
		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN DERMATOLOGIA
PROTOCOLO: DERMATITIS**

Elaborado por:	Visado por:	Aprobado por:
Equipo de Dermatología HHHA	Subdirector Médico Dr. Jaime Neira	Director de Servicio Dr. Milton Moya
Fecha: Abril 2016	Fecha	Fecha

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Fecha de Elaboración y Revisión.

Abril 2016

Control de Cambio.

Versión Modificada	Descripción de Modificación	Nº documento que deja sin efecto
Septiembre 2015	Actualización	Septiembre 2015

Participantes de la elaboración del Documento:

Dra. Carmen Guerrero Montero. Médico Dermatólogo. HHA-Temuco. SSAS.


Dr. Gastón Briceño Rivera. Médico Dermatólogo. HHA-Temuco. SSAS.

Dr. Carlos Pastor Arroyo. . Médico Dermatólogo. HHA-Temuco. SSAS.

Equipo de Gestión Clínica de SSAS.


Declaración de Conflicto de Interés

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Indice

Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	5
Desarrollo	6
Flujograma.	12
Metodología de Evaluación.	13
Planes de Difusión.	13
Bibliografía	13

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Introducción:

La patología dermatológica es una de las más frecuentes causas de consulta en el nivel primario de atención. El médico del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de lesiones de la piel a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente se generan más de 4000 interconsultas por causas dermatológicas en todos los establecimientos de la Red, y constituyen el 6,5% de toda la lista de espera en el Servicio de Salud Araucanía Sur. Dentro de estas Interconsultas, los diagnósticos de Dermatitis, Nevos y Verrugas de distinto tipo representan las primeras causas de derivación desde el nivel primario al especialista, y también entre especialistas. La mayoría de estas patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.


Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los cuadros clínicos de Dermatitis.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red , objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (metanálisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: “**Dermatitis**”, sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: “A Favor” de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

Nivel Primario:

- Dirección de Departamentos de Salud Municipal
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Dermatología del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Medica del SSAS

Objetivo

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes con Dermatitis para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de todo paciente que presente lesiones cutáneas compatibles con Dermatitis en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de Directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

.-Profesionales: médicos generales, Médicos familiares o Médicos especialistas y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red asistencial del servicio de Salud de la Araucanía Sur.

.-De los Deptos/Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de Dermatología HHA; Dirección y subdirección medica del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS


Definiciones o Glosario de términos

APS: Atención Primaria en Salud

CAE: Consultorio adosado de Especialidades

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar

CESFAM: Centro de Salud familiar

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial
 FC: Ficha Clínica
 HHA: Hospital Hernán Henríque Aravena
 SIC: Solicitud de Interconsulta
 SOME: Servicio de orientación Médica estadístico.
 SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

Desarrollo

Definición:

La Dermatitis es un término general que representa una respuesta inflamatoria de la piel. Dermatitis o Eczema se consideran sinónimos. “Dermatitis” por sí sola no es un diagnóstico, sino un signo o síntoma, al cual debe adjudicarse un “apellido” en función de la causa o agente etiológico de la inflamación de la piel.

La Dermatitis se manifiesta por un conjunto de lesiones de la piel: eritema, edema, exudado, descamación, pápulas, microvesículas, excoriaciones, grataje, liquenificación, dependiendo de la causa y tipo de dermatitis puede predominar un tipo de lesiones sobre otras.

II.-Clínica

1.- Para establecer un diagnóstico a partir de los síntomas y signos, es IMPRESCINDIBLE realizar una completa anamnesis, tanto la personal actual y remota, como la anamnesis laboral y familiar, ya que a partir de estos antecedentes en la gran mayoría de los casos es posible orientar la sospecha etiológica.

2.- Posterior al interrogatorio, debe hacerse un examen de la piel, localizado y generalizado, para establecer las características de la(s) lesión(es), su distribución, evolución y probables causas.

3.- Completados la Anamnesis y Examen Físico, el primer objetivo es diferenciar entre DERMATITIS y otras afecciones dermatológicas frecuentes, como Psoriasis, Urticaria Aguda, Eritema Multiforme, Tiña Corporis (Dermatomicosis).

