

Dermatitis atópica (DA): hidratación y plan de cuidados

Hablamos de una patología tan sencilla como problemática para la población ya que su hábitat es principalmente el infantil y que angustia a los adultos por verse inmersos en una irritabilidad y desasosiego del niño por una xerosis o sequedad de la piel que no pone en peligro su vida.

Podemos encontrarnos que la etiología es muy sencilla y que por supuesto el tratamiento médico y los cuidados de enfermería son tan simples como el cuidado diario de nuestra piel pero exceptuando que es una piel enferma y por tanto especial en su cuidado, con un diagnóstico de enfermería del Deterioro de la Integridad Cutánea de fácil solución apoyándonos en las intervenciones NIC, 3584 y 3590; diagnóstico de enfermería de Riesgo de Infección con la intervención 6540 como base y el diagnóstico enfermero de Ansiedad y las intervenciones 5240, 7130 y 4430; aplicando las actividades necesarias para su resolución.

Los objetivos de los cuidados son evitar los factores de riesgo de la dermatitis atópica, el restablecimiento graso de la barrera cutánea y el riesgo de infección.

Palabras clave: Alivio e hidratación de la piel seca y manejo del prurito.

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel con una sintomatología de: picor intenso, piel muy seca y sensible o irritable dando lugar a zonas eczematosas, principalmente localizadas en cara (mejillas) presentado un enrojecimiento de estas, en zonas de flexión de brazos y piernas, tórax e incluso en dedos de pies y manos. La DA no presenta lesiones primarias sino, secundarias al rascado⁽¹⁾. Un pseudo-síntoma puede aparecer debido a la irritabilidad del niño por el prurito y que transmitido a los padres es un estado de an-

siedad, que hace le apliquen al niño diversas cremas o pomadas sin consultar con su dermatólogo, alargando en muchos casos el proceso de curación o alivio del brote de la enfermedad.

La DA tiene un carácter crónico por su larga duración, teniendo unas características propias de enfermedad crónica con aparición de brotes donde hay una agudeza del picor, y está clasificada como una enfermedad benigna y de una cronicidad relativa ya que los brotes disminuyen o incluso desaparecen a medida que avanza la edad. Existen tres estadios⁽¹⁾:

- **Agudo:** Intenso prurito, pápulas eritematosas y vesículas, presentado posteriormente excoriación y exudado seroso tras el rascado.^(Foto 4)
- **Subagudo:** Pápulas y placas más engrosadas, escamosas, más pálidas y excoriadas.
- **Crónico:** Placas más engrosadas (liquenificación) y con pápulas fibróticas. En la mayoría de los estadios crónicos coexisten los dos anteriores.^(Foto 3)

No es una enfermedad contagiosa, pero tiene un componente hereditario (40% al 70%), en personas con antecedentes familiares de alergias o dermatitis, es más factible en desarrollar la enfermedad.

Etiología

Se desconoce su origen. Al parecer influyen varios factores: genéticos, alteraciones inmunológicas y trastornos de la función barrera cutánea, donde ésta por la transpiración y pérdida de agua (sudoración) y la disminución de lípidos de las glándulas sebáceas hace que la piel se vuelve más seca e irritable de lo normal. También, una temperatura ambiental de frío/calor y sequedad, la fricción con ropas y la utilización de ciertos jabones (ácidos) pueden desencadenar la aparición de un brote. Por ello, utilizar cremas emolientes para la hidratación que contribuyan a la restauración de la barrera fisiológica cutánea es esencial.

V. Muñoz Mañas,
B. Fomes Pujalte y

V. Lucha Fernández,

Enfermera Unidad de
Enfermería dermatológica,
úlceras y heridas.

F. Palomar Llatas,

Coordinador Unidad de
Enfermería Dermatológica,
úlceras y heridas.

Dra. I. Febrer Bosch,

Jefe clínico dermatología
pediátrica. Servicio
Dermatología del
Consortio Hospital General
Universitario de Valencia.

Correspondencia:
Federico Palomar Llatas

Unidad de Enfermería

Dermatológica,

úlceras y heridas.

Consortio Hospital General
Universitario de Valencia

Avd/ Tres cruces s/n,

46014 Valencia.

Telf. 618 335 988

palomar_fed@gva.es

www.chguv.org ,

área de enfermería,

procesos ambulatorios.

