



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DOCUMENTO DE CONSENSO

Indicadores de calidad en la atención dermatológica a pacientes con dermatitis atópica. Documento de consenso de la Academia Española de Dermatología y Venereología



I. Poveda-Montoyo^{a,*}, I. García-Doval^{b,c}, M.A. Descalzo^b, I. Betlloch-Mas^a,
F.J. Miquel-Miquel^d, M. Serrano-Manzano^e, M.I. Martín-Delgado^f, T. Sanz-Sánchez^g,
N. Knöpfel^{h,i}, S. Córdoba^j, A. Luca de Tena^k, A. Martín-Santiago^l y J.F. Silvestre^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación ISABIAL, Alicante, España

^b Unidad de Investigación, Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología y Venereología, Madrid, España

^c Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

^d Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^e Área de Atención Primaria, Equipo de Atención Primaria Martorell Rural, Masquefa, Barcelona, España

^f Área de Pediatría de Atención Primaria, Centro de Salud Santa Ponsa, Santa Ponsa, Islas Baleares, España

^g Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^h Servicio de Dermatología, Hospital Niño Jesús, Madrid, España

ⁱ Servicio de Dermatología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario de Zúrich, Zúrich, Suiza

^j Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^k Representante de la Asociación de Afectados por la Dermatitis Atópica

^l Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Son Espases, Palma, Islas Baleares, España

Recibido el 23 de febrero de 2019; aceptado el 19 de junio de 2019

Disponible en Internet el 13 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Calidad asistencial;
Indicadores de
calidad asistencial;
Indicadores de
calidad;
Dermatitis atópica;
Técnica Delphi;
Estudio Delphi

Resumen El grado de conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre el manejo de la dermatitis atópica son desconocidos en nuestro entorno. El objetivo de este estudio es elaborar indicadores de calidad basados en las guías de práctica clínica existentes, para mejorar la atención de los pacientes. Tras una búsqueda bibliográfica de guías de práctica clínica, un grupo de 11 panelistas seleccionó las de mayor calidad mediante el instrumento AGREE II. Posteriormente se extrajeron recomendaciones con alto nivel de evidencia y propusieron un indicador de calidad asistencial asociado a un estándar para medir el grado de cumplimiento de cada recomendación. De los 150 indicadores propuestos, se obtuvo consenso en 21 de ellos tras la realización del método Delphi modificado. La implementación de los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inespovedamontoyo@gmail.com (I. Poveda-Montoyo).

KEYWORDS

Health care quality;
Healthcare quality
indicators;
Quality indicators;
Atopic dermatitis;
Delphi technique;
Delphi study

indicadores consensuados en este estudio pretende estandarizar las actuaciones de los profesionales sanitarios para mejorar la calidad asistencial de los pacientes con dermatitis atópica. © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Quality Indicators in Care of Patients With Atopic Dermatitis: Consensus Document of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology

Abstract No information is currently available on whether the available clinical practice guidelines on the management of atopic dermatitis are known or being applied in Spain. The aim of this study was to improve the care of patients with atopic dermatitis by developing a set of quality indicators based on existing clinical practice guidelines. Relevant clinical practice guidelines identified through a literature search were submitted to a panel of 11 specialists, who selected the highest quality guidelines using the AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) II instrument. The panel then defined a subset of the recommendations supported by a high level of evidence and proposed a health care quality indicator for each one together with a standard for measuring degree of adherence. Consensus was achieved on 21 of the 150 proposed indicators using the modified Delphi method. The aim of implementing the indicators that achieved consensus in this study is to standardize the actions of health professionals providing care for patients with atopic dermatitis and ultimately to improve the quality of the care delivered.

