



# Dermatitis atópica

## Un enfoque práctico para Atención Primaria

## Introducción:

Las dermatosis cutáneas que cursan con picor y alteraciones eccematosas constituyen uno de los principales motivos de consulta en **Atención Primaria (AP)**, dentro de estos motivos, la **dermatitis atópica (DA)** será una de las principales causas.

La **DA** debemos considerarla como una enfermedad sistémica, de tipo inflamatorio, y de evolución crónica <sup>(1,2,3)</sup>, basada en numerosas recurrencias, donde el picor intenso de la piel será un protagonista destacado. Sus lesiones suelen presentar un patrón de distribución característico, en los que descubriremos una historia familiar y personal de **atopia** <sup>(1)</sup>. Su incidencia y prevalencia serán muy elevadas, pudiendo verse afectados hasta al 20 % de los niños <sup>(1,2)</sup>, y entre el 10 %-15% de los adultos.

Las **guías norteamericanas** y  **europeas** detallan el manejo de la **DA**, pero en ninguna de ellas se ofrece un capítulo específico orientado al **diagnóstico y su manejo terapéutico** desde **AP**, tanto en la situación de brote (agudo) como en su seguimiento y mantenimiento estable <sup>(4,5,6)</sup> (tratamiento proactivo), sin olvidar aquellas medidas de autocuidado de la piel que empoderen al paciente en el control de su enfermedad.

Con estas premisas, el grupo de dermatología de la **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**, elabora una guía que facilite al médico de AP el diagnóstico, tratamiento, detección y manejo adecuado de sus comorbilidades, ofreciendo criterios de derivación para aquellos pacientes con **DA** que lo requieran.

# “Un nuevo enfoque desde la consulta del médico de Atención Primaria”

La **DA** es una afectación crónica, de base genética, intensamente pruriginosa, que afecta a la calidad de vida del paciente y de su familia, observándose una determinada asociación con diferentes comorbilidades. Suele presentarse con característicos signos cutáneos.

Durante su **evolución clínica**, observamos que presentan períodos de exacerbaciones o brotes, y periodos de remisión <sup>(1,4,5)</sup>. No existe un marcador biológico específico, por lo que la base fundamental para su diagnóstico será clínica, la anamnesis y el examen físico. En la mayoría de los casos, estarán presentes unos antecedentes personales de atopia, y una historia familiar también de alergia y atopia. Presenta una gran variabilidad clínica, punto clave que dificulta su diagnóstico y su manejo desde atención primaria.

En esta guía se proporcionan herramientas al médico de **atención primaria**, que faciliten su diagnóstico, su tratamiento (tanto en las situaciones agudas como en los períodos intercríticos) y recomendaciones dirigidas al paciente que faciliten alcanzar los **objetivos terapéuticos**, así como los cuidados de su piel. Se incluyen también, los **criterios de derivación** desde AP.

## Como hacer un diagnóstico desde Atención Primaria

### Primer Paso: Sospecha diagnóstica. (Tabla 1)

- **Anamnesis** que recoja los **antecedentes familiares (AF)** y **personales (AP)** de algún signo de atopia o alergia, incluyendo rinitis y asma, así como alergia a determinados alimentos/fármacos. Tratamientos que haya llevado y su resultado

Tabla 1

DA del lactante	DA infantil	DA adulto
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Suele iniciar a los 5 meses de vida.</li><li>○ Escamas seborreicas y costras en cuercabelludo puede ser lo primera maifestación.</li><li>○ Papulas o placas eritematosas, edematosas con escoriaciones, exudados y costras.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Desde los 2 años hasta los 7 años o pubertad.</li><li>○ Afecta flexuras (codos y rodillas)</li><li>○ Lesiones eccematosas por vesículas.</li><li>○ Brotes en otoño y primavera.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Placas de liquenificación</li><li>○ Engrosamiento de la piel con aumento de su reticulado normal respuesta al rascado crónico.</li></ul>
		

