ½ (1,75 g)	5 (2,5 g)
Un brazo y una mano	1 (0,5 g)	1 y ½ (0,75 g)	2 (1,0 g)	2 y ½ (1,25 g)
Una pierna y un pie	1 y ½ (0,75 g)	2 (1,0 g)	3 (1,5 g)	4 y ½ (2,25 g)

Tabla de elaboración propia[32-34].

- En la mayoría de los casos bastará con una aplicación al día.
- Es importante iniciar el tratamiento ante el inicio de las lesiones, ya que se consigue respuesta más rápida y se precisará menor tiempo de tratamiento.
- El tiempo de aplicación depende de la respuesta al tratamiento.

10.1.5. Infratratamiento. Corticofobia[35,36]. Si hay un tratamiento tópico que goza de "mala fama" es el corticoide, una fama completamente infundada, pues correctamente utilizados no suelen ocasionar problemas.

- La corticofobia es, sin duda, la principal causa de fracaso en el control de los brotes de la DA. La fobia al corticoide conduce al infratratamiento y al uso de terapias alternativas, en ocasiones contraproducentes y no exentas de riesgo.
- La educación, y el uso adecuado, es la manera fundamental para luchar contra estas falsas creencias, con una entrevista adecuada, con tiempo para explicar la naturaleza de la enfermedad y la necesidad de tratamiento precoz.

10.1.6. Tratamiento proactivo. Esta terapia se justifica entendiendo la fisiopatología de la DA. En áreas donde suelen aparecer los brotes de forma recurrente como el cuello, flexuras, etc. Y una vez resueltos estos con el tratamiento, se ha demostrado que a pesar de que clínicamente no se vean lesiones, existe una inflamación subclínica que predispone a la reaparición de lesiones cutáneas y/o prurito en las mismas localizaciones. Un tratamiento de mantenimiento 2 o 3 veces por semana se ha utilizado con éxito para prevenir estos brotes.

No todos los pacientes son candidatos a esta terapia, sino que se benefician de ella los que presentan más de seis brotes al año y en localizaciones recurrentes. Los efectos adversos son mínimos y, en general, se consigue espaciar los brotes de una manera significativa reduciendo el consumo de corticoides a medio y largo plazo.

10.2. Inhibidores de la calcineurina (IC) (Tabla 8). Los inhibidores tópicos de la calcineurina son un grupo de fármacos con actividad inmunomoduladora. Se dispone por el momento de dos moléculas: tacrolimus (con presentaciones distintas al 0,03 % y al 0,1 %) y pimecrolimus (con una sola presentación de concentración al 1 %). Pimecrolimus y tacrolimus al 0,03 % están aprobados para uso en niños > 2 años. Tacrolimus al 0,1 % está aprobado para uso en niños > 16 años.

Conviene tener en cuenta al usar los IC:

- Son menos eficaces que los corticoides tópicos de potencia moderada o alta.
- Son más eficaces que los corticoides de potencia baja.
- Tacrolimus al 0,1 % es ligeramente más eficaz que pimecrolimus al 1 %.
- Tienen menos efectos secundarios que los corticoides, por lo que pueden usarse durante periodos más prolongados.

Tabla 8. Inhibidores de la calcineurina disponibles

Principio activo	Nombre comercial
Pomada tacrolimus al 0,03 %	Protopic® 0,03
Pomada tacrolimus al 0,1 %	Protopic® 0,1 Cellmune® TaKrozem®
Crema pimecrolimus al 1 %	Elidel® crema

Tabla de elaboración propia[32-34].

- Pueden usarse en combinación o alternancia con los corticoides tópicos.
- Se puede hacer uso combinado con corticoides.
- En la cara, el cuello y zonas de piel sensible donde los corticoides pueden dar problemas son especialmente útiles.
- En los genitales y en pliegues pueden usarse sin problema, evitando la aplicación de corticoides en estas localizaciones.
- Son muy útiles en la profilaxis del brote de DA.
- Hay estudios que relacionan el uso de IC con fenómenos de reparación de la barrera cutánea, por tanto una menor frecuencia de brotes a medio plazo.

10.2.1. Efectos adversos. Al ser moléculas de gran tamaño (mayor que los corticoides) tienen escasa penetración transepidérmica, delimitando por ello sus posibles efectos adversos a nivel local, sin afectación sistémica de consideración.

- El efecto secundario más frecuente es el de quemazón local transitoria, que suele desaparecer en 2 o 3 días. Son más frecuentes en lesiones agudas que en crónicas.

10.2.2. Dosificación (figura 5). Tanto la pomada de tacrolimus como la crema de pimecrolimus se usan dos veces al día en las lesiones hasta su completa resolución.

- Tras el control de las lesiones se pueden seguir usando los IC como tratamiento proactivo, aplicándose dos noches alternas por semana.
- En zonas corporales con lesiones recurrentes mantener tratamiento proactivo al menos un año.

10.3. Terapia *wet-wrap* (envoltura húmeda)[37]. Es una técnica usada para reducir de forma rápida los brotes graves de DA, tanto en niños como en adultos. Su eficacia se basa en la reducción de la pérdida transepidérmica de agua, establecimiento de una barrera física contra el rascado y, por consiguiente, la restauración de la barrera epidérmica. Consiste en la utilización de una doble capa de vendajes tubulares, con humidificación periódica. Se pueden usar pijamas de algodón ajustados en lugar del segundo vendaje.

- Se aplica una primera capa de vendas húmedas en contacto con la piel del paciente previa aplicación en la piel de corticoides tópicos o emolientes.

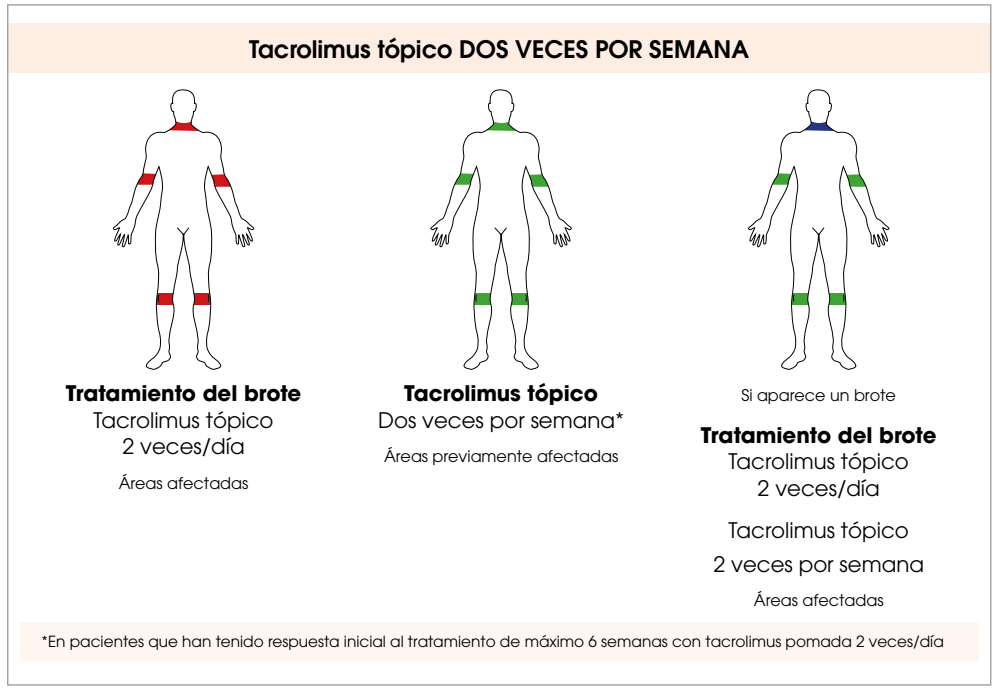


Figura 5. Pauta de uso de los inhibidores de la calcineurina.

- Se coloca una segunda capa de vendas secas que retiene el contenido de la primera (se pueden usar pijamas de algodón ajustados en lugar del segundo vendaje seco).
- Esta técnica se debe realizar en pacientes ingresados o de forma domiciliaria con personal con conocimiento para realizar el procedimiento (cuidador experto) y con la supervisión de su dermatólogo.
- Se sugiere realizar esta técnica durante varios días; hay estudios que mantuvieron el tratamiento hasta 2 semanas.
- Los acontecimientos adversos descritos son foliculitis, infecciones por *Pseudomonas* e infecciones herpéticas.

10.4. Antimicrobianos y antisépticos[38-40]. El uso de antimicrobianos y antisépticos no está recomendado de forma mantenida.

En el caso de los antimicrobianos, se reservan para casos en los que se demuestra una sobreinfección clínica; en general, se usan combinados con corticoides, siendo el ácido fusídico, la mupirocina y la gentamicina los más utilizados en la práctica clínica.

- La asociación corticoide y antibiótico es interesante en especial en la dermatitis numular o eccema en placas, en la pulpitis atópica y cuando existe fisuración, pues en estas circunstancias suele existir proliferación de *S. aureus*, responsable de la persistencia de las lesiones e incluso de la resistencia a los corticoides.
- Los antisépticos deben utilizarse incorporados a productos de higiene como geles de baño, o detergentes sintéticos (syndet). Se usa triclosán, clorhexidina, etc., pero las guías europeas de 2020 y las americanas de 2014 recomiendan los baños con lejía diluida como antiséptico ideal en los pacientes con DA, y en especial pacientes pediátricos.
- Puede ser también de utilidad la aplicación periódica de mupirocina intranasal para erradicar la colonización del *S. aureus* en esa localización.

10.4.1. Baños con lejía[39]. No existe evidencia científica clara sobre la indicación de los baños con lejía, pero sí recomendaciones, sobre todo por parte de pediatras, sobre la utilización de esta técnica en los niños.

- Su uso persigue ejercer una prevención antiséptica, reduciendo la cantidad de *S. aureus*.

Para su aplicación se recomienda seguir las normas y pautas siguientes:

- Lejía pura a concentración máxima del 6 %.
- Concentración en agua = 0,005 % (100 mL en una bañera llena de agua).
- Demasiada lejía puede irritar la piel, pero poca lejía puede no ayudar lo suficiente.
- Periodo de 5 a 10 minutos en remojo, 2-3 veces por semana.
- El niño se debe sumergir desde el cuello hacia abajo, dejando la cabeza (y en particular los ojos) fuera del agua.
- En ocasiones se pueden aplicar fomentos en la cara, con sumo cuidado.
- Este tipo de baños está indicado en pacientes con DA y signos de sobreinfección.
- No se debería realizar este tipo de baños en el brote agudo de DA.
- Realizar un aclarado con agua limpia tras el baño con lejía.

11. Tratamiento del picor[41-43]

El picor es el síntoma más importante y grave en la DA, lo que favorece las complicaciones por su consecuencia más inmediata: el rascado, responsable de mantener la inflamación por la producción constante de citocinas proinflamatorias, que daña la barrera cutánea y favorece la sobreinfección.

- El control del prurito debe ser un objetivo prioritario en el manejo de la DA.
- Aunque su uso es tradicional, los antihistamínicos orales no siempre resultan eficaces en la DA.
- Los antihistamínicos anti-H1 clásicos por vía oral suelen ser más eficaces en el control del picor que los de segunda generación, por su efecto sedativo.
- La hidroxicina y la dexclorfeniramina son los antihistamínicos anti-H1 de uso más frecuente en la DA.
- El uso de antihistamínicos tópicos se desaconseja, por su falta de eficacia demostrada y por los potenciales efectos adversos de dermatitis de contacto.
- No obstante, y dado que el prurito en la DA no depende solo de la histamina, la exploración de otras vías terapéuticas actualmente disponibles podrían cambiar la vida de los pacientes más graves.
- Para controlar el picor es necesario controlar también el eccema cutáneo.
- No se ha establecido la seguridad y eficacia de la dexclorfeniramina en niños menores de 2 años. No se dispone de datos. Hidroxicina jarabe puede usarse a partir de los 12 meses de vida.
- Evitar el uso de antihistamínicos con potencial alteración de la conducción cardiaca en pacientes con cardiopatía, en especial con intervalo QT largo (ver ficha terapéutica en cada caso del antihistamínico elegido).

12. Fototerapia[44]

La utilidad de la luz ultravioleta en el tratamiento de la DA se basa en la experiencia observada previamente de que los brotes de la enfermedad suelen controlarse durante el verano, con la exposición solar. De hecho, aún hoy, la helioterapia (tomar el sol) es una indicación terapéutica en algunos casos. No

obstante, la radiación corporal con luz ultravioleta artificial controlada (fototerapia) se considera más eficaz que la toma de sol.

- La radiación ultravioleta B (UVB) tiene efectos inmunomoduladores y de control de la colonización de *S. aureus* en la piel de pacientes con DA.
- Aunque existen varias modalidades de fototerapia, en la práctica es la UVB-banda estrecha (UVB-be, 311-313 nm de longitud de onda) la más utilizada.
- No existe evidencia suficientemente contrastada del beneficio de PUVA (psoraleno oral + UVA) en la DA.
- No se han encontrado datos de evidencia para el uso de fototerapia en embarazadas con DA.
- La dosis de UVB depende de la pigmentación del paciente y la tolerancia a la radiación.
- Los métodos utilizados para calcular la administración de dosis de UVB es determinando la dosis mínima de eritema (DEM), que es la mínima radiación UVB capaz de generar eritema leve en el paciente. También se utiliza el método basado en el fototipo del paciente. El esquema habitual de tratamiento para la DA son tres sesiones por semana durante 6 semanas. En el Anexo 3 se muestra una guía para la dosificación de UVB-be en la DA.
- El inconveniente principal de la fototerapia es la disponibilidad horaria, pues obliga a asistir a un centro varios días en semana, y puede ser difícil para personas con horarios laborales estrictos o en edad escolar.
- A pesar de su aparente bondad, la fototerapia no es inocua y puede presentar efectos adversos: daño actínico, eritema local y sensibilidad, prurito, ardor, y escozor.
- Efectos adversos menos comunes de la fototerapia incluyen: cáncer de piel no melanoma, melanoma (especialmente con el uso de PUVA), lentigos, erupciones fotosensibles (especialmente erupción lumínica polimorfa), foliculitis, fotoonicólisis, reactivación del virus del herpes simple e hipertricosis facial. Por ello, siempre debe llevarse a cabo bajo un protocolo supervisado.

12.1. Consideraciones en edad pediátrica[45]

- Los datos del uso de la fototerapia en la DA de la infancia a largo plazo son limitados, por lo que en este grupo de edad debería ser utilizada con precaución y durante cortos periodos de tiempo.

- Adaptar el esquema de dosificación y pauta de forma individualizada (especialmente buscar compatibilidad horaria con los horarios del colegio).

13. Terapia sistémica[46-57]

Cuando el tratamiento tópico o la fototerapia no son eficaces, están contraindicados o no están disponibles, está indicado el tratamiento sistémico, por vía oral o parenteral. Existen hoy en día varios y diversos fármacos con distinta eficacia e indicación en la DA.

La terapia sistémica ha experimentado en los últimos años un avance enorme. La obtención de moléculas y anticuerpos capaces de dirigirse a dianas específicas en la cascada inflamatoria de la DA ha permitido dar un salto cualitativo en el manejo farmacológico de los pacientes con DA, por su mayor eficacia y efectividad, respecto a los fármacos clásicos disponibles hasta hace pocos años.

- La elección terapéutica debe valorarse por la seguridad, eficacia y eficiencia del fármaco, la gravedad de la DA, la edad del paciente y la presencia de ciertas comorbilidades.
- Antes de iniciar cualquier tratamiento sistémico hay que excluir posibles contraindicaciones y hacer el cribado basal que exija cada fármaco (seguir la ficha técnica o los protocolos específicos del centro).
- Además de los disponibles hoy en día, habrá que estar muy atentos a la aparición de nuevos fármacos en desarrollo.
- Dada la cronicidad de la DA, habitualmente se requiere tratamiento continuo a largo plazo para su control, especialmente en la DA severa.
- Por ello, son necesarios un seguimiento y una vigilancia continuos de los pacientes con terapia sistémica.
- Puede ser necesario un ajuste de dosis de los fármacos en función del peso y/o edad del niño/joven.
- Algunos de los nuevos fármacos no están aún aprobados para su uso en niños/jóvenes, por lo que, de ser necesarios, se indicarán como uso “compasivo”.

13.1. Fármacos sistémicos[46,47]. Los fármacos sistémicos se pueden agrupar en función de su proceso de síntesis en tres clases:

13.1.1. Químicos clásicos (tabla 9)[48,49]. Sintetizados por proceso químico dirigidos a diversas dianas no específicas de una vía inflamatoria. Son los fármacos clásicos utilizados en exclusiva hasta hace pocos años.

Se caracterizan por:

- Se administran por vía oral.
- Tener una eficacia variable según los pacientes.
- Tener toxicidad órgano-específica por acúmulo.
- Tener un tiempo de uso limitado por su toxicidad acumulativa.

Tabla 9. Fármacos clásicos[48-49]

- Azatioprina
- Ciclosporina
- Corticoides
- Metotrexato
- Mofetil micofenolato

13.1.2. Pequeñas moléculas orales (tabla 10)[50]. Sintetizados por proceso químico pero dirigidos contra un determinante específico (proteína intracelular de una vía inflamatoria).

Se caracterizan por:

- Se administran por vía oral.
- Su acción de bloqueo intracelular.

Tabla 10. Pequeñas moléculas: Inhibidores JAK[50-52]

- Abrocitinib*
- Baricitinib[51]**
- Upadacitinib[52]***

* Aprobado por la EMA.
** Ya aprobado y disponible en España para el tratamiento de la DA grave en pacientes adultos que son candidatos a tratamiento sistémico.
*** Ya aprobado y disponible en España para el tratamiento de la DA Sgrave en pacientes adultos, y adolescentes a partir de 12 años de edad, que son candidatos a tratamiento sistémico.

13.1.3. Biológicos (tabla 11)[53-55]. Sintetizados por organismos vivos y dirigidos contra determinantes específicos (una citocina o un receptor).

Se caracterizan por:

- Se administran por vía subcutánea (algunos pueden ser administrados por vía intravenosa).
- Su acción de bloqueo es extracelular.

Tabla 11. Fármacos biológicos[53-57]

a) Comercializados y con indicación
- Dupilumab[56]*
- Tralokinumab[57]**

b) En ensayo clínico o desarrollo de indicación
- Fezakizumab***
- Lebrikizumab***
- Mepolizumab***
- Nemolizumab***
- Tezepalumab***

* Ya aprobado y disponible en España para la DA grave en pacientes adultos y adolescentes a partir de 12 años, y para el tratamiento de la DA grave en niños de 6 a 11 años, que son candidatos a tratamiento sistémico.

** Ya aprobado y disponible en España para la DA grave en pacientes adultos que son candidatos a tratamiento sistémico.

*** En ensayo clínico o desarrollo de indicación. Se pueden consultar Fezakizumab, Lebrikizumab, Mepolizumab, Nemolizumab y Tezepalumab, respectivamente en ClinicalTrials.gov. Última visualización Septiembre 2022.

La mayoría de las pequeñas moléculas orales y de los biológicos se encuentran aún en periodo de ensayo clínico en diversas fases o están pendientes de la aprobación definitiva. De todos ellos, los únicos autorizados y comercializados en España para la indicación de DA en el momento de redactar este manual son dupilumab (Dupixent®), tralokinumab (Adtralza®), baricitinib (Olumiant®) y upadacitinib (Rinvoq®).

En el **Anexo 4** se ofrece un resumen práctico de las características de cada uno de los fármacos sistémicos en uso clínico o con indicación actual para la DA.

13.2. Recomendaciones de uso de los fármacos sistémicos[46-57]

- Los fármacos sistémicos están indicados en pacientes adultos y pediátricos (algunos en uso compasivo y otros sin indicación en edad pediátrica -ver fichas técnicas-) en los que la terapia tópica optimizada y/o la fototerapia no controlan adecuadamente los signos y síntomas de la enfermedad.
- Los fármacos sistémicos están recomendados cuando la enfermedad cutánea del paciente tiene un impacto físico, emocional o social significativo.
- Las decisiones de tratamiento deben basarse en el estado de la DA de cada paciente (actual e histórico), sus comorbilidades y sus preferencias.
- Todos los fármacos sistémicos deben ajustarse a la dosis mínima eficaz una vez que se haya alcanzado y mantenido la respuesta.
- Las terapias adyuvantes deben continuar utilizando la menor dosis y duración del agente sistémico posible.
- Los esteroides sistémicos deben evitarse en lo posible para el tratamiento de la DA. Su uso se reserva exclusivamente para las exacerbaciones agudas y graves y como terapia puente a corto plazo para otro tratamiento sistémico que ahorre esteroides.
- La ciclosporina es eficaz y se recomienda como opción de tratamiento para los pacientes con DA refractaria al tratamiento tópico convencional. Es el único fármaco químico clásico con indicación para mayores de 16 años.
- El resto de fármacos químicos clásicos (azatioprina, metotrexato, mofetil micofenolato) deben considerarse como alternativa a la ciclosporina, e indicados como uso compasivo, ya que no disponen de indicación para la DA.
- Como con todos los fármacos, el uso de los nuevos biológicos o pequeñas moléculas se ajustará a las indicaciones concretas de su ficha técnica. Por norma general, estos fármacos exigen el uso previo sin resultado de algún químico clásico, o por estar contraindicado.
- De ellos, dupilumab es un fármaco con indicación y autorizado actualmente para su uso en España para la DA grave en pacientes adultos y adolescentes a partir de 12 años, y para el tratamiento de la DA grave en niños de 6 a 11 años, que son candidatos a tratamiento sistémico.
- Upadacitinib, está aprobado y disponible en España para el tratamiento de la DA grave en pacientes adultos, y adolescentes a partir de 12 años de edad, que son candidatos a tratamiento sistémico, y tralokinumab y baricitinib están aprobados y disponibles en España para el tratamiento de la DA grave en pacientes adultos que son candidatos a tratamiento sistémico.

El principal inconveniente del tratamiento sistémico es el de exponer al paciente a posibles efectos adversos potenciales, y aunque en su mayoría suelen ser leves, pueden llegar a ser graves. Por ello, cuando se indique un fármaco con acción sistémica:

- Iniciar un protocolo de farmacovigilancia que contemple los estudios y pruebas complementarios que se exijan (ver la ficha técnica de cada fármaco) antes de su inicio (cribado), así como durante el tiempo que se mantenga su uso. Por ello, es conveniente confeccionar un protocolo específico para cada fármaco. En el Anexo 5 se muestra a modelo de ejemplo de ficha de seguimiento la de un fármaco sistémico usado en DA.
- Se requerirá una primera consulta de enfermería con el paciente, en la que se realizará la valoración inicial y se le dará la información y formación oportuna para conseguir una buena adherencia terapéutica (*ver apartado siguiente*).

14. Consulta enfermera de pacientes con dermatitis atópica[58-66]

La consulta de enfermería dedicada a pacientes con DA tiene como objetivo principal mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes con DA. Por ello, esta consulta debe integrar todos los instrumentos de atención, diagnóstico e intervenciones propias de la enfermería, y estar dotada de todas las estrategias y herramientas necesarias que fomenten su independencia y su capacitación para el autocuidado. Por lo tanto, deberá contar con los medios físicos, humanos y asistenciales necesarios para su correcto desarrollo.

La actividad de esta consulta específica de DA puede estar integrada en una consulta de enfermería ya existente, o crearse de nuevo (para mayor detalle del desarrollo de este tipo de consulta se recomienda acudir al *Manual de la Consulta de Enfermería Dermatológica*, 2.ª edición. Madrid: Aula Médica; 2018; ISBN: 978-84-7885-626-8).

14.1. Aplicación del proceso de atención de enfermería en dermatitis atópica. El cuidado, dirigido al paciente y a su familia, es el principal elemento que define el papel de la enfermera o enfermero en una consulta de

enfermería. La implantación progresiva del proceso de atención de enfermería (PAE) como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado (taxonomías NANDA, NOC y NIC), han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años.

El profesional de enfermería, para realizar aquellas funciones que le son propias, necesita organizar su trabajo. Esta estructuración se efectúa mediante una herramienta muy útil que es el PAE. Este trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas especialmente a él, y no solo a su enfermedad. Consta de las cinco fases siguientes:

14.1.1. Valoración. Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, para poder identificar los problemas y/o necesidades del paciente con DA y así decidir qué diagnósticos son los que en cada paciente darán lugar a los cuidados específicos. Se procederá a la recogida de datos objetivos, subjetivos y biopsicosociales.

Para ello, se siguen los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon que se exponen en el Anexo 6. De forma resumida, en esta fase se obtendrán los datos, signos y síntomas de la enfermedad, cómo afecta esta al paciente, las expectativas y objetivos del paciente, así como sus inquietudes, dudas y preguntas respecto a su enfermedad y tratamiento.

14.1.2. Diagnóstico. A partir de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de las necesidades o problemas del paciente, se realizará el diagnóstico enfermero, que será la base del plan de cuidados del paciente con DA.

Existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería:

a) Real (está presente, enfocado al problema).

b) De riesgo (puede desarrollarse).

c) De promoción a la salud o de bienestar (para conseguir un aumento del bienestar y potenciar conductas que mejoren la salud).

d) De síndrome (agrupación de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y se abordan mejor en conjunto, al tener intervenciones parecidas).

046 Deterioro de la integridad cutánea

Definición de la etiqueta NANDA

El deterioro de la integridad cutánea es el estado en que el individuo presenta alteraciones de la epidermis, de la dermis o de ambas.

Características definitiorias

- Alteración de la superficie de la piel (epidermis).
- Destrucción de las capas de la piel (dermis).
- Invasión de las estructuras corporales.

Factores relacionados

Externos

- Alteración del estado de los líquidos.
- Hipertermia o hipotermia.
- Contacto con agentes químicos.
- Humedad.
- Radiación.
- Inmovilización física.
- Medicamentos.
- Factores mecánicos:
  - Fuerzas de cizallamiento.
  - Presión.
  - Sujecciones.
- Edades extremas.

Internos

- Alteración del estado metabólico.
- Prominencias óseas.

Déficit inmunológico.

- Alteración de la sensibilidad.
- Factores de desarrollo.
- Alteración nutricional (obesidad, anorexia).
- Trastornos de la pigmentación.
- Alteración de la circulación.
- Variaciones de la elasticidad.

Figura 7. Ejemplo de etiqueta diagnóstica.

Componentes de los diagnósticos enfermeros NANDA:

1) Etiqueta diagnóstica: proporciona el nombre al diagnóstico y todas las etiquetas cuentan con una **definición**, la cual proporciona una descripción clara de dicho diagnóstico (figura 6).
2) Características definitorias: son los grupos de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
3) Factores relacionados: identifica una o más causas probables del problema de salud; son las condiciones involucradas en el desarrollo del problema, y orienta la terapia de enfermería requerida. Dentro de estos también se pueden encontrar factores de riesgo (incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable).
4) Población de riesgo: son los grupos de individuos que comparten ciertas características que los hacen más susceptibles de desarrollar una respuesta humana específica.
5) Problemas asociados: son los diagnósticos médicos, procedimientos, apartados o agentes farmacéuticos que intervienen en el desarrollo de las respuestas humanas. Estos no pueden ser modificables de manera independiente por el personal de enfermería.

