



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Atención y Prevención de la  
Dermatitis Atópica en las familias.***

Alumno: Néstor Sauce Gil

Directora: Araceli Suero de la Hoz

**Madrid, mayo de 2021**

# Índice.

Glosario de abreviaturas y siglas. ....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	5
2. Presentación.....	6
3. Estado de la cuestión.....	7
3.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	7
3.2 Dermatitis atópica.....	8
3.2.1 Epidemiología.....	8
3.3 Etiología.....	8
3.4 Fisiopatología.....	9
3.4.1 Cascada Inflamatoria.....	11
3.5 Factores de riesgo.....	12
3.5.1 Alteraciones inmunológicas.....	14
3.6 Manifestaciones clínicas.....	14
3.6.1 Criterios diagnósticos.....	15
3.6.2 Diagnósticos diferenciales.....	16
3.7 Complicaciones asociadas.....	16
3.8 Tratamiento.....	17
3.8.1 JAK Inhibitors. Tofacitinib tópico y oral.....	19
3.9 Impacto de la dermatitis atópica en los niños y sus familias.....	20
3.10 Prevención por los profesionales de Enfermería.....	20
3.11 Educación y Promoción para la Salud.....	21
4. Justificación.....	23
5. Metodología.....	24
5.1 Población Diana.....	24
5.2 Captación.....	24
6. Objetivos.....	26
6.1 Objetivo general.....	26
6.2 Objetivos específicos.....	26
6.2.1 Objetivos cognitivos – Saber.....	26
6.2.2 Objetivos de habilidad – Saber hacer.....	26
6.2.3 Objetivos emocionales, de actitud o afectivos – Saber ser.....	26
7. Contenidos.....	27

8. Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales.....	27
8.1 Planificación general.....	27
8.1.2 Recursos materiales.....	28
8.1.3. Técnicas para la salud grupal.....	29
8.2 Cronograma general.....	30
8.2.1 Sesión 1.....	32
8.2.2 Sesión 2.....	33
8.2.3 Sesión 3.....	34
9. Evaluación del proyecto.....	35
9.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	35
9.1.1 Evaluación realizada por los profesionales.....	35
9.1.2 Evaluación realizada por los participantes.....	35
9.2 Evaluación de resultados.....	36
9.2.1 Evaluación del área cognitiva.....	36
9.2.2 Evaluación del área de habilidades.....	36
9.2.3 Evaluación del área emocional, de actitud o afectiva.....	36
9.3 Evaluación de los resultados a medio y largo plazo.....	37
10. Bibliografía.....	38
ANEXOS.....	40
Anexo 1. Criterios Diagnósticos de Hanifin y Rajka (1980).....	41
Anexo 2. Póster del Proyecto.....	42
Anexo 3. Folleto Informativo.....	43
Anexo 4. Información para los profesionales de Atención Primaria.....	44
Anexo 5. Documento de derivación desde Atención Primaria.....	46
Anexo 6. Documento de solicitud de plaza y reserva intrahospitalaria.....	47
Anexo 7. Documento de confirmación de plaza.....	48
Anexo 8. Documento de control de asistencia.....	49
Anexo 9. Evaluación estructural y procesal.....	50
Anexo 10. Cuestionario pre y post intervención. Sesión1.....	52
Anexo 11. Cuestionario pre y post intervención. Sesión 2.....	56
Anexo 12. Cuestionario pre y post intervención. Sesión 3.....	60
Anexo 13. Evaluación del área de habilidades.....	63
Anexo 14. Evaluación del área emocional, de actitud y afectiva.....	64
Anexo 15. Evaluación a corto plazo.....	65
Anexo 16. Evaluación a largo plazo.....	68

## Glosario de abreviaturas y siglas.

ABREVIATURA/SIGLA.	SIGNIFICADO.
DA	Dermatitis Atópica.
TFG	Trabajo Fin de Grado.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
AEC	Asociación de Enfermería Comunitaria.
ANEDIDIC	Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea
IgE	Inmunoglobulinas E.
TH1/ TH2.	Linfocitos T Helper 1 y 2.
IL – 4, 17, 22.	Interleucinas 4, 17, 22.
ARNm	Ácido Desoxirribonucleico mensajero.
CAV6.	Virus del Coxacoide A6.
TCS	Corticoesteroides tópicos.
VHS	Virus del herpes simple.
ADSI	Índice de severidad de la dermatitis atópica.
JAK-STAT	Janus Kinase-Signal Transducer and Activator of Transcription

## Resumen.

**Introducción:** La dermatitis atópica es una enfermedad crónica multifactorial, dependiente de un modelo genético-ambiental, que se acompaña de prurito, de una morfología y localización típica. Se considera una de las patologías más comunes en la población infantil, cuyo diagnóstico se realiza basándose en la presentación clínica. Causa un enorme impacto negativo en la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares o cuidadores principales, dando lugar al desarrollo de enfermedades mentales. Además, el desconocimiento de la patología aumenta las visitas hospitalarias. **Objetivo:** Capacitar a los progenitores de los pacientes pediátricos diagnosticados de dermatitis atópica, a tomar decisiones sobre la enfermedad para que disminuyan los sentimientos negativos y mejoren la calidad de vida. **Metodología:** se desarrollará un proyecto educativo para familias en el Aula Magna – Pabellón Docente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) contando con el apoyo de la Dirección Asistencial Sur. **Implicaciones para la práctica de la Enfermería:** la formación y docencia de las familias, para mejorar su calidad de vida y disminuir los gastos sanitarios.

**Palabras claves – términos DeCS:** *Dermatitis atópica; Inmunología; Pediatría/Enfermería pediátrica; Educación para la Salud; Cuidados de Enfermería.*

## Abstract.

**Introduction:** Atopic dermatitis is a multifactorial chronic disease, dependent on a genetic-environmental model, which is accompanied by pruritus, typical morphology, and localization. It is considered one of the most common pathologies in the pediatric population, whose diagnosis is made on the basis of clinical presentation. It causes an enormous negative impact on the quality of life of both patients and their relatives or primary caregivers, leading to the development of mental illness. In addition, ignorance of the pathology increases hospital visits. **Objective:** To empower parents of pediatric patients diagnosed with atopic dermatitis to make decisions about the disease in order to reduce negative feelings and improve their quality of life. **Methodology:** an educational project for families will be developed in the Aula Magna – Pabellón Docente of the Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) with the support of the Dirección Asistencial Sur. **Implications for nursing practice:** training and teaching families to improve their quality of life and reduce healthcare costs.

**Key words – MESH terms:** *Dermatitis, Atopic; Allergy and Immunology; Pediatrics/ Nurses, Pediatrics; Health Education; Nursing Care.*

## 2. Presentación.

La dermatitis atópica (DA), es una patología muy común que afecta a una gran parte de la población infantil y que conlleva una disminución de la calidad de vida tanto del paciente como de la familia, incluso, esta enfermedad, repercute sustancialmente en la esfera económica. Por lo que, el propósito de este Trabajo Fin de Grado (TFG), consiste en unificar y actualizar la información, en la elaboración de guías dirigidas hacia la prevención y la promoción en el personal sanitario y en la población general, afectada o no por la dermatitis atópica.

La principal razón por la cual decidí realizar el TFG sobre la dermatitis atópica es mi propia enfermedad. Desde que era un lactante he tenido dermatitis atópica, que se acentuó y agravó durante la infancia, en las primeras etapas del crecimiento, y que, pese a la atenuación de los síntomas durante la adolescencia y madurez, se presenta de nuevo en las épocas estivales. En España, un país con una media de 2.691 horas de luz al año y los veranos cada año más cálidos y secos, empeora significativamente la calidad de vida, además del impacto social que suponen en ocasiones las lesiones. Durante mi experiencia como paciente, me he percatado que existe un gran vacío en la adhesión al tratamiento, en la Educación, Prevención y Promoción para la Salud de forma individual y grupal para los pacientes pediátricos, sus familias y demás profesionales que desempeñen su actividad asistencial con niños y niñas.

Los profesionales de Enfermería, son los encargados de la prestación de cuidados, la investigación, la docencia, la gestión, la dirección, la evaluación, la promoción, el mantenimiento, la rehabilitación y la recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades. Por lo que, estos profesionales juegan un relevante papel a la hora de implementar programas para mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno, además de reducir el gasto sanitario, haciendo más eficaz y eficiente el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Finalmente, me gustaría aprovechar estas líneas, para agradecer, especialmente a mi familia y amigos, los valores que me han transmitido y que me han permitido desarrollarme como persona y profesional. Al igual que a todos los profesores tanto de la Universidad como de otros niveles educativos, sin olvidar a los profesionales sanitarios, que con más o menos esfuerzo, me han dotado de las herramientas necesarias para poder ser completamente autónomo y tener un pensamiento crítico.

### 3. Estado de la cuestión.

#### 3.1 Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

Este Trabajo de Fin de Grado está enfocado en los cuidados e intervenciones de Enfermería, en los innovadores tratamientos que actualmente se encuentran en el mercado y bajo ensayos clínicos, para poder ofrecer una buena calidad de vida en los pacientes pediátricos, con edades comprendidas entre los 0 y 12 años, a sus familias y a la comunidad.

El TFG comienza con una breve pero concisa definición de la patología junto con la información epidemiológica sobre la enfermedad, seguido de la explicación de la etiología y procesos fisiopatológicos; factores de riesgo, con especial mención en las alteraciones inmunológicas y en la edad gestacional; las manifestaciones clínicas; las complicaciones asociadas; el tratamiento, haciendo hincapié en los Jak-Inhibitors; el pronóstico; el impacto que genera en las familias; las medidas preventivas y la Educación y Promoción para la Salud.

La información para la redacción y configuración del TFG, ha sido recogida de fuentes de datos primarias como PubMed, SciELO y Dialnet, mediante la utilización de los Descriptores en Ciencias de la Salud MeSH y DeCS, y los operadores booleanos “and”, “or” y “not”.

<b>Descriptores DeCs</b>	<b>Descriptores MeSH.</b>
Dermatitis atópica	Dermatitis, Atopic
Inmunología	Allergy and Immunology
Pediatría/Enfermería pediátrica.	Pediatrics/ Nurses, Pediatrics.
Educación para la Salud.	Health Education.
Cuidados de Enfermería.	Nursing Care

Respecto a las revistas científicas, que se han utilizado tanto en el ámbito internacional como nacional, cabe mencionar a “The Lancet”, “The British Journal of Medicine”, la Revista RIDEC, orientada a profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria en el ámbito de la Atención Primaria, tanto en nuestro país como en Sur América, dirigida por la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), junto con la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria; y la Revista Enfermería Dermatológica, editada y redactada por la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad cutánea, por sus siglas ANEDIDIC.

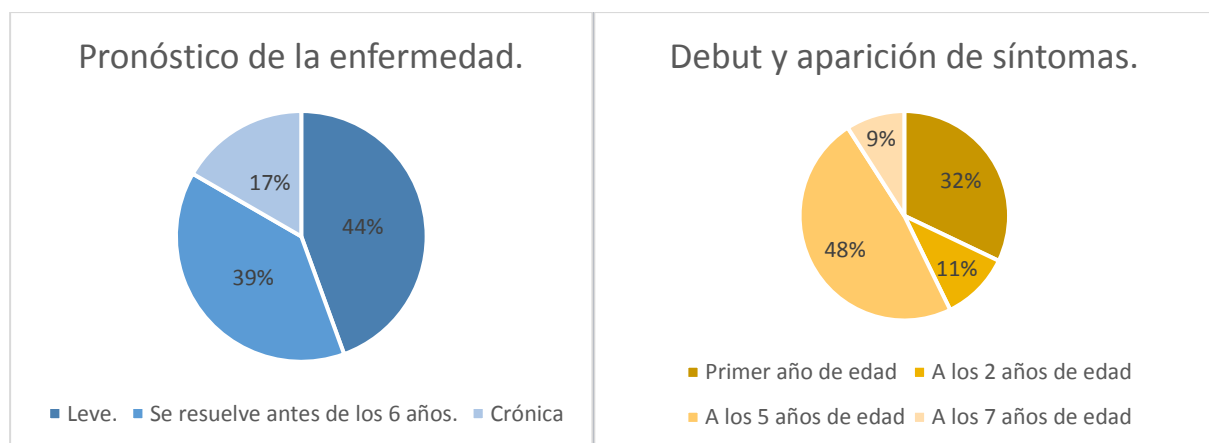
## 3.2 Dermatitis atópica.

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica multifactorial que da lugar a una inflamación de la piel que se acompaña de prurito, de una morfología y localización típica; asociada a otros fenómenos como las alergias alimentarias, la rinitis alérgica, el asma y la rinoconjuntivitis alérgica (1,2,3).

### 3.2.1 Epidemiología.

La DA es una de las patologías más comunes en los niños. Se ha incrementado su incidencia en los países desarrollados, occidentales e industrializados desde la década de los 70. Es más común encontrar la enfermedad en varones que en mujeres, aunque otros estudios apuntan a que afecta 2.6 veces más a las niñas que a los niños, no obstante, éstos presentan síntomas de manera precoz. Aproximadamente el 15-20% de los niños presentarán DA frente al 1-3% de los adultos. En Dinamarca, la incidencia acumulada ha aumentado entre 4 y 6 veces más desde la década de los 60, y se mantiene al alza; exhibe una prevalencia comprendida entre 15-18%. Se han realizado estudios sobre la población estadounidense, y se ha demostrado que la prevalencia ha aumentado un 10.7%. Algunos estudios apuntan a que el aumento de estas patologías se debe a una mayor capacidad diagnóstica (1-6).

La edad media en la que se produce el debut de la patología es a los 5 años, con una incidencia máxima comprendida entre los 3 y 6 meses de vida. En niños Taiwaneses, se ha descrito una incidencia del 6.7% en los menores de 6 meses y del 7.8% en los niños de 18 meses. Se han realizado estudios longitudinales en los últimos 10 años, y se ha observado que entre el 25% y el 80% de los pacientes que presentan dermatitis atópica desarrollarán asma a lo largo de su vida (1-6).



**Figura 1.** Debut y pronóstico de la DA. Elaboración propia a partir de Terron-Kwiatkowski A, Zhao Y, Liao H, Lee SP, Goudie DR, Sandilands A, et al. 2006.



### 3.3 Etiología.

La DA se considera una patología multifactorial, debido a que está producida por una mutación nula en el gen FLG y una alteración inmunológica. El gen FLG codifica para la proteína denominada Filagrina, que forma parte de la barrera cutánea; su ausencia total o parcial da lugar a un aumento de la pérdida de agua y favorece la colonización de flora bacteriana no oportunista y alérgenos, causando xerosis e infecciones cutáneas (7,8).

Se han propuesto diversas hipótesis que intentan explicar la causa de la dermatitis atópica, éstas son “*the inside out*”, “*outside in*” y la Hipótesis de la Higiene. La hipótesis “*inside out*” propone que la inflamación es la causa de las alteraciones de la barrera protectora cutánea, lo que da lugar a una mayor penetración de microorganismos y alérgenos, que pueden desembocar en una reacción alérgica. Sin embargo, la hipótesis “*outside in*” defiende que la barrera está dañada debido a alteraciones inmunológicas, y como resultado, propicia la DA. El proceso inflamatorio que ocurre cuando la barrera cutánea es defectuosa, se desencadena por la cascada inflamatoria mediada por las citoquinas IL-4 y IL-3, que a través del receptor IL-4 alfa, reduce los niveles de Filagrina y de los péptidos antimicrobianos, e inhibe la diferenciación de los queratinocitos y eosinófilos, rompiendo la barrera, y hace que el individuo sea más susceptible a desarrollar DA. Ambas teorías, no son excluyentes, sino que las dos desempeñan un papel muy importante en el proceso de la patogénesis (1,7).