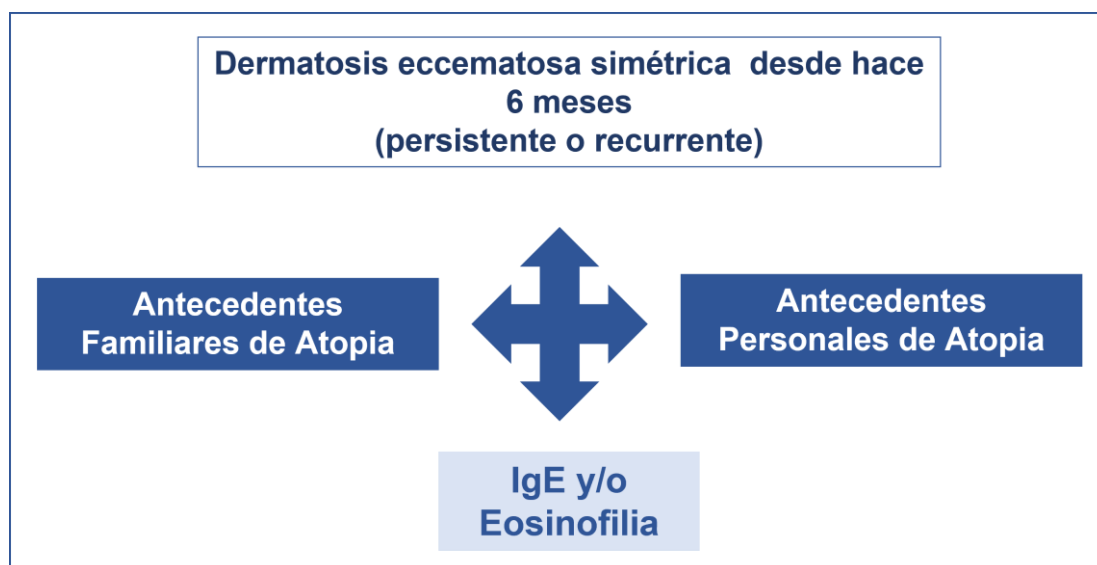
- **Exploración física**, destacando la presencia de lesiones eritematosas, recidivantes y muy pruriginosas, así como su localización predominante. Tienen variabilidad de la zona afecta, de acuerdo con la edad del paciente.

## Segundo Paso: Confirmación diagnóstica.

Las guías americanas y europeas describen que existen diferencias clínicas según la etapa de la vida en que se presenta la **DA**, diferencia cuando se trata de la **edad infantil** o para pacientes **adolescentes/adultos (Tabla 1)**. Estas guías, incluyen diferentes criterios diagnósticos para las diferentes etapas de la vida.

Por otra parte, la aplicación en consulta de **AP** de estos criterios entraña una dificultad enorme y poco práctica, y siguiendo las últimas tendencias en este tema tras analizar las guías referenciadas, la simplificación debe ser lo que predomine, por lo que proponemos los siguientes criterios que facilitan el diagnóstico desde **AP**; su aplicación es fácil y práctica, evitando dejar fuera a numerosos pacientes con **DA leve-moderada** (puede llegar a suponer casi un 80%) que, de otra forma, podrían escapar a nuestro diagnóstico. (Figura 1).

Figura 1



## Tercer Paso: Evaluación de la gravedad.

Tras la confirmación diagnóstica, y antes de establecer un plan individual, debemos **valorar la gravedad** de la **DA**.

Como ya hemos descrito, esta patología presenta una gran variabilidad clínica, por lo que es difícil establecer un método electivo para valorar la gravedad.

La European Task Force on Atopic Dermatitis, diseñó el “Scoring Atopic Dermatitis” (**SCORAD**) para valorar la gravedad en pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de **DA**.

EL **SCORAD** es una herramienta que valora tres parámetros, permitiendo asignar una puntuación entre **0 y 50 puntos** (Figura 2).