Cómo estructurar un diagnóstico enfermero basado en la taxonomía NANDA bajo el formato PES (fundado por la Dra. Marjory Gordon):

El formato PES se refiere a:

P: problema de salud, que se corresponde con la etiqueta diagnóstica.
E: etiología, donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.
S: sintomatología, constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema.

Problema + relacionado con (r/c) + Etiología + manifestado por (m/p) + Signos y síntomas (factores relacionados) (características definitorias)

PES = Problema + Etiología + Signos y síntomas	
Diagnóstico real y de síndrome	PES
Diagnóstico de riesgo	PE
Diagnóstico de promoción a la salud	PS

Por tanto, en función del tipo de diagnóstico enfermero se estructura de la siguiente manera:

DIAGNÓSTICO REAL (Formato PES)
Etiqueta diagnóstica + relacionado con (r/c) + manifestado por (m/p) (Definición) (Factores relacionados) (características definitorias) (Uno o más) (Mínimo 2) **Ejemplo:** Deterioro de la integridad cutánea r/c hidratación, cambios en el tensor de la piel y déficit inmunitario m/p destrucción de las capas de la piel
DIAGNÓSTICO DE RIESGO (Formato PE)
RIESGO DE… Etiqueta diagnóstica + relacionado con (r/c)… (Definición) (Factores de riesgo) **Ejemplo:** Riesgo de infección r/c heridas por rascado, defensas primarias inadecuadas, aumento de la exposición ambiental a algunos patógenos
DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN A LA SALUD (Formato PS)
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR… Etiqueta diagnóstica + manifestado por (m/p)… (Definición) (Características definitorias) **Ejemplo:** Disposición para mejorar el estado de la barrera cutánea m/p expresión verbal de deseos de mejorar
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME (Formato PES)
SÍNDROME DE… Etiqueta diagnóstica + relacionado con (r/c) + manifestado por (m/p) (Definición) (Factores relacionados) (Características definitorias) (Uno o más) (Mínimo 2)

El diagnóstico emitido se ajustará a las etiquetas de la clasificación taxonómica II de la NANDA-I.

A partir del diagnóstico se concretarán las intervenciones y resultados.

14.1.3. Planificación. Tras concluir la valoración y la identificación de los problemas interdependientes y los diagnósticos de enfermería, se procederá a la planificación de los cuidados de enfermería, con los que se persigue prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados en el paciente con DA. Si el paciente es un bebé o un niño, está planificación se realizará con los padres y/o cuidadores principales.

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Planificación =

Establecer prioridades + identificar objetivos + planear las acciones a ejecutar.

14.1.4. Ejecución. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados. En esta fase se pondrá en práctica el plan de cuidados elaborado, así como la realización de las intervenciones de enfermería planteadas para alcanzar los objetivos marcados. Se realizarán junto con el paciente y el familiar, en el caso de los niños.

14.1.5. Evaluación. La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería. Como objetivo de esta actividad, la enfermería determinará si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Se compararán los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas con los objetivos propuestos.

14.2. Diagnóstico enfermero del paciente con dermatitis atópica. En los pacientes con DA los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnóstico en Enfermería, NANDA) Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería, NIC) y Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería, NOC) más relevantes serían:

a) **Deterioro de la integridad cutánea** relacionado con (r/c) hidratación inadecuada, alteración del estado de los lípidos y déficit inmunológico, manifestado por (m/p) destrucción de las capas de la piel.

b) **Riesgo de infección** r/c defensas primarias inadecuadas o aumento a la exposición ambiental a agentes patógenos.

c) **Termorregulación ineficaz** r/c cambios bruscos de temperatura o ambientes secos, m/p empeoramiento de la DA.

d) **Trastornos del patrón del sueño** r/c interrupciones del sueño o dificultad para conciliarlo, principalmente por el prurito, m/p quejas verbales de haberse despertado o por signos de fatiga, cansancio, irritabilidad o falta de concentración.

e) **Riesgo de cansancio del rol de cuidador** r/c complejidad de las tareas de cuidados, falta de experiencia en brindar dichos cuidados, curso imprevisible de la enfermedad y recurrencias de brotes.

f) **Conocimiento deficiente** sobre la DA r/c falta de interés por parte del paciente o familiar en adquirir información necesaria, no saber dónde obtenerla, no haberla recibido nunca o haberla interpretado mal, m/p expresión verbal del problema, deficiencias en el seguimiento terapéutico o mantener conductas inadecuadas.

g) **Trastorno de la imagen corporal** r/c ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo, m/p sentimientos negativos sobre su cuerpo (desesperación, desesperanza, etc.), miedo al rechazo o a relacionarse con los otros.

En los Anexos 7 se muestra el proceso completo de las intervenciones y resultados a partir de cada uno de los diagnósticos NANDA, NIC y NOC aplicables al paciente con DA.

Tras la consulta y el diagnóstico enfermero se confeccionará el “Informe Enfermero de Seguimiento” (Anexo 8).

14.2.1. Consideraciones en la edad pediátrica. En la edad pediátrica hay que considerar también establecer un plan de cuidados junto con los padres y cuidadores del paciente, teniendo en cuenta que pueden aparecer diagnósticos enfermeros diferentes a los anteriormente citados y que estos pueden afectar a los padres y cuidadores.

Un ejemplo es: El riesgo de cansancio del cuidador r/c complejidad de las tareas de cuidados.

Diagnóstico NANDA (pediátricos)
(00062). Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c complejidad de las tareas de cuidados.
Resultados NOC
(002208) Factores estresantes del cuidador familiar.
Indicadores de resultado
(220801) Factores estresantes referidos por el cuidador. (220816) Pérdida de tiempo personal.
Intervenciones NIC
(007040) Apoyo al cuidador principal. (05230) Aumentar el afrontamiento. (05270) Apoyo emocional. (006040) Terapia de relajación simple. (001400) Manejo del dolor.
Actividades
Hacer uso de las competencias en habilidades sociales para favorecer la relación de ayuda con el cuidador.

14.3. Información y educación para enfermos con dermatitis atópica. Cuando el paciente acude por primera vez a la consulta de enfermería se le debe ofrecer:

- Información sobre el funcionamiento de la misma.
- Entrega de toda la documentación necesaria de la consulta.
- Teléfonos y correo electrónico de la consulta.
- Herramientas a utilizar en la consulta.

El profesional de la enfermería debe realizar:

- Recogida de datos de contacto con el paciente, familiar/amigo.
- Información sobre su patología.
- Valoración de enfermería.
- Educación sanitaria.

- Entrega de documentación informativa sobre la consulta de enfermería y tratamientos prescritos (Anexos 9).

La actitud de enfermería en esta primera entrevista debe ser:

- Abierta, tranquilizadora y empática.
- Escucha activa.
- Receptiva.
- Educativa.

En esta primera consulta se debe establecer una buena relación con el paciente para conocer realmente sus necesidades y el impacto de su enfermedad y así mejorar el control de esta.

En las consultas sucesivas con los pacientes se propondrán varios objetivos para conseguir la autonomía del paciente y se hará un seguimiento procurando el cumplimiento de los objetivos pactados.

La educación no solo tiene que ir dirigida a los pacientes, sino que se ha de incorporar al núcleo familiar del paciente, cuidadores y/o amigos cercanos.

Es preciso educar:

- Conocimiento del mecanismo de la propia enfermedad.
- Aseo e higiene.
- Vestimenta.
- Hidratación de la piel y otros tratamientos tópicos.
- Alimentación.
- Ejercicio físico.
- Factores medioambientales.
- Vacunas.
- Enfermedades asociadas.
- Probióticos y simbióticos.
- Hábitos de vida saludable.

14.3.1. Consideraciones en la edad pediátrica. La educación y conocimiento del núcleo familiar y los cuidadores sobre las recomendaciones de mejora de la DA es de gran importancia en la labor enfermera.

Es de suma relevancia, en la población infantil, conseguir la implicación de los padres, familiares, profesores y cuidadores para alcanzar, si fuera preciso, la figura del *cuidador experto*.

La educación sanitaria ayuda a estimular una actitud positiva y proactiva en la figura del cuidador dirigida a conseguir:

- Entender los tratamientos pautados.
- Adquirir una posición de alerta ante posibles complicaciones.
- Aprender cuándo y cómo utilizar un tratamiento.
- Reconocer los síntomas y signos de infección.

15. Prevención e intervención enfermeras[58-66]

Según la Organización Mundial de la Salud (1998), se entiende por prevención las "medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecidas". A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una vida sana y digna. El patrón de enfermedad crónica recidivante presenta desafíos para su manejo, ya que implica tratamiento continuo y seguimiento de la respuesta terapéutica y la tolerabilidad. Por ello, las medidas que se adopten tendrán que mantenerse en el tiempo, y especialmente desde la infancia.

Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas de la enfermedad y reducir la frecuencia y gravedad de los brotes, mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir la marcha atópica.

Los pilares fundamentales de la prevención son:

- Hidratación adecuada de la piel.
- Evitación o corrección de factores desencadenantes o agravantes.
- Control o corrección de comorbilidades asociadas.
- Uso adecuado de corticoides y/o inmunomoduladores tópicos.
- Adherencia a los tratamientos indicados por el médico.

15.1. Preservación de la integridad de la barrera cutánea (Tablas 13a -13m).

Como se ha explicado, la rotura y pérdida de integridad de la epidermis es un factor esencial en el desarrollo de esta patología. De ahí la importancia de prevenir o revertirla, ya que es una ayuda importantísima para reducir el uso de fármacos activos, especialmente los corticoides.

15.1.1. Piel sana: hidratación, baño, vestimenta, hogar, sol, piscina y playa, etc.

TABLA 13a. Hidratantes y emolientes

- La hidratación cutánea con emolientes es la *piedra angular* en el manejo de la DA. Además de reducir la pérdida de agua transepidérmica, disminuyen el prurito, aumentan la eficacia de los corticoides tópicos y reducen su uso.
- La piel atópica tiene falta de hidratación, y sobre todo déficit en el aporte de lípidos. Los emolientes son un método seguro y eficaz de mejora de la barrera cutánea porque proporcionan a la piel una fuente de lípidos exógenos, mejorando sus propiedades de barrera.
- El uso de emolientes suaves desde el nacimiento podría proteger contra el inicio de la inflamación de la piel de los recién nacidos.
- La aplicación continuada de cremas emolientes para la hidratación y lubricación de la piel mejora el aspecto de la piel atópica, reparando la barrera de la piel y calmando la xerosis, aportando además sensación de alivio.
- Aplicarlas después del baño, cuando la piel está aún húmeda.
- La frecuencia recomendada es de 2-3 veces al día o las veces necesarias para una buena hidratación y bienestar de la piel.
- En caso de DA grave y extensa, la terapia con envoltura húmeda es un complemento útil. Las envolturas húmedas son especialmente útiles en niños, ya que proporcionan una barrera para rascarse (aunque están contraindicados cuando el eccema está infectado).
- El principal inconveniente de las terapias tópicas es la mala adherencia, principalmente debido a una educación inadecuada del paciente (o su familia).

Método de aplicación de las cremas emolientes: se recomienda aplicar el emoliente en cantidad suficiente. Se calienta la crema en el hueco de las manos (no se aplica la crema directamente desde el envase sobre la piel afectada).

Después se efectúa un masaje ligero empleando movimientos circulares con la crema sobre la zona del cuerpo donde se va a aplicar. De esta manera se facilita su penetración en la piel. El masaje debe continuar unos minutos.

¿Cómo aplicarlo?

Cara: después de calentar la crema, empezar con los dedos estirados en la parte superior de la frente, y descender por las sienes y volver hasta la nariz deslizando los dedos bajo los ojos y continuar desde las aletas de la nariz, por las mejillas hasta la barbilla.

Tronco y espalda: iniciar desde la zona abdominal con las manos planas, en movimientos circulares hasta el cuello. Bajar las manos por los hombros, masajeando la espalda con movimiento envolvente mientras se va bajando a la parte inferior de la espalda y de nuevo subiendo a la nuca.

Brazos: masajear desde la muñeca hasta la axila, terminando por las manos desde los dedos hasta la muñeca.

Piernas: empezar desde el tobillo hasta la parte superior del muslo, de atrás hacia adelante, masajeando las piernas.

Pies: empezando desde el empeine hasta los dedos.

Tabla 13b. Baño

- El baño diario ayuda a limpiar la piel y disminuir la sobreinfección bacteriana.
- Se recomienda bañar a diario a los bebés.
- En niños mayores es preferible la ducha al baño.
- En el caso de realizar baño (en niños muy pequeños), se aconseja aplicar un emoliente líquido al agua. Es importante poner en el suelo de la bañera un antideslizante para evitar caídas accidentales.
- No prolongar el baño más de 10 minutos (baños cortos). Y en el caso de la ducha, un máximo de 5 minutos.
- Usar agua tibia (menos de 37 °C).
- Evitar temperaturas extremas. El frío y la sudoración empeoran el eccema y, por tanto, aumentan el rascado y el riesgo de infección.
- Utilizar geles que no resequen la piel, con un pH neutro o ácido, que contengan aceites y libres de perfumes.
- Es preferible emplear limpiadores de ducha no jabonosos.
- No se aconseja el uso de esponjas, ya que pueden irritar la piel por la fricción.
- Secar de forma suave, sin frotar, dejando la piel bien seca, poniendo especial atención en pliegues y zonas interdigitales.
- No aplicar colonia ni alcohol.
- No realizar masajes en las prominencias óseas.
- Aplicar crema o aceites de baño, excepto en pliegues, asegurando su completa absorción.
- Se aconseja realizar el baño por la noche (porque tiende a relajar, disminuir la sequedad y el prurito).

Tabla 13c. Vestimenta

- Usar ropa preferiblemente lisa, de seda, algodón o lino (tanto para vestir como para la ropa de cama).
- Evitar la lana y otros tejidos sintéticos que puedan provocar picor o crear fricción.
- Evitar prendas ajustadas (porque aumenta la sudoración y evita la transpiración de la piel).
- Evitar costuras muy pronunciadas y que estas estén en el exterior (para reducir la fricción).
- Cortar todas las etiquetas presentes en la ropa.
- No abrigarse en exceso.
- En los bebés, cambiar los pañales cuando estos estén húmedos.
- Lavar la ropa con detergentes hipoalergénicos o suaves. Se aconsejan aquellos productos de pH neutro debido a que tienen menos efectos negativos en la barrera cutánea.
- Evitar usar mantas eléctricas o bolsas con líquidos calientes que incrementen la temperatura.
- El calzado debe ser de tela, loneta o piel por su buena aireación. Los calzados sintéticos pueden ser irritantes. Los calcetines deben ser de algodón o de hilo, para favorecer la transpiración de los pies.

Tabla 13d. Hogar

- Evitar cambios bruscos de temperatura y el exceso de calor, puesto que pueden desencadenar un brote de dermatitis atópica. Las habitaciones deben ventilarse a diario.
- Mantener una temperatura ambiente cercana a 20 °C, evitando ambientes secos.
- Precaución con la utilización de calefacción, ya que reseca mucho el ambiente.
- Pasar la aspiradora con frecuencia (minimizar la presencia de polvo).
- Evitar las alfombras, peluches, moquetas o cualquier otro objeto que pueda acumular polvo.
- Reducir la utilización de aire acondicionado (utilización de humidificadores en invierno con cautela).
- Ventilar las habitaciones a diario (tanto en verano como en invierno), especialmente el dormitorio del paciente, por lo menos durante 5 minutos todos los días.
- Se recomienda la utilización de fundas de colchón de goretex, por ser más transpirable.
- Evitar alérgenos potenciales: polvo, pelo de animales domésticos, polen, ácaros, etc.
- Evitar el contacto con solventes químicos e industriales, las pinturas, los detergentes, el humo y especialmente el humo del tabaco, los productos que contengan alcohol, algunos jabones y perfumes.

Tabla 13e. Mascotas

- Evitar tener mascotas en casa, sobre todo animales con pelo (perro, gato, conejo, hámster, etc.).
- Evitar dormir en la misma estancia o compartir sofás, en caso de que ya conviva en casa.
- Realizar una correcta higiene del hogar: pasar la aspiradora varias veces a la semana, por ejemplo.

Tabla 13f. La colada

- Se recomienda el “doble aclarado” de las prendas.
- Lavar con jabón, no detergente en polvo.
- Lavar las prendas antes de su primer uso.
- Evitar tender la ropa fuera en periodos de polinización.
- No usar suavizantes ni lejías.

Tabla 13g. Piscina, playa y sol

- La dermatitis atópica mejora en verano, probablemente por la mayor exposición solar.
- Evitar las horas centrales del día (de 11 a 16 horas).
- Utilizar siempre protección solar (superior o igual a 50 SPF).
- Aplicar el fotoprotector siempre 20-30 minutos antes de la exposición, y repetir su aplicación tras cada baño y cada 60-90 minutos.
- Los baños en agua de mar suelen ser beneficiosos. Después del baño es imprescindible una ducha para retirar los restos de sal y posteriormente aplicar cremas hidratantes.
- Los baños en piscina son menos aconsejables porque los productos químicos utilizados pueden producir irritación de la piel. Se recomienda antes del baño aplicar crema barrera y, al salir, ducharse para eliminar el cloro e hidratarse después.
- El mar y la piscina están contraindicados en caso de brotes.

Tabla 13h. Ejercicio físico

- El ejercicio tiene una influencia positiva a nivel psicológico del paciente, ya que fomenta la relación con los demás y el sentimiento de pertenencia a un grupo.
- Reduce el estrés, aumenta la concentración y regula el sueño.
- Se recomienda evitar realizar actividad física a pleno sol o en episodios de brote.
- Se recomienda el ejercicio regular siempre y cuando no se realice de una manera intensa.
- Utilizar ropa preferiblemente de algodón y no muy apretada.
- Secar el sudor con muñequeras de felpa o una toalla suave.
- Beber periódicamente agua.
- Utilizar un espray de agua termal para minimizar la sensación de calor.
- Limitar el uso de calzado deportivo, ya que las suelas sintéticas no permiten la ventilación.
- La natación puede ser uno de los deportes más perjudiciales para la DA, si el paciente practica este deporte debe ducharse nada más salir de la piscina y aplicar posteriormente en la piel una crema hidratante o emoliente.

Cuidados tras la realización de deporte:

- Ducharse justo después de la actividad física (elimina el sudor, que puede resultar irritante para la piel).
- Aplicar emolientes tras la ducha.

Tabla 13i. Control del exceso de humedad

- En pacientes con incontinencia es necesario la utilización de dispositivos colectores, sondas o pañales para recoger el exceso de humedad.
- Cuando el paciente lleva pañal, debe hacerse el cambio de forma frecuente para evitar la humedad, limpiar el área y aplicar algún protector a base de óxido de zinc.
- Si el paciente es portador de ostomías o drenajes debemos evitar las fugas, utilizando colectores, apósitos y productos emolientes que actúen como barrera.

Tabla 13j. Consejos sobre el pañal

- Mantener la zona lo más seca y limpia posible.
- Usar pañales ultraabsorbentes: ofrecen mejor control del contacto de la orina, las heces y el sudor con la piel.
- Usar pañales transpirables: mejoran la ventilación de la piel.
- Los pañales no deben estar muy ajustados para evitar zonas de presión o fricción.
- Realizar el cambio de pañal de forma frecuente para evitar la humedad.
- Limpiar la zona lo antes posible con agua sola o agua y jabón suaves.
- Limitar el uso de toallitas limpiadoras (no recomendables).
- Secar bien la zona, a toques, sin arrastrar.
- Aplicar emoliente después de cada cambio de pañal.

Tabla 13k. Alimentación

- No se debe retirar ningún alimento si no es por indicación del dermatólogo o alergólogo. Hoy por hoy no existe una dieta protectora en la DA.
- Algunos estudios fomentan las dietas ricas en antioxidantes, como la dieta mediterránea.
- Como medidas preventivas en el adulto no es aconsejable tomar excitantes como el café, el cacao o el alcohol, que pueden aumentar el prurito. Las fresas y el marisco en grandes cantidades también pueden producir prurito, al ser alimentos con gran contenido en histamina.
- Con respecto a los lactantes con DA, se recomienda retrasar la introducción de alimentos sólidos hasta los 6 meses de vida. Los alimentos con una tasa alta de poder alérgeno, como pueden ser el huevo, el pescado y los frutos secos, deben introducirse de forma paulatina y más tardía.
- Si los padres se muestran convencidos de que determinados alimentos empeoran la DA de su hijo, se deben realizar pruebas alérgicas, según las indique su médico.
- La lactancia materna exclusiva es muy recomendable, sobre todo hasta los 6 meses de vida.

Tabla 13l. Vacunas

- Recibir el calendario vacunal completo y a su debido tiempo, si no existen contraindicaciones.
- En caso de que el niño esté con un brote intenso, comunicarlo al pediatra para que valore retrasar la vacuna.
- La administración de la vacuna se debe hacer en una zona de piel libre de lesiones.
- El uso de corticoides sistémicos y fármacos inmunosupresores puede interferir en la vacunación.
- El uso tópico de inhibidores de la calcineurina no interfiere en la vacunación.

Tabla 13m. Reducir el estrés y la ansiedad

- Realizar actividades deportivas o de ocio.
- Potenciar las relaciones interpersonales y evitar el aislamiento.
- Practicar técnicas de relajación como yoga, meditación, respiración, etc.
- Realizar actividades que contribuyan al propio bienestar.
- Tener un sueño reparador.

Medidas para disminuir el picor y rascado subsiguiente:

- Hidratación adecuada.
- Uñas cortas y limpias (para evitar heridas y sobreinfecciones).
- Rascarse con el dorso de la mano.
- Una alternativa para evitar el rascado sería pellizcarse suavemente la piel o aplicarse frío en la zona.
- Técnicas de relajación y masaje.
- Compresas impregnadas en agua termal.

15.1.2. Consideraciones en la edad pediátrica. Según la edad del paciente en edad pediátrica, es importante involucrarle en el manejo activo de su enfermedad desde el principio de la misma. El paciente mejor que nadie conoce su cuerpo, sus sensaciones de picor y sus conductas de rascado. Recomendaciones:

1. **Explicar** a los menores el uso de los tratamientos tópicos y dedicar el tiempo necesario para resolver sus dudas.
2. **Contar** con los progenitores como coterapeutas en el tratamiento de la atopia de sus hijos.
3. **Pedir** que el propio menor explique cómo se aplica tanto los emolientes como los tratamientos tópicos para poder resolver dudas o malos hábitos en el manejo de estas terapias.
4. **Indagar** sobre qué hacen los pacientes cuando tienen mucho picor, y qué estrategias ponen en marcha cuando tienen un deseo irrefrenable de rascarse. De esta manera podemos aprender alguna técnica útil que empleen para su control conductual para compartir con otros pacientes, o bien instruirles en técnicas alternativas incompatibles con el rascado.
5. **Emplear cuestionarios** de calidad de vida si se dispone de tiempo, pues puede que nos queden áreas no cubiertas en la consulta de enfermería con estos pacientes. Los cuestionarios pueden ayudar a detectar posibles áreas de exploración en cuanto a problemas o dificultades que los menores vivencian por la enfermedad. Ayudándolos a verbalizar su repercusión y afectación se puede recomendar alguna actuación para aliviar ese sufrimiento.
6. **Alentar** a los niños a que preparen su próxima consulta con el dermatólogo por si tienen dudas o algo que quieran preguntar, entrenándolos a que lo lleven apuntado (en papel o en algún dispositivo electrónico), pero especialmente que no se vayan de la consulta con dudas.
7. **Preguntar** sobre la interferencia de la dermatitis y el picor en su descanso y en su rendimiento académico. En ocasiones, para aliviar los síntomas de la dermatitis, se prescriben tratamientos antihistamínicos. Estos, junto con un descanso insuficiente por el picor, producen somnolencia diurna, irritabilidad y falta de atención, lo que puede repercutir en su desempeño académico. Es importante preguntar a los niños si tienen este tipo de afectación en su calidad de vi da y que se lo transmitan al dermatólogo para evitar esa interferencia.

15.2. Prevención de brotes. La DA se caracteriza por periodos de empeoramiento agudo (brotes) que se alternan con periodos de relativa inactividad durante/después del tratamiento.

La estrategia requerida para minimizar la recurrencia varía según la persona, frecuencia, gravedad y localizaciones de la enfermedad. Los emolientes deben ser una parte integral del plan de tratamiento, dada su capacidad para mejorar la hidratación de la piel; algunos también pueden abordar los efectos negativos de la disfunción de la barrera epidérmica.

No obstante, cada paciente, conoce su piel y puede contribuir mediante su autocuidado a prevenir la recurrencia de la enfermedad.

15.2.1. Evitación de alérgenos e irritantes

15.2.1.1. Alérgenos aerotransportados

- El diagnóstico de alergia a un alérgeno aerotransportado se basa en un estudio (pruebas de punción cutánea, determinación de anticuerpos IgE específicos) y en la demostración de su relevancia clínica, ya que no basta con la sospecha o sensación del paciente.
- Los alérgenos aerotransportados comunes incluyen ácaros del polvo doméstico, polen, caspa de animales y hongos, y se observan tasas más altas de sensibilización en personas con DA de moderada a grave. A diferencia de la alergia alimentaria, la reactividad a los alérgenos aerotransportados aumenta con la edad.
- En el caso de que el paciente con DA tenga un diagnóstico de alergia a los alérgenos aerotransportados, se recomendarán medidas

de higiene del hogar, evitar mascotas, etc.

- La historia puede ser útil para identificar pólenes o caspa de animales como posibles desencadenantes, como brotes estacionales o exacerbación de las lesiones de la DA después del contacto.

15.2.1.2. Alérgenos de contacto

- En personas con DA existe una alta prevalencia de dermatitis alérgica de contacto, una reacción de hipersensibilidad de tipo IV/ retardada a pequeñas sustancias químicas ambientales (haptenos o prehaptenos) en contacto directo con la piel.
- Los alérgenos de contacto más comunes en pacientes con DA incluyen níquel, neomicina, fragancias, formaldehído y otros conservantes, lanolina y productos químicos de caucho. Se requiere para su diagnóstico la realización de pruebas epicutáneas y la demostración de su relevancia clínica. Se confirmará el diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto cuando al evitar el alérgeno sospechoso se resuelve la dermatitis.
- Las pruebas también se pueden considerar cuando hay una distribución inusual y atípica de las lesiones de la DA (por ejemplo, en los laterales de los pies), si hay un inicio tardío de la enfermedad o un nuevo empeoramiento significativo, si no hay antecedentes familiares de atopia, y en aquellos con enfermedad persistente/ recalcitrante que no responden a las terapias estándar para la DA.