Patogénia

La manifestación de esta enfermedad es durante los primeros años de vida (2-3 años), principalmente entre los 6 primeros meses, la proporción entre ambos sexos es de 1'5/1 para el sexo femenino⁽¹⁾ y ocasionalmente puede aparecer en adultos. En la pubertad tiende a desaparecer en un 70% de los casos que persiste, debido a un desarrollo más completo del sistema inmunitario y rara vez persiste en edades del adulto.

La incidencia en los niños de la dermatitis atópica oscila entre un 10 o un 20% de los nacidos.^(Foto 1 y 2) El porcentaje de pacientes aumenta cada año, a medida que el desarrollo en los países también es más elevado, donde juega un papel importante la polución ambiental, el estrés, y también influye el clima frío, viento, ambientes calurosos y una elevada humedad. Fácil de diagnosticar por su localización, edad de aparición y antecedentes familiares e incluso con la realización de pruebas de alergia alimentarias o ambientales⁽²⁾.

Las fases de la dermatitis atópica⁽³⁾, están consensuadas por la mayoría de autores, no queriendo decir con esto, que el orden evolutivo de la enfermedad y cronológicamente por la edad tengan por necesidad que llegar todos los pacientes a la fase 4ª.

1. Fase del lactante: Dentro del primer año de edad.
2. Fase infantil: Entre el 1º y 5º año.
3. Fase adolescente: Entre los 6 a 10 años.
4. Fase del adulto: Entre los 16 y 20 años.

Valoración

Ante un niño con DA, los profesionales de enfermería valoran el entorno familiar y medioambiental del que se rodea el niño, teniendo los parámetros de valoración sobre los aspectos que pueden incidir en el desencadenante de la enfermedad. El niño suele ser hiperactivo.

Comprobaremos si esta hiperactividad hace que a su vez influya negativamente en el con una irritabilidad que se traducirá en lesiones de solución de continuidad de la piel por rascado.

Esto nos llevará a que en ocasiones la madre presente un estado emocional alterado de ansiedad y de no saber si el tratamiento es el adecuado.

Las lesiones de solución de continuidad de la piel, llegan en circunstancias por una falta de educación (recreo en el colegio) a infectarse, se le debe de educar al niño a lavarse las manos después de los juegos.

Nos informaremos de que tejidos están hechas las ropas del niño y el habitáculo familiar si está decorado con alfombras y peluches, es decir todo aquello que nos pueda hacer una acumulo de polvo y ácaros.

Preguntaremos si realiza baño o ducha, cuanto tiempo está y de que forma se seca.

¿Es necesaria la hidratación cutánea en la DA?

Existe un consenso general entre dermatólogos y pediatras en que las medidas de hidratación cutánea son muy importantes en la DA cualquiera sea su gravedad: leve, moderada o grave.

La utilización continuada, cotidiana y persistente de hidratantes cutáneos alivia el síntoma xerosis o sequedad cutánea retrasando la aparición de los brotes. Una buena hidratación cutánea suele ser suficiente en los casos mas leves evitándose así el uso de corticoides o inmunomoduladores.

Las medidas de hidratación son especialmente importantes en circunstancias ambientales especiales como invierno, climas secos y ventosos, ejercicios al aire libre etc.

Dado que existe una gran cantidad de productos ofertados por la industria farmacéutica con el reclamo de la "hidratación" me ha parecido intere-



Foto 1



Foto 2

sante intentar explicar un poco la terminología y los fundamentos de la hidratación cutánea.

El término “hidratante” es un término comercial utilizado por la industria cosmética y los usuarios que básicamente pretende mantener un aspecto agradable tanto a la vista como al tacto propio y de los otros de la piel evitando el aspecto desagradable de una piel seca y descamada.

Los productos hidratantes ocupan el tercer lugar en la prescripción de productos OTC (Over the counter) después de la hidrocortisona y los antiparasitarios. Estos productos incluyen una enorme variedad de ofertas y promesas que van desde la simple y honesta de hidratar la piel a la más pretenciosa y a menudo insostenible bajo el punto de vista científico de poseer un efecto “anti-envejecimiento cutáneo”. Los dermatólogos y personal de enfermería debemos saber que cuando prescribimos un producto hidratante lo que pretendemos es:

1. Recuperar la función barrera alterada y reducir la pérdida transepidérmica de agua.
2. Cubrir las finas fisuras de la piel y evitar la descamación “visible” de los corneocitos.
3. Aumentar el contenido de agua de la epidermis.

¿Cuáles son los mecanismos de acción de un hidratante?

