

## DERMATITIS ATÓPICA

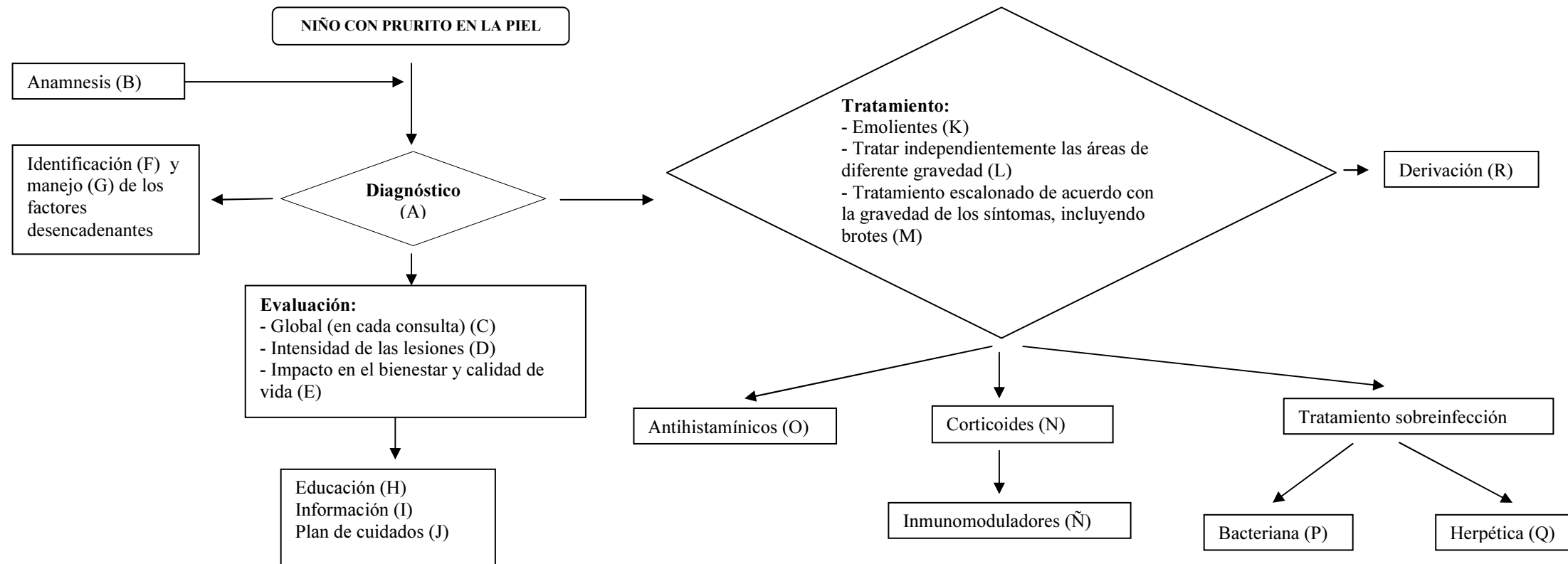
### **Juan Ruiz-Canela Cáceres**

Pediatra de Atención Primaria  
Centro de Salud Virgen de África.  
Sevilla.  
e-mail: [jruizcanela@gmail.com](mailto:jruizcanela@gmail.com).

### **José Bernabéu Wittel**

Responsable Unidad de Dermatología Pediátrica  
Hospital Universitario Virgen del Rocío.  
Sevilla

Cómo citar este artículo: Ruiz-Canela Cáceres J, Bernabéu Wittel J. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Dermatitis atópica. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)



## COMENTARIOS

(A) Diagnosticar el eccema atópico cuando un niño tiene una enfermedad de la piel con prurito<sup>1,2</sup>

Debe cumplir tres o más de las siguientes condiciones:

- Prurito: es un criterio indispensable y en caso de no estar presente se debe reconsiderar el diagnóstico
- Morfología y distribución típica: dermatitis en la cara y superficies cutáneas de extensión en niños hasta 2 años visible ó historia personal
- Historia personal de la piel seca en los últimos 12 meses y/o dermatosis crónicas o recurrentes
- Antecedentes personales de asma o rinitis alérgica (o antecedentes de enfermedad atópica en un familiar de primer grado de los niños menores de 4 años)
- Inicio de los signos y síntomas menores de 2 años (no utilizar este criterio en los niños menores de 4 años).