En la Hipótesis de la Higiene, se ha observado que el aumento del tamaño de la familia y el número de hermanos mayores, produce una exposición precoz a las infecciones que podrían causar protección inmunitaria en los niños. La hipótesis trata de explicar la gran incidencia de la patología en los países desarrollados, debido a un cambio en nuestro modelo de vida, en el que predominan los hábitos higiénicos personales, la limpieza, la disminución del tamaño de las viviendas y la separación de los animales, han contribuido a la reducción significativa de los microorganismos, y, por tanto, se ha objetivado un aumento de la incidencia de la DA (2).

### 3.4 Fisiopatología.

El mecanismo más común por el que se rige el desarrollo de la dermatitis atópica es el modelo de interacción genético-ambiental, por el cual, el déficit de la Filagrina altera la barrera protectora cutánea debido a las mutaciones presentes en el gen FLG, y permite la entrada de microorganismos y patógenos (5).

La base de la barrera cutánea, se mantiene gracias a una capa de corneocitos y queratinocitos que se disponen para formar la matriz laminar. Las láminas de la matriz se componen de altas concentraciones de ceramidas, colesterol y ácidos grasos libres; estas moléculas presentan propiedades hidrófobas e impiden las pérdidas de agua. Los elementos que permiten la formación de la matriz hidrófoba son administrados por los cuerpos laminares en forma de fosfolípidos, sulfatos de colesterol y diversas moléculas. La interacción entre los percursoros de la matriz y de las enzimas, dan lugar a las ceramidas, que organizan la disposición de las moléculas de la barrera, a las proteasas y a las partículas antimicrobianas como la  $\beta$ -defensina humana 2 y el péptido catelicidina carboxi-terminal (8).

La mutación de gen FLG que codifica para la Filagrina, se considera como el principal factor por el cual se desarrolla la DA. La mayor parte de las mutaciones se producen en el FLG R501X y 2282del4. Se ha descrito que el 60% de la población caucásica presenta alteraciones en el FLG. La mutación del gen, hace que disminuyan los niveles de queratinocitos; la escasez de éstos produce una interrupción del estrato granuloso, impidiendo la proliferación adecuada de la barrera. Se ha objetivado que la fosfoproteína catiónica o pre-producto, compuesta de aminoácidos hidrófobos, durante su síntesis, elimina las proteínas de los queratinocitos y mientras maduran, forman ácidos porlicarboxílicos, que al igual que el ácido urocánico, actúan como factores humectantes naturales. Si se produce una pérdida de la función del pre-producto, se pierden los humectantes, que se encargan de eliminar los espacios entre los queratinocitos, y da lugar a una alteración osmótica, que hace que aumenten las pérdidas de agua (8).

Se ha establecido que la hipótesis “*outside in*”, defiende que la DA se produce por el deterioro de la función de la barrera cutánea. En la capa granular de la piel se localizan las uniones de las hebras proteicas que conforman la estructura de barrera. La infiltración de los patógenos a través de la epidermis, se realiza por una disfunción entre las uniones de las hebras, por lo que éstas son una parte clave del sistema inmune, ya que impiden la entrada de microorganismos. Esta alteración de las uniones proteicas se produce debido a una disminución de claudina-1, que son las proteínas de unión estrecha que conforman la barrera proteica protectora. La alteración de la barrera, puede estar mediada por anomalías en los linfocitos T Helper 1 y 17 (TH1 y TH2), en las interleucinas 4, 11 y 22 (IL-4, IL-17 e IL-22), y el factor de necrosis tumoral. La claudina-1 y la claudina-4, imprescindibles para el procesamiento de la Filagrina, se ven alertadas en presencia de la IL-17 (8).

La disminución total o parcial de los humectantes naturales alteran a la flora epidérmica, ya que se ha observado que favorecen el mantenimiento del bioma cutáneo, debido a que impiden la colonización del medio por microorganismo patógenos como el *Staphilococcus aureus*, que puede contribuir a una exacerbación de la DA debido al aumento de las Inmunoglobulinas E (IgE) (8).

El aumento de las concentraciones de antígenos para la DA, conlleva la disminución de metabolitos ácidos y da lugar a una alteración el pH, que se vuelve más alcalino; la piel sana presenta un pH ácido de manera natural, los valores normal se deben encontrar entre 5,4 y 5.9. La alcalinización del pH impide el mantenimiento de la serina proteasa, que se activa y degrada a los córneo-desmosomas y a las enzimas que intervienen en la lipogénesis, debilitando la capa protectora de la dermis. El estado ácido de la piel se mantiene debido a los productos procedentes de la síntesis de ácidos grasos, el intercambio de sodio y las vías de queratinización. El gradiente de calcio ostenta la función de reparación de la barrera de la piel, comienza con la secreción de los cuerpos laminares, y por tanto con la entrega de sus productos. La pérdida de la función, detiene la síntesis de los cuerpos laminares (8).

Se han encontrado otras vías genéticas que favorecen la manifestación de la DA, como es el caso de la mutación del gen SPINK5 que codifica el inhibidor linfoepitelial de tipo Kazal (LEKTI), conocido también como el inhibidor de la serina proteasa Kazal tipo 5, cuya función es cohibir a la serina proteasa, y que da lugar al Síndrome de Nethrton, frecuente en la dermatitis atópica graves. Este síndrome produce la degradación sistemática de las enzimas que intervienen en la síntesis de lípidos y córneo-desmosomas. Se ha demostrado que existen acciones por las cuales se puede dañar la barrera protectora, como es el caso de las TH2 y de procesos dependientes del AMPc; los productos de la catelicidina humana, la catelicidina y las defensinas 2 y 3, se regulan con la depreciación de la TH2, que se encuentra presente en la DA. La disminución de la catelicidina favorece la rotura de la barrera (8).

### **3.4.1 Cascada Inflamatoria.**

Se han llevado a cabo recientes estudios a nivel del genoma, y se ha hecho hincapié en las citoquinas TH2, como la KIF3A, la IL-4 y la IL 13, como principales moléculas implicadas en la DA. La cascada inflamatoria de la dermatitis atópica se ha descrito como un proceso bifásico de las células T, en las que las TH2 dominan los primeros procesos de la patología. La cronicidad se puede explicar debido al cambio de la hegemonía de la TH2 por la TH1. Se ha observado que las citoquinas IL-22 e IL-17, producen células T; estas estirpes celulares, junto con las células TCD3+, las células dendríticas CD1c+ y CD1c+, se asocian a la DA (8).

Las lesiones agudas que se producen en la DA, vienen reguladas por el ARN mensajero (ARNm), que expresa para las citoquinas TH2. En las lesiones crónicas, se presenta un aumento del ARNm para el para el INF- $\gamma$ . Las moléculas relacionadas con la IL-4 y la IL-3 como la CCL17, la galectina 9, y las células Tc22, se asocian directamente con la gravedad de la enfermedad (8).

### **3.5 Factores de riesgo.**

Se considera que la etiología de la dermatitis atópica es multifactorial, por lo que las interacciones entre los factores genéticos y ambientales son imprescindibles para el desarrollo de la enfermedad. Se ha establecido que el 50% de la explicación de la relación entre el asma y la atopia se debe a componentes genéticos. Se conoce que en torno al 30% de los recién nacidos tienen al menos uno de los progenitores o un hermano mayor con alteraciones atópicas; el 5% de los recién nacidos tienen a ambos progenitores afectados y el 10% tienen un hermano y uno de los padres afectados. Sin embargo, los factores genéticos no se pueden explicar obviando a los ambientales, pues el desarrollo de la enfermedad que se presenta precoz, se asocia con una influencia ambiental. Las causas ambientales, que fomentan el desarrollo de la dermatitis atópica, son la disminución de la temperatura de los hogares, además, por el estilo de vida occidental, la mayoría de los ciudadanos pasan cerca del 95% en edificios bien aislados con una ventilación mínima y pobre, que favorece la concentración de partículas alérgicas y de moho (2,3). Respecto a las mascotas, en los hogares en los que hay presencia de gatos aumenta el riesgo, mientras que en los recién nacidos expuesto al perro, disminuye a la mitad el riesgo de padecer dermatitis atópica en los 3 primeros años (2), otros estudios han apuntado a que se ha establecido una correlación entre la exposición a los animales domésticos durante el primer año de vida y el desarrollo durante el crecimiento de enfermedades atópicas. La dureza del agua en los hogares, se relaciona con la dermatitis atópica (3).

El uso de tóxicos y metales puede ocasionar la expresión fenotípica de la dermatitis atópica, se ha apuntado en algunos estudios, a que la exposición de los padres como fumadores activos o pasivos durante el embarazo, con la posible afectación de la DA en la descendencia, pero es controvertido (2), aunque, sí que aumenta el riesgo de agudizaciones en pacientes fumadores pasivos (3). Los tóxicos que se han elaborado por la industria química como los gases químicos, el dióxido de nitrógeno, el formaldehído y los compuestos orgánicos volátiles, se han asociado al desarrollo de enfermedades respiratorias, sobre todo atópicas (3). El formaldehído fue el primer compuesto que confirmó una relación directa entre la agudización

de la dermatitis atópica y la exposición a estos productos, además los metabolitos procedentes del benceno, alteran las moléculas de la barrera cutánea; las pinturas plásticas de los muebles, también se asocian. Los metales como el níquel, el cobalto y el cromo se consideran fuentes de la hipersensibilidad (8).

El alcohol en nuestra cultura está muy arraigado y su consumo ha aumentado exponencialmente. La ingesta de alcohol es uno de los factores que contribuye al desarrollo de las patologías atópicas, y su consumo durante la gestación aumenta el riesgo de desarrollar DA en los 7 primeros años de vida (2). Se ha informado que el alcohol puede influir en el perfil de las citoquinas, aumentando sus niveles, en concreto los de los linfocitos TH2 en deterioro de la respuesta de los TH1. Se ha afirmado que el consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres asmáticas se asocia con un riesgo estadísticamente significativo de desarrollar dermatitis atópica (9).

La DA se relaciona con una alteración del metabolismo de los ácidos grasos poliinsaturados. Se ha demostrado que la leche materna en madres con piel atópica presentaba niveles altos de ácidos grasos n-6 y niveles más bajos de ácidos grasos n-3, que las madres sin esta patología. Sin embargo, la lactancia materna reduce el riesgo de dermatitis y constituye una fuente importante para el desarrollo del sistema inmune (2). Sanfor y Grulee en 1936 anunciaron que la leche bovina sin diluir multiplicaba por siete el riesgo de sufrir eczema a los 9 meses (10). La lactancia materna prolongada y la introducción tardía de alimentos sólidos, después de los 4 a 6 meses, ofrece una protección contra las enfermedades alérgicas. Asimismo, la evitación de la alimentación con altas dosis de proteínas de leche de vaca, puede disminuir el riesgo; la ingesta de pescado fresco, de ácidos grasos Omega 6 y de sodio, puede influenciar en las enfermedades atópicas (3). La ingesta excesiva de azúcar (6) y los huevos, la soja y el trigo (8), son los alimentos que más riesgo presentan.

Otros factores que se han demostrado que aumentan la probabilidad de desarrollar dermatitis atópica son los hogares con rentas más altas, la edad gestacional, la exposición a antibióticos al nacer, las alteraciones de la flora intestinal de los neonatos, el bajo peso al nacer, la guardería, las lesiones de la dermatitis que afecten grandes superficies corporales, los ácidos grasos poliinsaturados, el tamaño pequeño de la familia, estudios superiores de los progenitores, residir en zonas urbanas, zonas con baja exposición a la radiación ultravioleta, la baja humedad, los productos de cuidado personal como las fragancias y el esmalte de uñas que están realizados a base de metildibromo-glutaronitrilo, el uso de jabones alcalinos y los esteroides como tratamiento a largo plazo (2,3,4,5,6,8).

### **3.5.1 Alteraciones inmunológicas.**

Se ha demostrado que existe una predisposición genética, que influye en el desarrollo de la DA. El gen FLG localizado en el cromosoma 1q21, del complejo R501X y 2282del4, sintetiza para la Filagrina, cuya función principal es estructural y dota de fuerza a la matriz de barrera, se puede ver alterada. El 10% de la población de ascendencia europea heterocigótica, presentan alteraciones en el gen e indica una mayor propensión de enfermedades atópicas como el asma, las alergias alimentarias e infecciones víricas. Es más común en gemelos monocigóticos (80%), que en gemelos cigóticos (20%) (1). Los heterocigotos portadores de anomalías y los homocigotos, comparten síntomas como la xerosis, piel escamosa y fisurada. Sin embargo, los homocigotos desarrollan dermatitis atópica en los primeros años de vida, mientras que los heterocigotos presentan un curso más leve y asintomático. Estas mutaciones son heredadas de un modo semidominante y el 16.7 – 56% de los pacientes con DA, las presentan. Además, se asocian con otras patologías como el asma y la alergia ambiental, y cursa con características fenotípicas como la hiperlinealidad palmar (2).

Existen otras mutaciones como la R2447X, S3247X y la 3702delG (2), y cromosomas involucrados en las alteraciones de la barrera cutánea. Estos cromosomas son el 5q31 y 5q33, que codifican para la síntesis de citoquinas producidas por los linfocitos T helper tipo 1 y tipo 2 (TH1 y TH2). A su vez, las citoquinas regulan la síntesis de inmunoglobulinas E (IgE) e interleucina 4, 5, 12 y 13. Los linfocitos T helper tipo 1, junto con la interleucina 12 y el interferón  $\gamma$ , inhiben la síntesis de las IgE. En contraposición, los linfocitos T helper tipo 1 con la interleucina 5 y 13, activan la producción de IgE. Los pacientes que genéticamente presentan un aumento de las citoquinas TH2, la expresión del gen FLG, se encuentra disminuida, por lo que las probabilidades de que existan alteraciones en la barrera de la epidermis y por lo tanto DA, son muy probables (1).

### **3.6 Manifestaciones clínicas.**

Se considera que los pacientes diagnosticados de dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma, ostentan la triada o marcha atópica. Se ha desarrollado el término de marcha atópica, que expresa el orden de presentación de la enfermedad, comenzando por el eccema y alergias alimentarias en bebés, asma en niños y rinitis alérgica en adultos. Un tercio de los individuos con DA manifestarán clínica asmática, y dos tercios desarrollarán rinitis alérgica. Estos trastornos alérgicos están mediados por las IgE ante estímulos atópicos (1,7).

El curso de la enfermedad no es dinámico, sino que sigue un patrón definido. En el 2004 se estudió la evolución de la enfermedad y se demostró que perseguía tres estadios. DA aguda: caracterizada por una erupción vesicular, purulenta y con costra; DA subaguda: presenta pápulas, placas secas, escamosas y eritematosas; y DA crónica con la aparición de lesiones engrosadas y liquenificadas por el rascado excesivo debido al prurito. La dermatitis atópica se convierte en persistente hasta los 7 años en el 19% de los casos; intermitente en el 38% de éstos que no se ajustan a criterio de persistencia o remisión; y remite en el 43% de los pacientes sin síntomas durante 2 años (1,6).