El contenido en agua de la piel es básico para mantener su integridad y su función barrera. El agua se origina en las capas más profundas de la epidermis y va emigrando hacia arriba para hidratar los corneocitos donde se va perdiendo por evaporación. La arquitectura de la capa córnea es el factor más importante en el flujo del agua y su retención en la piel y por tanto en el mantenimiento de un nivel óptimo de hidratación.

Los corneocitos bien hidratados constituyen la barrera física de la capa córnea. Además de la integridad e hidratación de los corneocitos es importante para mantener la función barrera, los lípidos bicapa y el factor natural de hidratación (Natural Moisturizing Factor (NMF)).

Los lípidos bicapa además de mantener la integridad de los corneocitos, previenen la entrada de agentes químicos irritantes y al mismo tiempo vehiculizan los productos químicos aplicados sobre la piel permitiéndoles su entrada en la piel.

El NMF que se encuentra en los corneocitos es una mezcla de sustancias higroscópicas que colaboran en el mantenimiento y retención de las moléculas de agua. La mitad de su composición la forman aminoácidos derivados de la filagrina, proteína de los queratinocitos, y la otra mitad la forman sales, lactatos, urea y electrolitos. La producción del NMF viene regulada directamente por la humedad exterior.

La descamación consiste en la degradación de los corneocitos por enzimas hidrolíticas que son agua-dependientes. Cuando hay un nivel bajo de agua en la capa córnea estas enzimas no actúan adecuadamente y los corneocitos se acumulan en la superficie cutánea produciendo lo que conocemos como piel seca. Cuando el grado de humedad es inferior al 10% se produce una alteración en la continuidad de la capa córnea.

El agente hidratante “ideal” debería pues:

1. Restaurar la función barrera de la capa córnea.
2. Retener o aumentar su contenido en agua.
3. Reducir la pérdida transepidérmica de agua.
4. Restaurar la capa lipídica con el fin de mantener y redistribuir el agua manteniendo la integridad y buena apariencia de la piel.

Estas funciones las realizan mediante tres mecanismos distintos, que por supuesto pueden combinarse en un mismo producto. Según su mecanismo de acción se dividen en:

1. Humectantes.
2. Emolientes.
3. Oclusivos.

No se le puede pedir, sin embargo, ningún efecto sobre las propiedades mecánicas de la piel como la elasticidad o distensibilidad o sobre los cambios provocados por el fotoenvejecimiento como arrugas gruesas, lentigos, queratosis solares etc.

Humectantes

Los agentes humectantes tienen la capacidad de atraer agua de dos fuentes, por un lado de la dermis aumentando la absorción de moléculas de agua desde la dermis a la epidermis y en condiciones de humedad también ayudan a la capa córnea a absorber agua del exterior. Muchos agentes humectantes tienen también capacidad emoliente. El agente humectante más eficaz es el glicerol. Las moléculas de glicerol aceleran la maduración de los corneocitos activando la transglutaminasa en la capa córnea. También facilitan la digestión de los desmosomas favoreciendo la eliminación de las escamas y evitando la xerosis. La urea al 20% es también un buen agente humectante. El ácido láctico y el lactato amónico es otro agente humectante eficaz y además el ácido láctico especialmente el isómero L estimula la formación de ceramidas; un buen nivel de ceramidas en la capa córnea aumenta la calidad de la barrera lipídica y aumenta la resistencia contra la xerosis. Combinando la acción de un humectante que aumenta la cantidad de agua de la epidermis a partir de la dermis con un buen agente oclusivo, que evita su pérdida al exterior obtenemos una mejor función barrera de la capa córnea.

Emolientes

Los emolientes que son en su mayoría lípidos y aceites hidratan y mejoran la apariencia de la piel dándole suavidad y flexibilidad lo cual suele satisfacer al consumidor pues el aspecto de la piel mejora inmediatamente tras su aplicación. Los emolientes rellenan las fisuras entre los racimos de células descamadas y no actúan como oclusivos salvo si se aplican en abundancia. Los emolientes más empleados son los ácidos grasos saturados de cadena larga y los alcoholes grasos y son muy utilizados en la industria cosmética. Como ejemplos de los más empleados tenemos el esteárico, oleico, linoleico, linolénico, laurico, que se encuentran en los aceites de coco, palma, cacahuete y alcoholes de la lana.