15.2.2. Dieta

- Alrededor del 33 % de los niños con DA moderada a grave presentan positividad para IgE específica frente a alguna proteína alimentaria. Este es un valor mucho más alto que la población normal; no obstante, solamente una minoría de esos alérgenos presenta relevancia clínica, comprobada por pruebas de provocación.
- El debut temprano (lactantes menores de 3 meses de edad) y una mayor gravedad de la DA se asocian con mayor frecuencia a alergia a huevo, leche y cacahuete mediada por IgE.
- Las alergias alimentarias son mucho menos frecuentes en pacientes adultos con DA, y se suelen asociar a una enfermedad más grave.
- Solo se deben eliminar de la dieta aquellos alimentos a los que el paciente está sensibilizado y con relevancia clínica demostrada en el estudio alergológico.

- La alimentación con leche materna ha sido citada repetidamente como factor protector de DA. La evidencia actual apoya que la alimentación exclusiva con leche materna durante los tres primeros meses de vida se asocia con una menor incidencia de DA, pero solamente en aquellos niños con antecedentes familiares de primer grado de la enfermedad.

Tabla 14. Medidas dietéticas en el manejo del paciente con dermatitis atópica

Evitar (cuando se constate la relación causal): • Determinados alimentos (huevo, leche de vaca, cacahuetes, trigo y soja) en niños menores de 2 años, puesto que pueden contribuir al desarrollo de DA. • Aquellos alimentos con los que el niño haya experimentado episodios alérgicos. • Dietas ricas en ácidos grasos poliinsaturados, que podrían intensificar la producción de IgE y promover la aparición de enfermedades alérgicas. • En mujeres embarazadas o en madres que dan lactancia, evitar aconsejar que realicen algún tipo de dieta o restricción dietética (ya que no disminuye la incidencia de atopia y pueden ocasionar déficits nutricionales).
Se aconseja: • Recibir las mismas pautas de lactancia materna que los niños sanos. • No retrasar la introducción de aquellos alimentos potencialmente alérgicos (porque no hay evidencias de que disminuya la incidencia de la DA ni de la marcha atópica, y, sin embargo, su administración tardía se asocia con un incremento de alergia). • Modificar las fórmulas infantiles con fórmulas hidrolizadas, leche de soja, suplementos minerales o vitamínicos (vitamina D), etc. • Suplementos de ácidos grasos esenciales, principalmente ácidos grasos omega 3 y 6, podrían ser beneficiosos para la prevención de la DA y enfermedades de base alérgica, al disminuir los componentes inflamatorios. • Utilización de aceite de onagra y aceite de borraja (que contienen ácido gamma-linolénico) por sus propiedades antiinflamatorias. • Fomentar las dietas ricas en antioxidantes, como la dieta mediterránea. • Control de la obesidad, ya que existe una asociación entre esta y la DA.

15.2.3. Probióticos y prebióticos

- El papel de los probióticos en la prevención y el tratamiento de la DA es controvertido. Se han realizado varios estudios reseñando que podrían disminuir los días de tratamiento activo con corticoides. Hay que concluir que, hasta la fecha, la evidencia de la eficacia de probióticos es limitada e inconsistente.
- La mayoría de las guías de práctica clínica no recomiendan los probióticos para el tratamiento de la DA.

15.3. Intervención educativa. La labor de la enfermería en la educación terapéutica del paciente con DA y sus familias es de gran importancia, ya que ayuda a entender mejor la enfermedad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr una mayor adherencia a los tratamientos.

- El paciente y sus familias deben comprender que se trata de una enfermedad crónica, que no tiene tratamiento curativo, pero que mejorará realizando correctamente el tratamiento. Es muy importante contar con el apoyo de las familias en el caso de DA en menores, desdramatizar la enfermedad y que comprendan su curso en brotes y su evolución, así como la necesidad de tratamiento para controlar la enfermedad.

La educación de pacientes y cuidadores es en sí misma una forma importante de intervención. Debido a que la DA tiene una patogenia compleja e involucra terapias múltiples, y a veces rotativas, inherentemente requiere mucha enseñanza y apoyo para lograr y mantener una buena respuesta.

Hay muy diversos métodos educativos, que además varían en alcance, frecuencia, entorno y personal utilizado. La enseñanza dirigida a la enfermedad puede ser individual o grupal. A continuación se citan algunos ejemplos de métodos educativos:

- **Recursos** on-line accesibles para pacientes y familiares para la adquisición de información (visualización de vídeos formativos). Por ejemplo: páginas web de dermatología, como la de la Academia Española de Dermatología y Venereología; páginas web de asociaciones de pacientes o de apoyo (como *Atopic me:* https://www.instagram.com/atopiceme/?hl=es o *Atopic Kids:* https://www.instagram.com/atopickids/). Es importante recomendar páginas avaladas por sociedades científicas para así garantizar la calidad de la información que se prescribe.

- **Folletos informativos o planes de acción escritos** (que ayudan a reforzar las enseñanzas): si se dispone de ellos en consulta, sobre qué es la enfermedad, cómo aplicarse los tratamientos tópicos, etc.

- Las **aplicaciones móviles** disponibles para monitorizar la gravedad de la enfermedad, la calidad de vida o síntomas como el picor. Cada vez hay más herramientas disponibles para poder autoevaluar la propia evolución de la enfermedad, como el PO-SCORAD.

- **Programas educativos formales** y estructurados multidisciplinares de apoyo en grupo (programas de formación, "escuelas de atopia") para niños y adultos. Es un recurso que consiste en la impartición de sesiones educativas dirigidas por enfermería y con el apoyo de dermatólogos y otros profesionales sanitarios, cuyo fin es mejorar el conocimiento de la enfermedad, reducir la percepción de gravedad de esta y mejorar la calidad de vida al contribuir al autocuidado, la adherencia y el compromiso del paciente. Los componentes educativos incluyen: información sobre la patología, consejos prácticos sobre el cuidado de la piel y estrategias de prevención de brotes, y consejos nutricionales y psicológicos y sociales, así como proporcionar apoyo.

- **Escuela de pacientes:** de manera complementaria, cabe destacar que en España existen distintas escuelas de pacientes, donde son los propios pacientes (paciente experto/empoderado) con diferentes patologías o tratamientos, los que transmiten sus conocimientos y sus experiencias a otros pacientes con su misma patología. Esto puede resultar útil en el caso de pacientes adultos.

Si no se dispone de la posibilidad de realizar educación grupal, otra herramienta estandarizada es la propia **consulta de enfermería**, que ya ha demostrado ser valiosa como marco para garantizar que se abordan todos los elementos pertinentes que permiten un mayor enfoque en monitorizar el curso de la enfermedad y el apoyo al paciente (para mayor detalle del desarrollo de este tipo de consulta se recomienda acudir al *Manual de la Consulta de Enfermería Dermatológica*, 2.ª edición. Madrid: Aula Médica; 2018; ISBN: 978-84-7885-626-8).

- Lo ideal es que la atención de la DA de moderada a grave se lleve a cabo dentro de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, psiquiatras y nutricionistas), cuyo objetivo vaya dirigido a proporcionar una atención centrada en la persona. En este enfoque integrado, la comunicación, la educación y el tratamiento deben individualizarse para adaptarse a las necesidades del paciente.

- Establecer y gestionar expectativas realistas del paciente en su tratamiento y su papel en la autogestión es fundamental. Por ello, es primordial la participación activa del paciente en la toma de decisiones. Algunos pacientes (y/o progenitores) están muy motivados e informados, mientras que otros son más reacios o cautelosos cuando buscan

información y reciben un manejo clínico apropiado. Proporcionar información de forma clara y coherente de todos los miembros del equipo sanitario es vital para inspirar confianza y minimizar la confusión o malentendidos por parte del paciente.

15.4. Fomento de estilos de vida saludable

15.4.1. Promoción del bienestar

- La enfermería tiene una labor esencial en la educación de los pacientes y sus familias sobre las recomendaciones para la mejora de la DA. Un aspecto importante de la atención integral y holística es la promoción de estilos de vida más saludables y el apoyo a la adherencia del tratamiento en todas las edades.
- El personal de enfermería debe conocer esta enfermedad y saber actuar ante ella, ya que se trata de una enfermedad sencilla, pero a la vez problemática, que actúa tanto a nivel físico como emocional, afectando de forma importante a la salud, a la calidad de vida y al desarrollo social de las pacientes y sus familias. La consulta de enfermería tiene como principal objetivo "ayudar a todos los pacientes crónicos a tener una buena adherencia al tratamiento médico, a modificar las costumbres que le están perjudicando en la evolución de su enfermedad y a realizar un seguimiento y apoyo tanto de su patología como de la terapia propuesta".
- Para alcanzar dicho objetivo se debe realizar una valoración integral e individual del paciente, cuya finalidad es detectar problemas que le están influyendo negativamente en el control de la enfermedad, teniendo en cuenta al paciente como un ser biopsicosocial. Por ello se hace imprescindible poseer habilidades sociales, tales como la empatía, la escucha activa y la comunicación bidireccional.
- Algunas de las medidas e intervenciones dirigidas a conseguir el bienestar del paciente con DA ya han sido comentadas en el apartado de "Prevención e intervención enfermeras": preservación de la barrera epidérmica.

15.4.2. Actuaciones de enfermería para contribuir al bienestar en la esfera psicológica y social del paciente. La DA tiene un importante impacto emocional en la vida de los pacientes por diversos motivos:

- Es una **enfermedad crónica** con la que el paciente va a convivir, por lo que tendrá que adaptar algunos aspectos de su día a día al cuidado de la piel: rutinas de hidratación, controles y visitas al dermatólogo, tratamientos específicos para el control de los síntomas y adaptarse a una enfermedad que cursa en brotes. Esta situación necesitará un esfuerzo emocional para aprender a asumir la enfermedad.
- Es una **enfermedad visible** que no solo ve el paciente, sino que también ven las personas que le rodean. Esto implica preguntas, miradas y, muchas veces, sentimientos de malestar e incomodidad ante la mirada del otro.
- Produce **limitaciones** generadas por los síntomas, como el picor: la piel pica y hay rascado, lo que puede producir una pérdida de horas de sueño que conlleva fatiga y cansancio diurno, lo que provoca que cueste mantener la atención y la concentración e incluso disminuir el rendimiento académico y/o laboral.
- También se experimentan cambios en la **calidad de vida**, ya que la dermatitis puede llegar a afectar a las rutinas y a las relaciones sociales, como, por ejemplo, dejar de realizar actividades que proporcionan bienestar por los brotes, como ir al gimnasio, a la piscina, jugar al fútbol, etc. En ocasiones, los pacientes prefieren aplazar situaciones sociales para evitar hablar de la enfermedad, por el cansancio/fatiga, para que no les vean la piel e, incluso, por miedo a sentir rechazo.

Todas estas situaciones pueden provocar diferentes **emociones** como tristeza, frustración, rabia y vergüenza, pudiendo llegar a afectar a la autoestima. En un primer momento, todas estas emociones son válidas y esperables, pero poco a poco hay que trabajarlas para convivir de una forma más proactiva con la enfermedad.

Pautas que pueden ayudar:

1. Fomentar el **conocimiento** de la DA: qué es, qué es lo que pasa en la piel, qué tratamientos existen y qué hacer para cuidarla.
2. Alentar al paciente a **aclarar dudas** con los médicos y enfermería sobre preocupaciones ante los tratamientos, los efectos secundarios y otros temores.
3. Animar al paciente a tener una **buena comunicación** con el médico-enfermera/o. Indagar sobre cómo afecta la DA a su calidad de vida.

4. Educar al paciente a **convivir con la DA** promoviendo el autocuidado y a no renunciar a las actividades de ocio que le gustan.
5. Invitar al paciente a que **reconozca sus sentimientos y los exprese**.
6. Animar al paciente a **compartir su enfermedad** con familia y amigos. Que explique a los más allegados qué necesita, pues seguro que el entorno lo agradece, ya que no siempre saben cómo ayudar o cómo acompañar.
7. Ofrecer la posibilidad de **contactar con las asociaciones de pacientes:** conectar con otras personas que están en su misma situación puede ayudar a afrontar mejor la enfermedad y a no sentirse solo.

Muchos pacientes sienten "*desesperación e impotencia ante la falta de una solución eficaz en el tratamiento de su enfermedad*" y refieren cansancio de tener diagnósticos y tratamientos diferentes en función del médico que consulten. Desde enfermería podemos mostrar:

- **Empatía**, pero fomentar en el paciente actitudes positivas y de confianza en el equipo que le atiende.
- **Acompañar** al paciente en las distintas etapas emocionales que pasará, siempre desde un enfoque de entendimiento, escucha activa y apoyo optimista.
- **Desmontar** los pensamientos negativos derivados del sentimiento de estigmatización asociado a la enfermedad, fomentando la autovaloración.
- Hacer un **abordaje integral** del paciente, otorgando la misma importancia a las necesidades físicas que a las sociales, psicológicas y emocionales. Las herramientas fundamentales para esto serán la comunicación y la escucha activa.
- Procurar una **buena comunicación** que permita conocer las necesidades, preocupaciones y expectativas reales del paciente, así como el nivel de comprensión de su proceso.
- Adaptar la información que se da al paciente, en función de sus expectativas, necesidades y tiempos de asimilación, distintos para cada uno. En definitiva, empatizar con el paciente.

16. Intervención psicológica en el paciente con dermatitis atópica[67-71]

16.1. Valoración de las reacciones del paciente y la familia frente a la dermatitis atópica

- Hay algunas facetas de la vida del paciente con DA en relación con la enfermedad que requerirán de intervención más allá de la propiamente farmacológica.
- La enfermedad tiene un claro impacto psicológico en las personas que la padecen, con independencia de la edad o el sexo, y puede afectar tanto al propio individuo como a su familia directa, pareja y otros miembros familiares.
- La DA puede además tener repercusión en distintas áreas de la vida de la persona: el colegio en la edad pediátrica, el trabajo, la pareja, las amistades, el ocio, e incluso en la elección de la ropa que usar.
- A nivel conductual, podemos observar conductas repetitivas de rascado de la piel, muy a menudo inconscientes. Si la afectación es suficientemente extensa puede observarse una intensa afectación de la calidad de vida, puesto que el picor puede llegar a ser altamente incapacitante. Con frecuencia estos pacientes no descansan bien y tienen problemas de insomnio o de rascado nocturno automático, lo que repercute en su carácter, están más irritables, cansados y se aíslan, y todo esto sin un horizonte temporal, sin un final previsible. La sensación subjetiva de picor es variable de una persona a otra y los pacientes pueden sentirse incomprendidos por sus familiares.
- También hay otros muchos factores psicológicos y emocionales que pueden afectar al eccema y es posible que empeore cuando el paciente siente estrés.
- Además, algunos de estos pacientes no tienen conocimientos adecuados sobre la enfermedad, especialmente si se atiende a población infantil o adolescente. No solo entran en juego en este sentido los propios conocimientos de los pacientes, sino los de sus cuidadores, que con frecuencia pueden tener la percepción de "*no cuidar bien*" a sus hijos por no conseguir que se resuelva su dermatitis.
- El propósito de la intervención asistencial debe ir encaminado a situar al paciente en el centro, atendiéndole de manera holística. La resolución de su problema de salud debe incluir la escucha activa de sus necesida-

des, creencias, conocimientos y sentimientos sobre la enfermedad. Para ello, es preciso tener en cuenta el impacto sobre la calidad de vida que padecen los pacientes con DA.

- Las familias con niños afectos por DA en muchas ocasiones se pueden sentir algo aisladas y desanimadas frente a la enfermedad, y el acompañamiento desde enfermería puede servir de alivio o desahogo en muchos momentos.

16.2. Intervención psicológica en el paciente con dermatitis atópica

16.2.1. Intervención conductual: reversión del hábito de rascado y relajación muscular progresiva

- El rascado es la manifestación que se observa con más frecuencia en los pacientes con DA. Este alivio inmediato del picor tras el rascado disminuye el umbral del prurito, haciendo que el paciente recurra de nuevo al rascado para aliviar la sensación de picor. De este modo se entra en el *círculo vicioso picor-rascado-picor*, haciendo que en muchas ocasiones la conducta de rascado se convierta en algo inconsciente.
- Por ello, puede ser de gran utilidad hacer una intervención para detener la conducta de rascado. Se puede comenzar con la técnica de reversión del hábito desarrollada por los psicólogos Azrin, Nunn y Frantz en 1980 (tabla 15).

Tabla 15. Técnica de reversión del hábito[71]

¿En qué consiste la técnica?	Pasos
Consiste en instruir al paciente a llevar a cabo conductas alternativas e incompatibles con el rascado, con el fin de conseguir disminuir dicha conducta repetitiva.	1. Asistir al paciente en la **toma de conciencia** de su conducta de rascado mediante el uso de autorregistros. Para ello, se debe instruir al paciente a registrar cada una de las veces que se rasca a lo largo del día durante una semana. En ese autorregistro se debe cumplimentar dónde se encuentra y cuándo (qué actividades estaba llevando a cabo en ese momento). Idealmente se pueden añadir columnas en las que se refleje cómo se siente (sensaciones como hormigueo en la piel, tensión, etc.) y qué estaba pensando en ese momento de rascado. 2. Una vez ya ha habido toma de conciencia de la conducta, es el momento de instruir/**entrenar al paciente en las conductas alternativas** e incompatibles con la conducta de rascado. *Ejemplos: cruzarse de brazos, tener las manos ocupadas, hacer algún ejercicio de tensión-relajación, sostener alguna pelota de goma en las manos, sentarse sobre las manos, tener los puños suavemente cerrados, leer un libro, o ir a la cama solo cuando se tiene sueño*. a) Lo relevante de estas conductas incompatibles con el rascado es que la acción de rascarse sea imposible mientras se realizan, y que puedan ser utilizadas en cualquier situación y contexto, que no sean notadas o percibidas por otras personas, y por supuesto que sean aceptables por el paciente. b) Estas conductas alternativas deben realizarse al menos durante un minuto para eliminar la percepción de picor y la urgencia de rascado. Si la necesidad de rascado no desaparece tras el primer minuto, el paciente debe continuar con la conducta alternativa, o bien probar con otra del repertorio acordado. 3. Por último, **el apoyo social**. Esto se basa en que el paciente elija a una persona de su entorno (familiar, pareja, amigo) que se encargue de señalarle su conducta de rascado, apoyándolo y haciéndole consciente de si en algún momento se produce un rascado automático no consciente, animándolo a llevar a cabo las conductas incompatibles referidas.

- Otras técnicas conductuales que se pueden enseñar al paciente, además de la reversión del hábito, serían las técnicas de relajación y respiración. Entre las técnicas que se han demostrado más efectivas para este grupo de pacientes se encuentra la relajación muscular progresiva de Jacobson y la respiración abdominal o diafragmática (tabla 16a y 16b).

Tabla 16a. **Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson**

Tabla 16b. **Respiración abdominal o diafragmática**

Para qué sirve	Ayuda al paciente a controlar sus estados de activación, a reducir la necesidad urgente de rascado y a controlar situaciones de estrés de forma consciente y voluntaria.	Permite al paciente relajarse mediante una respiración más lenta y profunda.
Cómo se realiza	La relajación muscular progresiva consiste en instruir el paciente a tensar y relajar de forma progresiva los distintos grupos musculares más relevantes del organismo por su frecuencia de uso voluntario (brazos, cara, tronco, cuello y piernas), aprendiendo a diferenciar las sensaciones asociadas al estado de tensión muscular y al de relajación.	Consiste en llevar el aire de cada inspiración a la zona inferior del abdomen en lugar de al tórax (como en la respiración habitual), contando mentalmente con la inspiración "*1, 2, 3, 4*" durante unos 4 segundos, mantener unos segundos el aire y espirar contando mentalmente nuevamente "*1, 2, 3, 4, 5*" durante unos 5 segundos, cogiendo el aire por la nariz y expulsándolo por la nariz o por la boca. Para comprobar que se está haciendo bien el ejercicio ponemos una mano en el estómago y la otra en el pecho. Con la respiración abdominal, la mano superior permanece quieta y la respiración solo mueve la mano inferior.
Beneficios	Con esta técnica, además de propiciar la propia relajación muscular, se consigue que el paciente se concentre en una sola actividad, calmando también los pensamientos relativos a la enfermedad y al picor que pueda tener en ese momento.	Además de conseguir relajación, calmando la mente y los músculos se libera la ansiedad. Es aconsejable practicar esta respiración relajada durante unos 5-10 minutos regularmente cada día.

16.2.2. Intervención cognitiva: autoestima, afrontamiento y reestructuración cognitiva. Mediante técnicas cognitivas para la detección de pensamientos disfuncionales se busca determinar los antecedentes y consecuencias del mantenimiento de la conducta de rascado y de pensamientos negativos sobre la propia enfermedad.

El mero hecho de tener una enfermedad crónica, especialmente visible para los demás, puede hacer que el paciente tenga un sentimiento de pérdida de estado de salud. Esto puede ir acompañado de una afectación de su autoestima, pues puede haber una alteración de su imagen corporal como consecuencia de las lesiones, heridas propias de la dermatitis o posible rechazo de otros. Se puede indagar si el paciente tiene una sana autoestima haciendo preguntas sobre cómo se siente en relación con su enfermedad y si hay algo que le produce rechazo. Es importante:

- Ajustar las expectativas de los pacientes en cuanto a qué esperar de los tratamientos y de la evolución de la enfermedad, reduciendo frustraciones y minimizando ideas irreales de resolución de su problema de salud. Resaltar sus aspectos positivos como persona y apoyarle en la resolución de sus dificultades es algo que se puede hacer en la intervención desde enfermería.
- Las relaciones sociales de estos pacientes pueden estar alteradas por sentimientos de inseguridad, o incluso debido a su irritabilidad, como consecuencia de su falta de descanso continuado.
- Colaborar con el paciente para identificar los potenciales estresores que desencadenan un brote de dermatitis o iniciar o incrementar la conducta de rascado.
- Indagar en el tipo de estrategias de afrontamiento de la enfermedad que tiene el paciente. El afrontamiento en general hace referencia a pensamientos y acciones que capacitan a la persona para manejar situaciones difíciles. El uso de unas estrategias de afrontamiento u otras depende de la situación y del estresor. En salud, las estrategias van más encaminadas a aceptar la enfermedad y favorecer la puesta en marcha de aquellas focalizadas en las emociones:
  a) Estilos de afrontamiento sanos: la aceptación, el afrontamiento activo, la reevaluación positiva o el autocontrol.
  b) Estrategias negativas: el escape, la evitación, la negación o las conductas agresivas.

Gracias a la entrevista que se mantiene con el paciente, se pueden detectar pensamientos negativos en relación con la enfermedad y hacer consciente al paciente de su diálogo interno reflejando (haciendo las veces de espejo) y repitiendo las palabras que emplea para referirse a la dermatitis.

- Identificar distorsiones cognitivas (pensamientos erróneos) de los pacientes. Con la técnica de reestructuración cognitiva se pretende ayudar al paciente a que se haga consciente de pensamientos automá-

ticos y contribuir a cambiar algunas de esas creencias que a menudo perpetúan un estilo de pensamiento negativo. Con este objetivo se emplean preguntas para que el paciente se cuestione la veracidad de esos pensamientos y hasta qué punto le es de utilidad pensar de esa forma.

a) Ayudar al paciente a identificar si existen pensamientos que preceden al rascado. En muchas ocasiones, el paciente puede recurrir al rascado para reducir emociones o sentimientos negativos (timidez o incomodidad en alguna situación social, por ejemplo). Es importante identificarlos para modificarlos mediante la reestructuración cognitiva.

b) Es apropiado evidenciar si el paciente tiene distorsiones cognitivas como las que se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. Distorsiones cognitivas más frecuentes en el paciente con dermatitis atópica

Etiquetas erróneas	Pensamientos con gran carga emocional sobre su piel o la enfermedad, creando una imagen de sí mismo completamente negativa	"Soy un desastre", "soy un monstruo", etc.
Pensamientos de todo o nada	Muestran una manera poco realista de evaluar las cosas o sus cualidades personales recurriendo a categorías extremas	"Ningún tratamiento me funciona", etc.
Generalización excesiva	Llegar a conclusiones de sucesos repetitivos a partir de la ocurrencia de un suceso en una única ocasión	"Como me ha fallado el tratamiento primero, todos van a fallar", "conozco todas las cremas", etc.
Magnificación o minificación	Exagerar consecuencias o reacciones	"Todas las cremas me irritan", "casi no tengo nada –cuando tiene un brote de todo el cuerpo—", etc.

Es necesario cambiar ese discurso, sugiriendo a los pacientes algunas palabras más racionales, flexibles y positivas, haciéndoles ver que sus pensamientos tienen un impacto directo en sus emociones y en cómo se sienten:

- **Aceptación de la enfermedad** (que el paciente reconozca sus pensamientos y experiencias emocionales sin llevar a cabo la conducta de rascado y priorizando el autocuidado de su piel).

- **Autoaceptación de uno mismo y de la enfermedad** es clave para la sana convivencia con la misma.

16.3. Intervención educativa con progenitores. En primer lugar, se debe tener en cuenta que se dan ciertas reacciones en los padres y familias ante el conocimiento de una enfermedad en un hijo, y con más motivo si es una enfermedad crónica como la DA. Una enfermedad infantil, en general, puede dar lugar a una "crisis familiar" y provocar sentimientos de culpa o ansiedad mayores de lo normal en los padres. El hecho de tener un hijo con una enfermedad crónica es un estresor que aumenta la probabilidad de sufrir trastornos psicológicos y de salud. A continuación, se explican las fases que pueden experimentar los progenitores a lo largo de la enfermedad de su hijo:

- **Impacto inicial.** Suele originar sentimientos de enfado. La fase previa al diagnóstico constituye un periodo de incertidumbre, dudas y continua formulación de hipótesis. Los padres son los primeros en conocer el diagnóstico, ante el cual responden con sorpresa y les cuesta aceptar el hecho de una enfermedad crónica en sus hijos. Las reacciones en este momento son muy variadas, sentimientos muy fuertes de incredulidad, rabia, culpa, temor, dolor, desamparo, autocompasión, etc.
- **Periodo de tristeza y desequilibrio emocional.** Suelen aparecer en los padres sentimientos de tristeza, malestar físico e incapacidad para seguir funcionando con normalidad. Se trata de una fase de miedo y frustración, junto con sentimientos de culpa y recriminación.
- **Una progresiva restauración del equilibrio normal.** Suele conducir a la participación activa de los padres en el proceso de manejo de la enfermedad de su hijo.

