

DOCUMENTO DE CONSENSO

Proyecto CUDERMA: Consenso Delphi de los indicadores de calidad para la certificación de las unidades de dermatología de atención en psoriasis

L. Salgado-Boquete^a, S. Arias-Santiago^{b,c,d,*}, I. Belinchón-Romero^{e,f,g},
A. de la Cuadra-Grande^h, P. de la Cuevaⁱ, Y. Gilaberte^j, J. Notario^k, R. Rivera-Díaz^{l,m},
R. Ruiz-Villaverde^{n,d}, J.M. Carrascosa^{o,p,q} y Grupo Multidisciplinar y Grupo de Consenso[◇]

- ^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, Galicia, España
^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Andalucía, España
^c Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, Andalucía, España
^d Instituto Biosanitario de Granada (IBS), Granada, Andalucía, España
^e Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, Comunidad Valenciana, España
^f Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante, Comunidad Valenciana, España
^g Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, Comunidad Valenciana, España
^h Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), Pozuelo de Alarcón, Madrid, España
ⁱ Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España
^j Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Aragón, España
^k Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, Catalunya, España
^l Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
^m Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid, España
ⁿ Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Andalucía, España
^o Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP), Barcelona, Catalunya, España
^p Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Catalunya, España
^q Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (IGTP), Barcelona, Catalunya, España

Recibido el 6 de febrero de 2023; aceptado el 6 de febrero de 2023

PALABRAS CLAVE

Calidad asistencial;
Consenso Delphi;
Indicador de calidad;
Psoriasis;
Unidad de
Dermatología

Resumen La definición de indicadores de calidad es una estrategia clave para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria y su homogenización. Así, el proyecto CUDERMA surge como una iniciativa de la AEDV para definir indicadores de calidad con los que certificar unidades de distintos campos de interés en la dermatología, de los que se seleccionaron psoriasis y dermato-oncología de forma inicial. El objetivo de este trabajo fue consensuar los aspectos a evaluar por los indicadores en la certificación de las unidades de psoriasis. Para ello se siguió un proceso estructurado que contempló la revisión bibliográfica de indicadores, la elaboración de un set

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salvadorarias@ugr.es (S. Arias-Santiago).

◇ Los miembros Grupo Multidisciplinar y Grupo de Consenso se presentan en el [Anexo 1](#).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.02.002>

0001-7310/© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: L. Salgado-Boquete, S. Arias-Santiago, I. Belinchón-Romero et al., Proyecto CUDERMA: Consenso Delphi de los indicadores de calidad para la certificación de las unidades de dermatología de atención en psoriasis, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.02.002>

KEYWORDS

Quality of care;
Delphi technique;
Quality indicator;
Psoriasis;
Dermatology Unit

preliminar revisado por un grupo de expertos multidisciplinar y el consenso Delphi. Un panel de 39 dermatólogos evaluó los indicadores, y los clasificó como «básicos» o «de excelencia». Finalmente se consensaron 67 indicadores que serán estandarizados para diseñar la norma con la que certificar las unidades de psoriasis.

© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Selection of Quality Indicators for the Certification of Psoriasis Units: The CUDERMA Project Delphi Consensus Study

Abstract Defining quality indicators is a key strategy for ensuring the quality and standardization of health care. The CUDERMA project, an initiative of the Spanish Academy of Dermatology and Venerology (AEDV), was undertaken to define quality indicators for the certification of specialized units in dermatology; the first 2 areas selected were psoriasis and dermato-oncology. The aim of this study was to reach a consensus on what should be assessed by the indicators used to certify psoriasis units. The structured process used to do this comprised a literature review to identify potential indicators, the selection of an initial set of indicators to be evaluated by a multidisciplinary group of experts and, finally, a Delphi consensus study. A panel of 39 dermatologists evaluated the selected indicators and classified them as either “essential” or “of excellence”. Consensus was finally reached on 67 indicators, which will be standardized and used to develop the certification standard for psoriasis units.

© 2023 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of AEDV. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La psoriasis es una enfermedad frecuente, de carácter crónico, recurrente e inmunomediado¹. Estos pacientes sufren un deterioro importante de su calidad de vida², ya que interfiere con sus actividades diarias³ y se asocia a comorbilidades psicológicas^{4,5} o cardiovasculares^{3,6} que incrementan su riesgo de mortalidad.

Ante esta realidad, las unidades de dermatología especializadas constituyen el eje central para el abordaje terapéutico del paciente con psoriasis⁷. A pesar de la gran calidad que caracteriza la labor de estas unidades, su actividad es heterogénea alrededor del territorio español⁸, lo que hace deseable homogeneizar y buscar la excelencia en la atención médica.