La presentación clínica de la enfermedad en la infancia, se reconoce en edades muy tempranas debido a la xerosis que afecta a todo el cuerpo, a excepción de la zona del pañal y la nariz. La primera presentación en niños es un sarpullido papular eritematoso que afecta a las zonas de flexión de las articulaciones, en concreto en el hueso poplíteo y la fosa cubital. La erupción papular puede desarrollarse hasta el enrojecimiento, la descamación y la exudación, que repercute en las mejillas, la frente, el cuero cabelludo, la barbilla, la parte posterior del pabellón auditivo, párpados y dorso de los pies y manos. Es frecuente encontrar el signo de Dennie-Morgan, que se localiza en la órbita inferior del ojo en pacientes con patologías atópicas; el signo de Herthoge y la hiperlinealidad palmar. En la infancia, al ser la xerosis generalizada, causa alteraciones en la hidratación de la piel volviéndose escamosa y agrietada, lo que da lugar al prurito, que, al rascarse para aliviarlo, produce la liquenificación de los pliegues en especial, en las zonas con protuberancias óseas (1,6).

### **3.6.1 Criterios diagnósticos.**

El diagnóstico de la dermatitis atópica, se realizará mediante la anamnesis clínica y un examen físico que evidencie las lesiones cutáneas. Los criterios para establecer la confirmación de un diagnóstico de la AD son los Criterios de Hanfin y Rajka (1980) (Anexo1); se requiere que el paciente cumpla 3 de los cuatro ítems principales, y 3 de los 23 ítems menores (1,2,6).

Actualmente, los biomarcadores como herramienta diagnóstica no pueden ser utilizados para la DA. El 80% de los pacientes diagnosticados con esta patología presentan un nivel elevado de IgE, el 20% restante no experimentan esta elevación o lo hacen más tarde. No se considera un indicador fiable, pues las IgE se encuentran elevadas en presencia de infecciones parasitarias y en algunas neoplasias. Se ha descubierto nuevos subconjuntos de linfocitos T, citoquinas y quimiocinas que pueden atisbar nuevos caminos para desarrollar biomarcadores eficaces (1).

### 3.6.2 Diagnósticos diferenciales.

Se conoce que existen múltiples alteraciones de la piel que pueden desembocar en un diagnóstico erróneo, entre ellas, destacan la dermatitis seborreica, la psoriasis, la dermatitis por contacto y la sarna. La dermatitis seborreica es una condición inflamatoria cutánea que se caracteriza por la excoriación y las alteraciones del sueño; las lesiones presentan un gran grosor, aspecto blanquecino y amarillento; en pacientes con hiperpigmentación cutánea, las lesiones son hipopigmentadas. Otra inflamación de la dermis es la psoriasis, cuyas lesiones son más prominentes y se localizan en la cara, área del pañal y uñas. Una de las formas más habituales de presentación de la DA es la dermatitis por contacto, que se caracteriza por la aparición de edemas y eritemas, además, es posible que se simultanee con otras alteraciones cutáneas, complicándolas. La sarna es una respuesta alérgica hacia los ácaros, los huevos y las heces de los *Sarcoptes Scabiei*, conocido como el ácaro de la sarna; esta reacción se presenta de forma gradual en forma de pápulas rojizas o lesiones eccematosas (1).

Otras patologías que se asocian y se confunden con la dermatitis atópica son: la pitiriasis alba, la queratosis *pilaris* o pilórica y la *ictiosis vulgaris*. La pitiriasis alba se caracteriza por la presencia de lesiones rojas escamosas, que, al resolverse, dejan zonas de hipopigmentación; las áreas de aparición más comunes son en la superficie facial, en las extremidades superiores y el tronco. La queratosis pilórica es una alteración cutánea benigna que da lugar a la formación de pequeños bultos en la epidermis debido a los acúmulos celulares que se forman; la localización de las lesiones es más significativa en la parte superior de los brazos, en los muslos, en las mejillas y en las nalgas. La *ictiosis vulgaris* se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar DA y aumenta considerablemente la gravedad; se caracteriza por la aparición de lesiones escamosas en la parte inferior de las piernas (1).

### 3.7 Complicaciones asociadas.

Los pacientes que presentan DA son más susceptibles a sufrir infecciones cutáneas, debido a la disminución de la síntesis de péptidos antimicrobianos, que favorecen la proliferación de microorganismos como el *Staphylococcus aureus*. Se han asociado otras patologías, como la infección por el Virus del Herpes Simple (VHS), que da lugar al sarcoma de Kaposi; la infección por el Virus del Molusco Contagioso, perteneciente a la familia de los *Poxvirus*, que se presenta en forma de pápulas rosáceas y blanco perla, que puede dejar cicatrices; la infección por el Virus del Coxsackie A6 (CAV6), desencadena alteraciones en forma de lesiones cutáneas difusas y simétricas en la boca, las palmas de las manos, las plantas de los pies y las nalgas; y la infección por *Malassezia sympodialis* (1,6,7,15).



Se ha asociado a la DA un mayor de riesgo de padecer alopecia areata, vitíligo, artritis reumatoide y enfermedad intestinal crónica. El tratamiento con corticoesteroides orales, posiblemente, esté relacionado con las fracturas óseas en la infancia y con la resorción ósea, además, aumenta el riesgo de inflamación cutánea. Sin embargo, la dermatitis atópica disminuye la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 1, gliomas, meningiomas y la leucemia linfoblástica aguda (1,6).

### 3.8 Tratamiento.

Las cremas hidratantes conforman la base más importante del tratamiento de la dermatitis atópica, éstas deben contener emolientes que lubriquen la piel y agentes oclusivos que eviten las pérdidas de agua. Se deben aplicar con frecuencia y especialmente después del baño, lavarse las manos o nadar; sin embargo, no existe un consenso internacional ente la comunidad científica sobre la frecuencia de baño, además, se recomienda el uso de jabones hipoalergénicos, sin fragancia y con pH neutro. La crema debe adaptarse al clima y a la preferencia del paciente, para que se adhiera al tratamiento. La administración de antihistamínicos orales como tratamiento de la dermatitis atópica, es controvertido. Los antihistamínicos de primera generación como la difenhidramina, son útiles para los pacientes con alteraciones del sueño secundarias al prurito, pero no es el tratamiento de elección. Los antihistamínicos de segunda generación no son eficaces ni para el tratamiento de la somnolencia ni para la DA, ya que no tienen efecto sedante (6).

Se ha demostrado que la deficiencia de péptidos antimicrobianos en la barrera cutánea, predispone a la infección por *Staphilococcus aureus*. Los cultivos están indicados en caso de presentaciones atípicas o por si se sospechara de colonización por bacterias resistentes. Las lesiones localizadas o el impétigo son tratadas de forma tópica, sin embargo, afectaciones más extensas requieren de antibióticos sistémicos. Se han utilizado los baños con hipoclorito de sodio diluido (NaOCl), en niños propensos a infecciones recurrentes durante dos veces a la semana, junto a mupirocina (6). En la siguiente tabla se recoge el protocolo:

CRITERIOS	PROTOCOLO
<b>Frecuencia</b>	Dos veces a la semana.
<b>Duración.</b>	Generalmente de 5 a 15 minutos.
<b>Cantidad.</b>	1 cucharada de café por cada 3.7L de agua o o ¼ de taza por toda la bañera.

<b>Cuidados/Intervenciones tras el baño.</b>	Se aplicarán los antiinflamatorios prescritos s/p y la crema hidratante inmediatamente tras terminar el baño.
<b>Propósito.</b>	Terapia complementaria no esteroide para disminuir el riesgo de infección de la piel y mejorar la gravedad del eccema.

**Tabla 1. Protocolo.** Elaboración propia. A partir de. de la O-Escamilla, N. O., Sidbury R. 2020

Los corticoesteroides tópicos (TCS) conforman el tratamiento farmacológico para la dermatitis atópica, éstos reducen la inflamación aguda y crónica mediante un proceso antiinflamatorio, antiproliferativo y vasoconstrictor. Los TCS se clasifican en función de su potencia, que va desde la más baja que es la VII como la hidrocortisona hasta la más alta, que es el I (6).

Los inhibidores de la calcineurina en forma tópica son fármacos antiinflamatorios no esteroideos. Este fármaco pertenece a la familia de los macrólidos, que inhiben la activación de las células T dependientes de calcineurona y bloquean la producción de citoquinas que influyen en la inflamación. Destaca la pomada Tacrolimus al 0.03% para niños a partir de dos años, y la formulación al 0.1% para mayores de 15 años. Se ha establecido que en el caso de lesiones moderadas se pauten Pimecrolimus al 1% en pacientes mayores de 2 años, que puede ser utilizado por todo el cuerpo. El inhibidor de la fosfodiesterasa 4, actúa contra la regulación de la producción de citoquinas inflamatorias. Destaca el Crisaborole, destinado al tratamiento de la DA en pacientes a partir de 2 años (6).

En el caso de que el tratamiento estándar no ofreciera resultados, se considerará aplicar fototerapia. El mecanismo de acción reside en que la fototerapia disminuye la inflamación e induce a la apoptosis celular, disminuyendo así, la posible colonización por *Staphylococcus aureus*. La luz indicada para el tratamiento es la ultravioleta de banda estrecha tipo B. El tratamiento debe realizarse 3 veces a la semana. (6). El medicamento de uso sistémico es la prednisona, que se trata de un esteroide, que no está indicado como tratamiento crónico por las reacciones adversas medicamentosas que produce. Otros inmunomoduladores sistémicos no esteroideos son la ciclosporinas, el metrotexato, el miclofenolato y la azatioprina (6).

El dupilumab es un anticuerpo monoclonal que actúa bloqueando las señales de la IL-4 y de la IL-13, por lo que disminuye la inflamación y el prurito sin mostrar toxicidad, y puede mejorar los síntomas de la dermatitis atópica, este fármaco ha mostrado gran efectividad antiinflamatoria, es de inicio rápido y se mantiene en el tiempo, mejorando la calidad de vida.

El Nemolizumab (CIM331) es un medicamento, empleado para el tratamiento de la dermatitis atópica de los receptores alfa anti-IL-31. La IL-31 es producida por las TH2, que causa el prurito característico de la dermatitis atópica. La administración de histamina H4 para el tratamiento del prurito y de la inflamación ha hecho que se convierta en un objetivo de estudio. Los inhibidores de la Fosfodiesterasa 4 (PDE-4) como el Apremilast, se indican como tratamiento de la psoriasis y se investiga en la dermatitis atópica. El Crisaborole al 2% ha sido aprobado al demostrar una mejora del 71% en el Índice de Severidad de la Dermatitis Atópica (ADSI) (6,8,13).

Se ha sugerido que la vitamina D podría ayudar a mejorar los síntomas de la dermatitis atópica, además, se ha asociado la vitamina D o colecalciferol con la transcripción de los genes y a la activación de vías transductoras de señales. Gracias a estas asociaciones, se ha relacionado que la vitamina D no sólo afecta a las enfermedades óseas, sino también a la obesidad, el asma bronquial, la dermatitis atópica y el trastorno por déficit de atención. El asma bronquial y la dermatitis son enfermedades inflamatorias crónicas que expresan el receptor de la vitamina D y puede atribuirse a una disminución de la síntesis de colecalciferol en la piel atópica. Sin embargo, se ha confirmado que los niños diagnosticados con DA no presentan una disminución de las concentraciones de vitamina D (8,12).

### **3.8.1 JAK Inhibitors. Tofacitinib tópico y oral.**

La vía Janus Kinase-Signal Transducer and Activator of Transcription (JAK-STAT), es una cadena de interacciones celulares involucradas en procesos como la inmunidad y la mieloproliferación. El mecanismo de acción de los jakinibs reside en la inhibición de la vía de señalización, la vía del transductor y del activador de las JAK-STAT, por lo que presentan efectos de inmunosupresión y anti proliferativos. Las JAK conforman un grupo de 4 quinasas, la JAK1, JAK2, JAK3 Y TYK2, que están asociadas a receptores específicos que median en la regulación de la transcripción por medio de la acción de las citoquinas y la fosforilación de los factores de transcripción de los STAT6 (11).

Se ha observado que las mutaciones que ocasionan una pérdida de las funciones del JAK3, causan graves alteraciones de inmunodeficiencia. Además, la falta de regulación de la vía de señalización de las JAK-STAT, favorece en gran medida los trastornos auto inflamatorios como la dermatitis atópica. En la dermatitis atópica se ha demostrado la activación de la vía de señalización JAK-STAT, y la inhibición de esta señalización puede mejorar la dermatitis crónica y el estado de la barrera de la piel. Se ha descrito que, a diferencia de psoriasis, en la dermatitis están alteradas las vías de señalización de las cuatro JAKS (11).

Es posible que el uso de jakinibs tópicos y orales desempeñe un papel importante como terapia primaria o complementaria y la disminución del uso de esteroides para el tratamiento de las enfermedades inflamatorias cutáneas (11).

### **3.9 Impacto de la dermatitis atópica en los niños y sus familias.**

Uno de los síntomas más característicos de la enfermedad atópica es el prurito, que presenta un enorme impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes; éste se exagera por la noches, desencadenado por múltiples factores como el calor (96%), la lana (91%), el estrés emocional (81%), las alergias alimentarias (44%), las infecciones de las vías respiratorias superiores (36%) y los ácaros del polvo doméstico (35%), dando lugar a alteraciones mentales y a un incremento del riesgo de suicidio. El insomnio y la dificultad para poder conciliarlo, debido al picor, aumenta la fatiga, las cefaleas, el riesgo de desarrollar Síndrome de Hiperactividad y Trastorno de Atención y baja estatura (1).

El 91% de la población estadounidense padecía esta molestia diariamente, y el 36% de las prescripciones farmacológicas, iban dirigidas a paliarlo. Las familias y la sociedad asumen los costes del tratamiento y los cuidados de la DA. Estos costes son directos, en los que se incluye la medicación o el seguro médico; e indirectos, que afectan a la familia, como la pérdida de empleo para cuidar al paciente. Además, el gasto extra aumenta un 10% en los hogares con niños diagnosticados de dermatitis atópica debido a las comorbilidades. Se ha estimado que el gasto anual contra la dermatitis atópica es desde los 5.000 millones de dólares americanos hasta los 364 millones de dólares al año (1,2,6,7).

### **3.10 Prevención por los profesionales de Enfermería.**

La prevención consiste en aplicar medidas profilácticas cuya finalidad es evitar la aparición de la enfermedad en individuos asintomáticos. Además, se intenta mitigar los síntomas y la progresión de la enfermedad en pacientes sintomáticos. El objetivo principal de la prevención en la patología atópica, se enfoca en disminuir el riesgo de desarrollar nuevas manifestaciones, en la reducción de la gravedad, en aumentar las posibilidades de remisión y en mejorar la calidad de vida. Se establecen tres niveles de prevención; la prevención primaria dirigida a niños sanos con el objetivo de prevenir la enfermedad; la prevención secundaria dirigida a niños ya diagnosticado con el fin de prevenir los síntomas y su progresión; y la prevención terciaria, dirigida a los pacientes con enfermedades crónicas con el objetivo de prevenir la progresión y el deterioro de éste (3).