- **A: Extensión del área afectada** por la dermatitis, que se expresa como porcentaje de superficie corporal afectada por la inflamación.
  - Se emplea la “**regla de los 9**” de Wallace como instrumento de medida (la sequedad sin otra lesión no contabiliza). Puede suponer hasta el 20% del total.
  - **Regla del 1%** o de la “**palma de la mano**”. Es un instrumento de valoración rápida para calcular el % de piel afecta. Se toma como referencia a palma de la mano del paciente (dedos juntos y extendidos), la superficie que se puede cubrir de esta manera es el 1%. Es útil para superficies pequeñas y como herramienta complementaria de la regla de Wallace.
- **B: Intensidad** de las diversas **lesiones** observadas. puntuándose cada una de **0 a 3**. Supone hasta el 60% del total.  
se valoran seis tipos (Tabla 2):
- **C: Síntomas subjetivos** en los **tres últimos días/ o nocturnos: prurito y pérdida de sueño**, dando a cada uno entre **0 y 10 puntos** mediante una escala analógica virtual. Representa un 20% del total.

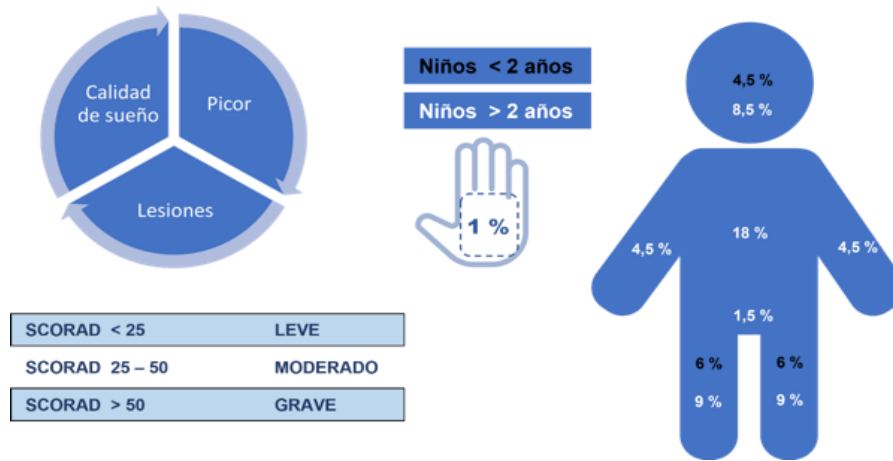
Lesiones cutáneas	Imagen
Eritema	
Edema / pápulas	
Exudado / costras	
Excoriaciones	
Liquenificación / sequedad	

Tabla 2

Tras valorar los tres parámetros que integran el **SCORAD**, se establece una puntuación que sirve para determinar el grado concreto de gravedad (Tabla 2, Figura 2).

Esta escala, facilita al médico de **AP** la toma de decisiones clínicas, base para poder determinar un tratamiento individualizado.

Existen **aplicaciones electrónicas** (APPS app-Easy Scorad®, app-Eczema®, app-trackerquer®, app-Dermis®) que nos pueden facilitar la realización de la prueba en consulta, y para que el paciente se autoevalúe de manera continuada, empoderándose en el control de su enfermedad y mejorar el apego a su tratamiento.

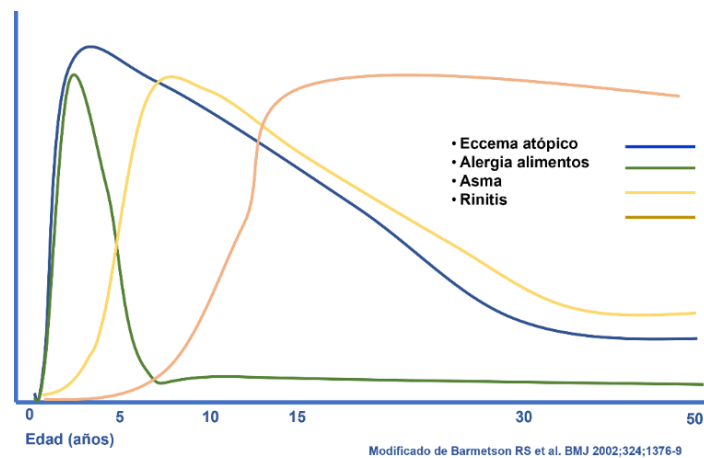


Gravedad de DA según SCORAD	Puntuación
Leve	0 a 25
Moderado	25 a 50
Grave	de 50.