Oclusivos

Los agentes oclusivos reducen la pérdida de agua transepidérmica creando una barrera hidrófoba sobre la piel y mejorando la matriz entre los corneocitos. Existe una gran variedad de agentes oclusivos como la vaselina (el emoliente más barato pues a mínimas concentraciones como el 5% reduce en un 98% la pérdida de agua transepidérmica), lanolina, aceites minerales y siliconas como la dimeticona. Esta última reduce la pérdida de agua en un 20%. El inconveniente de los agentes oclusivos son su mal olor, su potencial riesgo alergénico y su aspecto grasoso y poca "cosmeticidad" lo que limita su aceptación por parte del consumidor, aunque la vaselina goza de gran aceptación en los países anglosajones donde es ampliamente utilizada.

¿Cuál sería pues el hidratante ideal?

Sería aquel que redujera y previniera la pérdida de agua transepidérmica teniendo propiedades emolientes dando suavidad a la piel y ayudara a restaurar la capa lipídica aumentando los mecanismos intrínsecos de la piel, así mismo que fuera cosméticamente aceptable y elegante, cumpliendo los principios básicos como: hipoalergénico, sin fragancias y no comedogénico.

Que fuese capaz de permanecer largo tiempo sobre la piel y con una absorción rápida proporcionando una hidratación inmediata.

Para todas estas exigencias de un buen hidratante, la mayoría de las formulaciones utilizan una mezcla de humectantes, emolientes y oclusivos. Por supuesto a estos puntos se añadiría que tuviesen un precio razonable.

La combinación de humectantes y oclusivos aumenta la capacidad de mantener el agua en la piel y los emolientes mejoran la estabilidad y propiedades estéticas de la formulación farmacéutica. La combinación del glicerol, agente humectante con agentes oclusivos tiene una capacidad sinérgica. La fórmula cosmética más utilizada es la emulsión. La mayoría



Foto 3



Foto 4

de las emulsiones son lociones (emulsiones aceite en agua) o cremas (emulsiones agua en aceite).

El pH también es importante; es bien conocido que el ácido láctico y la urea a concentraciones altas provocan sensación de picor o quemazón por lo que a veces son rechazados por los pacientes, especialmente los niños, a pesar de sus excelentes propiedades. Una buena cumplimentación por parte del paciente que el producto prescrito reúna al máximo las condiciones ideales.

Las lociones suelen ser las más utilizadas durante el día por sus características y fluidez y ligereza. Los componentes típicos incluyen propilenglicol, aceites minerales y agua. Las cremas suelen hacerse con lípidos más pesados y se suelen aplicar por la noche. Suelen estar formuladas a base de vaselina, lanolina, aceites minerales y agua. Estos ajustes entre el contenido agua-grasa justifica las diferentes presentaciones para los diferentes tipos de piel: normal, grasa o seca.

Además la industria farmacéutica nos ofrece otra distinción según el lugar a tratar, existiendo diferentes productos para tratar la cara y las manos o cuerpo. En los cosméticos faciales existen además subdivisiones como productos específicos para los párpados, labios etc. y en los corporales existen productos específicos para manos, pies, zonas especiales como codos y talones, uñas, etc. lo cual aumenta muchísimo la oferta de productos al consumidor creando a veces confusión y ansiedad en personas muy preocupadas por su aspecto.

Diagnósticos de enfermería

Deterioro de la Integridad Cutánea

Definición: Alteración de la epidermis, dermis o ambas.

Resultado: Curación de la herida: por primera intención (1102).

Indicadores:

- Resolución de la secreción serosa de la herida (110203).
- Resolución de la sequedad (110212).

- Resolución del prurito (110212).
- Hidratación (110212).
- Textura (110212).

Intervenciones:

- Administración de medicación: tópica (2316).

Actividades:

- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración.
- Aplicar el fármaco tópico según prescripción facultativa.
- Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
- Extender la medicación uniformemente sobre la piel.

Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584)

Actividades:

- Mojar en baño coloidal si procede.
- Realizar preferentemente baño antes que ducha, poniendo en el agua aceites o emolientes de baño.
- Desaconsejar los baños frecuentes con agua caliente. El agua debe ser templada (inferior a los 33°C) y el baño no debe prolongarse más de 10 minutos.
- Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel. El gel a utilizar en el baño será prioritario que presente un pH 5.5, con tendencia a la acidez, como el manto cutáneo.
- Si por lesiones de rascado existiese una infección pueden darse baños con detergentes antibacterianos.
- Evitar la utilización de esponjas en la aplicación del gel, éstas por fricción pueden irritar la piel.
- Secar con toalla de algodón de modo suave y sin fricción, dejando ligeramente húmeda la piel para la aplicación de las cremas hidratantes.
- Utilizar cremas, lociones o baños emolientes con un excipiente a base de O/W y sin perfumes, para una buena hidratación cutánea e intentar restaurar el pH del manto cutáneo.
- Aplicar las cremas emolientes inmediatamente

después del baño y con la cantidad suficiente para que la piel se encuentra confortable.

- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.
- Aconsejar el uso de ropa de algodón, tanto para vestir como la utilizada para la cama. Es preferible que sean naturales y holgadas ya que la transpiración es más fácil y a su vez la ropa absorbe el sudor, cosa que no ocurre con las sintéticas. Los calcetines por lo tanto deberán ser de algodón o de hilo para una buena transpiración en el pie. Del mismo modo, el calzado debe ser de piel, tela o loneta por su buena aireación, el calzado de las deportivas debe ser sólo para el momento en el que se practique el deporte ya que aún siendo calzado aireado las suelas son sintéticas.
- Desaconsejar la utilización de lejías o suavizantes para la ropa ya que pueden ser irritantes para la piel.
- Evitar en el niño el tomate crudo o frutos cítricos al igual que el chupete ya que a este tipo de niños les desencadena rápidamente un brote en la piel peribucal.
- Evitar las horas en que el sol es más fuerte (12 a 16h).
- Utilizar cremas de fotoprotección alta.
- Aconsejar el baño en el mar antes que en las piscinas, y siempre al salir del agua ducharse para retirar restos de sales marinas o cloro principalmente y para secarse posteriormente y aplicar cremas hidratantes o emolientes.
- Mantener constantes la temperatura y la humedad de las habitaciones (20°C), evitando excesos con la calefacción y utilizando humidificadores o recipientes con agua sobre los radiadores en caso de calor o poner el humidificador en caso de aparatos de aire acondicionado. Los cambios bruscos de temperatura (frío/calor), los ambientes secos por (frío/calor) son motivo suficiente para desencadenar una brote de la enfermedad.

- Ventilar diariamente el hábitat familiar y principalmente el dormitorio del paciente, por lo menos durante 5 minutos todos los días.
- Recomendar el uso de aspiradores para eliminar el polvo ya que es el procedimiento adecuado y más rentable para prevenir la posible aparición de nuevos brotes ya que evitamos con ello levantar el polvo. La aspiración no solamente se realizará a nivel de suelo sino que tendremos muy en cuenta los lugares donde pueda haber acumulación de polvo como pueden ser: alfombras, cortinas, peluches, etc., que faciliten su concentración.
- Desaconsejar los animales domésticos (perros, gatos, jilgueros, etc.) sólo si padece una alergia a pelos, plumas de setos (2).

Vigilancia de la piel (3590)

Actividades:

- Observar si hay excesiva sequedad en la piel.
- Observar si la ropa está ajustada.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.
- Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

Protección contra las infecciones (6550)

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

- Aconsejar el lavado de pies cuando hay lesiones para retirar restos de sudor, tierra, polvo, etc., la aplicación de cremas hidratantes y el uso de zapatillas ventiladas y calcetines limpios⁽²⁾.
- Intentar prolongar la lactancia materna ya que evita rechazos alimentarios y estimula el sistema inmunitario del bebé.

Manejo del prurito (3550)

Actividades:

- Determinar la causa del prurito.
- Cubrir las manos con mitones, cuando resulte oportuno.
- Realizar exploración física para identificar alteraciones en la piel.
- Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.
- Alentar al paciente a utilizar un humidificador en casa.
- Enseñar al paciente a mantener cortas la uñas. Las uñas cortas, limadas y limpias harán que durante el rascado no se produzcan lesiones y por consiguiente posibles infecciones de estas.
- Instruir al paciente para minimizar la sudoración o sudación evitando ambientes cálidos o ejercicios físicos bruscos.
- Instruir al paciente a que el baño debe ser con agua templada y durante unos 10 minutos, preferiblemente al atardecer o antes de cenar para así disminuir el estrés, la sequedad y picor a la hora de dormir.
- Aconsejar el uso de tejidos naturales. La lana y los tejidos sintéticos aumentan la temperatura corporal y por consiguiente en estos pacientes se acentúa el picor.
- Evitar de la dieta alimentos como las fresas, kiwis, plátanos, derivados del cacao y frutos secos, estos alimentos pueden desencadenar un episodio de incompatibilidad y dar origen a prurito.
- Aconsejar el baño nada más terminar la práctica de deporte ya que éste hace que la sudoración sea más intensa y si la persona no se

baña nada más terminar la piel será irritada por su propio sudor ocasionándole picor.