La identificación de dichas fases es primordial para establecer, en cada momento, la intervención que se crea más adecuada. A modo de ejemplo, se podrían ofrecer las siguientes recomendaciones específicas a los progenitores:

1. **Detectar ideas erróneas sobre el uso de corticoides tópicos[35,36].** Aunque ya se ha hablado de la "*corticofobia*", el miedo al uso de los corticoides, en muchos casos su infrautilización, tiene una repercusión en la falta de mejoría y en la calidad de vida del paciente, pues puede intensificar los síntomas o agravar la enfermedad.

Entre las distorsiones cognitivas comentadas, los posibles efectos secundarios de los corticoides sistémicos son confundidos con los de los corticoides tópicos. La mala comprensión de la aplicación de los tratamientos, o en algunos casos las indicaciones incompletas por parte del médico, pueden repercutir en la falta de confianza o en la seguridad que sienten los pacientes para usarlos.

2. **Educar a los progenitores o familiares de pacientes con DA** no solo en el buen uso de los fármacos tópicos y el uso de emolientes, sino también en el conocimiento de la enfermedad, la importancia de la adherencia a los tratamientos prescritos, consejos sobre cómo realizar la higiene diaria y otras dudas que puedan ir surgiendo a lo largo de la relación que se establece entre la/el enfermera/o y el paciente.
3. **La escucha activa es clave por parte de enfermería,** ya que en muchas ocasiones actúan de puente entre el paciente y/o familiares y el dermatólogo, y son la fuente más accesible de consulta en un momento de brote de dermatitis o dudas respecto al manejo de la enfermedad, tratamientos o posibles efectos adversos.
4. **Permitir un espacio de diálogo autónomo a los niños y adolescentes** en el manejo de su enfermedad, que puedan expresar sus sentimientos y temores. Esto requiere tiempo y empatía, adecuar el lenguaje a la edad del niño, no preguntar en exceso, utilizar preguntas abiertas, mostrar gran interés, etc. Dar a entender al paciente que puede confiar en la enfermería.
5. **Explicar a los padres que decirle al niño "no te rasques" o "deja de rascarte" es de poca utilidad,** y aumenta aún más las ganas de rascarse la piel. Explicarles las alternativas, por ejemplo:
   - El uso de emolientes y cremas hidratantes para prevenir y aliviar el picor.
   - El uso de agua termal vaporizada para generar un alivio inmediato antes de emplear un emoliente.
   - El uso de *packs* de gel fríos (conservados en la nevera) aplicados indirectamente sobre la piel intermediando un textil para generar sensación de frescor.
   - La aplicación de algún emoliente o espray de agua termal frío antes de acostarse para aliviar los picores nocturnos.

Además, si se dispone de las condiciones adecuadas, es ideal la puesta en marcha de escuelas de atopia en las que poder compartir, en pequeños grupos, los conocimientos sobre la dermatitis tanto con padres como con niños. Estos talleres con padres y niños permiten aliviar la carga de la enfermedad que sufren unos y otros.

- **Los niños con frecuencia sienten angustia, ansiedad, vergüenza, baja autoestima, aislamiento social y falta de confianza en sí mismos** por el picor de la piel y sus lesiones de rascado. También se ha observado un deterioro en el rendimiento de las actividades diarias como consecuencia del picor y la falta de descanso nocturno.
- **Los padres pueden llegar a sentir como una carga de cuidados adicionales y presión psicológica** por la enfermedad de sus hijos, incluyendo sentimientos de agotamiento, frustración, resentimiento e impotencia. Tanto el hecho de prestar atención al niño para que deje de rascarse (refuerzo negativo) como la atención positiva por querer consolar o sentir lástima por el niño, pueden condicionar o incluso mantener su comportamiento de rascado.
- **Explicar a los padres que el comportamiento de rascado tiene dos partes:** una, el movimiento hacia la zona de picor, y otra, el rascado propiamente dicho. Si se ha instruido a los pacientes en las técnicas de reversión del hábito, se les puede pedir que, para controlar el movimiento de "ir hacia la zona de picor", enseñen a los menores a que aprieten los puños durante 30 segundos y, a continuación, presionen como si fuera un pellizco el punto de picor. Practicar este método es importante y se pedirá al niño que al menos lo practique dos veces al día.

C. BIBLIOGRAFÍA

1. Ständer S. Atopic dermatitis. N Engl J Med. 2021;384(12):1136-43. DOI: 10.1056/NEJMra2023911
2. Bylund S, Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson Å. Prevalence and incidence of atopic dermatitis: a systematic review. Acta Derm Venereol. 2020;100(12):adv00160. DOI: 10.2340/00015555-3510
3. Sacotte R, Silverberg JI. Epidemiology of atopic dermatitis in adults. Clin Dermatol. 2018;36(5):595-605. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2018.05.007
4. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular mechanisms of the pathogenesis of atopic dermatitis. Int J Mol Sci. 2021;22(8):4130. DOI: 10.3390/ijms22084130
5. Drislane C, Irvine AD. The role of filaggrin in atopic dermatitis and allergic disease. Ann Allergy Asthma Immunol. 2020;124(1):36-43. DOI: 10.1016/j.anai.2019.10.008
6. Luger T, Amagai M, Dreno B, Dagnelie MA, Liao W, Kabashima K, et al. Atopic dermatitis: Role of the skin barrier, environment, microbiome, and therapeutic agents. J Dermatol Sci. 2021;102(3):142-57. DOI: 10.1016/j.jdermsci.2021.04.007
7. Meng J, Li Y, Fischer MJM, Steinhoff M, Chen W, Wang J. Th2 Modulation of Transient Receptor Potential Channels: An Unmet Therapeutic Intervention for Atopic Dermatitis. Front Immunol. 2021;12:696784. DOI: 10.3389/fimmu.2021.696784
8. Yosipovitch G, Berger T, Fassett MS. Neuroimmune interactions in chronic itch of atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(2):239-50. DOI: 10.1111/jdv.15973
9. Edslev SM, Agner T, Andersen PS. Skin Microbiome in Atopic Dermatitis. Acta Derm Venereol. 2020;100(12):adv00164. DOI: 10.2340/00015555-3514
10. Furue M, Chiba T, Tsuji G, Ulzii D, Kido-Nakahara M, Nakahara T, et al. Atopic dermatitis: immune deviation, barrier dysfunction, IgE autoreactivity and new therapies. Allergol Int. 2017;66(3):398-403. DOI: 10.1016/j.alit.2016.12.002
11. Sebõk B, Schneider I, Harangi F; Primary Care Paediatricians in Baranya County. Familiar and environmental factors influencing atopic dermatitis in the childhood. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20(4):418-22. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2006.01490.x
12. Frazier W, Bhardwaj N. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2020;101(10):590-8.

13. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014;70(2):338-51. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.10.010
14. Dutta A, De A, Das S, Banerjee S, Kar C, Dhar S. A Cross-Sectional Evaluation of the Usefulness of the Minor Features of Hanifin and Rajka Diagnostic Criteria for the Diagnosis of Atopic Dermatitis in the Pediatric Population. Indian J Dermatol. 2021;66(6):583-90. DOI: 10.4103/ijd.ijd_1046_20
15. Tokura Y, Hayano S. Subtypes of atopic dermatitis: From phenotype to endotype. Allergol Int. 2022;71(1):14-24. DOI: 10.1016/j.alit.2021.07.003
16. Kulthanan K, Tuchinda P, Nitiyarom R, Chunharas A, Chantaphakul H, Aunhachoke K, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of atopic dermatitis. Asian Pac J Allergy Immunol. 2021;39(3):145-55. DOI: 10.12932/AP-010221-1050
17. Galli E, Cinicola B, Carello R, Caimmi S, Brindisi G, De Castro G, et al. Atopic dermatitis. Acta Biomed. 2020;91(11-S):e2020011. DOI: 10.23750/abm.v91i11-S.10313
18. Nomura T, Wu J, Kabashima K, Guttman-Yassky E. Endophenotypic Variations of Atopic Dermatitis by Age, Race, and Ethnicity. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(6):1840-52. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.02.022
19. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al; European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(12):2717-44. DOI: 10.1111/jdv.16892
20. Silverberg JI. Atopic Dermatitis in Adults. Med Clin North Am. 2020;104(1):157-76. DOI: 10.1016/j.mcna.2019.08.009
21. Silverberg NB. Typical and atypical clinical appearance of atopic dermatitis. Clin Dermatol. 2017;35(4):354-9. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2017.03.007
22. Gawai SR, Asokan N, Narayanan B. Association of Pityriasis Alba with Atopic Dermatitis: A Cross-Sectional Study. Indian J Dermatol. 2021;66(5):567-8. DOI: 10.4103/ijd.ijd_936_20
23. Paller AS, Spergel JM, Mina-Osorio P, Irvine AD. The atopic march and atopic multimorbidity: Many trajectories, many pathways. J Allergy Clin Immunol. 2019;143(1):46-55. DOI: 10.1016/j.jaci.2018.11.006
24. Yang L, Fu J, Zhou Y. Research Progress in Atopic March. Front Immunol. 2020;11:1907. DOI: 10.3389/fimmu.2020.01907
25. Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;123(2):144-51. DOI: 10.1016/j.anai.2019.04.020
26. Wang V, Boguniewicz J, Boguniewicz M, Ong PY. The infectious complications of atopic dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2021;126(1):3-12. DOI: 10.1016/j.anai.2020.08.002
27. Traidl S, Roesner L, Zeitvogel J, Werfel T. Eczema herpeticum in atopic dermatitis. Allergy. 2021;76(10):3017-27. DOI: 10.1111/all.14853
28. García-Pérez A, Martín-Pascual A, Bartolozzi R, Franco A. La catarata de la dermatitis atópica. Rev Clin Esp. 1969;115(1):51-4.
29. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(9):1409-31. DOI: 10.1111/jdv.18345
30. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2017;177(5):1316-21. DOI: 10.1111/bjd.15641
31. Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, De Waard-van der Spek FB. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. Br J Dermatol. 2007;157(4):645-8. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x
32. Diaz A, Guttman-Yassky E. Topical agents for the treatment of atopic dermatitis. Expert Rev Clin Immunol. 2019;15(4):369-82. DOI: 10.1080/1744666X.2019.1564038
33. Draelos ZD. Use of topical corticosteroids and topical calcineurin inhibitors for the treatment of atopic dermatitis in thin and sensitive skin areas. Curr Med Res Opin. 2008;24(4):985-94. DOI: 10.1185/030079908x280419
34. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis:

section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014;71(1):116-32. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.03.023

35. Dufresne H, Bataille P, Bellon N, Compain S, Deladrière E, Bekel L, et al. Risk factors for corticophobia in atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(12):e846-9. DOI: 10.1111/jdv.16739
36. Bos B, Antonescu I, Osinga H, Veenje S, de Jong K, de Vries TW. Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. Pediatr Dermatol. 2019;36(1):100-4. DOI: 10.1111/pde.13698
37. Nicol NH, Boguniewicz M. Wet Wrap Therapy in Moderate to Severe Atopic Dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am. 2017;37(1):123-39. DOI: 10.1016/j.iac.2016.08.003
38. Leung DYM. Can antibiotics be harmful in atopic dermatitis? Br J Dermatol. 2018;179(4):807-8. DOI: 10.1111/bjd.17023
39. Maarouf M, Shi VY. Bleach for Atopic Dermatitis. Dermatitis. 2018;29(3):120-6. DOI: 10.1097/DER.0000000000000358
40. Khadka VD, Key FM, Romo-González C, Martínez-Gayosso A, Campos-Cabrera BL, Gerónimo-Gallegos A, et al. The Skin Microbiome of Patients With Atopic Dermatitis Normalizes Gradually During Treatment. Front Cell Infect Microbiol. 2021;11:720674. DOI: 10.3389/fcimb.2021.720674
41. Yosipovitch G, Reaney M, Mastey V, Eckert L, Abbé A, Nelson L, et al. Peak Pruritus Numerical Rating Scale: psychometric validation and responder definition for assessing itch in moderate-to-severe atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2019;181(4):761-9. DOI: 10.1111/bjd.17744
42. Mollanazar NK, Smith PK, Yosipovitch G. Mediators of Chronic Pruritus in Atopic Dermatitis: Getting the Itch Out? Clin Rev Allergy Immunol. 2016;51(3):263-92. DOI: 10.1007/s12016-015-8488-5
43. Garg S, Zhao J, Tegtmeyer K, Shah P, Lio PA. US Prescription trends of antihistamines for atopic dermatitis, 2011-2016. Pediatr Dermatol. 2021;38(1):324-6. DOI: 10.1111/pde.14445
44. Kemény L, Varga E, Novak Z. Advances in phototherapy for psoriasis and atopic dermatitis. Expert Rev Clin Immunol. 2019;15(11):1205-14. DOI: 10.1080/1744666X.2020.1672537
45. Pugashetti R, Koo J. Phototherapy in pediatric patients: choosing the appropriate treatment option. Semin Cutan Med Surg. 2010;29(2):115-20. DOI: 10.1016/j.sder.2010.03.006
46. Roekevisch E, Spuls PI, Kuester D, Limpens J, Schmitt J. Efficacy and safety of systemic treatments for moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review. J Allergy Clin Immunol. 2014;133:429-38. DOI: 10.1016/j.jaci.2013.07.049
47. Siegels D, Heratizadeh A, Abraham S, Binnmyr J, Brockow K, Irvine AD, et al; European Academy of Allergy, Clinical Immunology Atopic Dermatitis Guideline group. Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. Allergy. 2021;76(4):1053-76. DOI: 10.1111/all.14631
48. Thomsen SF, Karlsmark T, Clemmensen KK, Graversgaard C, Ibler KS, Jemec GB, et al. Outcome of treatment with azathioprine in severe atopic dermatitis: a 5-year retrospective study of adult outpatients. Br J Dermatol. 2015;172(4):1122-4. DOI: 10.1111/bjd.13495
49. Gerbens LAA, Hamann SAS, Brouwer MWD, Roekevisch E, Leeflang MMG, Spuls PI. Methotrexate and azathioprine for severe atopic dermatitis: a 5-year follow-up study of a randomized controlled trial. Br J Dermatol. 2018;178(6):1288-96. DOI: 10.1111/bjd.16240
50. Nezamololama N, Fieldhouse K, Metzger K, Gooderham M. Emerging systemic JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis: a review of abrocitinib, baricitinib, and upadacitinib. Drugs Context. 2020;9:2020-8-5. DOI: 10.7573/dic.2020-8-5
51. Ficha Técnica “Olumiant 4 mg comprimidos recubiertos con película” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.
52. Ficha Técnica “Rinvoq 15 mg comprimidos de liberación prolongada” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.
53. Ratchataswan T, Banzon TM, Thyssen JP, Weidinger S, Guttman-Yassky E, Phipatanakul W. Biologics for Treatment of Atopic Dermatitis: Current Status and Future Prospect. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(3):1053-65. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.11.034
54. Guttman-Yassky E, Bissonnette R, Ungar B, Suárez-Fariñas M, Ardeleanu M, Esaki H, et al. Dupilumab progressively improves systemic and cutaneous abnormalities in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2019;143(1):155-72. DOI: 10.1016/j.jaci.2018.08.022
55. Wollenberg A, Blauvelt A, Guttman-Yassky E, Worm M, Lynde C, Lacour JP, et al; ECZTRA 1 and ECZTRA 2 study investigators. Tralokinumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: results from two 52-week, randomized, double-blind, multicentre, placebo-controlled phase III

trials (ECZTRA 1 and ECZTRA 2). Br J Dermatol. 2021;184(3):437-49. DOI: 10.1111/bjd.19574
56. Ficha Técnica "Dupixent 300 mg solución inyectable en jeringa precargada" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.
57. Ficha Técnica "Adtralza 150 mg solución inyectable en jeringa precargada" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.
58. Conde-Taboada A, González-Barcala FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. Actas Dermosifiliogr. 2008;99(9): 690-700.
59. Eichenfield LF, Ahluwalia J, Waldman A, Borok J, Udkoff J, Boguniewicz M. Current guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: A comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology guidelines. J Allergy Clin Immunol. 2017;139(4S):S49-57. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.01.009
60. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014;71(1):116-32. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.03.023
61. Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Atopic dermatitis: update and proposed management algorithm. Actas Dermosifiliogr. 2013;104(1):4-16. DOI: 10.1016/j.ad.2011.12.008
62. Jonhson M, Bulechek G, Butcher H, McCluskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
63. Ojeda Esclaera M, Rivero Moreno B, Cruz García N, Mota López P, Carretero Hernández G. Manual de la consulta de enfermería dermatológica. 2.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2018.
64. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. J Am Acad Dermatol. 2014;71(2):327-49. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.03.030
65. Suárez R, Campos M. Manual de Dermatología, 15 diagnósticos básicos en Atención Primaria. Madrid: Medical & Marketing Communications; 2018.
66. Van Os-Medendorp H, Deprez E, Maes N, Ryan S, Jackson K, Winders T, et al. The role of the nurse in the care and management of patients with atopic dermatitis. BMC Nurs. 2020;19(1):102. DOI: 10.1186/s12912-020-00494-y
67. Daunton A, Bridgett C, Goulding JM. Habit reversal for refractory atopic dermatitis: a review. Br J Dermatol. 2016;174:657-9. DOI: 10.1111/bjd.14176
68. Evers AW, Duller P, De Jong EM, Otero ME, Verhaak CM, Van der Valk PG, et al. Effectiveness of a multidisciplinary itch-coping training programme in adults with atopic dermatitis. Acta Derm Venereol. 2009;89:57-63. DOI: 10.2340/00015555-0556
69. Jacobson E. Progressive relaxation. Amer J Psychol. 1987;100(3): 523-37.
70. Rosenbaum MS, Ayllon T. The behavioral treatment of neurodermatitis through habit-reversal. Behav Res Ther. 1981;19:313-8. DOI: 10.1016/0005-7967(81)90052-8
71. Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Habit reversal vs. negative practice treatment of nailbiting. Behav Res Ther. 1980;18(4):281-5. DOI: 10.1016/0005-7967(80)90086-8

D. ANEXOS

1. Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica (de Hanifin y Rajka)
2. Test de medición de gravedad y valoración
3. Dosificación de fototerapia
4. Guía de fármacos en dermatitis atópica
5. Ejemplo de ficha de seguimiento terapéutico
6. Valoración de enfermería según patrones funcionales de salud
7. Diagnósticos NANDA-NIC-NOC en el paciente con dermatitis atópica
8. Propuesta de informe de seguimiento enfermero del paciente con dermatitis atópica
9. Información y consejos para el paciente en tratamiento sistémico (por orden alfabético)

ANEXO 1.
Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica (de Hanifin y Rajka)

Criterios mayores

Debe tener tres o más:

1. Prurito
2. Distribución y morfología típica
   1. Liquenificación o linealidad flexional en adultos
   2. Compromiso extensor y facial en infantes y niños
3. Dermatitis crónica o crónicamente recidivante
4. Historia personal o familiar de atopias (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica)

Criterios menores

Debe tener tres o más de:

1. Xerosis
2. Ictiosis, hiperlinealidad palmar o queratosis pilaris
3. Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)
4. IgE sérica elevada
5. Comienzo a temprana edad
6. Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente *S. aureus* y herpes simple) o defecto en la inmunidad mediada por células
7. Tendencia a dermatitis en manos y pies inespecíficas
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

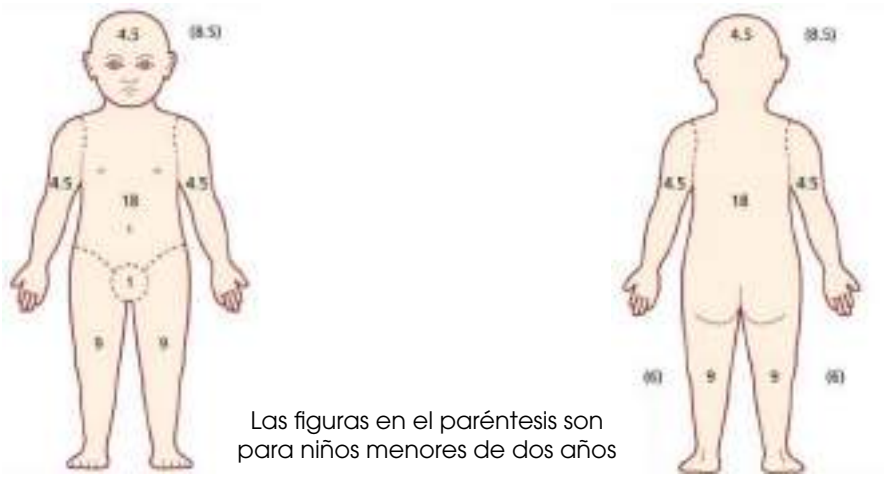
Ortiz de Frutos FJ, Guerra Tapia A, Gómez de la Cámara A, De la Cruz Bertolo J, Álvarez Fernández JG, De la Mano Orejón D. Validación de la versión española del cuestionario diagnóstico del Grupo de Trabajo sobre la Dermatitis Atópica del Reino Unido Rev Clin Esp. 1998;198(7):424-8.

Vakharia PP, Chopra R, Silverberg JI. Systematic Review of Diagnostic Criteria Used in Atopic Dermatitis Randomized Controlled Trials. Am J Clin Dermatol. 2018;19(1):15-22. DOI: 10.1007/s40257-017-0299-4

ANEXO 2a.
Test de medición de gravedad y valoración: SCORAD

(http://www.scorad.org/page_es.html) (app EASI-SCORAD)

Índice SCORAD	Nombre
	Fecha de nacimiento
	Fecha de visita



Las figuras en el paréntesis son para niños menores de dos años

A. Extensión por favor indique la zona afectada	
B. Intensidad	
C. Síntomas subjetivos Prurito e insomnio	

A/5 + 7B/2 + C

Medios de cálculo	Intensidad
Eritema	
Edema/Pápulas	
Exudado/Costra	
Excoración	
Liquenificación	
Xerosis*	

Medios de cálculo
0 Ausencia 1 Leve 2 Moderado 3 Severo

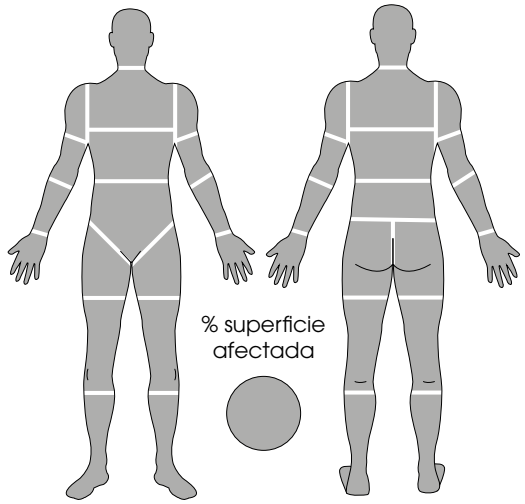
* Evaluado en áreas sanas

Escala analógica visual (promedio de los últimos 3 días o noches)	Prurito (0-10)	0 — 10
	Pérdida de sueño (0-10)	

SCORAD

Resultado (0 - 103)

Seleccione las partes del cuerpo afectadas en las imágenes inferiores y a continuación los diferentes casos de intensidad y síntomas detectados en el/la paciente.



Intensidad

Síntomas

ANEXO 2b.
Test de medición de gravedad y valoración: EASI
(app EASI-SCORAD)

Puntuación EASI (Eczema Area and Severity Index)

La puntuación EASI es un instrumento de medida de la extensión (área) y gravedad de la dermatitis atópica.

EASI no incluye la valoración del grado de sequedad o descamación cutánea.

Puntuación del área afectada

Representa el porcentaje de la piel afectada por el eccema. La puntuación se recogerá de cada una de las cuatro zonas corporales mencionadas.

Área corporal a valorar	Valoración	
• Cabeza y cuello • Tronco (incluida área genital) • Extremidades superiores • Extremidades inferiores (se incluye glúteo)	0	0 %
	1	1-9 %
	2	10-29 %
	3	30-49 %
	4	50-69 %
	5	70-89 %
	6	90-100 % (toda la zona afectada)

Puntuación de la gravedad

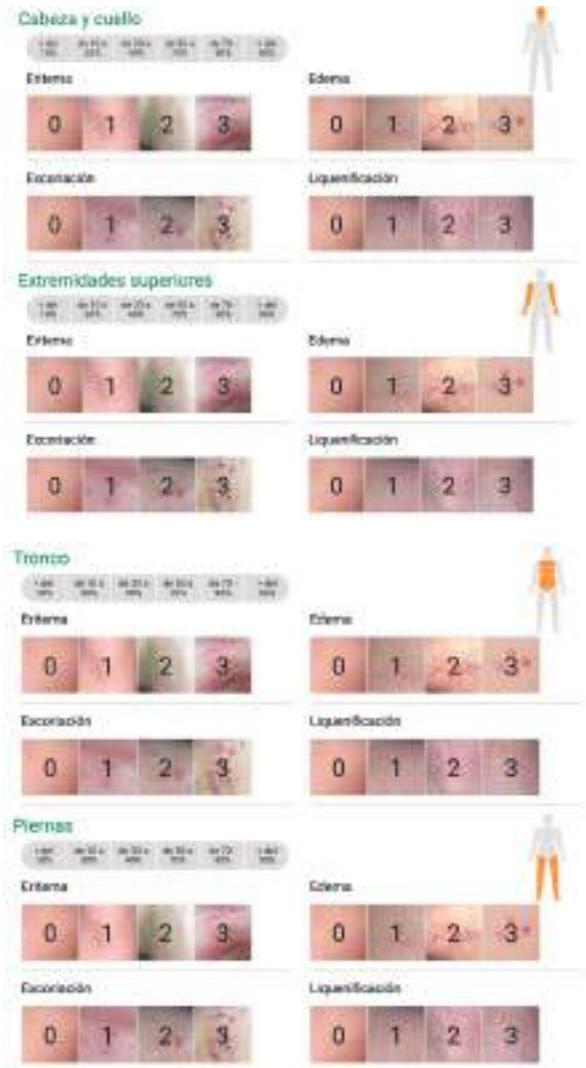
Externos

La puntuación de la gravedad se recoge a partir de la valoración en las cuatro regiones corporales. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de cuatro signos:

Puntuación de la gravedad	Valoración	
• Enrojecimiento (eritema, inflamación) • Engrosamiento (induración, edema en el eccema agudo) • Rascado (excoraciones) • Liquenificación (piel engrosada, nódulos pruriginosos en el eccema crónico	0	No, ausente
	1	Leve
	2	Moderado
	3	Intenso

Se permiten puntuaciones intermedias. En la raza negra, al ser muy difícil valorar el enrojecimiento, en caso de duda aumentar en un punto la valoración. A continuación se muestran imágenes representativas de la intensidad de cada signo a valorar.

Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, Cherill R, Tofte SJ, Graeber M. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group. Exp Dermatol. 2001;10(1):11-8. DOI: 10.1034/j.1600-0625.2001.100102.x



Cálculo del EASI (http://www.dermcalculator.com/easi-professional/)

Puntuación total = intensidad enrojecimiento + intensidad engrosamiento + intensidad liquenificación.