Una vez que se ha definido que se trata de una Dermatitis, el principal objetivo es establecer de QUÉ TIPO DE DERMATITIS se trata, diferenciando entre:

Dermatitis de contacto: irritativa o alérgica; Dermatitis atópica; Dermatitis seborreica
 Dermatitis del pañal.


Cada una de ellas tiene agentes diferentes, manifestaciones clínicas particulares y un manejo terapéutico específico de acuerdo al nivel de atención, que se detallan a continuación.

MANEJO A NIVEL PRIMARIO

1.- DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA

1.1 Descripción:

Dermatitis causada por agentes irritantes, que producen lesiones en el lugar de contacto, y no comprometen otras áreas. Se manifiesta por eritema, exudado, vesículas, edema.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Es de gran relevancia una adecuada anamnesis personal actual y remota, así como la anamnesis familiar, y un adecuado examen físico local y general, para establecer las características y posibles irritantes.

Es una de las formas más frecuentes y puede presentarse de manera leve o bastante severa, con ulceraciones severas.

Los principales factores son el carácter de las sustancias químicas, su concentración y la duración del contacto.

1.2 Medidas Generales

Evitar contactantes: productos de aseo, detergentes, lavalozas, pinturas, diluyentes, alcohol-gel, ropa de materiales irritativos y/o ásperos, etc.

Uso de guantes para labores habituales. Se sugiere guantes afranelados por dentro y de goma o látex por fuera, para evitar dermatitis alérgica.

Uso de jabón y/o shampoos hipoalérgicos, tipo: jabón de afrecho, Emolan®, Eucerin®, Cetaphil®, Avene®, otros. Estos productos se pueden recomendar, pero no forman parte del arsenal farmacológico de los niveles primarios ni secundario.

Uso de detergentes hipoalérgicos: existen productos comerciales que pueden ser utilizados del tipo Popeye® en barra o polvo, detergentes tipo “ropa delicada o piel sensible”.

Uso de ropa de algodón en contacto con la piel.

La mayor parte de los pacientes solo requiere de medidas generales, y fundamentalmente: **EVITAR EL CONTACTO CON EL AGENTE IRRITANTE.**

1.3. Manejo Medicamentoso.

El manejo farmacológico debe ser evaluado caso a caso. No siempre se requiere administrar fármacos, dado que lo más relevante es evitar el contactante o elemento irritante. De ser necesario, se puede utilizar:

Lubricación con vaselina sólida en la zona afectada. Clorfenamina maleato,

o Niños: 0,4 mg x kilo/día (jarabe).

o Adultos: Tabl. 4 MG, 1 tableta cada 8 Hrs.

El uso de ANTIHISTAMÍNICOS debe ser criterioso. No son la base del tratamiento

1.4 Evolución.


Debe recalcar al paciente que las medidas generales deben ser permanentes, sobre todo el evitar los irritantes.

Debe realizarse un CONTROL A LOS 15 DÍAS en atención primaria. La causa más frecuente de falta de respuesta o falla del tratamiento es la FALTA DE ADHESIVIDAD a las medidas generales, por tanto se deben reforzar si al primer control la sintomatología persiste.

Se citará a un segundo control en ATENCIÓN PRIMARIA a los 30 días de la primera consulta. Si la evolución no es la adecuada y se evidencia apego a las indicaciones, se sugiere derivar a Dermatología.

2.- DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA

2.1 Descripción:

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Dermatitis causada por un alérgeno, el cual desencadena una respuesta de hipersensibilidad retardada, con manifestaciones en el lugar del contacto y a distancia, caracterizada por PRURITO, eritema, descamación, rezumación, grataje, liquenificación, etc. de curso limitado en la medida que se elimine la exposición al alérgeno.