Figura 2

### Cuarto paso: Enfermedades relacionadas (comorbilidad).

La **DA** se ha relacionado con diferentes patologías, entre las que destacamos las recogidas en el término de “**marcha atópica**”, secuencia patológica caracterizada por presentar alergia alimentaria, asma y rinitis alérgica. Proceso que se inicia en la etapa infantil y puede culminar en la adultez. Se ha determinado una predisposición genética que además es favorecida por la exposición o contacto con alérgenos específicos.



Grafica 1

Por otra parte, el proceso de inflamación continua en la piel, el **ciclo prurito-rascado** favorece Infecciones oportunistas, como las ocasionadas por el estafilococo aureus (impetiginización) o por virus (herpes, poxvirus), problemas de tipo oftalmológico, e incluso de riesgo cardiovascular.

## **Quinto paso: Plan de seguimiento individualizado y Manejo terapéutico**

En este paso, muy importante, debemos realizar una planificación terapéutica específica.

### **A. Información/educación al paciente:**

Deberemos dar respuestas adecuadas a nuestro paciente:

- ¿Qué enfermedad padece? De una forma fácil de comprender.
- ¿Cómo se comporta?, cronificada en base a brote-remisión.
- ¿informar de la diferencia entre tratamiento activo y otro proactivo?
- ¿Complicaciones que puede presentar?

### **B. Cuidados continuados de la piel.**

- Transmitir la importancia de su completa adherencia y participación en su manejo (empoderamiento del paciente).
- Recomendar y explicar el uso y aplicación adecuada de los emolientes/hidratantes de una forma crónica.
- Beneficios de una exposición solar moderada.
- Humidificación ambiental.
- Recomendaciones sobre duchas cortas con agua templada y gel de ducha no alcalino.
- Evitar rascado (evitar el circuito prurito-rascado-lesión).
- Cortar las uñas frecuentemente.
- Evitar ropa sintética y lana.
- Evitar alcohol, tabaco, y uso de picante en comidas.
- Aconsejar la lactancia materna.



## Manejo terapéutico.

Tiene como finalidad romper el ciclo prurito-eczema.

### 1. Objetivos terapéuticos:

Su manifestación clínica más evidente es **la inflamación**, junto al síntoma más característico y limitante, el **picor (prurito)**. Por estos motivos, el tratamiento fundamental va dirigido a minimizarlos:

- Disminuir la **inflamación** de la piel
- Controlar el **prurito** y sus **consecuencias**
- Atender las **comorbilidades**
- Evitar **recurrencias** (fases agudas)
- Mejorar la **calidad de vida**

### 2. Terapéutica farmacológica:

Describiremos en este apartado cuales son los **fármacos tópicos** y el tipo de formulación galénica recomendado para el tipo de lesión cutánea. Por otro lado, durante las **fases de actividad** ciclo eczema-picor "**fase activa o brote**" de la **DA es importante realizar la terapia personalizada** Debiendo además seleccionar el **principio activo** y la **formulación galénica** adecuada para el tipo de lesión (Tabla 3 y Figura 3):

- En **lesiones muy agudas exudativas**, y tras aplicar fomentos astringentes o salinos, utilizar lociones, espuma o cremas con bajo contenido de componente graso.
- Para las **lesiones secas/muy secas o liquenificadas**, se recomienda utilizar pomadas o ungüentos.
- En lesiones localizadas en **cuero cabelludo**, la espuma, loción o gel.
- En **zonas intertriginosas o pliegues**, cremas o emulsiones fluidas.  
Y, en lesiones de **localización facial**: cremas, emulsión luida o espuma.

- **Terapia en “fase activa o brote”:**

Las guías coinciden que se debe centrar el tratamiento en el uso de **terapia tópica** con **glucocorticosteroides tópicos (CT)** y con **inhibidores de la calcineurina**, como **fármacos de primera línea**. En este punto, debemos destacar la influencia perniciosa del fenómeno denominado “**corticofobia**”, o miedo en la población (incluidos algunos profesionales sanitarios) al uso adecuado de los corticoides. De aquí la importancia de explicar con detalle todos los puntos del **plan terapéutico**, destacando la importancia de seguir las pautas correctamente, sin abandonos, incluyendo también los posibles fenómenos colaterales y efectos secundarios de los fármacos tópicos empleados (Tabla 3).