Tener en cuenta que niños de color del Caribe o africanos, el eccema atópico puede afectar a las superficies de extensión en lugar de las flexiones y los patrones en forma de disco (circular) o foliculares (alrededor de los folículos pilosos) pueden ser más frecuentes.

Criterios menores<sup>3</sup>

(B) Anamnesis que incluya<sup>1,2</sup>

- Tiempo de aparición, el patrón y la severidad
- Respuesta a los tratamientos anteriores y actuales
- Posibles factores desencadenantes (irritante y alérgica)
- Impacto de la enfermedad sobre los niños y sus padres o cuidadores
- Historia dietética incluyendo cualquier manipulación de la dieta
- Crecimiento y el desarrollo
- Antecedentes personales y familiares de enfermedades atópicas.

(C) Adoptar un enfoque holístico en la evaluación de eccema atópico del niño en cada consulta, teniendo en cuenta la gravedad del eccema atópico y la calidad de vida del niño, incluido los trastornos de sueño, y el bienestar psicosocial. No hay necesariamente una relación directa entre la gravedad del eccema atópico y el impacto del eccema atópico sobre la calidad de vida<sup>1,2</sup>

(D) Valoración de la intensidad de las lesiones<sup>1,2</sup>

- Normal:

- Piel normal
- No evidencia de eccema atópico activo.

- Leve:

- Áreas de la piel seca

- Picor infrecuente (con o sin pequeñas áreas de enrojecimiento).
  - Moderado
- Áreas de la piel seca
- Prurito frecuente
- Enrojecimiento (con o sin excoriación y engrosamiento de la piel localizada).
  - Grave:
- Áreas extensas de la piel seca
- Picor incesante
- Enrojecimiento (con o sin excoriación, extenso engrosamiento de la piel, sangrado, supuración, el agrietamiento y la alteración de la pigmentación).

(E) Valoración del impacto<sup>1,2</sup>:

Nulo:

- Ningún impacto.

- Leve:

- Poco impacto en las actividades diarias, el sueño y el bienestar psicosocial.

- Moderado:

- Impacto moderado en las actividades cotidianas y el bienestar psicosocial

trastornos del sueño con frecuencia.

- Grave:

- Grave limitación de las actividades cotidianas y el funcionamiento psicosocial
- Pérdida de sueño.

Tener en cuenta el impacto del eccema atópico en los padres o cuidadores, así como el niño y proporcionar asesoramiento y apoyo adecuados.

Tener en cuenta que todos los niveles de gravedad del eccema atópico (incluso leve) pueden tener un impacto en el bienestar y la calidad de vida. Tomarlo en cuenta a la hora de decidir sobre las estrategias de tratamiento.

(F) Identificación y manejo de los factores desencadenantes<sup>1,2,4</sup>

Al evaluar clínicamente niños con eccema atópico, tratar de identificar los factores desencadenantes potenciales, incluyendo:

- Irritantes, por ejemplo, jabones y detergentes (incluyendo champús, baños de burbujas, geles de ducha)
- Infecciones de la piel
- Alérgenos de contacto
- Alérgenos alimentarios
- Alérgenos inhalantes.

Considerar la posibilidad de alergia a los alimentos en:

- Niños con eccema atópico que han reaccionado previamente a un alimento con síntomas inmediatos

- Lactantes y niños pequeños con eccema atópico moderado o grave que no ha sido controlado por una gestión óptima , sobre todo si se asocia con alteración de la motilidad intestinal ( cólicos, vómitos, hábito intestinal alterado ) o retraso del desarrollo .

Considerar la posibilidad de alergia a inhalantes en:

- Niños con brotes estacionales de eccema atópico
- Niños con eccema atópico asociada con el asma o la rinitis alérgica
- Niños de 3 años o más con eccema atópico en la cara, especialmente alrededor de los ojos.