© 2020 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa en brotes, y se caracteriza por la presencia de prurito muy intenso y xerosis marcada¹. Esta enfermedad puede afectar a pacientes de cualquier edad, sin embargo, es más frecuente en la edad pediátrica con una prevalencia de hasta el 20%¹. Se trata de una enfermedad con un alto impacto en la calidad de vida de pacientes y familiares². En 2010 la Organización Mundial de la Salud situó la DA en primer lugar entre las enfermedades dermatológicas que más afectan la calidad de vida, con respecto a los años de vida ajustados por discapacidad y años vividos de enfermedad³. Además, esta entidad también supone un importante coste sanitario, laboral y económico.

Existen numerosas guías de práctica clínica (GPC) sobre el manejo de esta enfermedad; sin embargo, ignoramos si estas guías son conocidas y aplicadas en nuestro entorno. Con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes con DA, la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) ha considerado útil crear unos indicadores de calidad, basados en las GPC existentes, que sirvan como referente y puedan emplearse para medir la calidad asistencial en los distintos centros.

Material y métodos

Este documento de consenso de la AEDV ha sido una iniciativa de la Junta Directiva de la AEDV, ha sido gestionado y financiado por la Fundación Piel Sana.

Los coordinadores del grupo de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y de Dermatología Pediátrica (GEDP) propusieron participar en este trabajo a 4 miembros de cada grupo considerados expertos en dermatitis atópica. También se incluyeron en la elaboración de este consenso a la coordinadora del Grupo de Dermatología de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC), un médico pediatra y un representante de la Asociación Afectados por Dermatitis Atópica. En total, fueron seleccionados 11 panelistas que formaban parte de un equipo multidisciplinar. Todos ellos declararon sus conflictos de intereses. Se evitó la participación de panelistas con conflictos de intereses significativos en los temas tratados.

En primer lugar, se realizó una búsqueda de GPC de DA en organismos recopiladores como el National Guideline Clearinghouse, Epistemonikos, organismos elaboradores como el National Institute for Clinical Excellence, centros de metodología como Guideline International Network, Guía Salud y bases de datos generales como Medline y Embase. La búsqueda se realizó en octubre de 2017. Se adjunta la estrategia de búsqueda como [material suplementario](#) (estrategia de búsqueda).

Se excluyeron las guías de más de 6 años de antigüedad, las que no formaban parte del ámbito clínico-dermatológico y aquellas con menor calidad. La evaluación de la calidad de cada guía fue realizada por 2 panelistas, independientes en cada guía, empleando el instrumento AGREE II⁴ ([Evaluaciones disponibles en material suplementario, tabla 1](#)).

Dos panelistas independientes en cada guía extrajeron de cada GPC recomendaciones del manejo de la DA. Se

Tabla 1 Propuesta de indicadores de calidad asistencial en DA

Indicador	Estándar	Relevancia	Factibilidad
1. No realizar <i>prick test</i> para mejorar el diagnóstico inicial de DA	< 5% de los pacientes diagnosticados de DA	Consenso a favor de que es medianamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
2. No medir IgE para el diagnóstico inicial de DA	< 5% de los pacientes diagnosticados de DA	Consenso a favor de que es medianamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
3. Todos los pacientes reciben la indicación de aplicar diariamente emolientes para prevenir los brotes	> 80% de las historias clínicas	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
4. Todos los pacientes reciben la indicación de aplicar diariamente emolientes durante el tratamiento de los brotes (aunque se prescriba otro tratamiento para la inflamación)	> 80% de las consultas por brote de DA	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
5. En brotes de DA moderada-grave se indica el tratamiento con curas húmedas con corticoides localizadas (vendajes) o generalizadas (doble pijama)	> 20% de los pacientes con brotes extensos	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
6. Todos los pacientes tienen una prescripción de un corticoide tópico como base del tratamiento de sus lesiones	> 90% de las historias clínicas	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
7. Los pacientes con formas moderadas-graves del eccema deben recibir, al finalizar el tratamiento del brote, una pauta de 2 días por semana durante más de un mes con corticoides o inhibidores de calcineurina	> 20% de las historias clínicas	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es medianamente factible
8. En las lesiones de la cara, axilas o ingles no se deben utilizar corticoides de potencia super-alta (Clase 1)	< 1% de las historias clínicas	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
9. Debe valorarse el empleo de inhibidores de calcineurina en las lesiones en la cara, axilas, ingles o genitales	> 30% de las historias clínicas	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
10. Debe evitarse la prescripción sistemática de cremas que combinen antibiótico y corticoide	< 20% de los pacientes que consultan por un brote	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
11. Debe evitarse la prescripción sistemática de antibióticos sistémicos si no hay signos inequívocos de sobreinfección bacteriana	< 10% de los pacientes que consultan por un brote	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
12. Es recomendable disponer de fototerapia en el centro	Sí	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible

Tabla 1 (continuación)

Indicador	Estándar	Relevancia	Factibilidad
13. Para los pacientes con DA la fototerapia mediante PUVA no es de primera elección entre los tipos de fototerapia	< 20% de los ciclos de fototerapia para DA	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
14. Las complicaciones durante la fototerapia (quemadura/otras) deben ser infrecuentes	< 10% de los ciclos de fototerapia	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es medianamente factible
15. Se recomienda la existencia de algún programa formativo para pacientes/cuidadores que se realice 2 o más veces al año	Sí	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
16. Los programas educacionales dirigidos a pacientes con DA deben incluir la colaboración de un psicólogo clínico	Sí	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es medianamente factible
17. No es necesario efectuar dietas de exclusión durante la lactancia para prevenir el desarrollo de DA en el lactante	< 5% de las lactancias en madres con DA	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es medianamente factible
18. Es conveniente evitar los tratamientos con corticoides sistémicos prolongados (más de un mes)	< 10% de los tratamientos con corticoides sistémicos	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
19. Es conveniente evitar los tratamientos con ciclosporina prolongados (más de un año)	< 10% de los tratamientos con ciclosporina	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
20. Es conveniente determinar la actividad de tiopurina metiltransferasa (TPMT) antes de iniciar tratamientos con azatioprina	> 90% de las prescripciones de azatioprina	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible
21. Es conveniente que los pacientes con DA moderada-grave tengan la opción de recibir tratamiento sistémico	> 65% reciben tratamiento	Consenso a favor de que es altamente relevante	Consenso a favor de que es altamente factible

DA: dermatitis atópica.

incluyeron exclusivamente las recomendaciones realizadas con un nivel de evidencia basada en ensayos clínicos o revisiones sistemáticas de los mismos en el ámbito del tratamiento y revisiones sistemáticas de estudios observacionales de buena calidad en el resto de ámbitos. Además, los panelistas propusieron un indicador asociado a un estándar para medir el grado de cumplimiento de cada recomendación. El estándar de cada indicador fue establecido por consenso entre panelistas dado que no su valor no se encuentra en la literatura.

La siguiente fase consistió en la búsqueda de consenso de los indicadores propuestos considerando su relevancia y factibilidad utilizando un método Delphi modificado de 2 rondas. Durante el proceso de consenso cada panelista evaluó tanto la relevancia como la factibilidad de cada indicador propuesto. Se consideró que la relevancia hace referencia al impacto del indicador en la calidad de la atención asistencial y la factibilidad a la posibilidad de medir

u obtener el indicador a partir de los datos disponibles (generalmente la historia clínica). A cada indicador se le asignó una puntuación según una escala de 1 (nada relevante/nada factible) a 9 (muy relevante/muy factible). En la primera ronda los panelistas también podían sugerir indicadores que les parecieran relevantes y factibles, y cuyo contenido no estuviese reflejado adecuadamente en los indicadores previamente extraídos de las GPC. En la segunda ronda, los participantes podían ver las calificaciones propias y las medias generadas por todos los panelistas en la primera fase del método, para posteriormente reevaluar de nuevo los indicadores si así lo consideraban necesario. Después de finalizar las 2 rondas, los indicadores fueron clasificados en función de sus puntuaciones en: indicador con consenso a favor si la mediana y la moda estaban por encima de 7; indicador con consenso en contra si la mediana y la moda estaban por debajo de 3; indicador con consenso ni a favor ni en contra si la mediana y la moda estaban por