Comenzar utilizando un **CT de potencia media/alta** (2 veces/día) hasta disminuir los síntomas, reduciendo progresivamente (1 vez/día), y pasar a uno de **potencia inferior** hasta su remisión, sin sobrepasar las 2 semanas de tratamiento. Debemos intentar evitar el efecto rebote, utilizándolos de forma “proactiva” en la fase de mantenimiento, como se explica en el apartado siguiente. En **niños o área facial** (sobre todo los párpados) sólo se utilizarán los corticoides de potencia baja-media (se recomienda emplear los **IC**).

En la fase activa de la DA el **corticoide tópico** es fundamental para control de la inflamación cutánea, sin embargo, en la fase **proactiva o de mantenimiento** se utilizan los **inhibidores de la calcineurina**, (tacrolimus tópico 0.1% - 0.3% es efectivo en niños y adultos). <sup>(1,9)</sup> (Tabla 3).

Tabla 3

	<b>Glucocorticoide tópico</b>	<b>Inhibidores de la calcineurina</b>
<b>Tratamiento agudo /Brote</b> Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hidratación de las lesiones</li> <li>o Control de síntomas: Prurito/inflamación cutánea</li> <li>o Importante la terapia combinada con el corticoide tópico y los inhibidores de la calcineurina.</li> </ul>	Iniciar con potencia media/alta <ul style="list-style-type: none"> <li>o 2 veces al día</li> </ul> Al mejorar las lesiones podemos disminuir la dosis y potencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1 vez al día</li> </ul> Suspender al control de la sintomatología.	Tracrolimus tópico 0.03% y 0,1% pomada. 2 aplicaciones al día <ul style="list-style-type: none"> <li>o Adultos concentración 0.1%</li> <li>o Niños 2-16 años concentración 0.003%</li> <li>o Pimecrolimus tópico 1% en crema</li> </ul>
<b>Tratamiento Proactivo o de mantenimiento para control de la inflamación subclínica.</b>	Indicados en algunos pacientes que aún tengan síntomas. <ul style="list-style-type: none"> <li>o 2 aplicaciones por semana separadas cada 2/3 días</li> <li>o Aplicar en la zona cutánea que tenía las lesiones previamente.</li> </ul>	Tracrolimus tópico 0.03% y 0.1% pomada. <ul style="list-style-type: none"> <li>o 2 aplicaciones por semana separadas 2-3 días.</li> <li>o Se aplica en las mismas zonas anatómicas afectadas previamente.</li> </ul>