Considerar la posibilidad de dermatitis alérgica de contacto en:

- Niños con una exacerbación del eccema atópico previamente controlada
- Niños que reaccionan a los tratamientos tópicos.

Asesoramiento sobre las pruebas de alergia

- Asegurar a los niños con eccema atópico leve y sus padres o cuidadores que la mayoría de los niños con eccema atópico leve no necesitan tener pruebas para alergias.

(G) Gestión de la alergia a los alimentos<sup>1,2,4</sup>

- Ofrecer un ensayo de 6 a 8 semanas de una fórmula de proteína extensamente hidrolizada o fórmula de aminoácidos en lugar de la fórmula de leche de vaca para los bebés alimentados con biberón menores de 6 meses con eccema moderado o severo atópica que no ha sido controlada por el tratamiento óptimo con emolientes y corticosteroides tópicos suaves.
- No utilizar las dietas a base de proteínas no modificadas de la leche de otras especies (por ejemplo, de cabra o de oveja) o fórmulas parcialmente hidrolizadas para el manejo de la alergia a la leche de vaca sospechosa. Las dietas que incluyen proteína de soja se pueden ofrecer a los niños de 6 meses o más con asesoramiento dietético especialista).
- Informar a las madres que están amamantando a los niños con eccema atópico que no se sabe si la alteración de la dieta de la madre es eficaz en la reducción de la severidad de la condición. Considere la posibilidad de un ensayo con de una dieta de exclusión específica de alérgeno bajo la supervisión de la dieta si existe una sospecha de alergia alimentaria.

La marcha atópica es un concepto que implica que la Dermatitis Atópica es la primera etapa en la progresión a otros desordenes alérgicos y que un tratamiento adecuado puede prevenir y atenuar el desarrollo de otras condiciones

(H) Educación e información<sup>1,2,4</sup>

Explicar la gravedad general del eccema atópico del niño para el niño y sus padres o cuidadores.

Explicar que:

- El trastorno suele mejorar con el tiempo , pero que no en todos los niños remitirá y puede empeorar en la vida adolescente o vida adulta
- Niños con eccema atópico a menudo pueden desarrollar asma y / o rinitis alérgica y se sugiere que un tratamiento adecuado evita la progresión a otras enfermedades alérgicas.
- A veces la alergia alimentaria está asociada con el eccema atópico , sobre todo en niños muy pequeños
- No está claro cuál es el papel de factores tales como el estrés , la humedad o las temperaturas extremas tienen en la causa de los brotes de eccema atópico ( se deben evitar estos factores cuando sea posible)

- Eccema atópico puede hacer la piel más oscura o más clara temporalmente.

(I) Entrega de la información <sup>1,2,4,5,6</sup>

- Dedicar tiempo a educar a los niños con eccema atópico y sus padres o cuidadores sobre el eccema atópico y su tratamiento.

Proporcionar información de manera verbal y escrita, con demostraciones prácticas, (ideal un plan de cuidado individualizado) que incluya:

- La cantidad de los tratamientos a utilizar
- Con qué frecuencia debe aplicar tratamientos
- Cuándo y cómo al paso del tratamiento arriba o hacia abajo
- Cómo tratar el eccema atópico infectado.

Reforzar esto en cada consulta.

Al discutir las opciones de tratamiento, adaptar la información proporcionada a las prácticas culturales del niño en relación a los cuidados de la piel (y la forma en que se bañan). Baños cortos con agua tibia y emolientes en forma de aceite de baño. Se puede usar para evitar sobrecrecimiento de *Staphylococcus Aureus* hipoclorito sódico en concentración al 1:10.000

Terapias complementarias

- Discutir las terapias complementarias con el niño y sus padres o cuidadores e informarles de que la eficacia y seguridad de las terapias complementarias como la homeopatía, la fitoterapia, masaje y suplementos alimenticios para el tratamiento del eccema atópico no han sido adecuadamente evaluados en estudios clínicos y que deben tener cuidado con el uso de hierbas medicinales en los niños...

(J) En general se debe insistir en los cuidados y en el control precoz de los brotes y si es posible aportar un plan de cuidados individualizado:

PLAN DE ACCIÓN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CON DERMATITIS ATOPICA <sup>4,5,6</sup>

Nombre .....