Para cada zona se multiplica la puntuación de gravedad del signo por la puntuación de porcentaje del área afectada, y ese producto a su vez por un factor multiplicador fijo, distinto para cada zona topográfica.

Cabeza y cuello	Gravedad x puntuación del área x 0,1 (en niños de 0-7 años x 0,2)
Tronco	Gravedad x puntuación del área x 0,3
Extremidades superiores	Gravedad x puntuación del área x 0,2
Extremidades inferiores	Gravedad x puntuación del área x 0,4 (en niños de 0-7 años x 0,3)

La puntuación total del EASI viene dada por la suma de las puntuaciones. Su puntuación se sitúa entre un mínimo de 0 y un máximo de 72.

ANEXO 2c.
Test de medición de gravedad y valoración: POEM

POEM
Patient-Oriented Eczema Measure

The University of Nottingham
UNITED KINGDOM · CHINA · MALAYSIA

Cuestionario POEM autorrellenable

Datos del paciente: _____
_____
_____
_____

Fecha: _____

Por favor, rodee con un círculo su respuesta para cada una de las siete preguntas siguientes acerca del eccema. Por favor, deje en blanco cualquier pregunta que no se vea capaz de responder.

1. En los últimos siete días, ¿cuántos días ha sentido picor a causa del eccema?

Ningún día **1-2 días** **3-4 días** **5-6 días** **Todos los días**

2. En los últimos siete días, ¿cuántas noches se ha alterado su sueño a causa del eccema?

Ningún día **1-2 días** **3-4 días** **5-6 días** **Todos los días**

3. En los últimos siete días, ¿cuántos días le ha sangrado la piel a causa del eccema?

Ningún día **1-2 días** **3-4 días** **5-6 días** **Todos los días**

4. En los últimos siete días, ¿cuántos días ha rezumado un líquido transparente de su piel a causa del eccema?

Ningún día **1-2 días** **3-4 días** **5-6 días** **Todos los días**

5. En los últimos siete días, ¿cuántos días se le ha agrietado la piel a causa del eccema?

Ningún día **1-2 días** **3-4 días** **5-6 días** **Todos los días**

6. En los últimos siete días, ¿cuántos días se le ha descamado la piel a causa del eccema?

Ningún día **1-2 días** **3-4 días** **5-6 días** **Todos los días**

7. En los últimos siete días, ¿cuántos días ha notado su piel seca o áspera a causa del eccema?

Ningún día **1-2 días** **3-4 días** **5-6 días** **Todos los días**

Puntuación total del POEM (máximo 28): _____

© Universidad de Nottingham

POEM - Spain/Spanish - Version of 13 Dec 2018 - Mapi.
ID2496-TR-0046 / POEM_TS3.0_spa-ES.doc

https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebd/documents/methodological-resources/poem-spanish-us.pdf

ANEXO 2d1.
Test de medición de gravedad y valoración: DLQI (General, Adultos)

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA - DERMATOLOGÍA

N.º H.ª C.ª paciente : _____ Fecha: _____ d / m / a

Iniciales del paciente: _____

Diagnóstico: _____

DLQI Puntuación ☐

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le han afectado sus problemas de piel en su vida DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS. Señale, por favor, con una "X" un recuadro de cada pregunta.

1.	**Durante los últimos siete días, ¿ha tenido picor, dolor o escozor en su piel?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	
2.	**Durante los últimos siete días, ¿ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de piel?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	
3.	**Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel le han interferido en ir de compras o cuidar de la casa o la terraza?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
4.	**Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
5.	**Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel han afectado alguna actividad social o de tiempo libre?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
6.	**Durante los últimos siete días, ¿le ha sido difícil practicar algún deporte a causa de sus problemas de piel?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
7.	**Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar?**	Sí No	☐ ☐	Sin relación ☐
	Si la respuesta es "No", durane los últimos siete días, ¿su piel le ha causado algún problema en el trabajo o en los estudios	Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐	
8.	**Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel le han causado problemas con su pareja o con algún amigo/a íntimo/a o familiar?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
9.	**Durante los últimos siete días, ¿sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
10.	**Durante los últimos siete días, ¿el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted, por ejemplo porque ha ensuciado el hogar o le ha quitado tiempo?**	Muchísimo Mucho Un poco No, en absoluto	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐

Compruebe, por favor, que ha contestado a CADA pregunta. Muchas gracias.

@A.Y. Finlay, G.K. Khan, Abril de 1992.

La puntuación de cada pregunta es la siguiente:

Muchísimo	puntúa 3	Respuesta sin contestar	puntúa 0
Mucho	puntúa 2		
Un poco	puntúa 1	Pregunta 7:	
Sin relación	puntúa 0	respuesta afirmativa	puntúa 3

Finlay AY, Khan GK. "The Dermatology Life Quality Index: A simple practical measure for routine clinical use". British Association of Dermatologists Annual Meeting, Oxford, July 1993. Br J Dermatol, 1993;129(Suppl 42): 27.

De Tiedra AG, Mercadal J, Badía X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. Actas Dermosifiliogr. 1998;89:692-700.

https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index

ANEXO 2d2.
Test de medición de gravedad y valoración: DLQI (adolescentes)

CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA PARA ADOLESCENTES

Nombre : _____ Fecha: _____

Diagnóstico (si lo conoces): _____ Puntuación ☐

El objetivo de este cuestionario es medir cuánto afecta tu problema de la piel a tu calidad de vida en este momento.

Por favor, señala con una "X" un recuadro de cada pregunta.

Imagen de ti mismo/a		Nunca	A veces	Siempre
1.	¿Te sientes cohibido/a o cortado/a por tu problema de la piel?	☐	☐	☐
2.	¿Te sientes molesto/a por tu problema de la piel?	☐	☐	☐
3.	¿Sientes que te ves diferente debido a tu problema de la piel?	☐	☐	☐
4.	¿Sientes que la gente se fija en ti debido a tu problema de la piel?	☐	☐	☐
5.	¿Sientes vergüenza debido a tu problema de la piel?	☐	☐	☐
6.	¿Te sientes incómodo/a cuando estás con otras personas debido a tu problema de la piel?	☐	☐	☐
7.	¿Evitas lugares a los que te gustaría ir por tu problema de la piel?	☐	☐	☐
8.	¿Sientes la necesidad de cubrir las zonas afectadas por tubrela de la piel?	☐	☐	☐
Bienestar físico y aspiraciones futuras				
9.	¿Tu problema de la piel afecta a tus estudios o tu trabajo?	☐	☐	☐
10.	¿Te preocupa que tu problema de la piel pueda afectar a tu futuro profesional?	☐	☐	☐
11.	¿Sientes dolor o molestias debido a tu problema de la piel?	☐	☐	☐
12.	¿Tu problema de la piel te afecta al sueño?	☐	☐	☐
Impacto psicológico y en las relaciones				
13.	¿Te pones de mal humor por tu problema de la piel?	☐	☐	☐
14.	¿Crees que piensas mucho en tu problema de la piel?	☐	☐	☐
15.	¿Evitas conocer gente nueva debido a tu problema de la piel?	☐	☐	☐
16.	¿Recibes comentarios desagradables sobre tu piel?	☐	☐	☐
17.	¿Crees que tu problema de la piel afecta en la relación con tus amigos?	☐	☐	☐
18.	¿Crees que tu problema de la piel afecta en tus relaciones íntimas?	☐	☐	☐

Por favor, comprueba que has respondido a TODAS las preguntas. Muchas gracias.

©Teenager's Quality of Life Index (T-QoL): MKA Basra. MS Salek, AY Finlay, July 2011.

ANEXO 2d3.
Test de medición de gravedad y valoración: DLQI (niños)

CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA INFANTIL

El objetivo de este cuestionario es medir cuánto te ha afectado tu problema de piel DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, señala un recuadro en cada pregunta.

1.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida has sentido picor, sensación de piel rasposa, escozor o dolor en tu piel?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
2.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida te has sentido avergonzado o acomplejado, disgustado o triste a causa de tu piel?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
3.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida han afectado tus problemas de piel a las relaciones con tus amigos?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
4.	Durante la semana pasada, ¿cuántas veces te has cambiado de ropa o llevado ropa/zapatos diferentes o especiales a causa de tu piel?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
5.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida te ha afectado tu problema de piel para salir, jugar o realizar tus aficiones?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
6.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida has evitado nadar o practicar otros deportes a cusa de tu problema de piel?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
7.	La semana pasada, ¿fue periodo escolar o	Si fue periodo escolar: durante la semana pasada, ¿cuánto afectó el problema de piel a tu trabajo escolar?	Te impidieron ir al colegio Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	periodo de vacaciones?	Si fue periodo de vacaciones; durante la semana pasada, ¿en qué medida te ha interferido el problema de piel para disfrutar de las vacaciones?	Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
8.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida has tenido problemas con otras personas a causa de tu piel por meterse contigo, burlarse de ti, acosarte, hacerte preguntas o evitarte?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
9.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida te ha afectado tu problema de piel para el sueño?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
10.	Durante la semana pasada, ¿en qué medida el tratamiento de tu piel te ha causado problemas?		Muchísimo Bastante Solo un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐

Comprueba que has contestdo a TODAS las preguntas. Gracias.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, mayo de 1993.

ANEXO 2e.
Test de medición de gravedad y valoración: Familiar (Dermatitis Family Impact, DFI)

El objetivo de este cuadro es ahora registrar el estado del eczema (dermatitis) de su hijo/a. Todas las preguntas se refieren SOLO A LA SEMANA PASADA. Por favor, conteste a todas las preguntas.

Gravedad del eczema			
	Durante la semana pasada, ¿cuál cree que ha sido la intensidad del eczema de su hijo? Es decir, cómo ha estado de rojo, escamoso, inflamado o extendido	Muy intenso Intenso Intermedio Bastante bien Nada	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Índice de calidad de vida			
1.	Durante la semana pasada, ¿cuánto picor ha tenido y cuánto se ha rascado su hijo?	Todo el tiempo Mucho Poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
2.	Durante la semana pasada, ¿de qué humor ha estado su hijo?	Siempre llorando, sumamente difícil Muy irritable Ligeramente irritable Contento	☐ ☐ ☐ ☐
3.	Durante la semana pasada, ¿qué promedio de tiempo aproximado ha tardado su hijo en dormirse cada noche?	Más de 2 horas 1-2 horas 15 minutos - 1 hora 0-15 minutos	☐ ☐ ☐ ☐
4.	Durante la semana pasada, ¿qué promedio de tiempo en total se ha alterado el sueño de su hijo cada noche?	5 horas o más 3-4 horas 1-2 horas Menos de una hora	☐ ☐ ☐ ☐
5.	Durante la semana pasada, ¿le ha molestado a su hijo el eczema al jugar o nadar?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
6.	Durante la semana pasada, ¿ha impedido a su hijo el eczema participar o disfrutar de otras actividades en familia?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
7.	Durante la semana pasada, ¿ha tenido problemas con su hijo a la hora de comer debido al eczema?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
8.	Durante la semana pasada, ¿ha tenido problemas con su hijo a causa del tratamiento?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
9.	Durante la semana pasada, ¿ha sido incómodo vestir y desvestir a su hijo por el eczema?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐
10.	Durante la semana pasada, ¿cuánto ha molestado a su hijo el eczema al bañarse?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐

Por favor, compruebe que ha contestdo a todas las preguntas.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, mayo de 1993.

Dodington SR, Basra MK, Finlay AY, Salek MS. The Dermatitis Family Impact questionnaire: a review of its measurement properties and clinical application. Br J Dermatol. 2013;169(1):31-46. DOI: 10.1111/bjd.12232

ANEXO 2f.
Test de medición de gravedad y valoración: Ansiedad/ Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Instrucciones: este cuestionario se ha elaborado para ayudar a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajuste a cómo se sintió **durante la semana pasada.** No piense mucho las respuestas. Si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba.

1. Me siento tenso/a o "molesto/a"

		(A)
Todos los días	☐	3
Muchas veces	☐	2
A veces	☐	1
Nunca	☐	0

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

		(D)
Como siempre	☐	0
No lo bastante	☐	1
Solo un poco	☐	2
Nada	☐	3

3. Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

		(A)
Totalmente, y es muy fuerte	☐	3
Sí, pero no es muy fuerte	☐	2
Un poco, pero no me preocupa	☐	1
Nada	☐	0

4. Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas

		(D)
Igual que lo hice siempre	☐	0
Ahora, no tanto	☐	1
Casi nunca	☐	2
Nunca	☐	3

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

		(A)
La mayoría de las veces	☐	3
Con bastante frecuencia	☐	2
A veces, aunque no muy a menudo	☐	1
Solo en ocasiones	☐	0

6. Me siento alegre

		(D)
Nunca	☐	3
No muy a menudo	☐	2
A veces	☐	1
Casi siempre	☐	0

7. Puedo estar sentado/a tranquilamente y sentirme relajado/a

		(A)
Siempre	☐	0
Por lo general	☐	1
No muy a menudo	☐	2
Nunca	☐	3

8. Me siento como si cada día estuviera más lento/a

		(D)
Por lo general, en todo momento	☐	3
Muy a menudo	☐	2
A veces	☐	1
Nunca	☐	0

9. Tengo la sensación de miedo, como de "aleteo" en el estómago

		(A)
Nunca	☐	0
En ciertas ocasiones	☐	1
Con bastante frecuencia	☐	2
Muy a menudo	☐	3

10. He perdido el interés por mi aspecto físico

		(D)
Totalmente	☐	3
No me preocupo tanto como debiera	☐	2
Podría tener un poco más de cuidado	☐	1
Me preocupa igual que siempre	☐	0

11. Me siento inquieto/a, como si estuviera continuamente en movimiento

		(A)
Mucho	☐	3
Bastante	☐	2
No mucho	☐	1
Nada	☐	0

12. Me siento optimista respecto al porvenir

		(D)
Igual que siempre	☐	0
Menos de lo que acostumbraba	☐	1
Mucho menos de lo que acostumbraba	☐	2
Nada	☐	3

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

		(A)
Muy frecuentemente	☐	3
Bastante amenudo	☐	2
No muy a menudo	☐	1
Nada	☐	0

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

		(D)
A menudo	☐	0
A veces	☐	1
No muy a menudo	☐	2
Rara vez	☐	3

Valoración:
0-7 = no indica caso; 8-10 = sería un caso dudoso; >11 = probable caso en cada una de las subescalas.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

https://strokengine.ca/en/assessments/hospital-anxiety-and-depression-scale-hads/

ANEXO 2g1.
Test de medición de gravedad y valoración: RECAP

RECAP
recap · of · atopic · eczema

Cuestionario RECAP de dermatitis atópica.

Las preguntas de más abajo proporcionan información cómo ha estado su eczema durante la última semana desde su punto de vista. Por favor, seleccione solo una respuesta para cada pregunta. Intente responder todas las preguntas, pero si usted es incapaz de hacerlo, déjela en blanco.

1. En los últimos 7 días, ¿cómo ha estado su eczema (dermatitis)?

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal

2. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuántos días le ha picado la piel debido a su eczema (dermatitis)?

Ninguno	1-2 días	3-4 días	5-6 días	Todos los días

3. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuántos días le ha picado MUCHO la piel por su eczema (dermatitis)?

Ninguno	1-2 días	3-4 días	5-6 días	Todos los días

4. A lo largo de los últimos 7 días, ¿Cuánto se ha alterado su sueño debido su eczema (dermatitis)?

Nada	Un poco	Bastante	Un montón	Muchísimo

5. A lo largo de los últimos 7 días, ¿Cuánto ha alterado su eczema (dermatitis) sus actividades diarias?

Nada	Un poco	Bastante	Un montón	Muchísimo

6. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuántos días su eczema (dermatitis) ha afectado a cómo se siente?

Ninguno	1-2 días	3-4 días	5-6 días	Todos los días

7. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cómo de aceptable ha sido su eczema (dermatitis)?

Totalmente aceptable	Muy aceptable	Bastante aceptable	Poco aceptable	Nada en absoluto.

© Universidad de Nottingham

Howells LM, Chalmers JR, Gran S, Ahmed A, Apfelbacher C, Burton T, et al. Development and initial testing of a new instrument to measure the experience of eczema control in adults and children: Recap of atopic eczema (RECAP). Br J Dermatol. 2020;183(3):524-536. DOI: 10.1111/bjd.18780

Español: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebd/documents/methodological-resources/cuestionario-recap-de-dermatitis-at%C3%B3pica-espa%C3%B1ol-spanish.pdf

https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebd/documents/methodological-resources/cuestionario-recap-de-dermatitis-at%C3%B3pica-espa%C3%B1ol-spanish.pdf

ANEXO 2g2.
Test de medición de gravedad y valoración: RECAP para padres de pacientes pediátricos con DA

RECAP
recap · of · atopic · eczema

Cuestionario RECAP de eczema atópico

Las preguntas de más abajo proporcionan información sobre cómo ha estado el eczema de su hijo durante la última semana desde su punto de vista.
Por favor, seleccione solo una respuesta para cada pregunta.
Intente responder todas las preguntas, pero si usted es incapaz de hacerlo, déjela en blanco.

1. En los últimos 7 días, **¿cómo ha estado el eczema de su hijo?**

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal

2. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuántos días **le ha picado la piel** a su hijo debido a su eczema?

Ninguno 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

3. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuántos días cree que **le ha picado mucho la piel** a su hijo por su eczema?

Ninguno 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

4. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuánto **se ha alterado el sueño** de su hijo debido a su eczema?

Nada Un poco Bastante Un montón Muchísimo

5. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuánto ha alterado el eczema de su hijo **sus actividades diarias**?

Nada Un poco Bastante Un montón Muchísimo

6. A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuántos días cree que el eczema de su hijo **ha afectado a cómo se siente**?

Ninguno 1-2 días 3-4 días 5-6 días Todos los días

7. A lo largo de los últimos 7 días, **¿cómo de aceptable** ha sido el eczema de su hijo para usted?

Totalmente aceptable Muy aceptable Bastante aceptable Poco aceptable Nada en absoluto

© Universidad de Nottingham

ANEXO 2h
Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica (Atopic Dermatitis Control Tool, ADCT)

ADCT – Herramienta de control de la dermatitis atópica

Presentación de la ADCT

- Herramienta de control de la dermatitis atópica (ADCT): una herramienta **validada, breve y fácil de puntuar**
- **Seis preguntas concisas** para evaluar todas las dimensiones del control de la dermatitis atópica (DA) que **pacientes y médicos consideran relevantes**
- La ADCT puede ser **autoadministrada** por los pacientes o también se puede usar en las **consultas rutinarias**
- La ADCT está diseñada para ayudar a facilitar un diálogo coherente entre paciente y médico sobre el **control de la DA** en la práctica clínica diaria, favoreciendo una mejor vigilancia de la enfermedad

Para el desarrollo de la ADCT se realizaron entrevistas a pacientes y médicos. Se concluyó que había seis factores críticos en la valoración de los aspectos multidimensionales del control de la enfermedad durante una semana y que conforman la base de la ADCT:

Validación de la ADCT

La ADCT se probó rigurosamente en 270 pacientes estadounidenses a quienes un profesional sanitario/a les había diagnosticado clínicamente con DA y que estaban tomando tratamiento bajo prescripción médica para la DA en los últimos 6 meses (sin incluir los antihistamínicos ni los antibióticos orales)[1]. Dos estudios confirmaron que la ADCT es una herramienta válida y segura para la valoración del control de la DA y que se puede usar para detectar cambios en la actividad de la enfermedad en una persona a lo largo del tiempo[1,2].

[1]David M Pariser, Eric L Simpson, Abhijit Gadkari, Thomas Bieber, David J Margolis, Michelle Brown, Lauren Nelson, Puneet Mahajan, Matthew Reaney, Isabelle Guillemin, Usha G Mallya, Laurent Eckert. Evaluating patient-perceived control of atopic dermatitis: design, validation and scoring of the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT). *Current Medical Research and Opinion* 2019. DOI: 10.1080/03007995.2019.1699516

[2]Eric Simpson, Laurent Eckert, Abhijit Gadkari, Usha G Mallya, Min Yang, Lauren Nelson, Michelle Brown, Matt Reaney, Puneet Mahajan, Isabelle Guillemin, Mark Boguniewicz, David Pariser. Validation of the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT©) using a longitudinal survey of biologic-treated patients with atopic dermatitis. BMC Dermatol. *2019;19:15*. DOI: 10.1186/s12895-019-0095-3.

Mire al dorso para ver las instrucciones de puntuación de la ADCT.

MAT-GLB-2105148 V1.0 Fecha de aprobación Noviembre 2021

The Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT) se ha desarrollado para facilitar el diálogo entre paciente y médico sobre el control de la dermatitis atópica. Con esta herramienta no se pretende sustituir la valoración del médico en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

ADCT HCP Information Card - Spain/Spanish – Version of 23 Feb 2022 - ICON.
0085-TR-0177/ ADCT_HCP information card_Flashcard _AU2.0_MKTG_spa-ES

https://www.adcontroltool.com/adct-downloads1

ADCT – Herramienta de control de la dermatitis atópica

Uso de la ADCT en la práctica clínica

Para usar correctamente la ADCT, su paciente debe responder a las seis preguntas de la ADCT seleccionando la respuesta más apropiada.

	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
1. ¿Cómo calificaría los síntomas relacionados con su eccema (por ejemplo, picor, sequedad de piel, sarpullido) durante la última semana?	Ninguno	Leves	Moderados	Graves	Muy graves
2. ¿Cuántos días ha tenido episodios intensos de picor debido a su eccema durante la última semana?	Nunca	1-2 días	3-4 días	5-6 días	Todos los días
3. ¿Cuánto le ha molestado su eccema durante la última semana?	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
4. ¿Cuántas noches ha tenido problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido/a debido a su eccema durante la última semana?	Ninguna	1-2 noches	3-4 noches	5-6 noches	Todas las noches
5. ¿Cuánto ha afectado el eccema a sus actividades diarias durante la última semana?	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
6. ¿Cuánto ha afectado el eccema a su estado anímico o emociones durante la última semana?	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente

Cálculo de la puntuación de la ADCT

Paso 1: tal y como se indica en la tabla anterior, cada pregunta de la ADCT obtiene entre 0 y 4 puntos

Paso 2: la suma de puntos de las seis preguntas de la ADCT constituye la puntuación total
La puntuación mínima es 0 y la máxima es 24

Puntuación total de la ADCT del paciente:_____ Fecha de registro: _____

Interpretación de la puntuación total de la ADCT

Estado de control en un momento determinado

Una puntuación alta indica un menor control de la DA

Un paciente con DA puede que no esté bien controlado si:

- La puntuación total de la ADCT es de al menos 7 puntos

Cambios en el estado de control a lo largo del tiempo

Un cambio de 5 puntos equivale al umbral de un cambio significativo intra-persona.

- Disminución de 5 puntos o más: indicación de una mejora clínicamente significativa en el control de la DA
- Aumento de 5 puntos o más: indicación de empeoramiento clínicamente significativo en el control de la DA

Recomendaciones de uso de la ADCT en la práctica clínica

La DA de sus pacientes puede que no esté bien controlada si:

- **Su puntuación total en la ADCT es de al menos 7 puntos**
  O BIEN
- **Su puntuación total en la ADCT aumenta en 5 puntos o más desde la última vez que usó esta herramienta**

Si le preocupa que la DA de su paciente no esté bien controlada, posiblemente quiera iniciar nuevas conversaciones sobre el manejo óptimo de la DA.

© Atopic Dermatitis Control Tool_Version 1, 27 Nov 2018 Sanofi Group y Regeneron Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados.
ADCT – Spain/Spanish
ADCT HCP Information Card - Spain/Spanish – Version of 23 Feb 2022 - ICON.
0085-TR-0177/ ADCT_HCP information card_Flashcard _AU2.0_MKTG_spa-ES

ADCT – Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica

Comprender su dermatitis atópica mediante la ADCT

La dermatitis atópica (DA) es una forma crónica de eccema. Es una enfermedad común y tratable, pero no siempre es fácil de manejar y puede afectar su calidad de vida en más de una manera.

Medir el control de la enfermedad en todas las áreas de la vida afectadas por su DA, incluidos los signos visibles en la piel, síntomas como picazón y dolor o la calidad de vida en general, puede ayudar a su médico a hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento, dirigir las conversaciones hacia una atención óptima adecuada para usted y establecer objetivos terapéuticos alcanzables.

La Herramienta de control de la dermatitis atópica (ADCT) se ha desarrollado para ayudar a los pacientes y a sus médicos a comprender la enfermedad de manera integral y eficaz. Para una autoevaluación del grado de control de su DA, responda a las siguientes preguntas. Sus respuestas en la ADCT ayudarán a su médico/a o enfermero/a a entender mejor sus necesidades terapéuticas.

Paso 1: responda seis preguntas breves acerca de su DA

Responda las preguntas de abajo. Para usar correctamente la ADCT, debe responder las seis preguntas.

Herramienta de control de la dermatitis atópica

Piense en su experiencia con el eccema, a veces denominado "dermatitis atópica", para responder a las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo calificaría los síntomas relacionados con su eccema (por ejemplo, picor, sequedad de piel o sarpullido) durante la última semana?
0 Ninguno 1 Leves 2 Moderados 3 Graves 4 Muy graves

2. ¿Cuántos días ha tenido **episodios intensos de picor** debido a su eccema durante la última semana?
0 Ninguno 1 1-2 días 2 3-4 días 3 5-6 días 4 Todos los días

3. ¿Cuánto le ha **molestado** su eccema durante la última semana?
0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Extremadamente

4. ¿Cuántas noches ha tenido **problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido/a** debido a su eccema durante la última semana?
0 Ninguna 1 1-2 noches 2 3-4 noches 3 5-6 noches 4 Todas las noches

5. ¿Cuánto ha **afectado el eccema a sus actividades diarias** durante la última semana?
0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Extremadamente

6. ¿Cuánto ha **afectado el eccema a su estado anímico o emociones** durante la última semana?
0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Extremadamente

© Atopic Dermatitis Control Tool_Version 1, 27 Nov 2018 Sanofi Group y Regeneron Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. ADCT – Spain/Spanish

Mire al dorso para saber cómo calcular la puntuación total de su ADCT.

MAT-GLB-2105147 V1.0 Fecha de aprobación Noviembre 2021

The Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT) se ha desarrollado para facilitar el diálogo entre paciente y médico sobre el control de la dermatitis atópica. Con esta herramienta no se pretende sustituir la valoración del médico en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

ADCT Patient Form - Spain/Spanish – Version of 23 Feb 2022 - ICON.
0085-TR-0177/ADCT_Patient form_Tearpad _AU2.0-MKTG_spa-ES

ADCT – Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica

Paso 2: calcule su puntuación total en la ADCT

Después de haber contestado las seis preguntas, use la tabla de ADCT abajo para calcular su puntuación total.