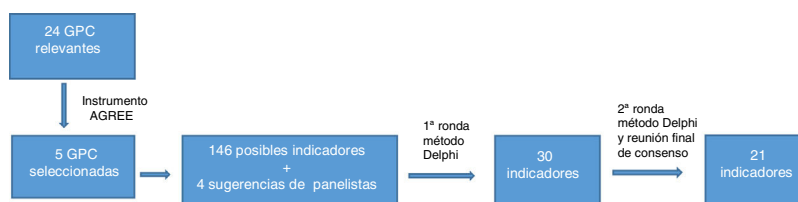


Figura 1 Diagrama de flujo de GPC e indicadores de calidad.

encima de 3 y por debajo de 6; indicador sin consenso se consideró cuando la mediana ni la moda estaban en los rangos anteriores. Se descartaron los indicadores sin consenso o con consenso en contra. Todos los indicadores aprobados fueron revisados en una reunión final para asegurar la coherencia, proporcionalidad en los temas y adecuación a los documentos fuente.

Resultados

Se encontraron 24 guías tras la realización de la búsqueda bibliográfica. De ellas, 5 GPC fueron seleccionadas después de emplear el instrumento AGREE II. En total, se desarrollaron 146 posibles indicadores a partir de las recomendaciones extraídas de las guías y se añadieron 4 sugerencias de los panelistas. Tras agrupar o unificar los indicadores que se solapaban y eliminar aquellos con evidencia controvertida, pasaron a la segunda ronda 30 indicadores. Con la realización del método Delphi modificado, se obtuvo consenso en 21 indicadores (fig. 1). De ellos, 17 indicadores fueron de proceso, 3 de estructura y uno de resultado. Por otra parte, de los 21 indicadores de calidad seleccionados, 8 hacen referencia a tratamientos tópicos, 5 a tratamientos sistémicos, 3 a fototerapia, 3 a educación del paciente y 2 a diagnóstico de la enfermedad.

Los indicadores resultantes, estándares recomendados y los datos sobre el grado de consenso se describen en la tabla 1. La información detallada sobre los indicadores, incluyendo la literatura en la que se basan está disponible en la tabla 2 del material suplementario.

Discusión

Este estudio propone un conjunto de indicadores para evaluar la calidad en la atención dermatológica a pacientes con DA. Los indicadores seleccionados engloban diversos ámbitos de la enfermedad como el diagnóstico inicial, la educación del paciente o el manejo con distintos tratamientos.

A excepción de los 3 indicadores propuestos por el panel de expertos, el resto están basados en recomendaciones con alto nivel de evidencia científica realizadas en guías nacionales e internacionales. Por ello, los indicadores de calidad resultantes son válidos en nuestro ámbito, pero también pueden resultar de interés en otros países con similar disponibilidad de tratamientos e infraestructuras.

Cabe destacar que los indicadores de calidad obtenidos no reflejan todas las opciones terapéuticas disponibles en la DA. Esta limitación se debe a que algunas terapias no estaban reflejadas en las guías (como dupilumab, por ser un fármaco de reciente aparición), su nivel de evidencia no fue

suficiente para ser seleccionadas como indicadores (como micofenolato de mofetilo o metotrexate) o no se alcanzó consenso a favor de su relevancia y factibilidad (como alitretinoína o interferón gamma).