1. Si el niño disfruta con el baño, un baño diario pueden ser beneficiosos en pacientes con DA. La frecuencia específica de baño debe ser individualizada para cada paciente y su respuesta al mismo. El uso de agua tibia y la limitación de la duración de la bañera (10 a 15 minutos) puede prevenir la deshidratación de la piel. Un detergente sintético suave y sin fragancia puede ser utilizado para limpiar las áreas sucias sin temor de exacerbar la enfermedad de la piel. La lejía diluida puede ser útil para los pacientes que son propensos a la infecciones (1 cm<sup>3</sup> de lejía domestica por litro de agua).
2. Si tu niño no disfruta con el baño o adviertes que el baño irrita su piel, lo realizas con una frecuencia inferior.
3. Después del baño, es importante el mantenimiento de la hidratación de la piel. No frote ni seque la piel, aplicando demasiada fuerza ni por mucho tiempo.
4. Las medicaciones prescritas deben ser aplicadas en las áreas donde la piel está roja, rugosa o pica. Estas medicaciones deben ser aplicadas en una fina capa.
  - Aplicar ..... a las áreas afectadas de la cara, cuello, axilas e ingle. La medida es la cantidad de crema/ungüento exprimida, aplicada desde el pliegue distal de la cara palmar de la yema del dedo índice



- Aplicar ..... a otras zonas afectadas del cuerpo. La medida es la cantidad de crema/ungüento exprimida aplicada desde el pliegue distal de la cara palmar de la yema del dedo índice.
  - 4. Aplicar una crema hidratante (preferible una crema a ungüento) sobre toda la cara y el cuerpo. Se deben utilizar unos minutos después del baño, antes de que la piel se seque.
  - 5. La crema hidratante se pueden aplicar tantas veces como se note que la piel está seca o se tenga picor. Los medicamentos de prescripción no debe ser usados más de dos veces al día.
  - 6. Continuar con la medicación de prescripción para la piel, hasta que la piel se normalice desaparezca la rugosidad y el enrojecimiento. Si el brote no mejora a las dos semanas hablar con su médico.
  - 7. Reemprender el tratamiento tan pronto como el brote retorne.
  - 8. Los Antihistamínicos pueden ayudar con el picor y los trastornos de sueño
    - Dar antihistamínico..... 30 minutos antes de acostarse si el niño tiene picor
    - Dar antihistamínico..... por la mañana si se necesita por el picor
  - 9. Si sale exudado o hay presencia de pus, o costras amarillas, esto pueden indicar que la piel está infectada. Hablar con tu doctor sobre tu preocupación sobre la infección de la piel.
- (K) Utilizar emolientes en el manejo de eccema atópico, incluso cuando la piel este limpia, adaptado a las necesidades y preferencias del niño para la hidratación diaria, lavar y bañarse. Los emolientes deben ser<sup>1,2,7</sup>:
- Usados con frecuencia y en cantidades mayores que otros tratamientos, en todo el cuerpo, incluso cuando la piel este normal.
  - Empleados cuando se combinan con otros tratamientos
  - Revisar los productos individuales y combinaciones de productos con los niños y sus padres o cuidadores, al menos, una vez al año para asegurarse de que sigue siendo la terapia óptima.
  - En general los emolientes son suficientes una vez al día tras el baño, siempre con agua templada (unos 33 grados), evitando temperatura ambiental muy cálida.

(L) Tratar independientemente las áreas de diferente gravedad:<sup>1,2</sup>

Tener en cuenta que las áreas de eccema atópico de diferente gravedad pueden coexistir en el mismo niño. Si este es el caso, cada área debe ser tratada de forma independiente.