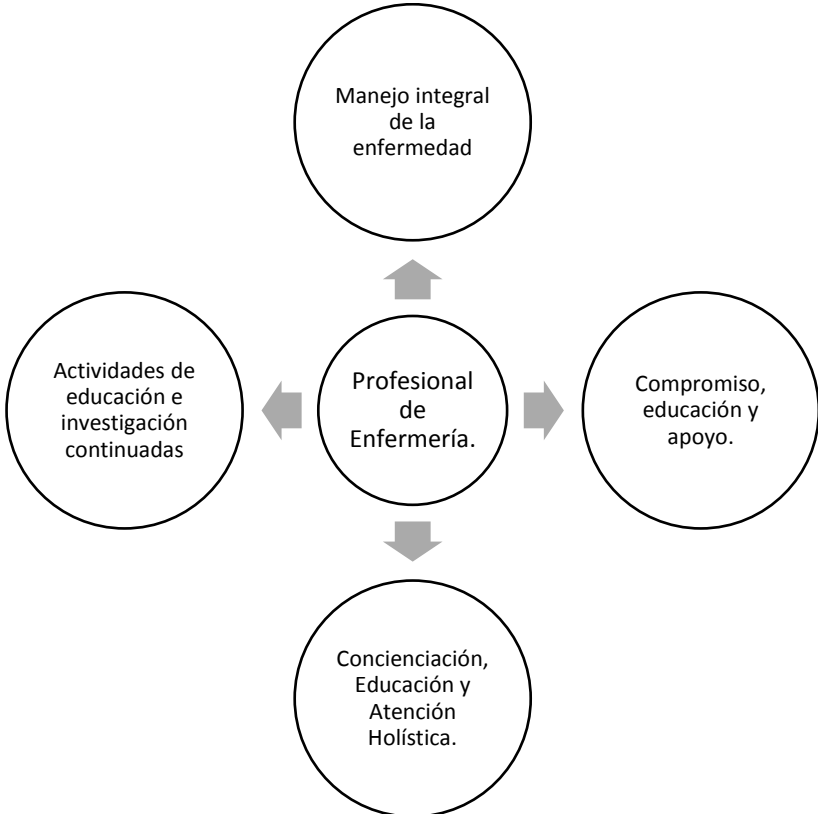
La combinación de individuos con herencia atópica y una elevada concentración de IgE en el cordón umbilical, ayuda a la discriminación predictiva, por lo que se pueden definir los grupos de riesgo y establecer medidas preventivas. Se ha descubierto que el uso de cremas hidratantes en niños con alto riesgo puede mejorar el pronóstico de la enfermedad, debido a que refuerza, protege a la barrera de la piel y respeta la flora cutánea. La lactancia materna podría tener un efecto protector, aunque se requieren de más estudios que lo apoyen, pero no son éticamente aceptables, pues supone interrumpir o no instaurar la lactancia, y cambiarla por fórmulas. Sin embargo, la lactancia materna exclusiva y la evitación de alimentos sólidos durante los primeros cuatro meses de vida, ha ofrecido una disminución de la incidencia acumulada de la DA junto con la administración de probióticos. Los hábitos de vida occidentales como el uso de la calefacción, las alfombras y moquetas, las mascotas y la disminución de la ventilación se han convertido en una fuente de ácaros, percusores de la DA (3,7).

### **3.11 Educación y Promoción para la Salud.**

La intervención terapéutica más importante es la Educación para la Salud, se ha observado que, en las patologías inflamatorias crónicas, el profesional de Enfermería y la Educación para la Salud juegan un papel crucial. Es necesario que el paciente se sienta respaldado para evitar sentimientos de soledad que puedan derivar en una mala adhesión al tratamiento y, por lo tanto, aumenten las probabilidades de sufrir una recidiva, además, los progenitores han manifestado dudas a la hora de identificar los factores, los signos, los síntomas, el uso de los fármacos, la hidratación, el baño del niño y el uso y administración de los corticoides tópicos, Los profesionales de Enfermería tienen las herramientas para enseñar a que los pacientes gestionen la patología de modo eficaz, se produzca una buena, fuerte y duradera adhesión al tratamiento, mejorando así, la calidad de vida (7,14).

Se ha demostrado que la Educación Terapéutica y la Educación para la Salud, son eficaces para la adherencia al tratamiento, y mejoran la calidad de vida de los pacientes atópicos y sus familias. Los progenitores de estos pacientes no suelen recibir información sobre la patología y su curso, en ocasiones, por falta de tiempo por parte del profesional, y acuden a fuentes de dudosa calidad, haciendo que se incrementen las visitas hospitalarias, incluso se han revelado que los padres de niños con patologías atópicas experimentan sentimientos de culpa, agotamiento, frustración, resentimiento e impotencia, debido al estado del paciente, que se agrava por falta de adherencia al tratamiento por temor a los corticoesteroides (16,18,20,21).

Los profesionales de Enfermería juegan un papel vital dentro del equipo multidisciplinar. En la consulta, se abordan una serie de aspectos como la evaluación de la enfermedad, la educación estructurada y el apoyo emocional. Sin embargo, actualmente no existe un formato estandarizado para las consultas, ni un consenso sobre los elementos clave que deben incluirse. Es necesario que se individualice la comunicación, el tratamiento y la educación para adaptarlo a las necesidades del paciente, promoviendo su participación activa y motivándoles para que tomen sus propias decisiones. La finalidad de estas intervenciones es fomentar la autonomía, el autocuidado y mantener una buena calidad de vida (16,18,19).



**Figura 2.** Funciones del Profesional de Enfermería. Elaboración propia a partir de van Os-Medendorp H, Deprez E, Winders T, Maes N, Jackson K, Ersser S, et al. 2020.

## 4. Justificación.

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad crónica que da lugar a una inflamación de la piel que se acompaña de prurito, de una morfología y localización típica. Se considera una de las patologías más comunes en la población infantil, aproximadamente el 15-20% de los niños presentarán DA frente al 1-3% de los adultos. La patología es multifactorial debido a que está causada por una mutación nula en el gen FLG, a alteraciones inmunológicas y a la interacción medioambiental, por el cual, el déficit de la Filagrina altera la barrera protectora cutánea debido a las mutaciones en el gen FLG, y permite la entrada de microorganismos y patógenos como es el caso del *Staphilococcus aureus* y enfermedades víricas. Se han propuesto diversas hipótesis que intentan explicar la causa de la dermatitis atópica, estas son “the inside out” y “outside in”, y la Hipótesis de la Higiene (1-8,15).

Se ha desarrollado el término de marcha atópica, que expresa el orden de presentación de la enfermedad, comenzando por el eccema y alergias alimentarias en bebés, asma en niños y rinitis alérgica en adultos. El diagnóstico de la patología se basa en la presentación clínica, que se reconoce en edades muy tempranas debido a la xerosis y en el cumplimiento de los Criterios de Hanfin y Rajka (1980). El tratamiento básico se conforma a partir de la administración de cremas hidratantes y corticoesteroides; en la actualidad destacan nuevos fármacos como la vía Janus Kinase-Signal Transducer and Activator of Transcription (JAK-STAT). Uno de los síntomas más característicos de la enfermedad atópica es el prurito, que se exacerba por la noches dando lugar a alteraciones mentales, y a un incremento del riesgo de suicidio (1-7,11,15).

En numerosas ocasiones los progenitores de los pacientes manifiestan dudas sobre el tratamiento, la hidratación, el baño o la administración de corticoides, que, si no son escuchadas y resueltas, pueden aparecer sentimientos de culpabilidad, frustración e impotencia, al no poder cuidar a sus descendientes de la manera que anhelan. En estos casos, recurren a fuentes de dudosa calidad, haciendo que se incrementen las visitas hospitalarias y el gasto sanitario (16,18,20).

Por todo lo anteriormente expuesto, se justifica la decisión de desarrollar un Proyecto Educativo, que en el futuro logrará mejorar la adhesión al tratamiento, disminuirá los sentimientos negativos de los progenitores y el gasto hospitalario; mediante la atención individualizada y grupal, y su participación, cuya última finalidad es fomentar el autocuidado y mantener una calidad de vida adecuada.

## 5. Metodología.

### 5.1 Población Diana.

Este proyecto educativo va dirigido a los progenitores de niños diagnosticados de dermatitis atópica hasta los 12 años en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), debido a que, según la bibliografía consultada, en la adolescencia la clínica de la patología disminuye. Las sesiones se realizarán en el Aula Magna – Pabellón Docente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), localizado en la Calle de Ibiza, 45, 28009 Madrid. Debido a que es un centro referente en la especialidad de Dermatología, y cuenta con una excelente ubicación en la que se puede acceder por numerosas opciones de transporte público.

Debido al impacto y a la importancia que adquieren los profesionales especializados en Enfermería Familiar y Comunitaria, que desempeñan su práctica clínica en los Centros de Salud (CS), pueden derivar pacientes que, bajo su criterio, sean susceptibles de poder participar en las sesiones. Por ello, dependiendo del número de participantes, se podrán realizar varias ediciones con un número máximo de 12 progenitores.

### 5.2 Captación.

Las sesiones se ofrecerán a todos los pacientes diagnosticados de Dermatitis Atópica en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y a todos aquellos derivados de Atención Primaria (AP), previo formulario complementado correctamente. Para poder desarrollar las actividades, se informará al Servicio de Docencia, a la Dirección de Enfermería y a Formación Continuada del Hospital para que valoren favorablemente el curso. Debido a la interrelación que se genera con los profesionales de Familia y Comunitaria, se informará de las acciones a la Gerencia Madrileña de Atención Primaria.

- **Captación Directa:** se le ofrecerá información completa sobre el proyecto al Supervisor/a de la unidad de Dermatología del Hospital Gregorio Marañón, al Coordinador/a de la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria, que engloba los municipios de Getafe, Aranjuez, Ciempozuelos, Colmenar de Oreja, Griñón, Leganés, Parla, San Martín de la Vega y Valdemoro, y a la Supervisión de cada Centro de Salud. La circular contendrá los datos sobre el lugar, fecha de realización, contenido del curso y el formulario de inscripción tanto para pacientes del centro hospitalario, como todos aquellos derivados de AP, para que puedan dar detalles a los demás profesionales.



#### - Captación Indirecta:

- **Póster:** se diseñarán y se imprimirán pósteres para que sean expuestos en el Servicio de Dermatología del HGUGM y en todos los CS de la Dirección Asistencial Sur, con el fin de informar sobre la fecha, lugar, métodos de inscripción y breve descripción de los contenidos. (Anexo 2).
- **Tríptico informativo:** Se diseñarán para que la Supervisión y los profesionales puedan conocer la información y explicársela a los pacientes. Una vez finalizado el proceso de comunicación bidireccional, se le dará la paciente el tríptico. (Anexo 3).
- **Página corporativa del HGUGM, del Servicio de Dermatología y de la Dirección Asistencial:** con el fin de dar a conocer el proyecto a los pacientes, que buscando soluciones visitan las páginas web de las instituciones públicas.

## **6. Objetivos.**

### **6.1 Objetivo general.**

Capacitar a los progenitores de los pacientes pediátricos diagnosticados de dermatitis atópica, a tomar decisiones sobre la enfermedad para que disminuyan los sentimientos negativos y mejore la calidad de vida tanto de los progenitores como la de los afectados.

### **6.2 Objetivos específicos.**

#### **6.2.1 Objetivos cognitivos – Saber.**

- Conocer la etiología y fisiopatología de la dermatitis atópica.
- Explicar la importancia de un correcto cuidado de la piel.
- Enumerar y explicar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- Saber identificar las principales comorbilidades de la patología.
- Conocer las principales medidas de prevención.

#### **6.2.2 Objetivos de habilidad – Saber hacer.**

- Demostrar conocimientos básicos sobre la dermatitis atópica.
- Saber aplicar correctamente los corticoides y fármacos tópicos.
- Realizar una correcta valoración de las lesiones.
- Saber, evitar y diferenciar, en la medida de lo posible, los factores de riesgo.
- Saber discernir entre la clínica de la DA y otras dermopatías similares.

#### **6.2.3 Objetivos emocionales, de actitud o afectivos – Saber ser.**

- Expresar sus miedos sobre la enfermedad.
- Disminuir la ansiedad ante una urgencia o reagudización de la patología.
- Comunicar las dificultades encontradas durante el proceso de aprendizaje.
- Compartir con el resto de los participantes sus preocupaciones.
- Afirmar la autoestima de los progenitores.

## **7. Contenidos.**

Los contenidos que se van a tratar en el proyecto para padres con niños diagnosticados de dermatitis atópica, se enumeran a continuación:

- ¿En qué consiste la dermatitis atópica? Definición y Epidemiología.
- Explicación de las hipótesis de la dermatitis atópica. Etiología.
- ¿Cómo se produce la dermatitis atópica? Fisiopatología y cascada de la inflamación.
- Principales factores de riesgo. Alteraciones inmunológicas.
- Manifestaciones clínicas de la patología.
- Breves nociones sobre los criterios diagnósticos. Diagnósticos diferenciales.
- Complicaciones y comorbilidades.
- Tratamientos actuales y fármacos en vías de desarrollo.
- Impacto de la dermatitis atópica en los pacientes y su entorno.
- Medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Educación y promoción para la Salud.

## **8. Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales.**

### **8.1 Planificación general.**

Este proyecto educativo consta de un total de 3 sesiones expositivas, explicativas y prácticas que se celebrarán en el mes de mayo del año 2021. Las fechas y la hora de realización quedan pendientes a la disponibilidad y organización del hospital. Sin embargo, la idea principal es realizar las sesiones en horario de mañana y de tarde para fomentar la conciliación familiar, laboral y profesional de los participantes y docentes. Los contenidos no variarán de horario y se intentará facilitar la permutación de los miembros, siempre y cuando los responsables lo autoricen y el requerimiento se realice con 24 horas de antelación.

El número de alumnos será de un máximo de 12 personas, tanto en el horario de mañana como en el de tarde, en total 24 participantes en la primera edición del proyecto. Respecto a los profesionales encargados de la transmisión de conocimientos y evaluación, estará compuesto por 6 enfermeros, dependiendo del turno. Dos de ellos se encargarán de la parte teórico-práctica y el tercero de la evaluación y observación del proyecto. El objetivo principal del número de participantes es poder dividirlos en grupos de 6 en la parte práctica para ofrecer una atención más personalizada e individualizada. Las sesiones tendrán una duración de 2 horas con un descanso de 15 minutos.

El lugar de celebración será en el Aula Magna – Pabellón Docente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), localizado en la Calle de Ibiza, 45, 28009 Madrid, al que se puede acceder con vehículo privado, estacionándolo en alguno de los parkings privados anexos al centro, y en transporte público, medio que se recomienda encarecidamente. Las líneas de autobuses municipales que tienen parada en el hospital son la línea circular C2, la línea 26, 30, 56, 143, 156, 15, 215, 203 y 71. La parada de metro más cercana es Sainz de Baranda (líneas 6 y 9) y Goya (líneas 2 y 4).

El espacio designado para el proyecto debe poseer medios audiovisuales de calidad, espacio suficiente para mantener la distancia interpersonal por la crisis del SARS-CoV-2, buena ventilación y climatización, para fomentar un ambiente que favorezca la dinámica de grupos, la adquisición de conocimientos y la tranquilidad. Las medidas para evitar la dispersión y propagación de la Covid-19, se establecerán según las recomendaciones de las autoridades sanitarias pertinentes, las directrices internas del hospital y la incidencia acumulada de la ciudad de Madrid, para favorecer en todo momento, la seguridad de los participantes y de los profesionales docentes.