Localización de Dermatitis y agentes etiológicos más frecuentes	
Cuero cabelludo	Shampoo, tinturas de cabello (contienen parafenilendiamina), medicamentos tópicos
Pabellón Auricular	Níquel (joyas de oro, plata y fantasía), perfumes, lociones.
Párpados	Cosméticos (Formaldehido), productos capilares, medicamentos tópicos
Cara	Cosméticos (formaldehido), fragancias, medicamentos tópicos (acné), alérgenos aéreos, filtros solares, lociones para afeitarse
Cuello	Níquel (joyas), fragancias, lociones, alérgenos aéreos,
Tronco	Medicaciones tópicas, filtros solares, ropas, metales, fragancias, gomas de ropas
Axilas	Desodorantes, ropas.
Muñecas	Níquel (joyas), relojes, perfumes, pulseras
Manos	Jabones, detergentes, látex, cosméticos, metales, disolventes, cemento, alimentos.
Genitales	Preservativos, alérgenos, ropa interior
Región perianal	Medicamentos tópicos, látex
Piernas	Medicamentos tópicos, lociones, elementos sintéticos de ropas
Pies	Zapatos, calcetas y calcetines, polvo, cemento.

2.2 Medidas Generales

Igual a Dermatitis de Contacto Irritativa

2.3 Manejo Medicamentoso

Hidrocortisona 1% crema dos veces al día por 7 días en zonas no muy extensas.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Clorfenamina Maleato oral por el tiempo que sea necesario.

2.4 Evolución

Igual a Dermatitis de Contacto Irritativa

3.- DERMATITIS DE LA ZONA DEL PAÑAL

3.1 Descripción:

Erupción de la piel característica de la zona genital de los menores que usan pañal. Es más frecuente entre los 6 y 12 meses de edad.

3.2 Medidas Generales:

Evitar contactantes: no usar toallas húmedas del comercio, cambio del pañal frecuente, uso de pañales desechables SIN PERFUMES NI OTROS IRRITANTES.

Ventilar frecuentemente en ambiente temperado. Aseo frecuente con agua tibia, en cada muda.

3.3 Manejo Medicamentoso:

Uso de pomadas de barrera: Pasta Lassar en cada muda. Es una muy buena pomada de barrera. Existen productos comerciales que tienen resultados similares a la Pasta Lassar: (Hipoglos®, Neneglos®, Fasaglos®, Blisprotex®, etc.).

EVITAR USO DE CORTICOIDES LOCALES Y GENERALES.

Dermatitis de más de 72 hrs de evolución, o características clínicas de candidiasis, agregar CLOTRIMAZOL crema o NISTATINA CREMA. Estos preparados antifúngicos se indican cada 12 hrs., no es necesario usar en cada muda. (El producto comercial NISTAGLOS® contiene Pasta Lassar con Nistatina).

3.4 Evolución

Debe controlarse en 15 días en su Centro de Salud.

Si no hay respuesta o la respuesta es parcial, reforzar medidas generales, según indicación cambiar clotrimazol por nistatina y control en otros 15 días.

Si a los 30 días no hay buena respuesta asegurando la adhesión a medidas generales, derivar a Dermatólogo.

4.- DERMATITIS SEBORREICA DEL LACTANTE

4.1 Descripción:

Dermatitis de etiología desconocida, que aparece a las pocas semanas de vida, se manifiesta con eritema y descamación en las áreas de mayor concentración de glándulas sebáceas como cuero cabelludo, con una duración en promedio hasta los 12 meses.


NO PRODUCE PRURITO

4.2 Medidas Generales

Evitar contactantes

Limpieza y aseo con productos oleosos.

4.3 Manejo Medicamentoso

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Aseo con productos oleosos, uso de vaselina sólida, vaselina líquida o vaselina salicilada al 2% en el cuero cabelludo.

4.4 Evolución

Debe controlarse en 15 días en su Centro de Salud.

Si no hay respuesta o la respuesta es parcial, reforzar las medidas generales. En áreas refractarias se recomienda el uso de Hidrocortisona al 1%. (Nombres comerciales: Pandel®, Calmurid®, Hipoge-u®, Hidrocortisona genérico). En crema dos veces al día por 7 días como máximo en zonas inflamadas, evitando su uso en zonas extensas.