(M) Usar un tratamiento escalonado de acuerdo con la gravedad de los síntomas (incluyendo brotes)<sup>2</sup>:

Tratamiento escalonado: opciones de tratamiento

Leve	Moderada	Severa
Emolientes Corticoides tópicos de potencia baja	Emolientes Corticoides tópicos de potencia intermedia Inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, picremolimus) Cura oclusiva	Emolientes Corticoides tópicos de potencia alta Inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, picremolimus) Cura oclusiva Fototerapia Tratamiento sistémico

#### Brotos

- Ofrecer información sobre cómo reconocer los brotes (aumento de la sequedad, picazón, enrojecimiento, inflamación e irritabilidad general).
- Dar instrucciones claras sobre la forma de gestionar los brotes de acuerdo con el plan de atención escalonada y prescribir tratamientos que permiten a los niños y sus padres o cuidadores, seguir este plan.
- El tratamiento debe iniciarse tan pronto como aparezcan los signos y síntomas. Continuar durante aproximadamente 48 horas después de que los síntomas desaparezcan.

(N) Corticoides tópicos<sup>1,2,3,8</sup>

- Discutir los riesgos y beneficios del tratamiento con corticoides tópicos y hacer hincapié en que los beneficios superen los posibles daños cuando se aplica correctamente
- Explicar que los corticoides tópicos deben aplicarse únicamente a las áreas de eccema atópico activo (o zonas de eccema que ha estado muy activo en las últimas 48 horas)
- Adaptar la potencia de los corticoides tópicos a la severidad del eccema atópico del niño, que puede variar según la zona del cuerpo:
  - Potencia adecuada:
    - Brote agudo:
      - Corticoide de mediana potencia
      - En cara, pliegues y zona del pañal evitar corticoides de alta potencia
  - Vehículo adecuado
    - Eccema agudo y exudativo: corticoides en crema o loción
    - Eccema seco o liquenificado: corticoides en loción o crema



- Pauta apropiada, en cantidad y tiempo
  - Según la ficha técnica, se aplicarán 1-2 veces/día
  - Duración máxima: 4 semanas consecutivas
  - Suspende cuando se controle el eccema
- Considerar la posibilidad de tratar las áreas problemáticas del eccema atópico con Corticoides tópicos durante dos días consecutivos a la semana para prevenir los brotes, en lugar de tratar los brotes que puedan surgir, en niños con erupciones frecuentes (dos o tres por mes). Revise esta estrategia dentro de 3-6 meses para evaluar la eficacia.
- Considerar la posibilidad de un corticosteroide tópico diferente de la misma potencia como una alternativa a la intensificación de tratamiento si usted sospecha taquifilaxia

#### Frecuencia de aplicación:

- Se recomienda que los corticoides tópicos para el eccema atópico sean prescritos para la aplicación sólo una vez al día, tienen la misma efectividad que dos veces al día y mejor perfil de seguridad.
- Se recomienda que cuando se considere clínicamente apropiado más de un corticoide tópico alternativo dentro de una clase de potencia, se seleccione el medicamento con el menor costo de adquisición debe ser prescrito, teniendo en cuenta el tamaño del envase y la frecuencia de aplicación.

#### (Ñ) Inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, pimecrolimus)<sup>1,2</sup>

- Tacrolimus y pimecrolimus tópicos no se recomiendan para el tratamiento del eccema atópico leve o como tratamiento de primera línea para el eccema atópico de cualquier gravedad.
- Se recomienda tacrolimus tópico, dentro de sus indicaciones autorizadas, como una opción para el tratamiento de segunda línea para el eccema atópico en los adultos y niños mayores de 2 años, de moderado a grave, que no ha sido controlado por los corticoides tópicos, donde existe un grave riesgo de importantes efectos adversos por una mayor utilización de corticoides tópicos, atrofia de la piel en particular irreversible.
- Se recomienda pimecrolimus, dentro de sus indicaciones autorizadas, como una opción para el tratamiento de segunda línea del eccema atópico moderado en la cara y el cuello en los niños de 2 a 16 años que no ha sido controlada por los corticoides tópicos, donde existe un grave riesgo de importantes efectos adversos de una mayor utilización de corticoides tópicos, atrofia de la piel en particular irreversible.
- Para los propósitos de esta orientación, el eccema atópico que no ha sido controlado por los corticoides tópicos se refiere a la enfermedad que no ha mostrado una respuesta clínica satisfactoria para el uso adecuado de la fuerza máxima y la potencia que es apropiada para la edad del paciente y el área que está siendo tratada.
- Se recomienda que el tratamiento con tacrolimus o pimecrolimus sea iniciado por médicos, con un interés y experiencia en dermatología, y sólo después de una cuidadosa discusión con el paciente sobre los posibles riesgos y beneficios de todas las opciones de tratamiento de segunda línea apropiadas.
- Inhibidores de la calcineurina tópicos para el eccema atópico facial: considerar la posibilidad de intensificar el tratamiento con los inhibidores tópicos de la calcineurina para el eccema atópico facial en niños que requieren a largo plazo o el uso frecuente de los Corticoides tópicos suaves.
- Los inhibidores tópicos de la calcineurina sólo deberían aplicarse a áreas de eccema atópico activo, que pueden incluir zonas de piel resquebrajada