Para los participantes que procedan de una derivación por parte del profesional de Atención Primaria (Anexo 4 y 5), deberá rellenar una solicitud y entregarla en un plazo de 15 días previo a la edición, con los datos del paciente y representante legal. Esta solicitud se estudiará para observar si se adapta al programa, y en un plazo de 7 días, se le comunicará al paciente y a su enfermero responsable si ha sido admitido o no. En el caso de que no haya resultado favorable, se tendrá en cuenta para futuras ediciones. El documento de inscripción deberá ser remitido al Servicio de Formación Continuada que los custodiará y registrará para que lleguen a los responsables del proyecto. (Anexo 6 y 7).

Las hojas de inscripción serán entregadas en todos los Centros de Salud dependientes de la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria, que engloba los municipios de Getafe, Aranjuez, Ciempozuelos, Colmenar de Oreja, Griñón, Leganés, Parla, San Martín de la Vega y Valdemoro.

### **8.1.2 Recursos materiales.**

- Ordenador portátil y proyector.
- Mesas y sillas.
- Pizarra vileda, rotuladores y borrador.
- Power Point / Prezi / Word Document para las explicaciones.

- 24 pizarras individuales y rotuladores.
- 1 hoja para el control de asistencia.
- Test de evaluación de los conocimientos.
- Test de evaluación del curso a corto y largo plazo.
- Folletos informativos.
- Pelota hinchable o pelota pequeña
- Autorizaciones para participar en el estudio.
- Acceso a red WI-FI de calidad.

### **8.1.3. Técnicas para la salud grupal.**

**-Técnica de iniciación grupal:** con este procedimiento se busca que se fomenten las relaciones interpersonales, mediante la rotura de la tensión entre los participantes; con ello conseguiremos crear una atmósfera grupal de confianza y un ambiente de trabajo óptimo para que el curso se desarrolle de la mejor manera posible, para ello, los alumnos hablarán de sí mismos y sobre sus situaciones, y permitirá a los profesionales diagnosticar la potencialidad del grupo. Ejemplo: *Mi nombre es Pablo, y me interesa el manejo de los síntomas en pacientes con dermatitis atópica, ya que mi hijo/a sufre la enfermedad y nos preocupa su situación en las meses estivales.*

**-Técnica de “investigación en el aula”:** con este método se facilita la expresión, la reflexión, la organización de conocimientos, las experiencias y los sentimientos. Para el observador es de gran importancia debido a que les ayuda a conocer si las sesiones están encauzadas, y si no es así, replantear el proyecto para evitar el fracaso. Las técnicas de investigación a utilizar en el proyecto van a ser la tormenta de ideas, la foto-palabra y la rejilla de análisis.

**-Técnicas expositivas:** con esta metodología abordamos el área cognitiva de los participantes, utilizando una lección con discusión, ya que conseguiremos, tras la explicación teórica, que se potencie la comunicación bidireccional y hacer partícipes a los integrantes.

**-Técnicas de análisis:** mediante el uso de este método conseguimos trabajar el área cognitivo-afectivo que permite la expresión de sentimientos; para ello utilizaremos la exposición de casos clínicos para que sean discutidos por los participantes. Éstos últimos, siempre estarán adaptados a las necesidades de los alumnos.

**-Técnicas para el desarrollo de habilidades:** para esta metodología utilizaremos la técnica del *role-playing*, en la que podremos trabajar el área de las habilidades y las capacidades psicomotoras, personales y sociales.

## 8.2 Cronograma general.

SESIÓN 1. DÍA __ DE MAYO 2021	
Horario TM/TT	
10:00 – 10: 15 17:00 – 17:15	¿En qué consiste la dermatitis atópica? Definición y Epidemiología.
10:15 – 10: 30 17:15 – 17:30	Explicación de las hipótesis de la dermatitis atópica. Etiología.
10: 30 – 10: 45 17:30 – 17:45	¿Cómo se produce la dermatitis atópica? Fisiopatología y cascada de la inflamación.
10:45 – 11:00 17:45 – 18:00	<b>Descanso – Café – Merienda.</b>
11: 00 – 11: 15 18:00 – 18:15	Principales factores de riesgo. Alteraciones inmunológicas.
11:15 – 11: 45 18:15 – 18:45	Prácticas.
11:45 – 12:00 18:45 – 19:00	Ruegos y Preguntas. Evaluación de la sesión.

SESIÓN 2. DÍA __ DE MAYO 2021	
Horario TM/TT	
10:00 – 10: 15 17:00 – 17:15	Manifestaciones clínicas de la patología.
10:15 – 10: 30 17:15 – 17:30	Breves nociones sobre los criterios diagnósticos. Diagnósticos diferenciales.
10: 30 – 10: 45 17:30 – 17:45	Complicaciones y comorbilidades.
10:45 – 11:00 17:45 – 18:00	<b>Descanso – Café – Merienda.</b>
11: 00 – 11: 15 18:00 – 18:15	Tratamientos actuales y fármacos en vías de desarrollo.
11:15 – 11: 45 18:15 – 18:45	Prácticas.
11:45 – 12:00 18:45 – 19:00	Ruegos y Preguntas. Evaluación de la sesión.

SESIÓN 3. DÍA __ DE MAYO 2021	
Horario TM/TT	
10:00 – 10: 15 17:00 – 17:15	Impacto de la dermatitis atópica en los pacientes y su entorno.
10:15 – 10: 45 17:15 – 17:45	Medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria
10: 45 – 11:00 17:45 – 18:00	<b>Descanso – Café – Merienda.</b>
11: 00 – 11: 15	Educación y promoción para la Salud.

18:00 – 18:15	
11:15 – 11: 45 18:15 – 18:45	Prácticas.
11:45 – 12:00 18:45 – 19:00	Ruegos y Preguntas. Evaluación de la sesión.

**Tabla 2:** Cronograma general de las sesiones. Elaboración propia.

## 8.2.1 Sesión 1.

<b>SESIÓN 1. DÍA __ DE MAYO 2021.</b>		
<b>Duración.</b>	<b>Número de Alumnos.</b>	<b>Número de Docentes.</b>
120 minutos	12 por turno. Total 24 alumnos	3 por turno. Total 6 docentes
<b>Contenido.</b>		<b>Objetivos Educativos.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición y Epidemiología.</li> <li>- Etiología y Fisiopatología.</li> <li>- Factores de riesgo.</li> <li>- Alteraciones inmunológicas</li> </ul>		Identificar las experiencias personales de los participantes sobre la dermatitis atópica y los principales obstáculos que se han encontrado. Obtendrán, de forma básica, conocimientos indispensables sobre la enfermedad.
<b>Técnicas que utilizar.</b>		<b>Evaluación.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de iniciación grupal: técnica del ovillo o de la pelota.</li> <li>- Técnica de investigación en el aula: foto palabra y rejilla de análisis.</li> <li>- Técnica expositiva: lección con discusión.</li> </ul>		<p>Cuestionario pre y post sesión para conocer los conocimientos de los participantes.</p> <p>Contará con un enfermero que observará al grupo.</p>
<b>Metodología y recursos de la sesión.</b>		
<p>Comenzaremos la primera sesión con una técnica de iniciación grupal para favorecer las relaciones interpersonales ente los participantes. Para ello, contando con una pequeña pelota, que los alumnos se irán pasando según les convenga, con la finalidad de irse presentando y ofrecer a los demás su experiencia de forma breve.</p> <p>Finalizada este dinámica, favoreceremos, con la metodología de la rejilla de análisis, la expresión de conocimientos y sentimientos. Valoraremos también, la posibilidad de utilizar una foto-palabra. Con esta técnica les mostraremos en la pantalla la foto de unas lesiones leves y moderadas de DA y preguntaremos que les sugieren. Para fomentar la comunicación bidireccional y que todos los alumnos participen de forma activa, mantendremos la técnica del ovillo, que uno de los profesionales lanzará a aquellos que menos participen y se reforzarán sus ideas, reorganizándolas y devolviéndoselas al resto de la clase. Utilizaremos la técnica expositiva mediante la lección con discusión, para explicar de forma básica el contenido teórico de la patología. Se resolverán dudas y preguntas en el trascurso de la exposición.</p>		



## 8.2.2 Sesión 2.

SESIÓN 2. DÍA __ DE MAYO 2021.		
Duración.	Número de Alumnos.	Número de Docentes.
120 minutos	12 por turno. Total 24 alumnos	3 por turno. Total 6 docentes
Contenido.		Objetivos Educativos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestaciones clínicas.</li> <li>- Criterios diagnósticos.</li> <li>- Diagnósticos diferenciales.</li> <li>- Complicaciones y comorbilidades.</li> <li>- Tratamiento.</li> <li>- Novedades. Farmacológicas.</li> </ul>		Los participantes enumerarán y explicarán las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Además, sabrán identificar las principales comorbilidades de la patología,
Técnicas que utilizar.		Evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica expositiva: lección con discusión.</li> <li>- Técnica de análisis: exposición de casos clínicos adaptados.</li> </ul>		<p>Cuestionario pre y post sesión para conocer los conocimientos de los participantes.</p> <p>Contará con un enfermero que observará al grupo.</p>
Metodología y recursos de la sesión.		
<p>Comenzaremos con una técnica expositiva de lección con discusión, en la que los profesionales expondrán el marco teórico del contenido de la sesión de forma adaptada a las necesidades y peculiaridades de los participantes. Una vez finalizada la explicación, se les darán la oportunidad de que expresen sus dudas y preguntas sobre lo trabajado, en el hipotético caso de que existan múltiples preguntas sobre un tema en concreto, se volverá a explicar y se anotará en la pizarra todo lo que sea necesario para aclarar el tema.</p> <p>Una vez finalizada esta metodología, comenzaremos con la técnica de análisis: exposición de casos clínicos sobre el contenido, una vez leídos y comprendido se pedirá a los participantes, que, en pizarras individuales, expresen sus ideas y que las compartan con el grupo, así se conseguirá una discusión que pone en juego los conocimientos adquiridos durante la técnica expositiva. La discusión estará moderada por uno de los enfermeros.</p> <p>Los materiales que se requerirán para el correcto desempeño de la actividad son: ordenador portátil y proyector, pizarra vileda, rotuladores y borrador, presentación, rotuladores individuales, cuestionarios y control de asistencia.</p>		

### 8.2.3 Sesión 3.

SESIÓN 3. DÍA __ DE MAYO 2021.		
Duración.	Número de Alumnos.	Número de Docentes.
120 minutos	12 por turno. Total 24 alumnos	3 por turno. Total 6 docentes
Contenido.		Objetivos Educativos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Impacto de la dermatitis atópica en los pacientes y su entorno.</li> <li>– Medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.</li> <li>– Educación y promoción de la Salud.</li> </ul>		Los participantes explicarán la importancia de un correcto cuidado de la piel y conocerán las principales medidas de prevención.
Técnicas que utilizar.		Evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Técnica expositiva: lección con discusión.</li> <li>– Técnica de análisis: exposición de casos clínicos adaptados.</li> <li>– Técnica de habilidades: “<i>role playing</i>”.</li> </ul>		<p>Cuestionario pre y post sesión para conocer los conocimientos de los participantes.</p> <p>Contará con un enfermero que observará al grupo.</p>
Metodología y recursos de la sesión.		
<p>Comenzaremos la tercera sesión con una técnica expositiva de lección con discusión, en la que los enfermeros responsables explicarán el marco teórico y resolverán las dudas de los participantes que puedan surgir mientras dure la clase. Acto seguido se realizará una metodología basada en la técnica de análisis: exposición de casos clínicos en la que se pondrá en juego todo lo aprendido en las tres sesiones, y se discutirá la solución entre todos los participantes, mediada por un profesional, con el objetivo de enriquecerse de los conocimientos y experiencias de cada uno de ellos.</p> <p>Finalmente, se realizará una técnica de habilidades; “<i>role playing</i>”, en la que los participantes serán los pacientes y los profesionales, que tendrán que dar respuesta a las preguntas y dudas que sus propios compañeros les formularán.</p> <p>Previo al cierre de la sesión, los participantes deberán rellenar un formulario de satisfacción sobre el contenido, organización y estructura del curso, además de otro respecto al lugar de celebración. El fin de estos formularios y tests es mejorar la atención y los contenidos, incluso, pueden ser de gran utilidad para investigaciones previas.</p> <p>Los materiales que se requerirán para el correcto desempeño de la actividad son: ordenador y proyector, presentación, pizarra y rotuladores, cuestionarios y control de asistencia.</p>		

## **9. Evaluación del proyecto.**

### **9.1 Evaluación de la estructura y el proceso.**

La evaluación de la estructura de este novedoso proyecto educativo permitirá la identificación de las debilidades y fortalezas del curso, tanto en la esfera teórica como práctica. Además, podremos conocer si los recursos utilizados en las sesiones han sido correctos, escasos o no han cumplido la finalidad con la que estaban proyectados, para que, en futuras ediciones del curso, mejorarlos y adaptarlos a las necesidades de los participantes.

Mediante la evaluación del proceso conseguiremos información sobre las actividades que se han realizado durante el curso, así como de la metodología empleada y si se han llegado a alcanzar los objetivos que se habían planteado previamente. Cabe destacar, que todos los cuestionarios serán completamente anónimos.

#### **9.1.1 Evaluación realizada por los profesionales.**

Los profesionales que han participado activamente en el desarrollo del proyecto evaluarán si el proceso de captación ha sido el adecuado, para ello durante el desarrollo del curso, se ha recogido de manera cuantitativa el número de asistentes a cada sesión para poder realizar un pequeño estudio estadístico. Para ello, al final de cada sesión el enfermero encargado de la evaluación, controlará el número de asistentes mediante una hoja de asistencia. (Anexo 8)

Los propios profesionales evaluarán el desarrollo de las sesiones en el que se podrá valorar si los participantes han estado motivados durante el desarrollo de la edición, la actitud de los alumnos, las necesidades que hayan podido surgir, si los recursos y materiales empleados han sido los correctos o no, y si los tiempos estaban adecuados al contenido. Para ello, al final de cada sesión, se les dará a los participantes un cuestionario, para poder evaluar este punto de forma cuantitativa.

#### **9.1.2 Evaluación realizada por los participantes.**

La evaluación de la estructura por parte de los participantes consistirá en realizar un cuestionario de satisfacción donde se valorarán las competencias y la profesionalidad de los docentes que han participado, así como la claridad de las explicaciones y el conocimiento en la materia; las instalaciones, si el tamaño y la temperatura del espacio era el adecuado; y la calidad de los materiales utilizados. (Anexo 9).

La evaluación del proceso por parte de los participantes consistirá en realizar una encuesta de satisfacción en la que se recogerá si los contenidos teóricos-prácticos y la organización de las sesiones eran las adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos.

## **9.2 Evaluación de resultados.**

La evaluación de los resultados tiene como fin evaluar si los objetivos específicos del área cognitiva, de habilidades y emocional/de actitud-afectiva, se han cumplido durante el desarrollo del curso. Con ello, nos permitirá identificar el impacto que ha tenido cada sesión sobre los participantes.

### **9.2.1 Evaluación del área cognitiva.**

Se deberá evaluar si los participantes han adquirido conocimientos básicos sobre la etiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas de la DA, sobre el correcto cuidado de la epidermis y finalmente sobre las principales medidas de prevención. Para ello, daremos a los participantes un cuestionario pre-intervención y otro post-intervención, con la finalidad de valorar el grado de conocimientos antes y después del contenido teórico (Anexo 10, 11 y 12).