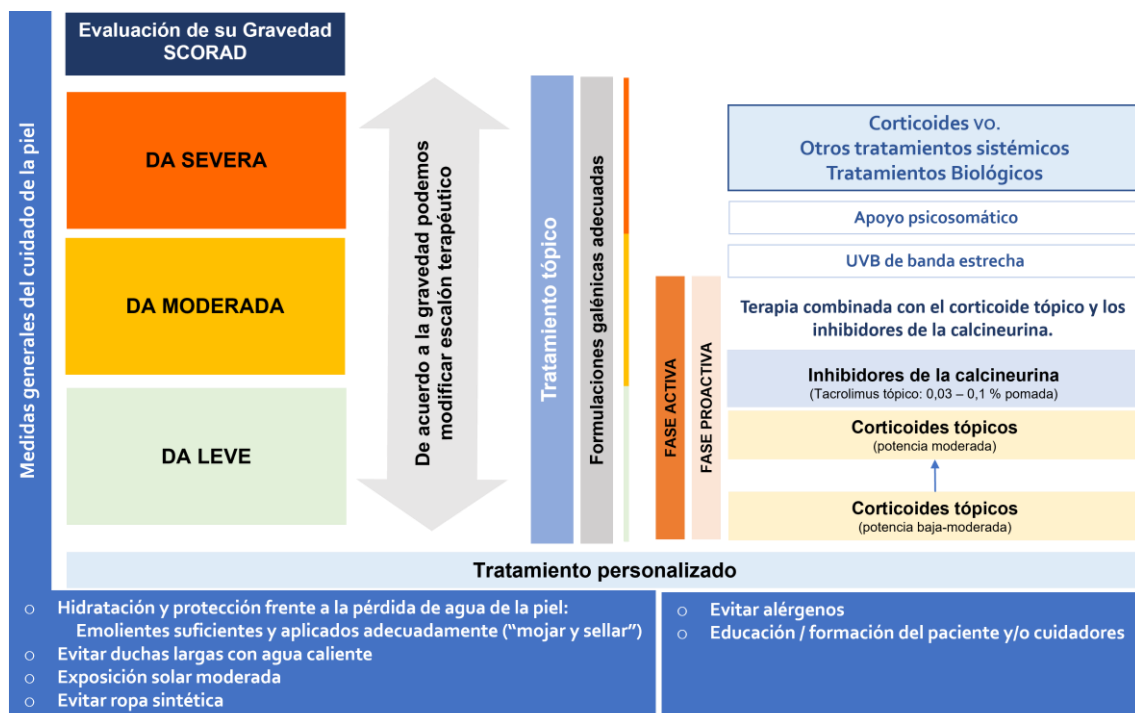
Las lesiones de la DA son secas, por lo que la utilización de una pomada con propiedades lipofílicas que contribuyen a una mayor penetración permitirá mantener la piel hidratada durante

- **Terapia en “fase intercrítica o proactiva”:**

**El uso secuencial de corticosteroides tópicos e inhibidores de la calcineurina ayudan a disminuir la sensación de quemazón y el prurito.**

Cabe destacar que la utilización de los inhibidores de la calcineurina como **tratamiento proactivo** y de mantenimiento: En los pacientes con **DA**, una vez el brote está controlado, reduce la reaparición de un nuevo brote <sup>1,2,3</sup>, la necesidad de volver de utilizar corticosteroides tópicos, demostrando su mayor eficacia que la aplicación de emolientes solos. Resaltamos en este punto, que en las nuevas guías se ha aprobado su utilización en cara y cuello. (Tabla 3).

En aquellas lesiones de **DA secas y liquenificadas**, la selección y utilización de **formulaciones galénicas adecuadas** con capacidad lipofílicas (pomadas), contribuirán a una mayor penetración del principio activo, y aportando protección a la pérdida de hidratación, durante un mayor período.



**Modificado de:** Wollenberg A, Kinberger M, Arens B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Sep;36(9):1409-1431. doi: 10.1111/jdv.18345. PMID: 35980214.

### C. Otros tratamientos farmacológicos:

- o Las frecuentes **sobreinfecciones bacterianas** (generalmente por *S. aureus*), obliga a plantear una prevención y tratarlas en cuanto se presenten. Se recomienda el uso de **ácido fusídico**, pero presenta un incremento muy importante de resistencia, así como con la **mupirocina**, por lo que se están diseñado nuevos tratamientos como el **ozenoxacino** (nueva quinolona bactericida activa frente a los meticilina-resistentes). No recomendándose la utilización de otros antibióticos tópicos, como la gentamicina, por las resistencias y la sensibilización. En caso pacientes con alta incidencia de sobreinfecciones, se ha demostrado beneficios con los baños con hipoclorito al 0,005%. En caso de síntomas generales o sistémicos, deberemos administrar antibioterapia adecuada por vía oral.
- o Con menor frecuencia pueden sufrir infecciones por virus el herpes simple, debiéndolas tratar precozmente (aciclovir, 15-30 mg/Kg/d durante 7-10 días)) ya que pueden ocasionar un cuadro generalizado, que se conoce como **eccema variceliforme de Kaposi**, una de las complicaciones más graves de la dermatitis atópica.
- o Podemos apoyar el objetivo de disminuir el **prurito** intentando controlar el **circuito prurito-rascado** de la fase aguda de pacientes adultos, administrando **hidroxicina** (50-100 mg/día).