- **Su respuesta obtiene de 0 a 4 puntos en cada pregunta.**
  Rellene los recuadros grises en la columna de la derecha de la tabla de la ADCT que aparece a continuación con los puntos que ha obtenido en cada pregunta.
- **La suma de puntos de sus respuestas a las seis preguntas de la ADCT es su puntuación total.**
  Calcule la suma de sus puntos en los recuadros grises y escríbala en el recuadro de color **morado** situado en la parte inferior. Su puntuación total de la ADCT estará entre 0 y 24.
- Anote la fecha de hoy en el recuadro superior izquierdo. Es posible que quiera volver a referirse al momento en que registró su puntuación total de la ADCT cuando hable con su médico sobre esta herramienta.

Fecha de hoy:

						Anote los puntos de cada pregunta en los recuadros grises
1. ¿Cómo calificaría los síntomas relacionados con su eccema (por ejemplo, picor, sequedad de piel, sarpullido) durante la última semana?	(Ninguno) **0 puntos**	(Leves) **1 punto**	(Moderados) **2 puntos**	(Graves) **3 puntos**	(Muy graves) **4 puntos**	
2. ¿Cuántos días ha tenido episodios intensos de picor debido a su eccema durante la última semana?	(Ninguno) **0 puntos**	(1-2 días) **1 punto**	(3-4 días) **2 puntos**	(5-6 días) **3 puntos**	(Todos los días) **4 puntos**	
3. ¿Cuánto le ha molestado su eccema durante la última semana?	(Nada) **0 puntos**	(Un poco) **1 punto**	(Moderada-mente) **2 puntos**	(Mucho) **3 puntos**	(Extremada-mente) **4 puntos**	
4. ¿Cuántas noches ha tenido problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido/a debido a su eccema durante la última semana?	(Ninguna) **0 puntos**	(1-2 noches) **1 punto**	(3-4 noches) **2 puntos**	(5-6 noches) **3 puntos**	(Todas las noches) **4 puntos**	
5. ¿Cuánto ha afectado el eccema a sus actividades diarias durante la última semana?	(Nada) **0 puntos**	(Un poco) **1 punto**	(Moderada-mente) **2 puntos**	(Mucho) **3 puntos**	(Extremada-mente) **4 puntos**	
6. ¿Cuánto ha afectado el eccema a su estado anímico o emociones durante la última semana?	(Nada) **0 puntos**	(Un poco) **1 punto**	(Moderada-mente) **2 puntos**	(Mucho) **3 puntos**	(Extremada-mente) **4 puntos**	
					Suma de puntos = **Puntuación total de la ADCT:**	

Paso 3: comente con su médico cómo le afecta la DA en su día a día

Su DA puede que no esté bien controlada si:

- **Su puntuación total de la ADCT alcanza al menos 7 puntos**
  O BIEN
- **Su puntuación total de la ADCT ha aumentado en 5 puntos o más desde la última vez que usó la ADCT**

✓ Si le preocupa que su DA no esté bien controlada, consulte a un médico
✓ Lleve consigo la ADCT cumplimentada en la próxima visita que tenga programada
✓ Hable con su médico sobre sus respuestas a las preguntas de la ADCT y cómo le está afectando la DA

ADCT Patient Form - Spain/Spanish – Version of 23 Feb 2022 - ICON.
0085-TR-0177/ADCT_Patient form_Tearpad _AU2.0-MKTG_spa-ES

ANEXO 2i.
Test de medición de gravedad y valoración: EQ-5D

Instrucciones:
Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar ☐
Tengo algunos problemas para caminar ☐
Tengo que estar en la cama ☐

Cuidado personal

No tengo problemas con el cuidado personal ☐
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme ☐
Soy incapaz de lavarme o vestirme ☐

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o duante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar actividades cotidianas ☐
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas ☐

Dolor/malestar

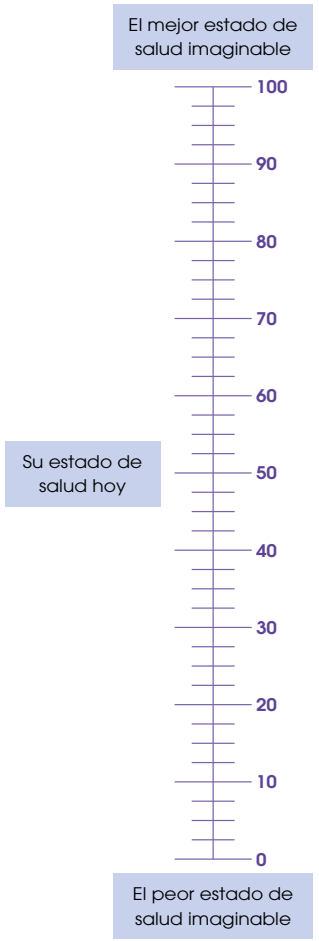
No tengo dolor ni malestar ☐
Tengo dolor o malestar moderado ☐
Tengo mucho dolor o malestar ☐

Ansiedad/depresión

No estoy ansioso ni deprimido ☐
Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐
Estoy muy ansioso o deprimido ☐

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de saludo hoy es:
(Por favor, ponga una cruz en el cuadro)

Mejor ☐
Igual ☐
Peor ☐



Para ayudar a la gente a descubrir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

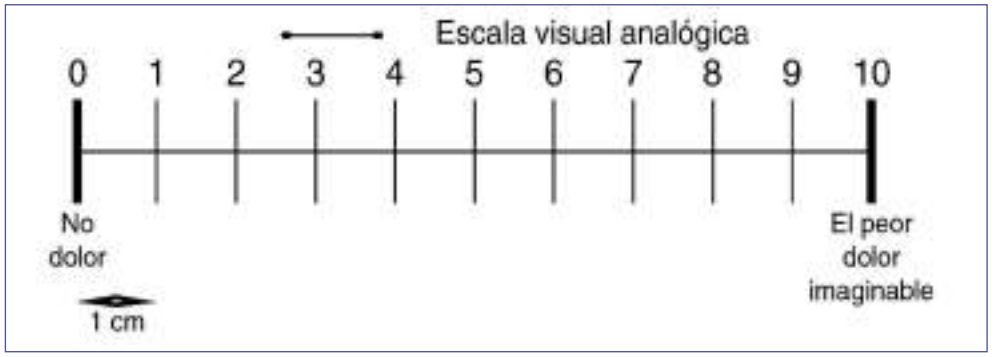
Por favor, dibuje una linea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Jelsma J, Maclean E, Hughes J, Tinise X, Darder M. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. AIDS Care. 2005;17(5):579-88. DOI: 10.1080/0954012041233131971 4

Gusi N, Badía X, Herdman M, Olivares PR. Traducción y adaptación cultural de la versión española del cuestionario EQ-5D-Y en niños y adolescentes (Translation and cultural adaptation of the Spanish version of EQ-5D-Y questionnaire for children and adolescents). Aten Primaria. 2009;41(1):19-23. DOI: 10.1016/j.aprim.2008.04.005

https://euroqol.org/eq-5d-instruments/

ANEXO 2j.
Test de medición de gravedad y valoración: Escala Visual Analógica (EVA)



https://www.questionpro.com/blog/es/escala-visual-analogica/

ANEXO 3.
Dosificación de fototerapia

Guía orientativa para la dosificación de UVB-be

Según fototipo cutáneo			
Tipo	**Dosis inicial (mJ/cm²)**	**Incrementos tras cada sesión (mJ/cm²)**	**Dosis máxima (mJ/cm²)**
I	130	15	2000
II	220	25	2000
III	260	40	3000
IV	330	45	3000
V	350	60	5000
VI	400	65	5000

Según dosis mínima eritematosa (DME)	
Dosis UVB inicial	50 % de DME
Sesiones 1-20	Aumento del 10 % de la DME inicial
Sesiones ≥ 21	Aumento según criterio clínico

Actitud si hay pérdidas de sesiones	
4-7 días	Mantener la misma pauta
1-2 semanas	Reducir dosis en un 25 %
2-3 semanas	Reducir dosis en un 50 % o comenzar de nuevo
3-4 semanas	Comenzar de nuevo

Kemény L, Varga E, Novak Z. Advances in phototherapy for psoriasis and atopic dermatitis. Expert Rev Clin Immunol. 2019;15(11):1205-14. DOI: 10.1080/1744666X.2020.1672537

Fernández-Guarino M, Aboin-González S, Barchino L, Velázquez D, Arsuaga C, Lázaro P. Treatment of moderate and severe adult chronic atopic dermatitis with narrow-band UVB and the combination of narrow-band UVB/UVA phototherapy. Dermatol Ther. 2016;29(1):19-23. DOI: 10.1111/dth.12273

FICHA DE REGISTRO FOTOTERAPIA	HC _____	Ficha _____
NOMBRE		Fecha inicial _____
Diagnóstico		Fecha final _____
MÉDICO RESPONSABLE: Dr. _____		
☐ Lupus eritematoso ☐ Porfiria ☐ Urticaria solar ☐ Xeroderma pigmentoso ☐ Claustrofobia	☐ <10 años / Fototipo 1 ☐ CCNM / Melanoma ☐ Precáncer cutáneo ☐ Inmunosupresores ☐ Tratamiento fototóxico ☐ Obesos	
Tipo UV	PASI inicio _____ BSA inicio _____ EASI ini _____ EVA picor ini _____ UA-7 ini _____	PASI final _____ BSA final _____ EASI final _____ EVA picor fin _____ UA-7 fin _____

Sesión	Fecha	Dosis (/cm²) Aumento %	Diaria	Acumulada	Tiempo (´/´´)	OBSERVACIONES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						PASI BSA DLQI EASI EVA UA-7
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						PASI BSA DLQI EASI EVA UA-7
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						PASI BSA DLQI EASI EVA UA-7

DOSIS INICIALES SEGÚN FOTOTERAPIA Y FOTOTIPO							
FOTOTIPO	UVB-BE Diaria	☐ Sesión	Máxima (aproximada)	UVB-BA (mJ/cm²)	PUV-A (8-MOP) (J/cm²)	PUV-A (5-MOP) (J/cm²)	Baño PUV-A (8-MOP) (J/cm²)
II	20	10%	1.200-1.500	20	0,3	0,4	0,2
III	25	10-20%	1.500-1.700	30	0,5	1,0	0,3
IV	30	20%	1.800-2.300	50	0,8	1,5	0,4
V	40	20-30%	3.000	60	1,0	2,0	0,6

AJUSTE DE DOSIS SI EL PACIENTE NO ACUDE A ALGUNA VISITA	
4-7 días	Misma dosis
1-2 semanas	Reducir dosis 50%
2-3 semanas	Reducir dosis 75%
3-4 semanas	Empezar de nuevo

ANEXO 4.
Guía de fármacos en dermatitis atópica (actualmente en uso y/o que tienen indicación en dermatitis atópica)

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL*	PROPIEDADES/CARACTERÍSTICAS		ACTUACIÓN ENFERMERA CONSIDERACIONES EDAD PEDIÁTRICA
Azatioprina[1,2] (Químico)	*Imurel®* (sin indicación en DA)	• Inmunosupresor del grupo de las tiopurinas (la azatioprina es un derivado imidiazólico de la 6-mercaptopurina [6-MP]. La producción de 6-MP actúa como antimetabolito de las purinas). • Administración: oral (diaria). • Dosis habitual: 1-5 mg/kg/día por vía oral (ajustar según clínica). • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, hipersensibilidad a 6-MP, embarazo, a menos que los beneficios superen los riesgos, infecciones graves, insuficiencia hepática o medular grave, pancreatitis, vacuna de virus vivos, sobre todo las vacunas antituberculosis (BCG), de la viruela y de 4 de 18 la fiebre amarilla. • Categoría riesgo fetal: D (evidencia positiva de riesgo. Sopesar riesgo/beneficio). • Toxicidad principal: Inmunosupresión. Intolerancia hematológica. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Útil en procesos en los que sea preciso modificar la respuesta inmunitaria. • Ahorrador de esteroides. • El tratamiento con Imurel® debe mantenerse indefinidamente, aunque solo se precisen dosis bajas, a no ser que aparezca una contraindicación. • En los pacientes con poca o sin actividad heredada de la tiopurina S-metiltransferasa (TPMT) aumenta el riesgo de toxicidad grave por azatioprina a la dosis convencional de esta y generalmente es necesaria una reducción sustancial de la dosis. • Reducir dosis en pacientes con insuficiencia renal y hepática. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. • Mantener tratamiento a largo plazo, si hay respuesta, ajustando dosis. **Consideraciones pediátricas** • Las dosis en niños son las mismas que en adultos.
Baricitinib**[3] *(Químico-PM)*	*Olumiant®*	• Inmunosupresor selectivo anti-JAK1 y JAK2. • Administración: oral (diaria). • Dosis habitual: 4 mg/día (valorar minorar en ancianos y tras obtener respuesta terapéutica). • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, embarazo. • Categoría riesgo fetal: D (evidencia positiva de riesgo. Sopesar riesgo/beneficio). • Toxicidad principal: aumento de los niveles de colesterol en sangre, infecciones de la nariz y la garganta, dolor de cabeza e infecciones por herpes, cefalea, acné; neutropenia, trombocitosis, elevación de enzimas hepáticas (ALT,AST) y creatin-Kinasa (CK). • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Olumiant® está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave en pacientes adultos que son candidatos a tratamiento sistémico. • Se pueden usar dosis de 2 mg/día en pacientes ≥ 75 años, o como dosis de mantenimiento tras control clínico. • Las mujeres en edad fértil tienen que utilizar un anticonceptivo eficaz durante y por lo menos una semana después del tratamiento. Si una paciente se queda embarazada durante el tratamiento con baricitinib se debe informar a los padres del riesgo potencial para el feto. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. Valorar vacunación previa para el virus del Herpes Zoster. **Consideraciones pediátricas** • No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia en niños y adolescentes de 0 a 18 años. • Se desconoce si baricitinib/sus metabolitos se excretan en la leche materna. Los datos farmacodinámicos/toxicológicos disponibles en animales han mostrado excreción de baricitinib en la leche. • No se puede excluir un riesgo para los recién nacidos/lactantes y baricitinib no se debe utilizar durante la lactancia. Se debe tomar una decisión sobre si interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la mujer.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL*	PROPIEDADES/CARACTERÍSTICAS		ACTUACIÓN ENFERMERA CONSIDERACIONES EDAD PEDIÁTRICA
Corticoide sistémico[4] (Químico)	Genérico (sin indicación en DA)	• Antiinflamatorio e inmunosupresor no selectivo. • Administración: oral (diaria) o intramuscular (periódica). • Dosis habitual: 0,5-1 mg/kg/día. • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes; diabetes, hipertensión ocular. • Categoría riesgo fetal: C (el riesgo no se puede descartar. Sopesar riesgo/beneficio). • Toxicidad principal: Hiperglucemia, hipertensión arterial, osteoporosis, glaucoma, cambios del estado de ánimo y del comportamiento, supresión del eje hipotálamo-hipsofisario-adrenal, insomnio. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Tratamiento base en la DA, pero limitado su uso en el tiempo por sus potenciales efectos secundarios. • Valorar siempre en periodos cortos o intermitentes. • Si se utilizan durante más de 4 semanas seguidas indicar prevención osteoporosis y cribado para tuberculosis. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. **Consideraciones pediátricas** • En tratamientos prolongados realizar controles médicos regulares (incluyendo oftalmológico a intervalos de 3 meses); se deben asegurar suplementos adecuados de potasio y restricciones de sodio; los niveles séricos de potasio deben ser monitorizados. • Pueden causar osteoporosis (según la edad) o inhibición del crecimiento óseo. • Usar con precaución en pacientes con diabetes, ya que altera la regulación de la glucosa, ocasionando hiperglucemia. • El uso de corticosteroides puede causar trastornos psiquiátricos. • Valorar antes de vacunar las precauciones a tomar.
Ciclosporina[5] (Químico)	*Sandimmun Neoral®*	• Inmunosupresor inhibidor de la calcineurina. • Administración: oral (diaria). • Dosis habitual: 2,5-5 mg/kg/día. • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes; combinación con productos que contienen *Hypericum perforatum* (hierba de San Juan); combinación con medicamentos que son sustratos de la bomba de flujo multifármaco glicoproteína-P o de las proteínas transportadoras de aniones orgánicos (PTAO) (p. ej., bosentán, dabigatrán etexilato y aliskirén). • Categoría riesgo fetal: C (el riesgo no se puede descartar. Sopesar riesgo/beneficio). • Toxicidad principal: Hipertensión arterial, nefrotoxicidad. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Está indicada en pacientes con dermatitis atópica grave cuando se requiera una terapia sistémica. • Si bien 8 semanas de terapia pueden ser suficientes para conseguir el aclaramiento de las lesiones, el tratamiento de hasta un año de duración ha mostrado ser eficaz y bien tolerado, siempre que se sigan las instrucciones de monitorización. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. • Mantener tratamiento a largo plazo, si hay respuesta, ajustando dosis. **Consideraciones pediátricas** • Según ficha técnica, la ciclosporina solo se puede recomendar en niños para los casos de trasplantes y síndrome nefrótico. • Su indicación en niños ser debe hacer como tratamiento de “uso compasivo”.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL*	PROPIEDADES/CARACTERÍSTICAS		ACTUACIÓN ENFERMERA CONSIDERACIONES EDAD PEDIÁTRICA
Dupilumab[6-7] (Biológico)	*Dupixent®*	• Anticuerpo monoclonal recombinante de la IgG4 humana que inhibe la señalización de la interleucina-4 y la interleucina-13. • Administración: subcutánea, jeringuilla precargada. • Dosis habitual (> 60 kg): 300 mg/2 semanas (con inducción previa). • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. • Categoría riesgo fetal: C (el riesgo no se puede descartar. Sopesar riesgo/beneficio**).** • Toxicidad principal: Infecciones helmíntica, conjuntivitis, infecciones del tracto respiratorio superior, eosinofilia, artralgias, eritema, reacción local en punto de inyección. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Dupixent® está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave en adultos y adolescentes a partir de los 12 años, y en niños dermatitis atópica grave de 6 a 11 años, que son candidatos a tratamiento sistémico. • Valorar exploración oftalmológica previa del paciente para manejo de posibles efectos adversos oculares (bien de la enfermedad o del tratamiento). • Además, Dupixent está indicado como tratamiento para adultos, adolescentes y niños a partir de 11 años con asma grave y para adultos con RSCcPN. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. • No es necesario ajustar dosis en ancianos, insuficiencia renal, ni hepática. **Consideraciones pediátricas** • Dupixent® es el único fármaco actualmente aprobado y disponible en España para el tratamiento de la DA grave en niños de 6 a 11 años. La dosis recomendada de Dupixent® para niños (de 6 a 11 años) con dermatitis atópica se basa en el peso corporal comprendido entre 15 y 60 kg (300 mg/mes, con inducción previa). • No se ha establecido la seguridad y eficacia de dupilumab en niños con dermatitis atópica menores de 6 años o con peso corporal < 15 kg. • Se desconoce si dupilumab se excreta en la leche materna o si se absorbe sistémicamente después de su ingestión. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento con dupilumab teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre.
Metotrexato[8] (Químico)	Genérico (sin indicación en DA)	• Inmunosupresor análogo del ácido fólico inhibidor de la enzima dihidrofólico-reductasa. • Administración: oral, subcutánea, intramuscular. • Dosis habitual: 2,5 mg/kg/semanal. • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al metotrexato o a alguno de los excipientes de la formulación, hepatopatía, inmunodeficiencia, insuficiencia renal grave, discrasia sanguínea, embarazo. • Categoría riesgo fetal: D (riesgo fetal. Sopesar riesgo/beneficio) [X a altas dosis]. • Toxicidad principal: Digestiva, hepática, hematológica. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Posee propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias, según dosis. En dosis semanal tiene acción antiinflamatoria. • Asegurar que el paciente entiende que la dosis indicada es semanal, no diaria. • Indicar que la toma se realiza con ingesta alimenticia para minorar en lo posible las molestias digestivas. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. • Mantener tratamiento a largo plazo, si hay respuesta, ajustando dosis. **Consideraciones pediátricas** • Dosis: 10 mg/m^2/semana (máximo 50 mg/semana).

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL*	PROPIEDADES/CARACTERÍSTICAS		ACTUACIÓN ENFERMERA CONSIDERACIONES EDAD PEDIÁTRICA
Micofenolato mofetil[9] (Químico)	*CellCept®* *Myfortic®* (sin indicación en DA)	• Inmunosupresor inhibidor de la síntesis de purinas, al inhibir de forma no competitiva la enzima inosina monofosfato deshidrogenasa (inhibición linfocitos B y T). • Administración: oral (diaria). • Dosis habitual: 1-2 g/día en 2 dosis divididas. • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al metotrexato o a alguno de los excipientes de la formulación, deficiencia de la hipoxantina-guanina fosforribosil transferasa (HGPRT), embarazo. • Categoría riesgo fetal: C (el riesgo no se puede descartar. Sopesar riesgo/beneficio**).** • Toxicidad principal: Diarrea, leucopenia, sepsis y vómitos. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Fármaco con acción similar a la ciclosporina. • Ha mostrado su eficacia en diferentes publicaciones, y con menos efectos adversos a largo plazo que con los corticoides orales o con ciclosporina. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. • Mantener tratamiento a largo plazo, si hay respuesta, ajustando dosis. **Consideraciones pediátricas** • Dosis: 600 mg/m2/2 veces al día e individualización posológica.
Tralokinumab[10] (Biológico)	*Adtralza®*	• Anticuerpo monoclonal humano tipo Ig4 anti-IL13. • Administración: subcutánea, jeringuilla precargada. • Dosis habitual: 150 mg/2 semanas (con periodo de inducción) • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos. • Categoría riesgo fetal: C (el riesgo no se puede descartar. Sopesar riesgo/beneficio**).** • Toxicidad principal: Infecciones helmíntica, conjuntivitis, infecciones del tracto respiratorio superior, eosinofilia, reacción local en punto de inyección. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Adtralza® está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave en pacientes adultos y adolescentes a partir de 18 años de edad que son candidatos a tratamiento sistémico. • Valorar exploración oftalmológica previa del paciente para manejo de posibles efectos adversos oculares (bien de la enfermedad o del tratamiento). • No es necesario ajustar dosis en ancianos, insuficiencia renal, ni hepática. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. • Ajustar pauta según respuesta clínica a partir de las 16 semanas. **Consideraciones pediátricas** • No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de tralokinumab en niños menores de 18 años. No se dispone de datos. • Se desconoce si tralokinumab se excreta en la leche materna o si se absorbe sistémicamente después de su ingestión. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento con tralokinumab tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre.

1. Gerbens LAA, Hamann SAS, Brouwer MWD, Roekevisch E, Leeflang MMG, Spuls PI. Methotrexate and azathioprine for severe atopic dermatitis: a 5-year follow-up study of a randomized controlled trial. Br J Dermatol. 2018 Jun;178(6):1288-1296. doi: 10.1111/bjd.16240. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29237228.
2. Thomsen SF, Karlsmark T, Clemmensen KK et al. Outcome of treatment with azathioprine in severe atopic dermatitis: a 5-year retrospective study of adult outpatients. Br J Dermatol 2015; 172: 1122–1124.
3. Ficha Técnica “Olumiant 4 mg comprimidos recubiertos con película” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.
4. Yu SH, Drucker AM, Lebwohl M, Silverberg JI. A systematic review of the safety and efficacy of systemic corticosteroids in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2018 Apr;78(4):733-740.e11. doi: 10.1016/j.jaad.2017.09.074. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29032119.
5. Drucker AM, Ellis AG, Bohdanowicz M, Mashayekhi S, Yiu ZZN, Rochwerg B, Di Giorgio S, Arents BWM, Burton T, Spuls PI, Küster D, Siegels D, Schmitt J, Flohr C. Systemic Immunomodulatory Treatments for Patients With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Network Meta-analysis. JAMA Dermatol. 2020 Jun 1;156(6):659-667. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.0796. PMID: 32320001; PMCID: PMC7177646.
6. Guttman-Yassky E, Bissonnette R, Ungar B, Suárez-Fariñas M, Ardeleanu M, Esaki H, Suprun M, Estrada Y, Xu H, Peng X, Silverberg JI, Menter A, Krueger JG, Zhang R, Chaudhry U, Swanson B, Graham NMH, Pirozzi G, Yancopoulos GD, D Hamilton JD. Dupilumab progressively improves systemic and cutaneous abnormalities in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2019 Jan;143(1):155-172. doi: 10.1016/j.jaci.2018.08.022. Epub 2018 Sep 5. PMID: 30194992.
7. Ficha Técnica “Dupixent 300 mg solución inyectable en jeringa precargada” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL*	PROPIEDADES/CARACTERÍSTICAS		ACTUACIÓN ENFERMERA CONSIDERACIONES EDAD PEDIÁTRICA
Upadacitinib[**11] *(Químico-PM)*	*Rinvoq®*	• Inmunosupresor selectivo anti-JAK1. • Administración: oral (diaria). • Dosis habitual: 15-30 mg/día. • Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Tuberculosis activa o infecciones graves activas, insuficiencia hepática grave, embarazo. • Categoría riesgo fetal: D (evidencia positiva de riesgo. Sopesar riesgo/beneficio). • Toxicidad principal: acné, Infecciones tracto respiratorio superior, neutropenia, anemia, tos, elevación de la creatin-kinasa (CK) y enzimas hepáticas (ALT, AST), cefalea. • Seguridad y protocolo seguimiento: Ver ficha técnica.		• Rinvoq® está indicado para el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada a grave en pacientes adultos y adolescentes a partir de 12 años de edad que son candidatos a tratamiento sistémico. • No se deben administrar de forma concomitante vacunas elaboradas con microorganismos vivos y vivos atenuados. Valorar vacunación previa para el virus del Herpes Zoster. **Consideraciones pediátricas** • La dosis recomendada de upadacitinib para adolescentes que pesen al menos 30 kg es de 15 mg una vez al día. • Se desconoce si upadacitinib/sus metabolitos se excretan en la leche materna. Los datos farmacodinámicos/toxicológicos disponibles en animales han mostrado excreción de upadacitinib en la leche. No se puede excluir un riesgo para los recién nacidos/lactantes. Upadacitinib no se debe utilizar durante la lactancia. Se debe tomar una decisión sobre si interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento con upadacitinib teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la mujer. • No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Rinvoq® en niños de 0 a 12 años.

* Biológico: fármaco de síntesis biológica; Químico: fármaco de síntesis química; Químico-PM: pequeña molécula química de nueva síntesis.