Para ello, la certificación de unidades constituye una estrategia cada vez más empleada^{9–11}. Además de unificar la atención médica y ofrecer garantías de calidad, la certificación también fomenta la transformación del conocimiento de los facultativos en cuidados prácticos, adecuados y actualizados, incorporando las últimas tendencias en su práctica clínica^{9,10}. La certificación atiende a una serie de criterios objetivos que permitan establecer los principios básicos para el cuidado de los pacientes. Las entidades acreditadoras evalúan dichos criterios en auditorías (que contemplan la revisión de infraestructura, protocolos o resultados de la unidad, así como entrevistas con el personal que la compone). La unidad recibirá la certificación oficial cuando cumpla con los criterios auditados⁹.

Si bien existen diferentes aproximaciones para establecer los criterios a auditar, la definición de indicadores de calidad cuenta con un amplio recorrido, ya que permite evidenciar el grado en que la infraestructura, recursos disponibles o desempeño de la unidad, garantizan un estándar

de calidad mínimo. Además, los indicadores también sirven para evaluar la actividad de un servicio o como aspectos de mejora^{12,13}.

En psoriasis, los indicadores publicados previamente buscan determinar la calidad asistencial según el grado de cumplimiento de las guías de práctica clínica¹⁴. Por otro lado, en el ámbito nacional se han definido indicadores de calidad con el objetivo de certificar unidades de dermatitis atópica¹⁵, artritis psoriásica^{11,16–18} o dermatooncología^{19,20}, así como proyectos internacionales en dermatología^{21,22}.

En este contexto, el proyecto «Certificación de unidades de atención en dermatología» (CUDERMA) nace como una iniciativa de la Academia Española de Dermatología y Venerología (AEDV), en colaboración con el Grupo de Psoriasis de la sociedad, para generar un conjunto de indicadores que permitan certificar las unidades funcionales de dermatología. El proyecto CUDERMA se plantea en tres fases. La primera fase busca identificar aquellos conceptos que deben ser evaluados por los indicadores de calidad. Los aspectos consensados se normalizarán y estandarizarán para generar la norma, estableciendo nombre, definición, estándar, nivel objetivo de cumplimiento y evidencias de cumplimiento. Una vez definida la norma se certificarán las unidades.

En el caso concreto de la psoriasis, el objetivo de este estudio fue consensar aquellos aspectos que deben incluir los indicadores para la certificación de las unidades de psoriasis.

Material y métodos

La selección de los conceptos que deben evaluar los indicadores de calidad se realizó mediante un proceso estructurado dividido en tres etapas: 1) identificación de potenciales indicadores; 2) revisión por un grupo de expertos

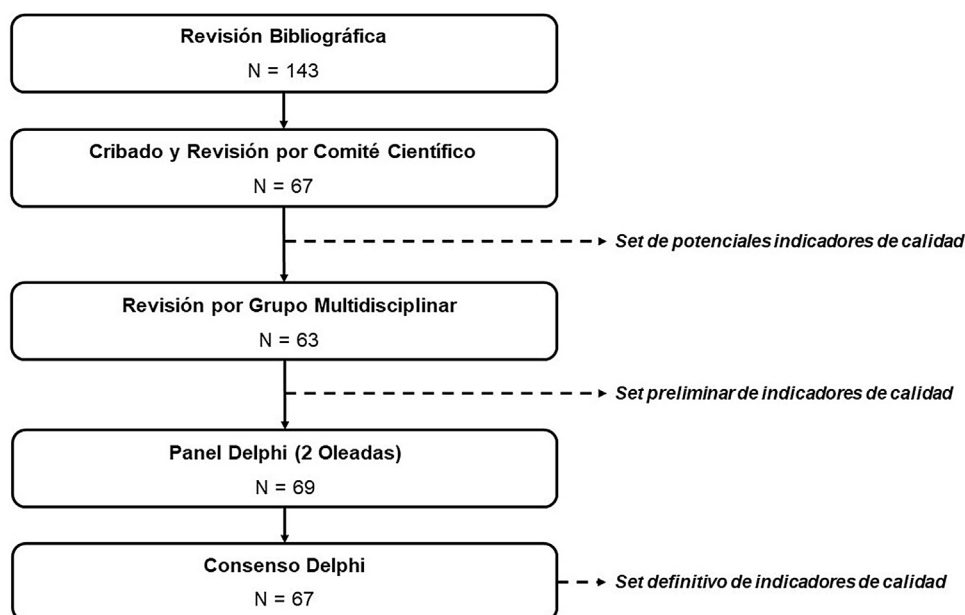


Figura 1 Representación esquemática de las fases del consenso del proyecto CUDERMA y número de indicadores considerados en cada fase.