Nuevo control en otros 15 días, si no hay respuesta asegurando el apego a medidas generales y terapia medicamentosa, derivar a Dermatólogo.

5. DERMATITIS SEBORREICA DEL ADULTO

5.1 Descripción:

Dermatitis crónica de inicio en la infancia o vida adulta, que se manifiesta con eritema y descamación. Compromete primeramente las áreas de mayor concentración de glándulas sebáceas como cuero cabelludo, cara, pabellón auricular, pliegues, cara anterior y posterior de tronco; puede presentar prurito.

Causa desconocida, frecuente en sujetos constitucionalmente predispuestos en los cuales la estación del año, un medio ambiente laboral adverso influyen en el curso de la enfermedad. Se exacerba con el stress.

Se ha relacionado a una levadura lipofílica (*pityrosporum ovale*). Mayor incidencia entre los 18 y 40 años y más frecuente en hombres.

5.2 Medidas Generales:

Manejo del stress. Evitar contactantes.

Limpieza y aseo con productos hipoalergénicos.

5.3 Manejo Medicamentoso

Uso de Clotrimazol tópico cada 12 horas por 7 días.

Ketoconazol shampoo 2 o 3 veces a la semana (no uso diario) durante 15 días (TKC®, Arcolane®, Eprofil®, Ketoconazol® shampoo genérico, Fungarest®...)

5.4 Evolución


Si no hay respuesta en 15 días, agregar hidrocortisona 1% crema.

Si a los 30 días con buena adhesividad a las medidas generales y con uso de medicamentos no se evidencia buena respuesta clínica, derivar al Dermatólogo.

6.- DERMATITIS ATÓPICA

6.1 Definición:

Dermatosis de etiología multifactorial, hereditaria, asociada con rinitis alérgica y asma bronquial. Caracterizada por PRURITO, y se presenta con lesiones polimorfas (eritema, descamación, pápulas, vesículas, excoriaciones, grataje, liquenificación, etc.) Curso crónico con exacerbaciones y remisiones (duración 10 a 20 años), de aparición temprana (1er año de

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

vida generalmente). Gatillada por aereoalergenos, irritantes, alimentos, microorganismos, stress, sudoración, factores ambientales. Distribución característica según la edad:

Lactante: principalmente mejillas y zonas extensoras

Infancia-adolescencia y adulto joven: principalmente zonas flexoras,

6.2 Medidas Generales:

Evitar contactantes. Usar jabón, shampoo y detergentes hipoalergénicos. Usar ropa de algodón en contacto con la piel.

6.3 Manejo Medicamentoso

La mayor parte de los pacientes con buena adhesividad a las MEDIDAS GENERALES, no requerirán manejo medicamentoso.

Clorfenamina maleato oral 4 MG. Cada 8 o 12 hrs., por el tiempo que sea necesario.

Lubricar con vaselina sólida.

6.4 Evolución

Es necesario realizar un control en su centro de Salud a los 15 días.

En caso de no respuesta a los 15 días, uso de hidrocortisona 1% en crema dos veces al día no más de 7 días, en las zonas inflamadas.

Control en su Centro de Salud a los 30 días.

Si no hay respuesta, derivar al Dermatólogo.

7.- MANEJO DE DERMATITIS CON INFECCIÓN LOCAL EN EL NIVEL PRIMARIO

En aquellas Dermatitis que presenten signos de infección local, como exudado, se recomienda tratar con antibióticos como Cloxacilina o Flucloxacilina, en dosis acorde a la edad del paciente. (Habitualmente para Cloxacilina 500 mgs, cada 6 horas en Adultos, 50 mg x kilo de peso en niños, y cada 8 hrs en el caso de Flucloxacilina).

8.- RECOMENDACIONES:

8.1. Evitar el uso frecuente de Betametasona. Por sus complicaciones, entre ellas: Atrofia cutánea, Telangectasias, Hipertrichosis, Estrías, Equimosis, Hipopigmentación, Rosácea esteroideal, Acné esteroideal y Cortico-adicción

V.-Manejo por el especialista:

La referencia al Dermatólogo(a) será para aquellas pacientes que posterior al uso de medidas generales y del uso de terapia para cada una de las dermatitis descritas no existe mejoría a los 30 días de seguimiento.