- No utilizar los inhibidores tópicos de la calcineurina bajo oclusión (con vendas y apósitos) para el tratamiento del eccema atópico en los niños sin el consejo dermatológico especializado.
- Hay recomendaciones de utilizar los inmunomoduladores ( tacrolimus) dos veces por semana en zonas crónicas para reducir el número de brotes

## (O) Antihistamínicos

- No utilizar rutinariamente los antihistamínicos orales en el tratamiento del eccema atópico en los niños<sup>1,2</sup>.
- Ofrecer una prueba de 1 mes de un antihistamínico no sedante a:
  - Niños con eccema atópico severo
  - Niños con eccema atópico leve o moderada si existe prurito o urticaria severa.
  - Si tiene éxito, el tratamiento puede continuarse mientras persistan los síntomas. Revisar cada 3 meses.
  - Ofrecer 7-14 días de un sedante antihistamínico apropiado para la edad de niños de 6 meses o más durante los brotes agudos si la alteración del sueño tiene un impacto significativo sobre el niño o sus padres o cuidadores. Esto se puede repetir en los brotes posteriores en caso de éxito. Existen diversos preparados antihistamínicos disponibles<sup>9</sup>

## (P) Infección bacteriana<sup>1,2,10</sup>

- Los signos clínicos de sobreinfección bacteriana, con mayor frecuencia de *Staphylococcus aureus*, incluyen llanto, pústulas, formación de costras de color miel, empeoramiento de la dermatitis o la falta de respuesta a la terapia. La presencia de vesículas y erosiones en sacabocados puede ser un signo de eccema herpético .
- *Staphylococcus aureus* es un colonizador frecuente con la piel en pacientes con dermatitis atópica. El organismo puede ser aislado de las lesiones de la piel del 76 a 100 por ciento de los pacientes , en comparación con sólo 2 a 25 por ciento de los individuos no afectados. Sin embargo, en pacientes sin infección clínica el papel de la colonización estafilocócica sobre la gravedad de la enfermedad todavía no está claro .
- Debido a la colonización de la piel universal, con *S. aureus* en pacientes con dermatitis atópica, no se recomiendan los cultivos bacteriológicos . Sin embargo, el cultivo de la piel y nasal pueden ser útiles para la infección recurrente, infección que no responde al tratamiento, preocupación acerca de la resistencia a los antimicrobianos o sospecha clínica de microorganismos poco frecuentes.
- Para los pacientes con infección clínica localizada, sugerimos mupirocina tópica. La mupirocina 2 % crema se aplica dos veces al día durante una a dos semanas. Un uso prolongado de antibióticos tópicos se debe evitar debido al riesgo de inducir resistencia bacteriana. Para los pacientes con infección más extensa, se recomienda tratamiento antibiótico oral con cefalosporinas o penicilinas penicilinasasa - resistentes durante dos semanas .
- En pacientes sin signos de infección clínica, la eficacia de otros antisépticos o antibióticos orales o tópicos en la mejora de la gravedad de la dermatitis es incierta

## (Q) Infección por herpes<sup>1,2,10</sup>

- Considerar la posibilidad de infección por el virus del herpes simple si el eccema atópico infectado de un niño no responde al tratamiento con antibióticos y un corticoide tópico apropiado.
- Si un niño con eccema atópico tiene una lesión en la piel y se sospecha que es producida por virus del herpes simple, iniciar el tratamiento con Aciclovir oral, incluso si la infección está localizada.