### Sexto paso: Comorbilidades y criterios para su derivación.

Deberemos prestar atención a las posibles **patologías respiratorias** concomitantes como la rinitis alérgica y el asma, como a las posibles **alergias alimentarias** y las de **contacto**.

Como ya hemos indicado, las **comorbilidades** de **origen oftalmológico** son también frecuentes (blefaritis, pliegue de Dennie-Morgan, queratocono). Una posible complicación que deberemos tener en cuenta son las frecuentes **alteraciones psicosociales**, consecuencia del continuo picor-rascado-eccema, en los pacientes con DA moderada-grave, debiéndose evaluar y tratar los trastornos de ansiedad o depresivos, debiendo decidir su remisión a la consulta psiquiátrica.

- **Criterios motivados de derivación:**
  - Dudas diagnósticas.
  - Eccema persistente o recurrente en la misma localización a pesar de tratamiento correcto durante, al menos dos meses.
  - Eccema moderado o severo con extensión superior al 30% y que requiere tratamiento sistémico.
  - Eccema con sintomatología sistémica asociada o infecciones recurrentes
  - Pacientes con inmunopatologías.
  - Sospecha de eccema de contacto alérgico que requiere estudio con pruebas alérgicas asociadas. Niveles de IgE, Prick test.
  - Comorbilidad psicológica/psiquiátrica asociada al ciclo prurito-eccema.
  - Reacciones adversas al tratamiento tópico.

### **Seguimiento y control del paciente a largo a plazo desde atención primaria:**

Debemos recordar que estamos ante una **patología crónica** <sup>1,2</sup>, con un componente sistémico, con numerosos altibajos en su evolución, y en la que se reconoce una elevada comorbilidad, por lo que se trata de un **paciente “compartido”** con otras atenciones especializadas, y no sólo dermatología.

Recomendamos la utilización de los procedimientos integrados dentro del sistema de **Telemedicina** fundamentalmente, claro está, el de **Tele dermatología (TD)**, solicitando siempre una primera opinión a través de ella. El procedimiento incluye ofrecer imágenes de las lesiones del paciente en cada fase de su proceso, la solicitud de una **interconsulta “no presencial”** que garantizarán inmediatez y comodidad para el paciente.

El **modelo de TD** más implantado en la actualidad es el **“asíncrono”**, con unos compromisos sobre la tardanza de evaluación y respuesta, lo que garantizará la calidad asistencial del proceso, y poder así obtener los mejores resultados terapéuticos sobre el paciente, objeto final de todas estas medidas.

## Conclusión:

- Las **enfermedades cutáneas** suponen un incremento en la carga asistencial en la consulta de atención primaria y de las urgencias de los centros de salud.
- La **DA** es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta en diferentes etapas de la vida, se describe que más de dos millones de personas padecen dermatitis atópica en España.
- En los últimos 30 años se ha duplicado la **incidencia**. La **DA** ha aumentado su incidencia de 2 a 3 veces en los países industrializados, afectando aproximadamente al 15 % al 20 % de los niños y al 1 % al 3 % de los adultos en todo el mundo.
- Tiene un amplio **impacto en la calidad de vida** de un paciente y la carga la comparten las familias y los cuidadores de los pacientes con DA.

Los **médicos de atención primaria** tienen un papel fundamental en el manejo de la **DA**, ya que son los responsables de sospechar su diagnóstico, e iniciar una planificación asistencial (durante largos períodos de su vida) de forma individualizada, integrando en ella un componente esencial como es la información/educación del paciente, y las estrategias de autocuidado, para optimizar los resultados y reducir los costos innecesarios asociados con esta enfermedad.

Esta guía se ha estructurado en unos **pasos secuenciados** para que, partiendo de la **sospecha diagnóstica** (debemos reconocer las lesiones típicas y zonas de afectación cutánea), pasamos por unos criterios que la confirmen, un procedimiento sencillo y realizable para **evaluación de su severidad**, y unas **recomendaciones** que faciliten su **manejo terapéutico** (son pacientes que, independiente de su gravedad, iremos viéndolos con cierta regularidad en consulta de AP, en función de sus brotes o fases activas), tanto en las **fases agudas** (tratamiento "**reactivo**"), como en los **períodos intercríticos** (tratamiento "**proactivo**"), terminando con unos criterios orientadores para decidir una **derivación motivada**.