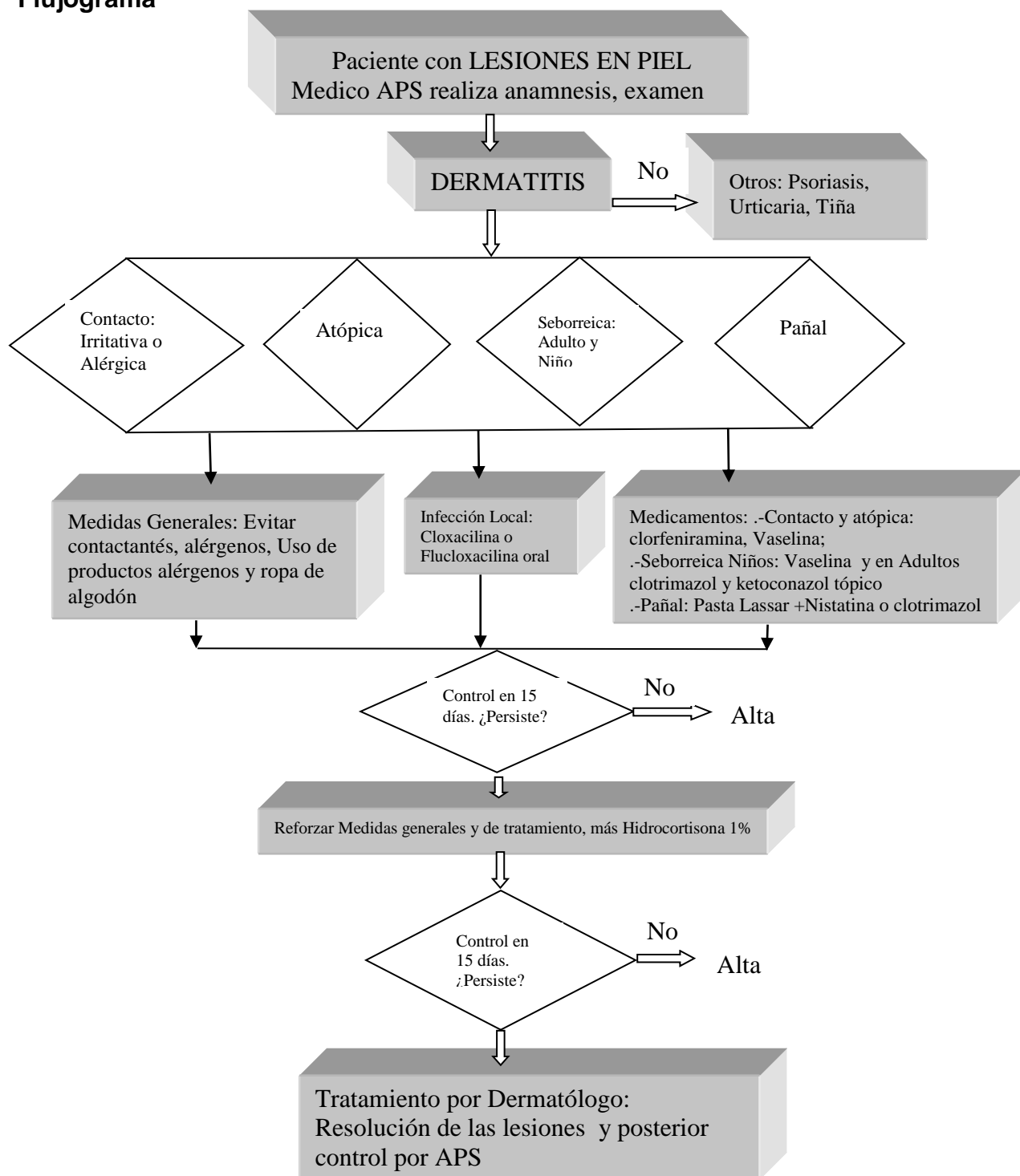
VI.-Criterios de alta desde la Especialidad:


.- La lesión ha desaparecido, los controles posteriores se realizaran por el médico de APS.