8. G. Garnacho-Saucedo, R. Salido-Vallejo, J.C. Moreno-Giménez. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación Actas Dermosifiliogr. 2013; 104(1):4---16 DOI: 10.1016/j.ad.2011.12.008
9. Laura Linares-Gonzalez, Teresa Ródenas-Herranz, Antonio Jose Martín-Perez, Ricardo Ruiz-Villaverde. Micofenolato mofetilo en el tratamiento de la dermatitis atópica grave del adulto: ¿un fármaco olvidado?. Piel 220; 35. (5.): 339-41 DOI: 10.1016/j.piel.2019.05.001
10. Ficha Técnica "Adtralza 150 mg solución inyectable en jeringa precargada" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.
11. Ficha Técnica "Rinvoq 15 mg comprimidos de liberación prolongada" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

** Recientemente el comité de medicamentos humanos (CHMP) de la EMA ha respaldado las medidas recomendadas por el Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia (PRAC) para minimizar el riesgo de efectos secundarios graves con los inhibidores de las Janus quinasa (JAK) utilizados para tratar varios trastornos inflamatorios crónicos. La información del producto para los inhibidores de JAK utilizados para tratar los trastornos inflamatorios crónicos se actualizará con las nuevas recomendaciones y advertencias. Además, el material educativo para pacientes y profesionales de la salud se revisará en consecuencia. Para cualquier duda relacionada al respecto dirigirse a Ficha Técnica[1,2].

Advertencias y precauciones especiales de empleo[1-3]: Upadacitinib solo debe usarse si no hay alternativas de tratamiento adecuadas disponibles en pacientes: 65 años de edad y mayores; pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica u otros factores de riesgo cardiovascular (como fumadores o antiguos fumadores); pacientes con factores de riesgo de malignidad (por ejemplo, cáncer en la actualidad o antecedentes de cáncer)

Advertencias y precauciones especiales de empleo[1,2,4]: Baricitinib solo debe usarse si no hay alternativas de tratamiento adecuadas disponibles en pacientes: 65 años de edad y mayores; pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica u otros factores de riesgo cardiovascular (como fumadores o antiguos fumadores); pacientes con factores de riesgo de malignidad (por ejemplo, cáncer en la actualidad o antecedentes de cáncer)

Información del producto aprobada por el CHMP el 10 de noviembre de 2022, pendiente de aprobación por parte de la Comisión Europea.

1. Inhibidores de la quinasa Janus para enfermedades inflamatorias crónicas: recomendaciones para minimizar los riesgos de reacciones adversas graves. AEMPS. Categoría: medicamentos de uso humano, farmacovigilancia. Referencia: MUH (FV), 08/2022. Fecha de publicación: 2 de noviembre de 2022. https://www.aemps.gob.es/informa/inhibidores-de-la-quinasa-janus-para-enfermedades-inflamatorias-cronicas-recomendaciones-para-minimizar-los-riesgos-de-reacciones-adversas-graves/. Última visualización Noviembre 2022.
2. Janus Kinase inhibitors (JAKi). European Medicines Agency. EMA confirms measures to minimise risk of serious side effects with Janus kinase inhibitors for chronic inflammatory disorders. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/referrals/janus-kinase-inhibitors-jaki. Janus Kinase inhibitors (JAKi) | European Medicines Agency (europa.eu). Última visualización Noviembre 2022.
3 Rinvoq: EPAR – Product Information as approved by the CHMP on 10 November 2022, pending endorsement by the European Commission. European Medicines Agency. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/rinvoq-epar-product-information-approved-chmp-10-november-2022-pending-endorsement-european_en.pdf. Última visualización Noviembre 2022.
4 Olumiant: EPAR – Product Information as approved by the CHMP on 10 November 2022, pending endorsement by the European Commission. European Medicines Agency. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/olumiant-epar-product-information-approved-chmp-10-november-2022-pending-endorsement-european_en.pdf. Última visualización Noviembre 2022.

ANEXO 5.
Ejemplo de ficha de seguimiento terapéutico: CICLOSPORINA

DERMATITIS ATÓPICA

Nombre:

Dco.: | Tlno.: | H.º C.º

Médico responsable (sello y firma)

Tto. previo | Inicio | Fin

Motivo suspensión: Alta | Rotación | Reacción adversa | Otro:

Criterios de inclusión	CONTROL:	Basal	1 m	3 m	6 m	9 m	12 m	15 m	18 m	21 m	24 m	27 m	30 m	33 m	2-3 m + Final
☐ Enfermedad extensa	Fecha														(Ficha de continuación)
☐ Recidivas muy frecuentes	Exploración*														
☐ Alteración calidad de vida	EASI/BSA/EVA picor														
☐ Mal control tratamiento tópico	POEM/DLQI/IGA														
☐ Topografía o situación especial	T. arterial (mmHg)*														
☐ Rotación terapéutica															
Toxicidad principal	Creatinina (mg/dL)														
-Nefrotoxicidad	Urea (mg/dL)														
-Hipertensión	Na+/ K+/Cl-														
-Inmunosupresión	Ác. úrico (Fg)														
-Carcinogénesis	Hemograma: Leucocitos														
-Dislipemia	Hemograma: Neutrófilos														
	Hemograma: Linfocitos														
Contraindicaciones	Hemograma: Hb														
Absolutas:	Plaquetas (10^3/uL)														
-Alergia al medicamento	Ac. úrico (mg/dL)														
-HTA no controlada	Colesterol (mg/dL)														
-Función renal/hepática alterada	Triglicér. (mg/dL)														
-Neoplasia concomitante o previa	Bilirrubina (mg/dL)														
Relativas:	AST/ALT (U/L)														
-HTA controlada	LDH/FA (U/L)														
-Embarazo/Lactancia	PCR (+)/Mg++														
-Infecc. activa/Inmunodeficiencia	Infec./Neoplasia														
-Alcoholismos o drogadicciones	Reacción adversa														
-Disfunción orgánica	Quantiferón														
-Radioterapia concomitante	Rx tórax**														
-Medicación citotóxica/nefrotox.	Filtrado glomerular**														
-Inmunosupresores	Consulta ENF														
-< 18 años > 65 años	Consulta MED														
-PUVA/UVB/RTX previas	Altura/Peso/FAb														
-Vacunas con virus atenuados															
*Presencial o telefónica	Dosis														
**Opcional o específico de caso															

REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS (AA): CICLOSPORINA

Fecha									
RA									
Fecha									
RA									

NOTAS DE SEGUIMIENTO

TIPO DE FÁRMACO: Inmunosupresor

REACCIONES ADVERSAS SIGNIFICATIVAS – Nota: como generalmente se refieren a las referidas con el uso de ciclosporina en trasplantados, si bien pueden ser superponibles en función de la dosis utilizada y el tiempo transcurrido que en ese contexto son graves y ampliamente conocidas. Los referidos para el tratamiento de DAE son para dosis de 2,5 mg/kg/día.

> 10 %

Cardiovascular: Hipertensión (13-53 %; 8 % en AA; 25-27 % en psoriasis).
Sistema nervioso central: Cefalea (12-25 %; 17 % en AA, 14-16 % en psoriasis).
Dermatológicas: Hirsutismo (21-45 %), hiperplasia (5-28 %).
Endocrino & metabólicas: Aumento triglicéridos (15 % en psoriasis), dificultad de reproducción en la mujer (8-11 % en psoriasis).
Gastrointestinal: Náuseas (20 % en AA), diarrea (11 % en AA), hiperplasia gingival (6-35 %), molestias abdominales (15 % en AA), dispepsia (12 % en AA).
Neuromuscular & esqueléticas: Temblor (12-50 %).
Renal: Disfunción renal/nefropatía (15-68 %; 30 % en AA, 21 % en psoriasis), aumento niveles de creatinina (>50 % (24 % en AA), elevación de urea/nitrógeno (26-28 % en psoriasis).
Respiratorio: Infección tracto respiratorio superior (8-11 % en psoriasis).
Miscelánea: Infección (24-25 % en psoriasis).

5-10 %:

Cardiovascular: Hipertensión, edema, dolor torácico, arritmia, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio.
Sistema nervioso central: Mareos, crisis epilépticas (hasta un 5 %), alteraciones polineuritas (hasta un 5 %), dolor, insomnio, depresión, cefalea, ansiedad, vértigo.
Cutáneas: Pérdida pelo, acné, urticaria.
Endocrino & metabólicas: Trastornos menstruales, diabetes mellitus, bocio, hiperuricemia, hipercalcemia, hipoglucemia, gonosmastia.
Gastrointestinal: Vómitos, náuseas, diarrea, flatulencia, pirosis, hiperplasia encías, estomatitis, resequedad de boca, pancreatitis, congestión de encías, alteración del gusto.
Genitourinarias: Leucorrea, incontinencia urinaria.
Hematológicas: Anemia, leucopenia, trombocitopenia.
Hepáticas: Hiperbilirrubinemia, hepatotoxicidad (<1-2 %).
Neuromuscular & esqueléticas: Parestesias, temblor, calambres/contracturas musculares en piernas.
Renales: Aumento de urea, hematuria, disfunción renal.
Respiratorias: Tos, disnea, broncospasmo, sinusitis.
Miscelánea: Infecciones, alergias, fatiga, síndrome pseudogripal.
<1 % (limitada a peligrosas o graves): Reacción alérgica, hemorragia, sordera, muerte por insuficiencia renal, encefalopatía, gota, hipertrichosis, hipercalcemia, deterioro del conocimiento, hipercolesterolemia, hiperuricemia, hipomagnesemia moderada, neurotoxicidad, hemorragia (vasos GI superior), alteración ventricular.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Potencial toxicidad CyA
-Nefrotoxógenos
-Macrólidos
-AINE
-Fármacos que disminuyen renal
-Gentamicina, tobramicina, vancomicina, trimetoprim/sulfa
-Ketoconazol, anfotericina B
-Diclofenaco, naproxeno, sulindac
-Cimetidina, ranitidina
-Calcitriol
-Bromocriptina
-Bloqueos, nicardipino, verapamilo
-Danazol
-Glucocorticoides
-Anticoagulantes orales
-Orlistat

Aumento metabolismo/disposición antipsicótico
-Fármacos que disminuyen P450 3A (CyA)
-algunos antagonistas Ca++
-eritromicina/azitromicina
-ciprofloxacino/doxiciclina
-diclofenaco
-cimetidina
-nicardipino, diltiazem, verapamilo
-quinidina
-inhibidores de proteasas
-verapamilo
-fluconazol, itraconazol, ketoconazol
-Fármacos que disminuyen P450 3A (CyA)
-rifampicina
-fenobarbital
-carbamazepina
-fenitoína
-rifampicina, rifampicina
-Zumo de pomelo y uvas

Efecto farmacodinámico de CyA modifica otros fármacos
-Reduce actividad de:
-antihipertensivos
-digoxina
-hipolipemiantes
-barbitúricos
-triazolam
-midazolam
-Altera farmacodinámica de:
-diclofenaco
-metotrexato
-Puede reducir eficacia de inmunosupresores

PARA MAYOR INFORMACIÓN VER FICHA TÉCNICA DEL PRODUCTO

ANEXO 6.
Valoración de enfermería según patrones funcionales de salud

PATRÓN I. PERCEPCIÓN DE SALUD

- Antecedentes familiares
- Antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos
- Enfermedades previas de mayor relevancia
- Vacunas
- Medicación que toma en la actualidad
- Capacitación y manejo de la enfermedad por parte de los cuidadores principales
- Conocimiento de la enfermedad
- Adherencia al tratamiento
- Consumo de alcohol, tabaco y/o drogas
- Alergias

PATRÓN II. NUTRICIONAL METABÓLICO

- Talla
- Peso
- Ritmo cardiaco
- Tensión arterial
- Temperatura habitual
- Alergias alimenticias, intolerancias
- Tipo de alimentación
- Escala de prurito
- Coloración de piel y mucosas
- Relleno capilar
- Hidratación de piel y mucosas
- Lesiones dérmicas y su descripción
- Presencia de edemas

PATRÓN III. ELIMINACIÓN

- Diuresis habitual
- Patrón habitual de deposiciones
- Pérdidas insensibles
- Diaforesis

PATRÓN IV. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Patrón respiratorio
- Pulso distal y central
- Tipo, cantidad y calidad del ejercicio
- Actividades de tiempo libre
- Actividades de la vida diaria (higiene, mantenimiento del hogar, comer, comprar, etc.)
- Capacidad funcional

>>>

>>>

PATRÓN V. DESCANSO SUEÑO

- Capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día, según el grado de DA
- Percepción de la cantidad y calidad del sueño-descanso
- Percepción del nivel de energía
- Patrón de descanso nocturno, interferencia de la dermatitis con el descanso

PATRÓN VI. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Nivel de conciencia alerta
- Capacidad sensorial óptima
- Escala de picor EVA
- Escala de insomnio EVA
- Capacidad de comprensión de ideas, de comunicación y de toma de decisiones

PATRÓN VII. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- Percepción y actitudes de uno mismo, relacionado con los efectos visibles de la DA
- Percepción de su imagen corporal y social
- Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas
- Patrón emocional, de postura corporal y movimiento
- Patrones de voz, conversación y contacto visual
- Estado de ánimo e identidad
- Valoración del nivel de estrés y ansiedad de los padres con respecto a los cuidados que precisa el menor

PATRÓN VIII. ROL RELACIONES

- Patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás)
- La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, la sociedad, su círculo de amistades, etc.)
- Responsabilidades en su situación actual
- Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, colegio, relaciones sociales, etc.
- Riesgo de exclusión social
- Sistemas de apoyo familiares

PATRÓN IX. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

- Patrones de satisfacción e insatisfacción de la sexualidad
- Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales
- Seguridad en las relaciones sexuales
- Patrón reproductivo

>>>

PATRÓN X. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Afrontamiento de la enfermedad
- Formas o estrategias de afrontamiento ante los cambios producidos por la DA
- Respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlarlas
- Soporte individual y familiar con la que cuenta el individuo
- Temor
- Ansiedad

PATRÓN XI. VALORES Y CREENCIAS

- Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones
- Lo que considera correcto o apropiado
- Lo que es percibido como importante en la vida
- Las decisiones acerca del tratamiento, adherencia, prioridades de salud, etc.

Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3.ª 3dición. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.

Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. Madrid: Mosby/Doyma; 2003.

Fornés Vives J, Carballal Balsa MC. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.

ANEXO 7.
Diagnósticos NANDA-NIC-NOC en el paciente con dermatitis atópica

7a. DIAGNÓSTICO: Disposición para mejorar el manejo del margen terapéutico.
Código: 00162

DEFINICIÓN: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

DOMINIO: 1. Promoción de la salud. Clase 2. Manejo de la salud.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1813	Conocimiento: régimen terapéutico	5602	Enseñanza proceso de enfermedad	181310	Descripción del proceso de la enfermedad
		5618	Enseñanza procedimiento/ tratamiento	181303	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para situaciones de emergencia
1902	Control del riesgo	4200	Terapia intravenosa	181312	Ejecución del proceso terapéutico
		5246	Asesoramiento nutricional	181305	Descripción de la dieta
		5510	Educación sanitaria	190217	Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados

DIAGNÓSTICO
Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.

Jonhson M, Bulechek G, Butcher H, McCluskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2007.

Moorhead S, Jonhson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5.ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014.

Bulechek G, Butcher H, McCluskey Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014.

7b. DIAGNÓSTICO: Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
Código: 00078

DEFINICIÓN: Patrón de regulación e integración en la vida diaria en un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

DOMINIO: 1. Promoción de la salud. Clase 2. Manejo de la salud.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1601	Conducta de cumplimiento	5602	Enseñanza proceso de enfermedad	160108	Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción
		4420	Acuerdo con el paciente	181312	Gravedad percibida de la enfermedad
1813	Conocimiento del régimen terapéutico	5618	Enseñanza procedimiento. Tratamiento	170406	Percepción de que el trastorno puede ser de larga duración
1704	Creencias sobre la salud: amenaza percibida	6160	Intervención en caso de crisis	170411	Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro
		5430	Grupo de apoyo		

DIAGNÓSTICO
Manejo inefectivo del régimen terapéutico

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresión verbal que el paciente no tomó medidas para incluir los regímenes de tratamiento en las actividades de la vida diaria.
- Dificultad expresada con la regulación o la integración de uno o más regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y de sus efectos, para la prevención de complicaciones.

7c. DIAGNÓSTICO: Baja autoestima crónica.
Código: 00119

DEFINICIÓN: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

DOMINIO: 6. Autopercepción. Clase 1. Autoconcepto.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
2000	Calidad de vida: Alcance de la percepción positiva de las condiciones de vida	5390	Potenciación de la conciencia de sí mismo	161401	Toma de decisiones vitales informadas
		5220	Potenciación de la imagen corporal	120005	Satisfacción con el aspecto corporal
		5400	Potenciación de la autoestima	120501	Verbalización de la autoaceptación

DIAGNÓSTICO
Baja autoestima crónica

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

La persona tiene expresiones negativas sobre sí misma (de forma crónica o durante un largo periodo de tiempo).

7d. DIAGNÓSTICO: Patrón sexual inefectivo.
Código: 00065

DEFINICIÓN: Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1501	Ejecución del rol	5428	Asesoramiento sexual	120501	Verbalización de autoaceptación
1200	Imagen corporal	5624	Enseñanza: Sexualidad	120502	Aceptación de las propias limitaciones
1205	Autoestima	5220	Potenciador de la imagen corporal	120008	Adaptación a cambios en función corporal
		5400	Potenciador de la autoestima	120005	Satisfacción en el aspecto corporal
				150107	Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad

DIAGNÓSTICO
Patrón sexual inefectivo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.

7e. DIAGNÓSTICO: Temor.
Código: 00148

DEFINICIÓN: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

DOMINIO: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase 2. Respuesta de afrontamiento.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1404	Autocontrol del miedo	5820	Disminución de la ansiedad	121031	Temor verbalizado
1210	Nivel del miedo	5380	Potenciador de la seguridad	140403	Busca información para reducir el miedo
		5230	Aumentar el afrontamiento	140407	Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo
		5240	Asesoramiento		
		5270	Apoyo emocional		

DIAGNÓSTICO
Temor

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
- Informes de:
  – Reducción de la seguridad de uno mismo.
  – Inquietud.

7f. DIAGNÓSTICO: Ansiedad.
Código: 00146

DEFINICIÓN: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

DOMINIO: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase 2. Respuesta de afrontamiento.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1402	Autocontrol de la ansiedad	5820	Disminución de la ansiedad	140207	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
		5880	Técnicas de relajación		
1211	Nivel de la ansiedad	5240	Asesoramiento	140204	Busca información para reducir la ansiedad
		5230	Aumentar el afrontamiento	121106	Tensión muscular
				121107	Tensión facial

DIAGNÓSTICO
Ansiedad

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Angustia
- Dificultad para la concentración

7g. DIAGNÓSTICO: Fatiga.
Código: 00093

DEFINICIÓN: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

DOMINIO: 4. Salud funcional. Clase 3. Mantenimiento de energía.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
0005	Tolerancia de la actividad	0180	Manejo de la energía	000513	Realización de las actividades de la vida diaria
		5612	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	000508	Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad
				000514	Habilidad para hablar durante el ejercicio
				000512	Fuerza
				000509	Paso al caminar

DIAGNÓSTICO
Fatiga

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Respuesta a los movimientos corporales que consumen energía implicados en las actividades.

7h. DIAGNÓSTICO: Deterioro de la integridad cutánea.
Código: 00046

DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

DOMINIO: 11. Seguridad/Protección. Clase 2. Lesión física.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1101	Integridad tisular: Piel, membranas y mucosas	3584	Cuidados de la piel	110115	Lesiones cutáneas
		3590	Vigilancia de la piel	110119	Descamación cutánea
		1340	Estimulación cutánea		
		6540	Control de infecciones		

DIAGNÓSTICO
Deterioro de la integridad cutánea

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
- Invasión de las estructuras corporales.
- Alteración de la superficie de la piel.

7i. DIAGNÓSTICO: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
Código: 00047

DEFINICIÓN: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

DOMINIO: 11. Seguridad/Protección. Clase 2. Lesión física.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1101	Integridad tisular: Piel, membranas y mucosas	3584	Cuidados de la piel	110110	Ausencia de lesión tisular
		3590	Vigilancia de la piel	110104	Hidratación
		5606	Enseñanza individual		
1902	Control de riesgos			190201	Reconoce el riesgo
				190204	Sigue las estrategias de control del riesgo

DIAGNÓSTICO
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
- Destrucción del tejido.
- Eritema.
- Lesiones.

7j. DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección.
Código: 00004

DEFINICIÓN: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismo patógenos.

DOMINIO: 11. Seguridad/Protección. Clase 1. Infección.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
0703	Severidad de la infección	3590	Vigilancia de la piel	070301	Erupción
		6650	Vigilancia	070302	Vesículas sin costra
		6540	Control de las infecciones	070307	Fiebre
		5602	Enseñanza proceso de enfermedad		
0702	Estado inmune	6550	Protección contra las infecciones	070201	Ausencia de infecciones recurrentes
				070209	Integridad de las mucosas

DIAGNÓSTICO
Riesgo de infección

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
- Procedimientos invasivos.
- Alteración de las defensas primarias.

7k. DIAGNÓSTICO: Termorregulación ineficaz.
Código: 00008

DEFINICIÓN: Procesos fisiológicos y regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo.

DOMINIO: 11. Seguridad/Protección. Clase 6. Termorregulación.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
0800	Termorregulación	3900	Regulación de la temperatura	080015	Comodidad térmica referida
		0648	Manejo ambiental	080001	Temperatura cutánea afectada
				080007	Cambios de coloración cutánea

DIAGNÓSTICO
Termorregulación ineficaz

Fluctuaciones de la temperatura corporal por debajo o por encima de los límites normales.

7l. DIAGNÓSTICO: Trastorno del patrón del sueño. Código: 000198
DEFINICIÓN: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.
DOMINIO: 4 Actividad/reposo. Clase 1. Sueño/Reposo.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
0004	Sueño	1850	Mejorar el sueño	000401	Horas de sueño
		5960	Facilitar la medicación	000403	Patrón del sueño
		6482	Manejo ambiental: confort	000404	Calidad del sueño
		3550	Manejo del prurito	000406	Sueño interrumpido
				000421	Dificultad para conciliar el sueño
0003	Descanso			000301	Tiempo de descanso
				000303	Calidad del descanso
				000304	Descansado físicamente
				000305	Descansado mentalmente
				000306	Descansado emocionalmente

DIAGNÓSTICO
Trastorno del patrón del sueño

- Cambios en el patrón normal del sueño.
- Aquejamiento de la falta de descanso e insatisfacción con el sueño.
- Disminución de la capacidad de funcionar.

7m. DIAGNÓSTICO: Riesgo de cansancio del rol del cuidador. Código: 00062
DEFINICIÓN: Dificultad para desempeñar el papel el cuidador del paciente con dermatitis atópica.
DOMINIO: 7. Rol/Relaciones. Clase 3. Desempeño del rol.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
2208	Factores estresantes del cuidador familiar	7040	Apoyo al cuidador principal	0801	Factores estresantes referidos por el cuidador
2203	Alteración del estilo de vida del cuidador principal	5230	Mejorar el afrontamiento	0816	Pérdida de tiempo personal
2508	Bienestar del cuidador principal	5270	Apoyo emocional		
2210	Resistencia del papel del cuidador	6040	Terapia de relajación		
2205	Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos	5240	Asesoramiento		
		7150	Terapia familiar		
2206	Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos	5540	Potenciación de la disposición de aprendizaje		
		5606	Enseñanza individual		
1501	Desempeño del rol	7110	Fomentar la implicación familiar		
		5370	Potenciación de roles		

DIAGNÓSTICO
Riesgo de cansancio del rol del cuidador

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
- Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas.
- Preocupación por el curso imprevisible de la enfermedad (recurrencia de brotes).
- Falta de experiencia en brindar los cuidados necesarios.

7n. DIAGNÓSTICO: Conocimientos deficientes sobre la dermatitis atópica.
Código: 00126

DEFINICIÓN: Estado en que el individuo o su entorno carecen de los conocimientos o la información cognitiva específica necesaria para el manejo o tratamiento de la dermatitis atópica.

DOMINIO: 5 Percepción/Cognición. Clase 4. Cognición.

Cód.	RESULTADOS	Cód.	INTERVENCIONES	Cód.	INDICADORES
1824	Conocimiento: cuidados en la dermatitis atópica	5515	Mejorar el acceso a la información	182402	Proceso específico de la dermatitis atópica
		5520	Facilitar el aprendizaje	182404	Prevención y control de la infección
		5602	Enseñanza: proceso de la dermatitis atópica	182405	Uso correcto de la medicación prescrita
				182407	Procedimiento terapéutico
				182408	Régimen terapéutico
1813	Conocimiento: régimen terapéutico	1638	Compromiso del paciente	181302	Responsabilidad de los propios cuidados para el tratamiento actual de la DA
		1600	Conducta de adhesión		
		1601	Conducta de cumplimiento	181304	Efectos esperados del tratamiento
		1867	Conocimiento: procedimientos diagnósticos y terapéuticos	181309	Procedimientos prescritos
		5616	Enseñanza: medicamentos prescritos	181310	Proceso de la enfermedad
		2380	Manejo de la medicación	181316	Beneficios del tratamiento
		8190	Seguimiento por teléfono		

DIAGNÓSTICO
Conocimientos deficientes sobre la dermatitis atópica

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Falta de interés por parte del paciente o familiar en adquirir información necesaria, no saber dónde obtenerla, no haberla recibido nunca o haberla interpretado mal.
- Incapacidad para explicar el tratamiento que se sigue o describir el estado actual de salud personal.
- Seguimiento inadecuado de las instrucciones: administración inadecuada de medicación, incumplimiento de las pautas terapéuticas, etc.

7ñ. DIAGNÓSTICO: Trastorno de la imagen corporal.
DEFINICIÓN: Confusión de la imagen corporal del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.
DOMINIO: 6 Autopercepción. Clase 3. Imagen corporal.

Código	RESULTADOS	Código	INTERVENCIONES	Código	INDICADORES
1200	Imagen corporal	5220	Mejora de la imagen corporal	120001	Idea interna de sí mismo
1202	Identidad personal	5230	Aumentar el afrontamiento	120002	Congruencia entre realidad, idea, e imagen corporal
1205	Autoestima	5270	Apoyo emocional	120003	Descripción de la parte corporal afectada
1215	Conciencia de sí mismo	5400	Potenciación de la autoestima	120004	Voluntad para tocar la parte corporal afectada
1304	Resolución de la aflicción	4920	Escucha activa	120005	Satisfacción con el aspecto corporal
1308	Adaptación al cambio de imagen corporal producido por la DA	5310	Dar esperanza	130801	Expresa capacidad para adaptarse a su nueva imagen corporal
		5395	Mejorar la confianza	130808	Identifica maneras para enfrentarse a los cambios en su vida
		4820	Orientación de la realidad	130819	Informe de la disminución de la imagen corporal negativa
		5604	Enseñanza grupal		
		5606	Enseñanza individual		
		6610	Identificación del riesgo		
		8272	Fomento del desarrollo: adolescentes		
		8274	Fomento del desarrollo: niños		
		8278	Fomento del desarrollo: lactantes		

ANEXO 8.
Propuesta de informe de seguimiento enfermero del paciente con dermatitis atópica

INFORME DE SEGUIMIENTO

Nombre y apellidos del paciente: .....