Las recomendaciones realizadas en las diferentes GPC sobre tratamientos sistémicos en DA presentaban importantes discrepancias. Se han tenido en cuenta los diferentes sistemas de clasificación de niveles de evidencia y grados de recomendación empleados por las distintas guías revisadas⁵⁻¹⁴. La mayoría de los tratamientos sistémicos presentaban distintos niveles de evidencia y algunas terapias, como los antihistamínicos o la inmunoterapia, mostraban resultados de eficacia opuestos. Se ha evitado realizar indicadores sobre tratamientos con recomendaciones opuestas y se han sometido a consenso los que presentaban diferentes niveles de evidencia.

Por otra parte, son escasos los ensayos clínicos que comparan los distintos tratamientos sistémicos en DA. Por ello, no se han encontrado recomendaciones con alto nivel de evidencia sobre la elección de un tratamiento sistémico respecto al resto. Aunque el único inmunosupresor indicado para la DA según ficha técnica es la ciclosporina, existe una amplia experiencia y buenos resultados con el empleo de otros como la azatioprina, por lo que se han incluido indicadores de calidad sobre estas modalidades terapéuticas.

Los indicadores propuestos deberían ser cumplidos en al menos un determinado porcentaje de pacientes para así mejorar la calidad asistencial. Para ello se ha propuesto un estándar para cada indicador. En ninguno de los casos el estándar propuesto es del 0 o 100%, porque debe existir flexibilidad para adaptarse a situaciones especiales.

La fortaleza del trabajo reside en el uso de metodología estandarizada y validada, el método Delphi es una técnica sistemática de consenso ampliamente utilizada en el desarrollo de indicadores de calidad asistencial¹⁵. Existen múltiples estudios publicados en el área sanitaria que emplean el método Delphi simple o modificado para desarrollar y validar indicadores de calidad¹⁶⁻¹⁸. Recientemente, la Asociación Canadiense de Dermatología ha publicado un documento de consenso sobre la evaluación y el manejo de pacientes adultos con DA moderada-grave¹⁹. El número de panelistas participantes en el estudio canadiense es mayor que en el nuestro. Sin embargo, el panel canadiense está compuesto solamente por dermatólogos y alergólogos mientras que el equipo español es multidisciplinar con profesionales sanitarios de diferentes especialidades y participación de pacientes. La experiencia de los panelistas en diferentes campos de la DA ha permitido una valoración integral y con distintos enfoques de los indicadores propuestos en nuestro estudio. Por otra parte, el trabajo canadiense está enfocado a una población adulta con DA moderada-grave, mientras que la

mayoría de nuestros indicadores propuestos son aplicables en otras situaciones clínicas como población pediátrica o diferentes grados de gravedad de la enfermedad.

La DA es una enfermedad frecuente que debe ser reconocida y tratada adecuadamente por los diferentes profesionales de salud participantes en la asistencia sanitaria de estos enfermos. También es importante realizar una correcta educación del paciente para que este tome una actitud proactiva en su enfermedad. Sin embargo, en numerosas ocasiones existe un incorrecto manejo de la enfermedad debido a que se realizan pruebas complementarias innecesarias, se dan recomendaciones contradictorias por parte de diferentes especialistas, las decisiones terapéuticas se basan en la experiencia del clínico, los tratamientos no quedan reflejados en la historia clínica, existe una falta de infraestructuras para realizar tratamientos como la fototerapia o se llevan a cabo programas educativos subóptimos. Estas situaciones pueden ser corregidas mediante el empleo de indicadores de calidad asistencial en DA. La implementación de los indicadores consensuados en este estudio pretende estandarizar las actuaciones de los profesionales sanitarios, basadas en altos niveles de evidencia, para una mejora de la calidad asistencial que repercuta en la salud de los pacientes con dermatitis atópica.