VII.-Contrarreferencia:

Todo paciente que presenta resolución de sus lesiones, será derivado al consultorio para control por médicos del nivel primario.

Flujograma



		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Metodología de Evaluación:

Fuente de datos: Ficha clínica y Solicitud de Interconsulta (SIC) de cada establecimiento. SOME

Formula del Indicador: N° de SIC de pacientes con Dermatitis que cumplen con derivación de acuerdo a protocolo en periodo determinado /N° total de SIC enviadas en el mismo periodo x 100

De acuerdo al número de SIC se puede estudiar la totalidad o a través de un muestreo aleatorio.

Rango de desempeño: Mínimo: 80%, Máximo: 100%, Análisis: Excelente: 90-100%, Aceptable: 80-89% y deficiente: Menos de 79%. Frecuencia: Semestral.

Plan de Difusión:

.-Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.

.-Presentación y entrega a los responsable en el CIRA.

Bibliografía


.- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.

.-Brown S, Reynolds NJ. Atopic and non-atopic eczema. BMJ 2006;332:584–8.

.-Cunliffe T, Carmichael A. Dermatology Guidelines. Disponible en www.darlingtonpct.nhs.uk/documents/Derm_guidelines.pdf.

.- Cuello-Garcia CA, et al. Probiotics for the prevention of allergy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Allergy Clin Immunol. 2015 Oct;136(4):952-61. doi: 10.1016/j.jaci.2015.04.031. Epub 2015 Jun 2. Review. PubMed PMID: 26044853.

.-Kastarinen H, et al. Topical anti-inflammatory agents for seborrhoeic dermatitis of the face or scalp. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 19;5:CD009446. doi: 10.1002/14651858.CD009446.pub2. Review. PubMed PMID: 24838779.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril , 2016
		Vigencia	Abril, 2018

.-Martorell Aragonés A, Félix Toledo R, Martorell Calatayud A, Cerdá Mir JC. Epidemiologic, Clinical and Socioeconomic Factors of Atopic Dermatitis in Spain: Alergológica-2005. *J Investig Allergol Clin Immunol*; Vol. 19, Suppl. 2: 27-33.

.-Okokon EO, et al. Topical antifungals for seborrhoeic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 2;5:CD008138. doi: 10.1002/14651858.CD008138.pub3. Review. PubMed PMID: 25933684.

.-Primary Care Dermatology Society & British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of atopic eczema. Vol 28, Feb 2006. Disponible en: <http://www.eGuidelines.co.uk/>

.-Providing care for patients with skin conditions: guidance and resources for commissioners. NHS. Department of Health. UK. Disponible en: www.doh.gov.uk.

.-Protocolo de referencia y Contrarreferencia en Dermatología. Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Disponible en www.ssmso.cl/protocolos/dermatologia.pdf.

.-Reglas de manejo y derivación Afecciones Dermatológicas Frecuentes. Serie Reglas de Derivacion. Servicio de Salud Coquimbo. Disponible en www.sccoquimbo.cl.

.-Simpson CR, Newton J, Hippisley-Cox J, Sheikh A. Trends in the epidemiology and prescribing of medication for eczema in England. *J R Soc Med* 2009; 102: 108–117.

.-Shams K, et al. What's new in atopic eczema? An analysis of systematic reviews published in 2009-2010. *Clin Exp Dermatol*. 2011 Aug;36(6):573-7; quiz 577-8. doi: 10.1111/j.1365-2230.2011.04078.x. Epub 2011 Jul 1. Review. PubMed PMID: 21718344.

.-Turner JD, Schwartz RA. Atopic dermatitis. A clinical challenge. *Acta Dermatoven APA* Vol 15, 2006, No 2

.- Zhang A, Silverberg JI. Association of atopic dermatitis with being overweight and obese: a systematic review and metaanalysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Apr;72(4):606-16.e4. doi: 10.1016/j.jaad.2014.12.013. Review. PubMed PMID: 25773409.