N.º HC: ..... Médico responsable: .....

Motivo de seguimiento en la CEDER:

.....

Fecha de inicio: .....

Diagnósticos de enfermería (problemas de salud):

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Intervenciones de enfermería:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Firma de la/el enfermera/o

ANEXO 9.
Información y consejos para el paciente en tratamiento sistémico (por orden alfabético)

9a. AZATIOPRINA (Imurel®)

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique al médico si tiene **alergia** a algún medicamento o se sabe portador de un déficit de **tiopurina metiltransferasa**. Avise también de otras medicaciones que tome.
- Si toma alopurinol, avíselo.
- Avise, si es consciente de tener alguna **infección**, de cualquier tipo.
- Si es una mujer: avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe tomarse, en la dosis que le hayan indicado, con la comida. Tráguela entera, sin masticarla ni romperla.
- Si olvida una dosis, tómela cuanto antes, o si falta poco para la siguiente, ya no la tome y espere a que le toque la siguiente y continúe con la periodicidad prevista.
- No tome hierbas medicinales mientras tome esta medicación.
- Debe emplear un método **anticonceptivo** seguro desde antes de comenzar el tratamiento y hasta 6 semanas después de finalizarlo, por lo menos.
- No cambie por su cuenta la dosis ni suspenda el tratamiento, salvo síntomas graves.
- Debe acudir a todas las revisiones previstas.
- Guarde el medicamento a temperatura ambiente. Protéjalo de la luz y humedad. No lo deje al alcance de los niños.
- Cuando acuda a un médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con azatioprina.
- Debe observar los cambios que se produzcan en su enfermedad cutánea (si está mejor, igual o peor).
- Preste especial atención a la higiene dental.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- En las primeras semanas pueden aparecer: náuseas, vómitos, malestar y dolores musculares. Suelen ser pasajeros.
- Existe la posibilidad de sufrir una infección mientras toma esta medicación: consulte en caso de notar **síntomas de infección** de cualquier tipo. Evite contacto con personas enfermas de gripe u otras infecciones.
- Esta medicación puede aumentar el riesgo potencial de cáncer, especialmente si se administran dosis altas o prolongadas. Protéjase del sol con ropa, sombrero, gafas y cremas de protección y evite cabinas de rayos UVA.
- Puede sufrir sangrados más fácilmente: sea cuidadoso para evitar heridas, use un cepillo de dientes blando y aféitese con máquina eléctrica.
- Puede bajar la presión arterial.
- Puede aparecer dolor de cabeza. Trátelo con paracetamol u otro calmante suave.
- Si aparecen náuseas o vómitos, haga comidas ligeras pero frecuentes y tome algún caramelo o chicle sin azúcar. Puede aparecer diarrea.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- Debe ponerse en contacto con Dermatología **cuanto antes** en caso de sospecha de **sobredosis**; en caso de **reacción anormal** grave (opresión en el pecho, dificultad de respiración, fiebre, picor, tos persistente, hematomas o sangrado, hinchazón o ronchas en la piel), si hay síntomas de **infección** (fiebre, escalofríos, dolor de garganta, de oídos o de senos paranasales, expectoración purulenta, molestias al orinar, u orinas muy oscuras o una herida que no cura, etc.).

- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología, llamando al _____ .**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO

Ficha Técnica “Imurel” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

9b. BARICITINIB (Olumiant®)

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique a su médico si tiene **alergia** a algún medicamento. Infórmele también de otras medicaciones que esté tomando.
- Avise si es consciente de tener alguna **infección**, de cualquier tipo (aunque sea crónica o úlceras o heridas persistentes). Avise si es diabético.
- Si es una mujer, avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe tomarse, en la dosis que le hayan indicado (habitualmente una sola toma al día). Tráguela entera, sin masticarla ni romperla.
- Se puede tomar con o sin alimentos.
- Si olvida una dosis, tómela cuanto antes, o si falta poco para la siguiente, ya no la tome y espere a que le toque la siguiente y continúe con la periodicidad prevista.
- Cuando acuda a su médico de Asistencia Primaria o a cualquier otro médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con **Olumiant®**.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- Durante su toma pueden aparecer con más frecuencia infecciones respiratorias leves (tipo catarro). Utilice el tratamiento habitual que tome para este tipo de procesos comunes, o consúltenos.
- Puede aparecer tos seca, dolor de cabeza y náuseas, habitualmente de intensidad leve y llevadera. Si le molestan mucho, consúltenos.
- Pueden aparecer "granitos" en la cara tipo acné, leve. Consúltenos, para indicar tratamiento si procede.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología llamando al _____.**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO.

Ficha Técnica "Olumiant" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

* Recientemente el comité de medicamentos humanos (CHMP) de la EMA ha respaldado las medidas recomendadas por el Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia (PRAC) para minimizar el riesgo de efectos secundarios graves con los inhibidores de las Janus quinasa (JAK) utilizados para tratar varios trastornos inflamatorios crónicos. La información del producto para los inhibidores de JAK utilizados para tratar los trastornos inflamatorios crónicos se actualizará con las nuevas recomendaciones y advertencias. Además, el material educativo para pacientes y profesionales de la salud se revisará en consecuencia. Para cualquier duda relacionada al respecto dirigirse a Ficha Técnica[1,2].

Advertencias y precauciones especiales de empleo[1-3]:

Baricitinib solo debe usarse si no hay alternativas de tratamiento adecuadas disponibles en pacientes: 65 años de edad y mayores; pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica u otros factores de riesgo cardiovascular (como fumadores o antiguos fumadores); pacientes con factores de riesgo de malignidad (por ejemplo, cáncer en la actualidad o antecedentes de cáncer)

Información del producto aprobada por el CHMP el 10 de noviembre de 2022, pendiente de aprobación por parte de la Comisión Europea.

1 Inhibidores de la quinasa Janus para enfermedades inflamatorias crónicas: recomendaciones para minimizar los riesgos de reacciones adversas graves. AEMPS. Categoría: medicamentos de uso humano, farmacovigilancia. Referencia: MUH (FV), 08/2022. Fecha de publicación: 2 de noviembre de 2022. https://www.aemps.gob.es/informa/inhibidores-de-la-quinasa-janus-para-enfermedades-inflamatorias-cronicas-recomendaciones-para-minimizar-los-riesgos-de-reacciones-adversas-graves/. Última visualización Noviembre 2022.

2. Janus Kinase inhibitors (JAKi). European Medicines Agency. EMA confirms measures to minimise risk of serious side effects with Janus kinase inhibitors for chronic inflammatory disorders. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/referrals/janus-kinase-inhibitors-jaki. Janus Kinase inhibitors (JAKi) | European Medicines Agency (europa.eu). Última visualización Noviembre 2022.

3. Olumiant: EPAR – Product Information as approved by the CHMP on 10 November 2022, pending endorsement by the European Commission. European Medicines Agency. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/olumiant-epar-product-information-approved-chmp-10-november-2022-pending-endorsement-european_en.pdf. Última visualización Noviembre 2022.

9c. CICLOSPORINA (Sandimmun Neoral®)

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique a su médico si tiene **alergia** a algún medicamento. Infórmele también de otras medicaciones que esté tomando.
- Avise, si es consciente de tener alguna **infección**, de cualquier tipo. Haga saber si es diabético.
- Si es una mujer: avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé.
- Avise si ha sufrido o padece algún tipo de cáncer, problemas de riñón o hipertensión.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe tomarse en la dosis que le hayan indicado
- Evite tomar uvas, zumo de uvas o de pomelo. Evite bebidas alcohólicas.
- Nunca cambie por su cuenta la dosis ni suspenda el tratamiento sin consultar (salvo reacciones adversas de importancia).
- Debe acudir a todas las revisiones previstas.
- Guarde el medicamento sin mezclar en su nevera. **NO** en el congelador. Tenga cuidado de que no quede al alcance de los niños.
- Cuando acuda a su médico de cabecera o a cualquier otro médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con Sandimmun Neoral®.
- Debe observar los cambios que se produzcan en su enfermedad cutánea (si está mejor, igual o peor).
- Controle su tensión arterial y apúntela.
- Preste especial atención a la higiene dental.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- Existe la posibilidad de sufrir una infección grave mientras toma esta medicación: consulte en caso de notar **síntomas de infección** de cualquier tipo. Evite contacto con personas enfermas de gripe u otras infecciones. En épocas de gripe, evite las reuniones multitudinarias.
- Es **posible** que su tensión arterial suba durante el tratamiento. Consulte en caso de que se eleve por encima de los valores normales.
- En ocasiones puede aparecer dolor de cabeza. Trátelo con un calmante suave (paracetamol).
- Si presenta nauseas o vómitos, haga comidas poco copiosas y frecuentes, limpie con frecuencia la boca, tome algún caramelo o chicle sin azúcar. Pueden aparecer otros síntomas menores en relación con la toma de medicación. Anótelos para comentarlo en la próxima revisión.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- Debe ponerse en contacto con Dermatología **cuanto antes** en caso de sospecha de **sobredosis**; en caso de **reacción anormal** grave (opresión en el pecho, dificultad de respiración, fiebre, picor, tos persistente, hematomas o sangrado, hinchazón o ronchas en la piel), si hay síntomas de **infección** (fiebre, escalofríos, dolor de garganta, de oídos o de senos paranasales, expectoración purulenta, molestias al orinar o una herida que no cura, etc.), cambios en la personalidad o en el juicio, dolor de cabeza severo, náuseas, vómitos o diarrea severos, incapacidad para orinar.

- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología, llamando al _____.**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO.

Ficha Técnica “Sandimmun” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

9d. DUPILUMAB (Dupixent®)

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique a su médico si tiene **alergia** a algún medicamento. Infórmele también de otras medicaciones que esté tomando.
- Avise si es consciente de tener alguna **infección**, de cualquier tipo (aunque sea crónica o úlceras o heridas persistentes). Avise si diabético.
- Si es una mujer, avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe inyectarse bajo la piel (subcutáneo). La/el enfermera/o encargada le explicará cómo hacerlo. Consúltele todas las dudas que le surjan al respecto. Recuerde siempre lavarse las manos antes de cada inyección y tirar la jeringuilla después de cada uso: nunca reutilizarla.
- En caso de que hubiera olvidado ponerse una dosis, póngasela en cuanto se dé cuenta del olvido, y siga a partir de entonces con el ritmo normal cada 2 semanas. Nunca se ponga una dosis doble o extra.
- Nunca cambie por su cuenta la dosis ni suspenda el tratamiento sin consultar (salvo aparición de reacción graves).
- Debe acudir a todas las revisiones previstas.
- Guarde el medicamento en su nevera. **NO** en el congelador. Tenga cuidado de que no quede al alcance de los niños.
- Cuando acuda a su médico de Asistencia Primaria o a cualquier otro médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con **Dupixent®**.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- Es **frecuente** que note irritación en el lugar de la inyección; sensación de vértigo (no se levante bruscamente desde la cama o desde una silla; evite escalar o subir a sitios peligrosos); dolor de cabeza (si lo sufre puede tomar algún calmante suave).
- Puede aparecer irritación, enrojecimiento y lagrimeo de ojos secundarios al desarrollo de **conjuntivitis**. Desde que note los primeros síntomas de irritación o molestias oculares deberá utilizar a diario gotas artificiales (preferiblemente que contengan ácido hialurónico). Consulte con su equipo sanitario en cuanto note que estos síntomas son intensos y molestos.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- Debe ponerse en contacto con Dermatología **cuanto antes** en caso de sospecha de **sobredosis**, en caso de **reacción anormal** grave (opresión en el pecho, dificultad de respiración, fiebre, picor, tos persistente, hematomas o "cardenales", hinchazón o ronchas en la piel), si hay síntomas de **infección** (fiebre, escalofríos, dolor de garganta, de oídos o de senos paranasales, molestias al orinar o una herida que no cura), si nota mareos o vértigos intensos, o en caso de dolor de cabeza intenso y persistente.

- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología, llamando al _____.**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO.

Ficha Técnica "Dupixent" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

9e. METOTREXATO

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique a su médico si tiene **alergia** a algún medicamento y de las medicaciones que esté tomando.
- Avise, si es consciente, de padecer enfermedad del hígado, de la médula ósea o de la sangre o del riñón. Igualmente, si tiene propensión a las infecciones, úlceras orales o cutáneas o problemas de estómago.
- Avise en caso de que beba con frecuencia bebidas alcohólicas.
- Si es una mujer: avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé. Debe evitar el embarazo durante el tratamiento y de 3 a 6 meses después de su suspensión.
- Si es varón, debe comprometerse a no procrear durante el tiempo de tratamiento y de 3 a 6 meses después de su suspensión.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe tomarse en la dosis que le hayan indicado, sea en comprimidos o en inyección.
- Beba abundantes líquidos, excepto los que contienen cafeína (café, té, colas).
- Si olvidó tomar una dosis, tómela cuanto antes. Si falta poco para la siguiente dosis, ya no tome la dosis que había dejado: espere a que le toque la siguiente y continúe con la periodicidad prevista.
- No tome sin consultarlo aspirina (o productos que la contengan), ni otros analgésicos, antiagregantes plaquetarios, ajo, ginseng, ginkgo o vitamina E.
- Debe emplear un método **anticonceptivo** seguro desde antes de comenzar el tratamiento.
- **No** debe **donar sangre** durante el tiempo del tratamiento y hasta un mes después de haberlo finalizado.
- Evite bebidas alcohólicas.
- Nunca cambie por su cuenta la dosis ni suspenda el tratamiento sin consultar (salvo en caso de reacción grave).
- Debe acudir a todas las revisiones previstas.
- Guarde el medicamento a temperatura ambiente. Protéjalo de la luz y de la humedad. Tenga cuidado de que no quede al alcance de los niños.
- Cuando acuda a su médico de cabecera o a cualquier otro médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con **metotrexato**.

- Debe observar los cambios que se produzcan en su enfermedad cutánea (si está mejor, igual o peor).
- Extreme la higiene de la boca.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- Anemia y disminución de los glóbulos blancos y las plaquetas.
- Existe la posibilidad de sufrir una infección mientras toma esta medicación. Evite contacto con personas enfermas de gripe u otras infecciones y lugares de concentración de multitudes (en épocas de gripe).
- Puede presentar diarrea, irritación de la boca, pérdida de pelo.
- Puede notar tensión en las mamas, irritación de la piel y cambios en el deseo sexual.
- Esta medicación aumenta el riesgo de sufrir quemaduras solares. Protéjase del sol con ropa, sombreros, gafas y cremas de protección y evite cabinas de rayos UVA.
- Si aparecen náuseas o vómitos, haga comidas ligeras pero frecuentes y tome algún caramelo o chicle sin azúcar.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- Debe ponerse en contacto con Dermatología **cuanto antes** en caso de sospecha de **sobredosis**; en caso de **reacción anormal** grave (opresión en el pecho, dificultad de respiración, fiebre, picor, tos persistente, hematomas o sangrado, hinchazón o ronchas en la piel), si hay síntomas de **infección** (fiebre, escalofríos, dolor de garganta, de oídos o de senos paranasales, expectoración purulenta, molestias al orinar o una herida que no cura, etc.); si nota la orina oscura o coloración amarillenta de la piel o los ojos; dolor abdominal severo; diarrea, náuseas o vómitos severos; si se nota muy débil o cansado o con falta de apetito; severa irritación de la piel o hinchazón de las manos o los pies; en el caso de mujeres, si cree estar **embarazada**.
- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología, llamando al _____.**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO.

Ficha Técnica “Metotrexato” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

9f. MICOFENOLATO

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique al médico si tiene **alergia** a algún medicamento o problemas para metabolizar la **fenilalanina**. Informe también de otras medicaciones que tome.
- Avise, si es consciente de tener alguna **infección**, de cualquier tipo. Haga saber si es diabético.
- Si es una mujer: avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe tomarse, en la dosis que le hayan indicado, con el estómago vacío (1 hora antes o 2 horas después de la comida). Tráguela entera, sin masticarla ni romperla.
- Si olvidó tomar una dosis, tómela cuanto antes. Si falta poco para la siguiente dosis, ya no la tome: espere a que le toque la siguiente y continúe con la periodicidad prevista.
- No tome antiácidos, colestiramina, colestipol o preparados de hierro en las 2 horas antes o después de tomar **micofenolato**.
- Debe emplear un método **anticonceptivo** seguro desde antes de comenzar el tratamiento y hasta, al menos, 6 semanas después de finalizarlo.
- Nunca cambie por su cuenta la dosis ni suspenda el tratamiento sin consultar.
- Debe acudir a todas las revisiones previstas.
- Guarde el medicamento a temperatura ambiente. Protéjalo de la luz y de la humedad. Tenga cuidado de que no quede al alcance de los niños.
- Cuando acuda a su médico de cabecera o a cualquier otro médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con **micofenolato**.
- Debe observar los cambios que se produzcan en su enfermedad cutánea (si está mejor, igual o peor).
- Preste especial atención a la higiene dental.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- Existe la posibilidad de sufrir una infección grave mientras toma esta medicación: consulte en caso de notar **síntomas de infección** de cualquier tipo. Evite contacto con personas enfermas de gripe u otras infecciones y lugares de concentración de multitudes.
- Esta medicación aumenta el riesgo de cáncer. Protéjase del sol con ropa, sombrero, gafas y cremas de protección y evite cabinas de rayos UVA.
- Puede sufrir sangrados más fácilmente: sea cuidadoso para evitar heridas, use un cepillo de dientes blando y aféitese con máquina eléctrica.
- Puede aumentar la presión arterial.
- Puede aparecer dolor de cabeza. Trátelo con paracetamol u otro calmante suave.
- Si aparecen náuseas o vómitos, haga comidas ligeras pero frecuentes y tome algún caramelo o chicle sin azúcar.
- Puede aparecer diarrea.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- Debe ponerse en contacto con Dermatología **cuanto antes** en caso de sospecha de **sobredosis**; en caso de **reacción anormal** grave (opresión en el pecho, dificultad de respiración, fiebre, picor, tos persistente, hematomas o sangrado, hinchazón o ronchas en la piel), si hay síntomas de **infección** (fiebre, escalofríos, dolor de garganta, de oídos o de senos paranasales, expectoración purulenta, molestias al orinar o una herida que no cura, etc.); dolor de cabeza severo.

- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología llamando al _____.**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO.

Ficha Técnica “Micofenolato de mofetilo Accord” (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

9g. TRALOKINUMAB (Adtralza®)

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique a su médico si tiene **alergia** a algún medicamento. Infórmele también de otras medicaciones que esté tomando.
- Avise si es consciente de tener alguna **infección**, de cualquier tipo (aunque sea crónica o úlceras o heridas persistentes). Avise si diabético.
- Si es una mujer, avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe inyectarse bajo la piel (subcutáneo). La/el enfermera/o encargada le explicará cómo hacerlo. Consúltele todas las dudas que le surjan al respecto. Recuerde siempre lavarse las manos antes de cada inyección y tirar la jeringuilla después de cada uso: nunca reutilizarla.
- En caso de que hubiera olvidado ponerse una dosis, póngasela en cuanto se dé cuenta del olvido, y siga a partir de entonces con el ritmo normal cada 2 semanas. Nunca se ponga una dosis doble o extra.
- Nunca cambie por su cuenta la dosis ni suspenda el tratamiento sin consultar (salvo aparición de reacción graves).
- Debe acudir a todas las revisiones previstas.
- Guarde el medicamento en su nevera. **NO** en el congelador. Tenga cuidado de que no quede al alcance de los niños.
- Cuando acuda a su médico de Asistencia Primaria o a cualquier otro médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con **Adtralza®**.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- Es **frecuente** que note irritación en el lugar de la inyección; dolor de cabeza (si lo sufre puede tomar algún calmante suave).
- Puede aparecer irritación, enrojecimiento y lagrimeo de ojos secundarios al desarrollo de **conjuntivitis**. Desde que note los primeros síntomas de irritación o molestias oculares deberá utilizar a diario gotas artificiales (preferiblemente que contengan ácido hialurónico). Consulte con su equipo sanitario en cuanto note que estos síntomas son intensos y molestos.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- Debe ponerse en contacto con Dermatología **cuanto antes** en caso de sospecha de **sobredosis**, en caso de **reacción anormal** grave (opresión en el pecho, dificultad de respiración, fiebre, picor, tos persistente, hematomas o "cardenales", hinchazón o ronchas en la piel), si hay síntomas de **infección** (fiebre, escalofríos, dolor de garganta, de oídos o de senos paranasales, molestias al orinar o una herida que no cura), si nota mareos o vértigos intensos, o en caso de dolor de cabeza intenso y persistente.

- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología llamando al _____.**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO.

Ficha Técnica "Adtralza" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

9h. UPADACITINIB (Rinvoq®)

1. Antes de comenzar el tratamiento:

- Comunique a su médico si tiene **alergia** a algún medicamento. Infórmele también de otras medicaciones que esté tomando.
- Avise si es consciente de tener alguna **infección**, de cualquier tipo (aunque sea crónica o úlceras o heridas persistentes). Avise si diabético.
- Si es una mujer, avise si está **embarazada** o planea un embarazo o si está dando el pecho a su bebé.
- Si tiene programada administrarse alguna vacuna, consulte previamente con la/el enfermera/o o el dermatólogo que le atiende.
- Informe a su médico si padece alguna otra enfermedad e indique si toma alguna otra medicación.

2. ¿Cómo se usa?:

- Debe tomarse, en la dosis que le hayan indicado (habitualmente en una sola toma al día). Tráguela entera, sin masticarla ni romperla.
- Se puede tomar con o sin alimentos.
- Si olvida una dosis, tómela cuanto antes, o si falta poco para la siguiente, ya no la tome y espere a que le toque la siguiente y continúe con la periodicidad prevista.
- Cuando acuda a su médico de Asistencia Primaria o a cualquier otro médico por otro motivo, infórmele o recuérdele que está en tratamiento con **Rinvoq®**.

3. ¿Qué puede ocurrir y qué debo hacer?:

- Durante su toma pueden aparecer con más frecuencia infecciones respiratorias leves (tipo catarro). Utilice el tratamiento habitual que tome para este tipo de procesos comunes, o consúltenos.
- Puede aparecer tos seca, dolor de cabeza y náuseas, habitualmente de intensidad leve y llevadera. Si le molestan mucho, consúltenos.
- Pueden aparecer "granitos" en la cara tipo acné, leve. Consúltenos, para indicar tratamiento si procede.
- En caso de notar algún otro síntoma extraño para usted, consúltenos.
- **Si es necesario, contactar con la/el enfermera/o de Dermatología llamando al _____.**

EN EL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO ENCONTRARÁ MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MISMO, LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA FORMA DE ADMINISTRARLO.

Ficha Técnica "Rinvoq" (aemps.es). Última visualización septiembre 2022.

* Recientemente el comité de medicamentos humanos (CHMP) de la EMA ha respaldado las medidas recomendadas por el Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia (PRAC) para minimizar el riesgo de efectos secundarios graves con los inhibidores de las Janus quinasa (JAK) utilizados para tratar varios trastornos inflamatorios crónicos. La información del producto para los inhibidores de JAK utilizados para tratar los trastornos inflamatorios crónicos se actualizará con las nuevas recomendaciones y advertencias. Además, el material educativo para pacientes y profesionales de la salud se revisará en consecuencia. Para cualquier duda relacionada al respecto dirigirse a Ficha Técnica[1,2].

Advertencias y precauciones especiales de empleo[1-3]:

Upadacitinib solo debe usarse si no hay alternativas de tratamiento adecuadas disponibles en pacientes: - 65 años de edad y mayores; pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica u otros factores de riesgo cardiovascular (como fumadores o antiguos fumadores); pacientes con factores de riesgo de malignidad (por ejemplo, cáncer en la actualidad o antecedentes de cáncer).

Información del producto aprobada por el CHMP el 10 de noviembre de 2022, pendiente de aprobación por parte de la Comisión Europea.

1. Inhibidores de la quinasa Janus para enfermedades inflamatorias crónicas: recomendaciones para minimizar los riesgos de reacciones adversas graves. AEMPS. Categoría: medicamentos de uso humano, farmacovigilancia. Referencia: MUH (FV), 08/2022. Fecha de publicación: 2 de noviembre de 2022. https://www.aemps.gob.es/informa/inhibidores-de-la-quinasa-janus-para-enfermedades-inflamatorias-cronicas-recomendaciones-para-minimizar-los-riesgos-de-reacciones-adversas-graves/. Última visualización Noviembre 2022.
2. Janus Kinase inhibitors (JAKi). European Medicines Agency. EMA confirms measures to minimise risk of serious side effects with Janus kinase inhibitors for chronic inflammatory disorders. https://www.ema.europa.eu/medicines/human/referrals/janus-kinase-inhibitors-jak. Janus Kinase inhibitors (JAKi) | European Medicines Agency (europa.eu). Última visualización Noviembre 2022.
3. Rinvoq: EPAR – Product Information as approved by the CHMP on 10 November 2022, pending endorsement by the European Commission. European Medicines Agency. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/rinvoq-epar-product-information-approved-chmp-10-november-2022-pending-endorsement-european_en.pdf. Última visualización Noviembre 2022.

Autores

Beatriz Rivero Moreno
Paloma Morales de los Ríos
Isabel María Pérez Conde
Blanca Madrid Álvarez
Raúl de Lucas Laguna
Gregorio Carretero Hernández

Con la colaboración de:
sanofi

Índice

Prólogo
Agradecimientos
Glosario siglas y abreviaturas

A. CLÍNICA
1. Definición
2. Etiopatogenia
3. Factores de riesgo y agravantes
4. Diagnóstico
5. Fenotipos
6. Clínica
7. Asociaciones clínicas
8. Medición de la gravedad de la enfermedad

B. TRATAMIENTO
9. Criterios y guías para el tratamiento de la dermatitis atópica
10. Tratamiento tópico
11. Tratamiento del picor
12. Fototerapia
13. Terapia sistémica
14. Consulta enfermera de pacientes con dermatitis atópica
15. Prevención e intervención enfermeras
16. Intervención psicológica en el paciente con dermatitis atópica

C. BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

D. ANEXOS

El presente manual, pensado y dirigido a profesionales de la enfermería, es fruto de la estrecha colaboración entre enfermería, psicología y dermatología. En él hemos querido exponer de forma teórico-práctica las bases del manejo de estos pacientes por parte de enfermería, proporcionando a los profesionales material tanto teórico como práctico que facilite los cuidados enfermeros en estos pacientes.

Gregorio Carretero Hernández
Coordinador

ISBN: 9788478856992
9 788478 856992

MAT-ES-2202628 V1
Septiembre 2022

Con la colaboración de:

sanofi