### **9.2.2 Evaluación del área de habilidades.**

Se deberá evaluar si los participantes han adquirido las habilidades básicas en la aplicación adecuada de los corticoesteroides y la medicación tópica, previo a una valoración correcta de las lesiones. Además, presentarán la capacidad de discernir los distintos factores de riesgo y las diferentes patologías que se puedan confundir con la dermatitis atópica. Para ello, contaremos con la presencia del profesional que observa el desarrollo del curso y que controlará las habilidades demostradas en los casos clínicos expuestos y en la dinámica de “*role-playing*” (Anexo 13).

### **9.2.3 Evaluación del área emocional, de actitud o afectiva.**

Se deberá evaluar si los participantes han expresado y compartido sus miedos con el resto de los integrantes con la finalidad de disminuir la ansiedad, además, de comunicar las dificultades encontradas durante el proceso de aprendizaje y mejorar la autoestima de cada uno de ellos. Para la correcta evaluación de esta área, el profesional externo, cumplimentará los ítems recogidos en unos cuestionarios diseñados para tal fin (Anexo 14).

### **9.3 Evaluación de los resultados a medio y largo plazo.**

Una vez finalizada la edición, tanto del horario de mañana como de tarde, se procederá a la evaluación a medio y largo plazo. A los 15 días del cierre de las sesiones, vía email, se enviará a los participantes que hayan completado la edición en su totalidad, un cuestionario tipo test con 5 preguntas abiertas, para responder en un plazo de 7 días. Una vez realizado, las respuestas se envían automáticamente; cabe destacar que esta prueba no presenta una función evaluativa de los conocimientos, por lo que no habrá ninguna calificación (Anexo 15).

Seis meses más tarde, en diciembre del año 2021, se volverá a enviar, vía email, otro cuestionario que contará con preguntas tipo test y preguntas abiertas, al igual que el anterior, no es evaluativo y únicamente permitirá ver la evolución de cada participante y si ha adquirido los objetivos específicos propuestos (Anexo 16).

Ambos cuestionarios nos permiten conocer el impacto que ha presentado la edición sobre los participantes, además de la influencia que ha tenido la docencia enfermera sobre ellos. Finalmente, nos posibilitará evaluar el grado de satisfacción del curso, y con ello, se podrán organizar nuevas sesiones y establecer guías y protocolos para que pueda ser impartido en otros servicios de salud, ya que la principal finalidad es mejorar la calidad de vida de todos los pacientes, de sus familiares y de sus cuidadores principales.

## 10. Bibliografía.

1. Avena-Woods C. Overview of atopic dermatitis. *Am J Manag Care* 2017 Jun;23(8): 115-123.
2. Terron-Kwiatkowski A, Zhao Y, Liao H, Lee SP, Goudie DR, Sandilands A, et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet* 2006 April;38(4):441-6
3. Halken S. Prevention of allergic disease in childhood: clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention. *Pediatr Allergy Immunol* 2004 Jun;16 :4-32.
4. Guo MM, Tseng WN, Ou CY, Hsu TY, Kuo HC, Yang KD. Predictive factors of persistent infantile atopic dermatitis up to 6 years old in Taiwan: a prospective birth cohort study. *Allergy* 2015 Nov;70(11):1477-1484.
5. Huang CC, Chiang TL, Chen PC, Lin SJ, Wen HJ, Guo YL. Risk factors for asthma occurrence in children with early-onset atopic dermatitis: An 8-year follow-up study. *Pediatr Allergy Immunol* 2018 Mar;29(2):159-165.
6. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet* 2016 Mar 12;387(10023):1109-1122.
7. de la O-Escamilla, N. O., Sidbury R. Atopic Dermatitis: Update on Pathogenesis and Therapy. *Pediatr Ann* 2020 Mar;49(3):140-146
8. David Boothe W, Tarbox JA, Tarbox MB. Atopic Dermatitis: Pathophysiology. *Adv Exp Med Biol* 2017; 1027:21-37.
9. Carson CG, Halkjaer LB, Jensen SM, Bisgaard H. Alcohol intake in pregnancy increases the child's risk of atopic dermatitis. the COPSAC prospective birth cohort study of a high-risk population. *PLoS One* 2012;7(8):42-710.
10. Grulee C, Sanford H. The influence of breast and artificial feeding on infantile eczema. *J Pediatr* 1936; 72: 411–4.
11. Cotter DG, Schairer D, Eichenfield L. Emerging therapies for atopic dermatitis: JAK inhibitors. *J Am Acad Dermatol* 2018 Mar;78(3 Suppl 1): 53-62.

12. Reinehr T, Langrock C, Hamelmann E, Lücke T, Koerner-Rettberg C, Holtmann M, et al. 25-Hydroxvitamin D concentrations are not lower in children with bronchial asthma, atopic dermatitis, obesity, or attention-deficient/hyperactivity disorder than in healthy children. *Nutr Res* 2018 Apr; 52:39-47.
13. Fernández Moriano C. Dupilumab en dermatitis atópica y asma. *Dialnet* 2020;44 (432): 346-360.
14. Temprano-Andrés AS. Importancia de la educación para la salud en la dermatitis atópica. A propósito de un caso. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):58-60.
15. Caamaño Dosil A, Monteagudo Sánchez B, Pérez Valcárcel J, Mosquera Fernández A. Molusco contagioso. A propósito de un caso. *Enferm Dermatol.* 2015; 9(26):37-39.
16. Villegas Fernández C, Millán CG, Caballero Martínez F, Martín DM, Cutánea M. Effectiveness of an educational intervention in the treatment and management of children with atopic dermatitis and their families. *Med Cutan Iber Lat Am* 2017;45(3):178.
17. Sheng N, Ma J, Ding W, Zhang Y. Effects of caregiver-involved interventions on the quality of life of children and adolescents with chronic conditions and their caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Springer Nature Switzerland AG* 2018; 28:13–33.
18. Grillo M, Gassner L, Marshman G, Dunn S, Hudson P. Pediatric Atopic Eczema: The Impact of an Educational Intervention. *Pediatric dermatology* 2006 Sep;23(5):428-436.
19. van Os-Medendorp H, Deprez E, Winders T, Maes N, Jackson K, Ersser S, et al. The role of the nurse in the care and management of patients with atopic dermatitis. *BMC nursing* 2020 Nov;19(1):1-102.
20. Liang Y, Tian J, Shen CP, Xu F, Wang H, Li P, et al. Therapeutic patient education in children with moderate to severe atopic dermatitis: A multicenter randomized controlled trial in China. *Pediatric dermatology* 2018 Jan;35(1):70-75.
21. LeBovidge J, Borok J, Udkoff J, Yosipovitch G, Eichenfield F. Atopic dermatitis: therapeutic care delivery: therapeutic education, shared decision-making, and access to care. *Frontline Medical Communication.* 2017; 36.

# **ANEXOS**



## **Anexo 1. Criterios Diagnósticos de Hanifin y Rajka (1980).**

**CRITERIOS MAYORES.** Se deben cumplir 3 de ellos.

- Prurito y excoriaciones.
- Antecedentes familiares y personales de dermatitis atópica o elevación de las IgE.
- Apariencia típica y distribución de las lesiones por patrones según la edad:
  - Niños: se localizan en el cuello, cara y en zonas flexoras de las articulaciones. No están presentes en las ingles y en las axilas.
- Eczema agudo o crónico que puede cursar con liquenificación.

**CRITERIOS MENORES.** Se deben cumplir, como mínimo 3 de los 23 ítems.

- Conjuntivitis recurrente.
- Dermografismo.
- Aparición temprana.
- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones cutáneas.
- Queratosis pilórica.
- Pitiriasis alba.
- Hiperlinealidad palmar.
- Ictiosis vulgar.
- Cambios en la zona ocular. Oscurecimiento del área.
- Signo de Dennie-Morgan.
- Cambios en el pabellón auditivo.
- Cambios en el área peribucal.
- Liquenificación.
- Sarna.
- Dermatitis seborreica.
- Dermatitis por contacto.
- Ictiosis.
- Linfoma cutáneo de células T.
- Psoriasis.
- Fotosensibilidad.
- Deficiencias del sistema inmune.
- Eritrodermia.

Anexo 1. Criterios diagnósticos. Elaboración propia, a partir de Avena-Woods C. 2017.

## Anexo 2. Póster del Proyecto.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO  
GREGORIO MARAÑÓN.

# VENCE A LA DERMATITIS ATÓPICA.

1º Edición. Sesiones para padres con  
hijos atópicos.

**MAYO DE 2021 | TURNO  
MAÑANA Y TARDE.**

**AULA MAGNA - PABELLÓN DOCENTE  
DEL HOSPITAL**

Para más información contacte  
con su profesional de Enfermería.



 Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón  
SaludMadrid Comunidad de Madrid

 COMILLAS  
UNIVERSIDAD Pontificia

 ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA

 SAN JUAN DE DIOS



## Anexo 3. Folleto Informativo.

HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO  
GREGORIO MARAÑÓN.

# VENCE A LA DERMATITIS ATÓPICA.

1º Edición. Sesiones para padres  
con hijos atópicos.

**MAYO DE 2021 | TURNO  
MAÑANA Y TARDE.**

AULA MAGNA - PABELLÓN  
DOCENTE DEL HOSPITAL

Para más información  
contacte con su profesional  
de Enfermería.



## INSCRIPCIÓN

PUEDE SOLICITAR LA HOJA DE  
ADMISIÓN EN LAS SIGUIENTES  
ÁREAS:

- Servicio de Dermatología  
HGUGM.
- Su Centro de Salud.
- Página web del Hospital,  
sección "Ciudadanos",  
"Enfermería", "Proyectos".



## CLASOS CLÍNICOS REALES Y PRÁCTICAS.

**Calle de Ibiza, 45, 28009 Madrid**



C2, la línea 26, 30, 56, 143,  
156, 15, 215, 203 y 71



Sainz de Baranda (líneas 6 y 9)  
Coya (líneas 2 y 4)

**Colaboran:**



## CONTENIDOS

**1º Sesión.**

- Definición y epidemiología.
- Etiología.
- Fisiopatología y cascada de la inflamación.

**2º Sesión.**

- Factores de riesgo y alteraciones inmunológicas.
- Manifestaciones clínicas
- Diagnósticos.
- Tratamientos.

**3º Sesión.**

- Impacto de la enfermedad.
- Medidas preventivas.
- Educación para la Salud.

## INFORMACIÓN

Dirigido: Padres y  
madres con hijos  
atópicos.

Duración: 2 horas.  
Descanso de 15 minutos.

Grupos reducidos.

Posibilidad de asistir en  
turno de mañana y  
tarde.



Para más información contacte con  
los profesionales de Enfermería del  
Servicio de Dermatología o con su  
profesional de Atención Primaria.

## LOCALIZACIÓN

**Plano del Hospital:**



**Google Maps:**



## Anexo 4. Información para los profesionales de Atención Primaria.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

Estimado compañero/a:

Me pongo en contacto contigo para hacerte llegar toda la información relativa al curso que desde el hospital estamos desarrollando sobre la dermatitis atópica, denominado “Vence a la Dermatitis Atópica”. Los profesionales de familia y comunitaria, constituís un gran pilar en nuestro sistema de salud, por lo que vuestra ayuda sería fundamental para el correcto desarrollo del proyecto, ya que podéis valorar las necesidades de cada uno de vuestros pacientes.

La primera edición del curso va dirigido a todos los progenitores de niños atópicos hasta la edad de 12 años. El proyecto está compuesto de 3 sesiones de 2 horas, de tipo expositivas, explicativas y prácticas que se celebrarán en el mes de mayo del año 2021. Las fechas y la hora de realización quedan pendientes a la disponibilidad y organización del hospital, aunque se han establecido dos horarios en turno de mañana y tarde para poder conciliar la vida familiar y profesional tanto de los participantes como la de los docentes. Se valorará la posibilidad de que se produzcan permutaciones, siempre y cuando los responsables lo autoricen y el requerimiento se realice con 24 horas de antelación

El número total es de 24 alumnos, 12 en cada turno para poder realizar grupos reducidos y fomentar el aprendizaje. Las sesiones se realizarán en el Aula Magna – Pabellón Docente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), localizado en la Calle de Ibiza, 45, 28009 Madrid. Este curso cuenta con la colaboración de la Universidad Pontificia de Comillas – Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

Los contenidos del curso se describen a continuación: ¿En qué consiste la dermatitis atópica? Definición y Epidemiología; Explicación de las hipótesis de la dermatitis atópica. Etiología; ¿Cómo se produce la dermatitis atópica? Fisiopatología y cascada de la inflamación; Principales factores de riesgo. Alteraciones inmunológicas; Manifestaciones clínicas de la patología, Breves nociones sobre los criterios diagnósticos. Diagnósticos diferenciales; Complicaciones y comorbilidades; tratamientos actuales y fármacos en vías de desarrollo; impacto de la dermatitis atópica en los pacientes y su entorno; medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria; y educación y promoción para la Salud.

Las personas que componemos la organización del proyecto, creemos que, siguiendo vuestro criterio sería un orgullo contar con pacientes derivados de Atención Primaria, para que puedan participar en el curso. Para ello, el profesional, con el beneplácito del tutor legal del paciente, debe completar el formulario que se adjunta en la circular y entregarlo en un plazo de 15 días previo a la edición con los datos del paciente. Esta solicitud se estudiará para observar si se adapta al programa, y en un plazo de 7 días, se le comunicará al paciente y a su enfermero responsable si ha sido admitido o no. En el caso de que no haya resultado favorable, se tendrá en cuenta para futuras ediciones.

Tan pronto como el organismo responsable de la organización del lugar de realización, nos transmita el horario y fechas definitivas, lo comunicaremos con la antelación suficiente, para que se puedan realizar las oportunas derivaciones y valoraciones de los asistentes. En este documento, se adjunta, además del formulario, el cartel del proyecto para que se pueda publicar en algún muro del Centro de Salud, y para apoyar la comunicación verbal, un folleto del evento.

Cabe destacar, que en esta primera edición, únicamente participarán los pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital y todos aquellos que se encuentren dentro de la Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria, que engloba los municipios de Getafe, Aranjuez, Ciempozuelos, Colmenar de Oreja, Griñón, Leganés, Parla, San Martín de la Vega y Valdemoro.

Cualquier duda o pregunta que pueda surgir, estaré encantado de resolverla.

Muchas gracias por tu ayuda.

Madrid a, ..... de .....2021.

Néstor Sauce Gil.

Responsable del proyecto.

Estudiante 4º Curso Grado en Enfermería.

Correo: [vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org](mailto:vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org),



## Anexo 5. Documento de derivación desde Atención Primaria.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

### FORMULARIO DE VALORACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA.

DATOS DEL PROFESIONAL.				
Nombre y Apellidos.				
Número de Colegiado.				
Especialidad. *	Generalista.	Pediatría.	Matrón/na	Familia.
Centro de Salud.				
Área Asistencial.	Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria			
Observaciones:				

\*Por favor, señale adecuadamente su especialidad.

DATOS DEL PACIENTE.			
Nombre y apellidos.			
NHC.	Diagnóstico:		
Nombre y apellidos del tutor legal.			
DNI del tutor:	Email:		
Teléfono 1.	Teléfono 2.		
Localidad:	Provincia:	CP:	
Turno de preferencia de asistencia*.	Mañana.	Tarde.	
Interés por el curso.			
Observaciones.			