Riesgo de infección

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos (ocasionado al paciente lesiones seropurulentas por rascado).

Resultado 1: Curación de la herida: por primera intención (1102)

Indicadores:

- Resolución de la secreción serosa de la herida (110203).
- Resolución de la sequedad (110212).
- Resolución del prurito (110212).
- Hidratación (110212).
- Textura (110212).

Intervenciones:

- Administración de medicación: tópica (2316).
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584).
- Vigilancia de la piel (3590).
- Protección contra las infecciones (6550).

Resultado 2: Estado infeccioso (0703)

Indicadores:

- Erupción (070301).
- Vesículas sin costra (070302).
- Supuración purulenta (070305).
- Fiebre (070307).
- Dolor/hipersensibilidad (070308).
- Malestar general (070311).
- Colonización del cultivo de la herida (070323).

Intervenciones:

- Protección contra las infecciones (6550).
- Vigilancia de la piel (3590).
- Control de infecciones (6540).

Actividades:

- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador.
- Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.
- Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada.

Bibliografía Consultada:

Proceedings of the Consensus Conference on The Management of Atopic Dermatitis In Children Ann Dermatol Venereol. 2005 Jan; 132 Spec N° 1:1S5-290.
Moisturizers: what they are and a Practical approach to product selection. Cutis. 2005 Dec; 76 (6 Suppl): 26-31.

- Administración de terapia antibiótica si procede.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Dar baños con detergentes antibacterianos si existe infección por lesiones de rascado, si procede.

Ansiedad

Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, en este caso diagnosticada a los padres cuando el paciente es un niño.
Resultado: Control de la ansiedad (1402).

Indicadores:

- Busca información para reducir la ansiedad (140204).
- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad (140215).
- Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (140216).
- Verbaliza la aceptación de la situación de salud (140219).

Intervenciones:

Disminución de la ansiedad (5820)

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Educar a la familia en que no es una enfermedad incapacitante ni contagiosa.

Asesoramiento (5240)

Actividades:

- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer metas.
- Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.
- Proporcionar información objetiva.

- Instruir a la familia sobre los cuidados a llevar con el paciente.

Escucha activa (4920)

Actividades:

- Mostrar interés en el paciente.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa.

Apoyo al cuidador principal (7040)

Actividades:

- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.

Mantenimiento en procesos familiares (7130)

Actividades:

- Identificar las necesidades del cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida.

Terapia de juegos (4430)

Actividades:

- Si el paciente es un niño, realizar juegos en la hora del baño.

Tratamiento tópico

en casos agudos (prescripción facultativa):

- Corticoides como antiinflamatorios y antipruriginosos serán pomadas o ungüentos.
- Inmunomodulador tópico.
- Pomadas con mupirocinas u otro antibiótico al que sea sensible el *Staphylococcus aureus* (principal causante) cuando las lesiones de rascado están infectadas.
- Antihistamínicos vía oral para aliviar el picor.

Bibliografía:

Fisiopatología de la dermatitis alérgica de contacto. I. Yanguas Bayona, M. González Gúemes. Fisiopatología de las enfermedades cutáneas, Editorial MCR, 1996.

Dermatología.

O. Braun-Falco, G. Plewig, H.H. Wolf RK. Winkelman, editorial Springer-Verlag Ibérica, S.A. Barcelona 1995

Dermatitis atópica.

J. de la Cuadra, M. Grau, F. Millán. Dermatología, Janssen farmacéutica, 1994.

Dermatitis atópica.

M. Armijo, F. Camacho. Tratado en Dermatología, Madrid: Aula médica 1998: 143-170.

Consejos prácticos en dermatitis atópica.

Dra. I. Febrer, Dra. A. Jiménez, Dr. A. Torrelo, Dr. A. Alomar, Dr. JA. Ratón, Dr. J. Ortiz. Lab. Fujisawa.

20 Preguntas Frecuentes en Dermatitis Atópica.

L. Puig, L. Peramiquel. Barcelona: Publicaciones Permanyer 2003.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

J.C.M. McCloskey, G. M. Bulechek. Ediciones Elsevier Science, 2002.

Clasificación de resultados de Enfermería (NOC).

Marion Jonson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Elsevier Science.

Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (Interrelaciones NANDA, NOC y NIC).

Marion Jonson, Gloria Bulechek, Joane McCloskey D. Meridean Maas, Sue Moorhead. Elsevier Science.