CUDERMA: Certificación de Unidades de Dermatología.

multidisciplinar y cribado de indicadores; 3) consenso de aquellos aspectos relevantes para la certificación de unidades de psoriasis a través de la metodología Delphi (fig. 1).

Grupo de trabajo

Esta iniciativa fue liderada por un grupo de trabajo compuesto por los cuatro miembros del grupo coordinador del proyecto CUDERMA y un comité científico formado por seis dermatólogos con experiencia en el manejo de pacientes con psoriasis (tabla A.1), todos miembros de la AEDV. El grupo contó con el apoyo de tres asesores metodológicos.

Fase 1: Identificación de potenciales indicadores de calidad

La identificación de los indicadores se realizó por medio de una revisión bibliográfica estructurada siguiendo la metodología *Preferred Reporting Items in Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (tabla A.2).

Esta revisión permitió identificar las referencias que contenían información sobre aspectos relevantes a evaluar para la certificación de unidades de psoriasis. Desde estas publicaciones se extrajeron los indicadores potenciales.

El grupo de trabajo llevó a cabo un primer cribado de los indicadores identificados en la literatura científica, según criterios clínicos y asistenciales propios de la patología estudiada, y compartió propuestas de indicadores nuevos. Adicionalmente, los indicadores fueron clasificados como: «estructura», que hacen referencia a las características que deben estar presentes en una unidad; «proceso», cuando evalúan las pautas seguidas por la unidad para el desempeño de su labor asistencial; y «resultado», para aquellos indicadores que miden los resultados obtenidos por la actividad de

la unidad¹². Dentro de cada grupo se diseñaron subgrupos en función de la temática de los indicadores. El resultado fue el set de potenciales indicadores de calidad.

Fase 2: Revisión por el Grupo Multidisciplinar

El set de indicadores potenciales se presentó a un grupo multidisciplinar compuesto por 10 expertos (tabla A.1): un facultativo en cardiometabólico, dos enfermeras, un farmacéutico hospitalario, un médico de familia, un facultativo en medicina preventiva, dos pacientes (uno perteneciente a una asociación de pacientes) y dos reumatólogos.

Se diseñó un cuestionario donde los expertos del Grupo Multidisciplinar valoraron la pertinencia de cada indicador. Además, el cuestionario permitió incluir comentarios, proponer modificaciones y sugerir nuevos indicadores.

Las respuestas obtenidas fueron evaluadas por el grupo de trabajo para generar el listado preliminar de indicadores.

Fase 3: Consenso Delphi

La metodología Delphi propone alcanzar el consenso de un grupo de participantes, que recibe el nombre de panel Delphi, mediante cuestionarios individuales. Se trata de un procedimiento iterativo donde los panelistas evalúan los aspectos propuestos mediante escalas Likert, pudiendo aportar comentarios adicionales, en varias rondas. Las respuestas de una permiten generar los cuestionarios personalizados de la siguiente ronda, determinando finalmente el grado de consenso alcanzado^{23–25}.

De acuerdo con esta metodología, los indicadores contemplados en el listado preliminar se presentaron a un grupo de dermatólogos, miembros del Grupo de Psoriasis de la AEDV, que conformó el panel Delphi (tabla A.1). Estos

consensuaron qué aspectos deben evaluarse a la hora de certificar unidades de psoriasis en dos rondas.

En la primera ronda se diseñó un cuestionario donde se presentó el nombre y la definición de cada indicador. Los expertos valoraron los indicadores de forma individual, otorgando una puntuación entre 1 y 9 (1, irrelevante; y 9, muy relevante). Asimismo, con el objetivo de diferenciar los indicadores «básicos» y «de excelencia», los panelistas determinaron el grado «básico» a aspectos cuyo cumplimiento resulta esencial para el funcionamiento de una unidad de psoriasis; el grado «de excelencia» se reservó para los indicadores que suponen un valor añadido, pero su ausencia no interfiere en el servicio de la unidad. El cuestionario permitió a los dermatólogos incluir comentarios o modificaciones en cada indicador, así como proponer nuevos indicadores.

Tras la primera ronda se procesaron las respuestas obtenidas para evaluar la correcta comprensión de los indicadores. También se revisaron las propuestas de nuevos indicadores realizadas por los panelistas para incluir nuevos indicadores a evaluar en la segunda ronda.