\*Por favor, señale adecuadamente el turno que desee.

## Anexo 6. Documento de solicitud de plaza y reserva intrahospitalaria.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

### FORMACIÓN CONTINUADA.

### SOLICITUD DE PLAZA DE CURSOS EN EL HOSPITAL.

DATOS DEL SOLICITANTE.			
Nombre del curso.			
Nombre y apellidos.			
DNI:		Email:	
Teléfono 1.		Teléfono 2.	
Localidad:	Provincia:	CP:	
Turno de preferencia de asistencia*.	Mañana.		Tarde.
Interés por el curso.			
Observaciones.			

\*Por favor, señale adecuadamente el turno que desee.

Madrid a, ..... de .....2021.

Una vez solicitado el curso se le comunicará si ha sido admitido en un plazo de 15 días, estableciéndose un periodo de 5 días para presentar alegaciones al correo: [vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org](mailto:vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org). El Hospital se reserva el derecho de admisión. Sus datos personales serán tratados conforme a la legalidad vigente establecida en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

## Anexo 7. Documento de confirmación de plaza.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

### FORMACIÓN CONTINUADA.

### CONFIRMACIÓN DE PLAZA.

Estimado/a Sr. Sra..... desde el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y la Universidad Pontificia de Comillas – Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, nos complace comunicarle que su solicitud de una plaza para el curso “Vence a la dermatitis atópica” ha sido resulta **favorablemente**.

A continuación, se exponen los datos relativos a la 1º edición:

Fecha.....

Grupo.....

Lugar: Aula Magna – Pabellón Docente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). Calle de Ibiza, 45, 28009 Madrid.

- Líneas de autobuses municipales: 26, 30, 56, 143, 156, 15, 215, 203 y 71.
- Líneas de metro: Sainz de Baranda (líneas 6 y 9) y Goya (líneas 2 y 4).

Madrid a, ..... de .....2021.

Néstor Sauce Gil.

Responsable del proyecto.

Estudiante 4º Curso Grado en Enfermería

Recuerde que se intentará facilitar la permutación de los participantes, siempre y cuando los responsables lo autoricen y el requerimiento se realice con 24 horas de antelación al correo: [vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org](mailto:vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org)

El Hospital se reserva el derecho de admisión. Sus datos personales serán tratados conforme a la legalidad vigente establecida en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.





## Anexo 9. Evaluación estructural y procesal.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

**Instrucciones:** Estimado participante, por favor, responda a la siguiente encuesta sobre la estructura del curso y cómo se ha desarrollado. Para ello, es necesario que marque con una "x" la casilla correspondiente a su evaluación. Siendo el número 1 la peor calificación posible, y el número 5, la mejor. Deberá únicamente, evaluar a los docentes que hayan participado activamente en su formación y redondear el turno correspondiente.

Muchas gracias.

Turno mañana/Turno tarde.

Nombre del docente 1:					
Puntuación.	1	2	3	4	5
El docente ha sido claro en sus explicaciones.					
El docente poseía conocimientos sólidos en la materia.					
El docente ha mantenido una actitud profesional.					
El docente promueve la participación de todos los alumnos.					
El docente ha resuelto sus dudas de forma eficaz.					
Evaluación global del docente.					

Nombre del docente 2:					
Puntuación.	1	2	3	4	5
El docente ha sido claro en sus explicaciones.					
El docente poseía conocimientos sólidos en la materia.					
El docente ha mantenido una actitud profesional.					
El docente promueve la participación de todos los alumnos.					
El docente ha resuelto sus dudas de forma eficaz.					
Evaluación global del docente.					

<b>Organización.</b>					
Puntuación.	1	2	3	4	5
Las sesiones estaban correctamente estructuradas.					
Se han respondido a los correos de forma rápida.					
Se ha permitido las permutaciones entre participantes.					
El tiempo de descanso ha sido suficiente.					
El tiempo de las sesiones ha sido correcto.					
Se ha cumplido con las medidas higiénico – sanitarias.					
Los turnos le han permitido conciliar su vida familiar.					
Recomendaría este curso a otros alumnos.					
El curso ha cubierto sus expectativas.					
Evaluación global de la organización.					

<b>Espacio y recursos.</b>					
Puntuación.	1	2	3	4	5
El espacio era adecuado para el desarrollo del curso.					
La temperatura era la adecuada.					
El material y las presentaciones eran de calidad.					
Los medios audiovisuales eran los adecuados.					
La luz del espacio era suficiente.					
Evaluación global del espacio y de los recursos utilizados.					

<b>Observaciones.</b>					

## Anexo 10. Cuestionario pre y post intervención. Sesión1.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



### CUESTIONARIO.

**Instrucciones:** Estimado participante, por favor, responda a las siguientes cuestiones planteadas de manera honesta, redondeando la letra que crea correcta. Recuerde que no se evalúan competencias ni calificación numérica.

Muchas gracias.

#### 1. ¿En qué consiste la dermatitis atópica?

- a) Es una enfermedad crónica multifactorial que da lugar a una inflamación de la piel que se acompaña de prurito, de una morfología y localización típica; asociada a otros fenómenos. **Correcta.**
- b) Es una enfermedad crónica cutánea que cursa con inflamación, eritema y prurito, cuyas lesiones son generalizadas por el cuerpo y que suelen desaparecer a los 5 días.
- c) Es una enfermedad crónica multifactorial que da lugar a síntomas cutáneos, que impiden tanto al paciente, como a su familia, mantener una calidad de vida adecuada.
- d) B y C son correctas.

#### 2. ¿La incidencia de la dermatitis atópica ha aumentado?

- a) Ha disminuido su incidencia en los países desarrollados, occidentales e industrializados desde la década de los 70, debido a los avances médicos y al desarrollo de grandes centros hospitalarios.
- b) Se ha incrementado su incidencia en los países desarrollados, occidentales e industrializados desde la década de los 70. Aproximadamente el 15-20% de los niños presentarán DA frente al 1-3% de los adultos. **Correcta**
- c) A y D son correctas.
- d) La incidencia de la enfermedad no ha presentado variación a lo largo de los años, y se ha mantenido pese al aumento de la población y al avance sanitario.

**3. ¿En qué rango de edad comienza la dermatitis atópica?**

- a) La edad media en la que comienza la manifestación de la patología es a los 5 años, con una incidencia máxima comprendida entre los 3 y 6 meses de vida. **Correcta.**
- b) La edad media en la que comienza la manifestación de la patología es a los 2 años, con una incidencia máxima comprendida entre 2 y 8 meses de vida.
- c) No presenta un patrón de edad definido, sino que se manifiesta de forma súbita en cualquier grupo etario, en especial, durante la infancia.
- d) Ninguna de las anteriores respuestas son correctas.

**4. La hipótesis “inside out” explica que:**

- a) La inflamación es la causa de las alteraciones de la barrera cutánea, lo que produce una mayor penetración de microorganismos gram negativos y alérgenos, que pueden desembocar en una reacción alérgica.
- b) No lo sé.
- c) A y D son correctas.
- d) La inflamación es la causa de las alteraciones de la barrera protectora cutánea, lo que da lugar a una mayor penetración de microorganismos y alérgenos, que pueden desembocar en una reacción alérgica. **Correcta.**

**5. ¿Es un factor de riesgo el modo de vida occidental?**

- a) B y D. Ambas son correctas.
- b) El modo de vida occidental no influye en absoluto para desarrollar dermatitis, es más, gracias a este nuevo estilo, las enfermedades en su conjunto han disminuido significativamente.
- c) Por el estilo de vida occidental, y al pasar gran parte del tiempo en edificios bien aislados impidiendo la entrada de ventilación, favorecen la disminución del riesgo de desarrollar dermatitis.
- d) Por el estilo de vida occidental, la mayoría de los ciudadanos pasan cerca del 95% en edificios bien aislados con una ventilación mínima y pobre, que favorece la concentración de partículas alérgicas y de moho. **Correcta**

**6. ¿Es cierto que el número de familiares convivientes en un hogar puede sensibilizar y dotar de inmunidad a un nuevo miembro?**

- a) Sí, si es cierto, ya que, según la hipótesis de la higiene, sensibilizarte de forma precoz contribuye a la formación de células inmunitarias.
- b) Sí, si es cierto, ya que según la hipótesis “inside out” sensibilizarte de forma precoz contribuye a la formación de células inmunitarias.
- c) No, no es cierto, ya que vivir en familias numerosas, no te asegura de que se formen células inmunitarias.
- d) Ninguna de las tres opciones anteriores son correctas, debido a que no existe un consenso científico sobre si el número de familiares convivientes en un hogar puede sensibilizar y dotar de inmunidad a un nuevo miembro. **Correcta.**

**7. El gen FLG, que codifica para la proteína Filagrina y que se encarga de mantener las estructuras cutáneas compactas, cumple la función de:**

- a) Evitar que se produzcan pérdidas insensibles de agua y la entrada de microorganismos patógenos. **Correcta.**
- b) Activar la producción de melanina para evitar las quemaduras solares.
- c) A y B son correctas.
- d) No tiene ninguna función asignada importante, tan solo de soporte celular.

**8. ¿Está relacionada la ingesta de alcohol durante el embarazo con la dermatitis atópica?**

- a) El consumo de alcohol es uno de los factores que no contribuye al desarrollo de las patologías atópicas, pero sí de otras patologías, como es el caso de las neurológicas, mentales y cardíacas.
- b) Es uno de los factores que contribuye al desarrollo de las patologías atópicas, y su consumo durante la gestación aumenta el riesgo de desarrollar DA en los 7 primeros años de vida. **Correcta.**
- c) El consumo moderado de alcohol durante el embarazo, no presenta riesgos en el feto.
- d) Ninguna de las opciones ofrecidas es correcta.

**9. ¿La lactancia materna presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica?**

- a) La lactancia materna no presenta un efecto protector, debido a que al bebé únicamente le aporta nutrientes esenciales para su crecimiento.
- b) La lactancia materna prolongada y la introducción tardía de alimentos sólidos, después de los 4 a 6 meses, presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica. **Correcta.**
- c) La lactancia materna a corto plazo y la introducción tardía de alimentos sólidos, después de los 4 a 6 meses, presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica.
- d) B y C son correctas.

**10. Es posible comprender la dermatitis atópica separando el ambiente y la genética?**

- a) No, debido a que el mecanismo más común por el que se rige el desarrollo de la dermatitis atópica es el modelo de interacción genético-ambiental. **Correcta**
- b) No, la genética es más importante que el factor ambiental y por lo tanto prevalece significativamente.
- c) No, el factor ambiental es más importante que el factor genético, pues es este el que se encarga de que las alteraciones genéticas se desarrollen.
- d) B y C son correctas.

## Anexo 11. Cuestionario pre y post intervención. Sesión 2.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



### CUESTIONARIO.

**Instrucciones:** Estimado participante, por favor, responda a las siguientes cuestiones planteadas de manera honesta, redondeando la letra que crea correcta. Recuerde que no se evalúan competencias ni calificación numérica.

Muchas gracias.

#### 1. Los criterios diagnósticos que se utilizan para elaborar un diagnóstico son:

- a) Criterios de Hanfin y Rajka. **Correcta.**
- b) Criterios de Sandford y Grulee
- c) Criterios de Ramón y Cajal.
- d) Criterios de Valsava.

#### 2. ¿Cuál de estos diagnósticos no es diferencial de la dermatitis atópica?

- a) Dermatitis seborreica.
- b) Psoriasis.
- c) Queratosis pilórica.
- d) Alopecia areata. **Correcta.**

#### 3. ¿Cuál es el tratamiento de base de la dermatitis atópica? ¿Porqué?:

- a) Las cremas hidratantes no conforman la base del tratamiento de la dermatitis atópica, ya que se requiere del uso de corticoides sistémicos para que se puedan atenuar los síntomas y presentar mejoría clínica.
- b) Las cremas junto con los corticoesteroides, ambos, conforman el tratamiento de base de la dermatitis atópica.
- c) Las cremas hidratantes conforman la base más importante del tratamiento de la dermatitis atópica, éstas deben contener emolientes que lubriquen la piel y agentes oclusivos que eviten las pérdidas de agua. **Correcta.**
- d) A y B son correctas.



**4. ¿Cuál es la frecuencia de baño recomendada para un menor atópico?**

- a) Existe un consenso internacional entre la comunidad científica sobre la frecuencia de baño, que debe ser inferior a 7 días por semanas y no se recomienda el uso de jabones hipoalergénicos, sin fragancia y con pH neutro.
- b) No existe un consenso internacional entre la comunidad científica sobre la frecuencia de baño, además se recomienda el uso de jabones hipoalergénicos, sin fragancia y con pH neutro. **Correcta**
- c) Se recomienda el baño diario en los niños, debido a que la piel permanece más limpia y aséptica, impidiendo así, la colonización de patógenos oportunistas que puedan causar una infección cutánea.
- d) A y C son correctas.

**5. ¿Se deben aplicar corticoides tópicos por toda la piel del paciente?**

- a) Sí, para evitar la inflamación generalizada de la piel y evitar el prurito todo lo posible, sobre todo por la noche.
- b) No, únicamente en las zonas localizadas, donde se observe y compruebe que exista una lesión. **Correcta**
- c) No, únicamente los corticoides tópicos han de ser administrados en las zonas donde se perciba que exista una lesión liquificada o con pérdida de la integridad tisular.
- d) A y C, son correctas.

**6. ¿Estaría indicada la administración de fototerapia en niños con dermatitis atópica?**

- a) El mecanismo de acción de la fototerapia reside en la activación de los melanocitos, que secretan melamina y favorece el tono de piel oscuro, para proteger de la luz solar y de las patologías dermatológicas.
- b) El mecanismo de acción de la fototerapia reside en la desintegración de la bilirrubina, ya que es fotosensible, pero no tiene ninguna finalidad sobre la piel.
- c) El mecanismo de acción reside en que la fototerapia disminuye la inflamación e induce a la apoptosis celular, disminuyendo así, la posible colonización por *Staphylococcus aureus*. **Correcta.**
- d) A y B son correctas.

**7. ¿Es posible que las concentraciones elevadas de vitamina D disminuyan el riesgo de desarrollar dermatitis atópica?**

- a) El asma bronquial y la dermatitis expresan el receptor de la vitamina D y puede atribuirse a una disminución de la síntesis de colecalciferol en la piel atópica. Sin embargo, se ha confirmado que los niños diagnosticados con DA no presentan una disminución de las concentraciones de vitamina D. **Correcta.**
- b) No es posible, debido a que las concentraciones de vitamina D, no alteran a los receptores cutáneos, por lo que no está relacionado con las enfermedades de la piel, pero sí con la enfermedad de la Covid-19 y con alteraciones nutricionales.
- c) Todas son falsas.
- d) La vitamina D únicamente se encuentra en la leche, los pescados grasos, la yema de los huevos, el queso y la carne de vacuno.

**8. ¿Es posible que la utilización de baños con lejía como atenuante del prurito?**

- a) Se han utilizado los baños con hipoclorito de sodio diluido (NaOCl), en niños propensos a infecciones recurrentes durante dos veces a la semana, junto mupirocina, para evitar la superinfección. **Correcta.**
- b) No, el hipoclorito de sodio, es lejía y debe permanecer fuera del alcance de los niños en todo momento.
- c) No, el hipoclorito de sodio, está indicado exclusivamente para desinfectar los alimentos crudos durante la gestación para evitar patologías como la toxoplasmosis.
- d) B y C son correctas.