- Tratar la sospecha de eccema herpético (virus herpes simple generalizado) inmediatamente con aciclovir sistémico y derivar para valoración inmediata por el dermatólogo. Si también se sospecha que hay una infección bacteriana secundaria, comenzar el tratamiento con antibióticos sistémicos apropiados.
- Tratar el eccema herpético que afecta la piel alrededor de los ojos con aciclovir sistémico y referir para el mismo día para consejo oftalmológico y dermatológico.
- Ofrecer información sobre la forma de reconocer los signos de eccema herpético
- Síntomas sugerentes son áreas de rápido empeoramiento, eccema doloroso. posible fiebre letargo o malestar, presencia de ampollas agrupadas en consonancia con las primeras etapas el herpes labial, erosiones en sacabocados (lesiones ulceradas deprimidas circulares) generalmente 1-3 mm que son de apariencia uniforme (estos pueden unirse para formar grandes áreas de erosión con formación de costras).

(R) Muchos pacientes con dermatitis atópica inicialmente pueden ser tratados en atención primaria. Sugerimos que los pacientes sean derivados a un especialista o servicio hospitalario en las siguientes circunstancias<sup>1,2,10</sup>

- Inmediatamente: si se sospecha eccema herpético
- En menos de dos semanas a un dermatólogo:
  - Dermatitis atópica severa
  - No mejora tras la terapia antibiótica de 7 días
  - Cuando el diagnóstico es incierto
  - Cuando los pacientes no han respondido a la terapia adecuada
  - Si se contempla el tratamiento de la dermatitis atópica en la cara o pliegues de la piel con Corticoides tópicos de alta potencia
  - Si se está considerando el tratamiento con agentes inmunosupresores sistémicos

## BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Health of Clinical Excellence. Pathway. Atopic eczema in children. [consultado enero 2015] disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/atopic-eczema-in-children> (actualizado febrero 2014).
2. National Institute for Health of Clinical Excellence. Atopic eczema in children: Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. [consultado enero 2015] disponible en : <http://publications.nice.org.uk/atopic-eczema-in-children-cg57>
3. Martín Mateos MA. Dermatitis Atópica 2 edición (actualizado 2011). [consultado 10 enero 2015]. Disponible en: <http://www.seicap.es/ver-informe.asp?sec=45&msg=1497&s1=>
4. Tollefson MM, Bruckner AL; SECTION ON DERMATOLOGY. Atopic dermatitis: skin-directed management. Pediatrics. 2014;134, e1735-44
5. Craig FE, Smith EV, Williams HC. Bleach baths to reduce severity of atopic dermatitis colonized by Staphylococcus. Arch Dermatol. 2010;146:541-3
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). MANAGEMENT OF ATOPIC ECZEMA IN PRIMARY CARE. Edinburgh: SIGN; Year. (SIGN publication no.125). [consultado enero 2105 ]. disponible : <http://www.sign.ac.uk>
7. Fernández Segura E. Productos de parafarmacia cuidado de la piel. [acceso enero 2105] . disponible en: [http://www.infodoctor.org/gipi/pdf/parafarmacia\\_cuidado\\_piel.pdf](http://www.infodoctor.org/gipi/pdf/parafarmacia_cuidado_piel.pdf)
8. García Puga JM. Sánchez Ruiz-Cabello J. Guía rápida de Dosificación Practica en Pediatría. ( 2º edición 2013). [acceso enero 2015]. Disponible: <http://www.guiafarmapediatrica.es/vademecum/topicos-dermatologicos/corticoides>
9. García Puga JM. Sánchez Ruiz-Cabello J. Guía rápida de Dosificación Practica en Pediatría. ( 2º edición 2013). [acceso enero 2015]. Disponible: <http://www.guiafarmapediatrica.es/vademecum/antihistaminicos-h1-orales>
10. Howe W. Treatment of atopic Dermatitis (revision 23/04/2014). Uptodate. Disponible : <http://ws003.juntadeandalucia.es:2080/contents/treatment-of-atopic-dermatitis-eczema>