## Bibliografía

1. Nankervis H et al. House dust mite reduction and avoidance measures for treating eczema. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD008426. DOI: 10.1002/14651858.CD008426.pub2. Accessed 24 April 2023.
2. Revolutionizing Atopic Dermatitis, 9-11 April 2022. *Br J Dermatol.* 2022 Sep;187(3):e80-e155.
3. Ramírez-Marín HA, Silverberg JI. Differences between pediatric and adult atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2022 May;39(3):345-353.
4. Yamamura K, Nakahara T. The Dawn of a New Era in Atopic Dermatitis Treatment. *J Clin Med.* 2022 Oct 18;11(20):6145.
5. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022 Nov;36(11):1904-1926. doi: 10.1111/jdv.18429. Epub 2022 Sep 3. PMID: 36056736.
6. Nakashima C, Yanagihara S, Otsuka A. Innovation in the treatment of atopic dermatitis: Emerging topical and oral Janus kinase inhibitors. *Allergol Int.* 2022 Jan;71(1):40-46. doi: 10.1016/j.alit.2021.10.004. Epub 2021 Nov 21.
7. Silverberg JI, Thyssen JP, Fahrback K, Mickle K, Cappelleri JC, Romero W, Cameron MC, Myers DE, Clibborn C, DiBonaventura M. Comparative efficacy and safety of systemic therapies used in moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic literature review and network meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Sep;35(9):1797-1810. doi: 10.1111/jdv.17351. Epub 2021 Jun 12. PMID: 33991374.
8. Wang V, Boguniewicz J, Boguniewicz M, Ong PY. The infectious complications of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2021 Jan;126(1):3-12. doi: 10.1016/j.anai.2020.08.002. Epub 2020 Aug 7.
9. Puar N, Chovatiya R, Paller AS. New treatments in atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2021 Jan;126(1):21-31. doi: 10.1016/j.anai.2020.08.016. Epub 2020 Aug 17.
10. Zhong Y, Samuel M, van Bever H, Tham EH. Emollients in infancy to prevent atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *Allergy.* 2022 Jun;77(6):1685-1699. doi: 10.1111/all.15116. Epub 2021 Oct 12..
11. Ribera M, Ros S, Madrid B, Ruiz-Villaverde R, Rebollo F, Gómez S, Loza E, Carretero G. Consensus Statement on the Psychological Needs of Patients With Chronic Inflammatory Skin Diseases. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2019 Mar;110(2):102-114. English, Spanish.
12. Amat F, Soria A, Tallon P, Bourgoïn-Heck M, Lambert N, Deschildre A, Just J. New insights into the phenotypes of atopic dermatitis linked with allergies and asthma in children: An overview. *Clin Exp Allergy.* 2018 Aug;48(8):919-934. doi: 10.1111/cea.13156. Epub 2018 May 24.
13. Hurault G, Schram ME, Roekevisch E, Spuls PI, Tanaka RJ. Relationship and probabilistic stratification of Eczema Area and Severity Index and objective Scoring Atopic Dermatitis severity scores for atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2018 Oct;179(4):1003-1005.

**Enlaces de interés en internet:**

<https://www.guidelines.edf.one/guidelines/atopic-eczema>

**Aplicaciones de utilidad para el control de la DA:**

<https://eczemaless.com/>

<https://eczematracker.com/>

<https://appdermis.com/es/>

<https://apps.apple.com/es/app/easi-scorad/id1440467378>

<https://apps.apple.com/es/app/vik-dermatitis-at%C3%B3pica/id1533250833>

<https://apps.apple.com/es/app/managing-atopic-dermatitis/id1585207586>

<https://apps.apple.com/us/app/atopic-dermatitis/id1348474191>

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.uriage.atopedia>