**9. ¿Estarían indicados el uso de antihistamínicos de segunda generación?**

- a) Los antihistamínicos de segunda generación no son eficaces ni para el tratamiento de la somnolencia ni para la DA, ya que no tienen efecto sedante.
- b) Los fármacos indicados para el tratamiento de la dermatitis atópica, no son los de segunda generación, sino los de primera, ya que son útiles para los pacientes con alteraciones del sueño secundarias al prurito.
- c) Tanto los antihistamínicos de primera como de segunda generación, son eficaces para el tratamiento de la dermatitis atópica.
- d) A y B, ambas, son correctas. **Correcta.**

**10. Respecto a la adhesión al tratamiento sobre las cremas hidratantes, éstas deben ser:**

- a) Ninguna es correcta.
- b) Es el paciente el que debe adaptarse a la crema, debido a que si desea solucionar su problema debe realizar un esfuerzo para ello.
- c) La crema debe adaptarse antes al paciente que al clima, pues debe hacer un esfuerzo para que se adhiera al tratamiento.
- d) La crema debe adaptarse al clima y a la preferencia del paciente, para que se adhiera al tratamiento. **Correcta.**

## Anexo 12. Cuestionario pre y post intervención. Sesión 3.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



### CUESTIONARIO.

**Instrucciones:** Estimado participante, por favor, responda a las siguientes cuestiones planteadas de manera honesta, redondeando la letra que crea correcta. Recuerde que no se evalúan competencias ni calificación numérica.

Muchas gracias.

#### 1. ¿Cuál es el signo más característico de la enfermedad atópica?

- a) Prurito. **Correcta**
- b) Liquenificación de las lesiones.
- c) Eritemas faciales.
- d) Todas son correctas.

#### 2. ¿Cuál de estos factores desencadenan el prurito?

- a) Calor.
- b) Prendas de lana.
- c) Estrés emocional.
- d) Todas son correctas. **Correcta**

#### 3. ¿El prurito puede llegar a causar alteraciones en el ciclo del sueño?

- a) No, el prurito no causa alteraciones en el ciclo del sueño, debido a que únicamente se produce durante el día, por la noche, el picor disminuye favoreciendo el descanso.
- b) Si, el insomnio y la dificultad para poder conciliarlo, debido al picor, aumenta la fatiga, las cefaleas, pero no se puede llegar a desarrollar Síndrome de Hiperactividad y Trastorno de Atención o baja estatura.
- c) Si, el insomnio y la dificultad para poder conciliarlo, debido al picor, aumenta la fatiga, las cefaleas, el riesgo de desarrollar Síndrome de Hiperactividad y Trastorno de Atención y baja estatura. **Correcta**
- d) A y B son correctas.

**4. ¿Quién asume los costes directos de la dermatitis atópica?**

- a) El sistema sanitario público.
- b) La familia y la sociedad. **Correcta**
- c) Los sistemas de seguros privados.
- d) La familia únicamente.

**5. ¿Cuál de estos síntomas refieren los progenitores con niños con dermatitis atópica?**

- a) Sentimiento de culpa.
- b) Agotamiento y deterioro.
- c) Frustración e impotencia.
- d) Todas son correctas. **Correcta**

**6. ¿Cuál es el objetivo principal de la prevención sobre la patología atópica?**

- a) La prevención consiste en aplicar medidas profilácticas cuya finalidad es retrasar la aparición de la enfermedad.
- b) La prevención consiste en aplicar medidas no profilácticas cuya finalidad es evitar la aparición de la enfermedad en individuos asintomáticos. Además, se intenta mitigar los síntomas y la progresión de la enfermedad en pacientes sintomáticos.
- c) La prevención consiste en aplicar medidas profilácticas cuya finalidad es evitar la aparición de la enfermedad en individuos asintomáticos. Además, se intenta mitigar los síntomas y la progresión de la enfermedad en pacientes sintomáticos. **Correcta**
- d) A y B son correctas.

**7. ¿Cuántos niveles de prevención se establecen?**

- a) Prevención profiláctica y no profiláctica.
- b) Prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.
- c) Prevención primaria y secundaria.
- d) Prevención primaria, secundaria y terciaria. **Correcta.**

**8. ¿Qué esferas de la vida se ven afectadas en el trascurso de la enfermedad?**

- a) La esfera social, física, mental, psicológica y económica. **Correcta**
- b) La esfera física, mental, psicológica y económica, pero no la social.
- c) Todas las esferas anteriores excepto la económica, ya que nuestro sistema sanitario se encarga de financiar los tratamientos.
- d) Todas son incorrectas.

**9. Los gastos indirectos afectan a las familias de manera que:**

- a) El gasto no aumenta, pues el sistema sanitario se hace cargo de los costes y del tratamiento.
- b) El gasto extra aumenta un 30% en los hogares con niños diagnosticados de dermatitis atópica debido a las comorbilidades.
- c) El gasto extra aumenta un 10% en los hogares con niños diagnosticados de dermatitis atópica debido a las comorbilidades. **Correcta**
- d) Los gastos indirectos, no tiene apenas repercusión sobre el estado económico de la familia.

**10. La prevención primaria va dirigida a:**

- a) Niños sanos con el objetivo de prevenir la enfermedad. **Correcta**
- b) Niños ya diagnosticados con el fin de prevenir los síntomas y su progresión.
- c) Niños con enfermedades crónicas con el objetivo de prevenir la progresión y el deterioro de éste.
- d) Todas son correctas.

## Anexo 13. Evaluación del área de habilidades.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

**Instrucciones:** Estimado observador, en primer lugar, le agradecemos encarecidamente su esfuerzo a la hora de valorar a los alumnos durante las sesiones del curso. Para ello, es necesario que rellene en el cuadrante superior derecho, el número de sesión y el turno correspondiente.

El sistema de evaluación funciona de manera que el número 1 es la peor calificación posible, y el número 5 es la mejor. Es decir, que los números más bajos, significan que los participantes no han conseguido alcanzar los objetivos propuestos en la siguiente gráfica.

Muchas gracias.

Número de sesión: .....

Turno mañana/Turno tarde.

Evaluación.					
	Puntuación.	1	2	3	4
Los participantes han seguido las indicaciones.					
Los participantes han respetado los horarios establecidos.					
Los participantes han utilizado el material de manera correcta.					
Los participantes han actuado conforme a su rol.					
Los participantes se han comunicado de forma adecuada.					
Se ha mantenido un ambiente de respeto.					
Los participantes han expresado sus emociones.					
Los participantes han adquirido habilidades relacionadas con el tema.					
Los participantes han sido capaces de reconocer sus errores.					
Los participantes han realizado autocrítica.					

## Anexo 14. Evaluación del área emocional, de actitud y afectiva.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

**Instrucciones:** Estimado participante, por favor, responda a las siguientes cuestiones planteadas de manera honesta en el espacio indicado. Le recordamos que el número 1, equivale al rango más bajo o más en desacuerdo; el número 5, equivale al rango más alto o más de acuerdo.

Es necesario, que en la parte superior derecha de la tabla, escriba el número de sesión y redondee el turno que le corresponda.

Muchas gracias.

Número de sesión: .....

Turno mañana/Turno tarde

Evaluación.					
Puntuación.	1	2	3	4	5
Soy capaz de adaptar las emociones ante casos de urgencia.					
¿Conozco el estímulo por el cual cambian mis emociones?					
Soy consciente de que el estado anímico se refleja en la vida diaria.					
He conseguido expresar mis sentimientos con el grupo.					
Ha disminuido la ansiedad tras poner en común mis sentimientos.					
He comunicado mis dificultades de manera clara.					
He sido capaz de mejorar la autoestima.					



## Anexo 15. Evaluación a corto plazo.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

### CUESTIONARIO A CORTO PLAZO

#### “Vence a la dermatitis atópica”.

**Instrucciones:** Estimado participante, por favor, responda a las siguientes cuestiones planteadas de manera honesta en el espacio indicado. A continuación, responda las preguntas formuladas en relación con el curso que realizó hace 15 días. Una vez finalizado, por favor, envíe el cuestionario al correo que se le facilita, [vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org](mailto:vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org)

Le recordamos que el cuestionario no evalúa competencias ni calificación numérica, y es estrictamente confidencial, por lo que le pedimos encarecidamente que no divulgue la información con otros compañeros.

Muchas gracias.

#### Preguntas abiertas.

1. ¿Recuerda los contenidos abordados durante el curso? Exprese aquellos que recuerde.
  
2. ¿Le han sido de utilidad los conocimientos y las habilidades adquiridas durante el transcurso del curso?
  
3. ¿Considera que cuenta con suficientes herramientas para poder afrontar la reagudizaciones de la dermatitis atópica?

4. ¿Ha mejorado su calidad de vida y la de su hijo/a tras participar en el curso?:  
Justifique su respuesta.

5. ¿Han podido poner en práctica lo aprendido y ayudado a otras personas con la misma patología?

### Preguntas test.

1. En que zonas se objetivan signos cutáneos de la patología.

- a) Todo el cuerpo, excepto en la zona que abarca el pañal.
- b) Las zonas de flexión de las articulaciones, en concreto en el hueco poplíteo y en la fosa cubital.
- c) En las mejillas, la frente, el cuero cabelludo, la barbilla, la parte posterior del pabellón auditivo, párpados y dorso de los pies y manos.
- d) En las zonas de flexión, mejillas, la frente, el cuero cabelludo, la barbilla, la parte posterior del pabellón auditivo, párpados y dorso de los pies y manos. A excepción del área del pañal. **Correcta**

2. Qué signos es frecuente encontrar en los niños atópicos.

- a) Signo de Dennie-Morgan. **Correcta**
- b) Signo de Herthoge.
- c) Hiperlinealidad palmar.
- d) Todas son correctas.

3. Los niños que presenten patología atópica pueden hacer deportes/natación.

- a) No, está totalmente contraindicado, el sudor y el cloro secan la piel y favorecen el prurito, por lo que es mayor el riesgo que el beneficio.
- b) Sí, el deporte es tan saludable que siempre merece la pena, e incluso puede mejorar las alteraciones del sueño.
- c) Sí, aunque el cloro y el sudor secan la piel y favorecen el prurito, una vez finalizada la actividad física será necesario que se aplique una ducha con jabón neutro y después aplicar crema hidratante. **Correcta**
- d) B y C son verdaderas.

**4. Es cierto que algunos alimentos favorecen el desarrollo de la dermatitis atópica.**

- a) No, todos los alimentos aportan grandes beneficios al organismo y no influyen en el desarrollo de la dermatitis atópica.
- b) Sí, algunos alimentos como la proteína de leche de vaca, la ingesta de pescados ricos en omega 6, el azúcar, los huevos, la soja y el trigo, favorecen el desarrollo de la dermatitis atópica. **Correcta**
- c) No, debido a que los huevos, la soja y el trigo, es más común que reaccionen en personas con celiaquía que con dermatitis atópica.
- d) A y D son correctas.

**5. ¿La lactancia materna presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica?**

- a) La lactancia materna no presenta un efecto protector, debido a que al bebé únicamente le aporta nutrientes esenciales para su crecimiento.
- b) La lactancia materna prolongada y la introducción tardía de alimentos sólidos, después de los 4 a 6 meses, presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica. **Correcta.**
- c) La lactancia materna a corto plazo y la introducción tardía de alimentos sólidos, después de los 4 a 6 meses, presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica.
- d) B y C son correctas.

## Anexo 16. Evaluación a largo plazo.



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



### CUESTIONARIO A CORTO PLAZO

#### “Vence a la dermatitis atópica”.

**Instrucciones:** Estimado participante, por favor, responda a las siguientes cuestiones planteadas de manera honesta en el espacio indicado. A continuación, responda las preguntas formuladas en relación con el curso que realizó hace 15 días. Una vez finalizado, por favor, envíe el cuestionario al correo que se le facilita, [vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org](mailto:vencealadermatitis.atopica@salud.madrid.org)

Le recordamos que el cuestionario no evalúa competencias ni calificación numérica, y es estrictamente confidencial, por lo que le pedimos encarecidamente que no divulgue la información con otros compañeros.

Muchas gracias.

#### Preguntas abiertas.

1. ¿Recuerda los contenidos abordados durante el curso? Exprese aquellos que recuerde.

2. ¿Le han sido de utilidad los conocimientos y las habilidades adquiridas durante el transcurso del curso?

3. ¿Considera que cuenta con suficientes herramientas para poder afrontar la reagudizaciones de la dermatitis atópica?

4. ¿Ha mejorado su calidad de vida y la de su hijo/a tras participar en el curso?: Justifique su respuesta.

**5. ¿Han podido poner en práctica lo aprendido y ayudado a otras personas con la misma patología?**

**Preguntas test.**

**1. En que zonas se objetivan signos cutáneos de la patología.**

- a) Todo el cuerpo, excepto en la zona que abarca el pañal.
- b) Las zonas de flexión de las articulaciones, en concreto en el hueco poplíteo y en la fosa cubital.
- c) En las mejillas, la frente, el cuero cabelludo, la barbilla, la parte posterior del pabellón auditivo, párpados y dorso de los pies y manos.
- d) En las zonas de flexión, mejillas, la frente, el cuero cabelludo, la barbilla, la parte posterior del pabellón auditivo, párpados y dorso de los pies y manos. A excepción del área del pañal. **Correcta**

**2. Qué signos es frecuente encontrar en los niños atópicos.**

- a) Signo de Dennie-Morgan. **Correcta**
- b) Signo de Herthoge.
- c) Hiperlinealidad palmar.
- d) Todas son correctas.

**3. Los niños que presenten patología atópica pueden hacer deportes/natación.**

- a) No, está totalmente contraindicado, el sudor y el cloro secan la piel y favorecen el prurito, por lo que es mayor el riesgo que el beneficio.
- b) Sí, el deporte es tan saludable, que siempre merece la pena e incluso puede mejorar las alteraciones del sueño.
- c) Sí, aunque el cloro y el sudor secan la piel y favorecen el prurito, una vez finalizada la actividad física será necesario que se aplique una ducha con jabón neutro y después aplicar crema hidratante. **Correcta**
- d) B y C son verdaderas.

**4. Es cierto que algunos alimentos favorecen el desarrollo de la dermatitis atópica.**

- a) No, todos los alimentos aportan grandes beneficios al organismo y no influyen en el desarrollo de la dermatitis atópica.
- b) Sí, algunos alimentos como la proteína de leche de vaca, la ingesta de pescados ricos en omega 6, el azúcar, los huevos, la soja y el trigo, favorecen el desarrollo de la dermatitis atópica. **Correcta**
- c) No, debido a que los huevos, la soja y el trigo es común que reaccionen en personas con celiaquía que con dermatitis atópica.
- d) A y D son correctas.

**5. ¿La lactancia materna presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica?**

- a) La lactancia materna no presenta un efecto protector, debido a que al bebé únicamente le aporta nutrientes esenciales para su crecimiento.
- b) La lactancia materna prolongada y la introducción tardía de alimentos sólidos, después de los 4 a 6 meses, presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica. **Correcta.**
- c) La lactancia materna a corto plazo y la introducción tardía de alimentos sólidos, después de los 4 a 6 meses, presenta un efecto protector sobre la dermatitis atópica.
- d) B y C son correctas.