Financiación

Este estudio está promovido y financiado por la Fundación Piel Sana de la AEDV. Ninguna entidad farmacéutica ha aportado ayuda económica ni ha participado en la elaboración o ejecución del proyecto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran los siguientes potenciales conflictos de intereses respecto a la elaboración de este estudio: IB ha obtenido financiación de Novartis y Pierre Fabre para congresos, programas educativos y cursos; JFS ha participado como ponente para Sanofi, Novartis, Janssen y MSD, y como consultor para Sanofi, Novartis y Viñas; MIM ha colaborado con la EDA y ha recibido financiación de Italfarmaco para congresos y cursos; IP ha recibido financiación de Novartis, Janssen, ISDIN, Avene, Lilly, Leo Pharma, Almirall y Pierre Fabre para congresos y cursos; MS ha recibido financiación de ISDIN para cursos y congresos, ha recibido honorarios como ponente para ISDIN, Lilly y Novartis, ha sido consultor para ISDIN y ha sido ponente y presidenta del comité científico y organizativo de las I y II Jornadas de Patología Cutánea de CAMFiC patrocinadas por Leo, Novartis, ISDIN, Janssen, la Asociación de Afectados por Dermatitis Atópica ha recibido financiación para jornadas con pacientes, elaboración de web y gestión de redes sociales por parte de: Sanofi, Leo Pharma, Leti y Expanscience, así como han participado en congresos con Avène y Pfizer; FJMM ha participado como ponente para Novartis, Leo Pharma y Janssen, como consultor para Novartis, y ha recibido financiación para congresos y cursos de Novartis, Janssen, Leo Pharma, Sanofi y Almirall. El resto de autores declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de los miembros de la AEDV. El estudio fue ideado a partir de los Grupos de Trabajo de la AEDV como el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y Grupo Español de Dermatología Pediátrica (GEDP).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2019.06.007](https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.06.007)

Bibliografía

- Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:4–16.
- Sánchez-Pérez J, Daudén-Tello E, Mora AM, Surinyac NL. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:44–52.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2197–223.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:1308–11.
- Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:338–51.
- Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:116–32.
- Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:327–49.
- Sidbury R, Tom WL, Bergman JN, Cooper KD, Silverman RA, Berger TG, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:1218–33.
- Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26:1045–60.
- Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26:1176–93.
- Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Ahrens F, Augustin N, Biedermann T, et al. S2k guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis-short version. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016;14:92–106.
- Kim JE, Kim HJ, Lew BL, Lee KH, Hong SP, Jang YH, et al. Consensus guidelines for the treatment of atopic dermatitis in

- Korea (Part I): General management and topical treatment. *Ann Dermatol.* 2015;27:563–77.
13. Kim JE, Kim HJ, Lew BL, Lee KH, Hong SP, Jang YH, et al. Consensus guidelines for the treatment of atopic dermatitis in Korea (Part II): Systemic treatment. *Ann Dermatol.* 2015;27:578–92.
 14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of atopic eczema in primary care. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 125). [March 2011]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>.
 15. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alverti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. *PLoS One.* 2011;6:e20476.
 16. Bekkering GE, Zeeuws D, Lenaerts E, Pas L, Verstuyf G, Matthys F, et al. Development and validation of quality indicators on continuing care for patients with AUD. *Alcohol Alcohol.* 2016;51:555–61.
 17. Aeyels D, Sinnaeve PR, Claeys MJ, Gevaert S, Schoors D, Sermeus W, et al. Key interventions and quality indicators for quality improvement of STEMI care: A RAND Delphi survey. *Acta Cardiol.* 2017;13:1–10.
 18. Meltzer CJ, Irish J, Angelos P, Busaidy NL, Davies L, Dwojak S, et al. American Head and Neck Society Endocrine Section clinical consensus statement: North American quality statements and evidence-based multidisciplinary workflow algorithms for the evaluation and management of thyroid nodules. *Head Neck.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1002/hed.25526>.
 19. Hong CH, Gooderham MJ, Albrecht L, Bissonnette R, Dhadwal G, Gniadecki R, et al. Approach to the assessment and management of adult patients with atopic dermatitis: A consensus document. Section V: consensus statements on the assessment and management of adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *J Cutan Med Surg.* 2018;22 Suppl 1:S30–5.