Finalmente, se diseñaron cuestionarios personalizados para cada panelista con base en los cuestionarios de la primera ronda. Estos incluyeron la puntuación y grado otorgados por el experto a cada indicador en la primera ronda, puntuación promedio obtenida y proporción de panelistas que establecieron el grado «básico» para cada indicador en la primera ronda. En la segunda ronda no se aceptaron nuevas propuestas de indicadores de calidad.

Las respuestas de la segunda ronda permitieron alcanzar el consenso aplicando la metodología RAND/UCLA, lo que permitió resumir las opiniones del panel Delphi y determinar el grado de consenso mediante métodos estadísticos²⁶. Se generaron tres regiones de puntuación (1-3; 4-6; y 7-9), y se ubicó la región de la mediana de las puntuaciones para cada indicador. En primer lugar, se midió el nivel de acuerdo para cada indicador y, a continuación, se determinó si el acuerdo era a favor de su inclusión o en contra.

Respecto al nivel de acuerdo, cuando al menos 2/3 de los panelistas puntuaron el indicador en la región de la mediana se consideró alcanzado «acuerdo». Por su parte, si 1/3 o más de las respuestas se ubicaron dentro de la región 1-3, y además se cumplió que 1/3 o más de las respuestas pertenecieron a la región 7-9, se consideró «desacuerdo» para ese indicador. En el resto de las situaciones se estableció un acuerdo «indeterminado».

Los indicadores en los que se alcanzó «acuerdo» o este fue «indeterminado» fueron evaluados para establecer si la inclusión como indicadores de calidad era apropiada. En aquellos indicadores cuya mediana de puntuación se ubicó en la región 7-9 se decretó su inclusión «apropiada». Cuando la mediana perteneció al rango 1-3, la inclusión se consideró «inapropiada». Si la mediana se situó en la región 4-6, la inclusión se consideró «dudosa».

Además de la mediana, los resultados obtenidos se caracterizaron estimando otras medidas de dispersión (media y desviación estándar).

Por su parte, para determinar el grado «básico» o «de excelencia» de cada indicador se aplicaron criterios de consenso inspirados en el método RAND/UCLA²⁶. Cuando más de 2/3 de los panelistas otorgaron el mismo grado para un

indicador, se aceptó el consenso para dicho grado. En caso contrario el grado se consideró «indeterminado».

Todos aquellos indicadores con consenso «dudoso» para su inclusión, el nivel de acuerdo «indeterminado», o donde no se consensuó el grado, fueron sujetos a revisión por el grupo de trabajo. En esta reunión se valoró la inclusión/exclusión de estos indicadores, así como el grado apropiado para ellos.

Resultados

Fase 1: Identificación de potenciales indicadores de calidad

La estrategia de búsqueda bibliográfica identificó un total de 185 publicaciones (figura A.1). En un primer cribado se eliminaron 128. Se revisó el texto completo de las 57 publicaciones restantes, lo que permitió generar un primer listado formado por 143 indicadores²⁷⁻⁸⁴.

El grupo de trabajo revisó los indicadores obtenidos de la literatura científica y elaboró un set formado por 67 indicadores potenciales: 21 de estructura, 42 de proceso y cuatro de resultado.

Fase 2: Revisión por el Grupo Multidisciplinar

Las aportaciones recibidas por parte del Grupo Multidisciplinar permitieron orientar algunas de las definiciones de los indicadores, así como su clasificación.

Dada la relevancia que el grupo manifestó para ciertos indicadores, el set se redujo hasta los 63 indicadores: siete de estructura, 52 de proceso y cuatro de resultado.

Fase 3: Consenso Delphi

El set preliminar de indicadores (tabla 1), compuesto por los 63 indicadores avalados por el Grupo Multidisciplinar, se presentó al panel Delphi en la primera ronda, compuesto por 42 dermatólogos.

Como resultado de la primera ronda, se incluyeron seis indicadores adicionales (tres de estructura, dos de proceso y uno de resultado) en la segunda ronda (69 indicadores) (tabla 1). En esta ronda se obtuvieron las respuestas de 39 dermatólogos.

Los resultados obtenidos en la segunda ronda, así como el consenso alcanzado en cuanto a la inclusión/exclusión de los indicadores y su grado («básico» vs. «de excelencia») se presenta en la tabla 2.

El listado definitivo quedó compuesto por 67 indicadores (10 de estructura, 52 de proceso y cinco de resultado), de los que 45 se catalogaron como «básico» y 22 como «de excelencia».

Discusión

España cuenta con profesionales implicados y cualificados para la atención del paciente con psoriasis que desempeñan su labor en unidades especializadas. No obstante, la homogenización de la asistencia entre unidades y comunidades autónomas, así como la potenciación de la mejora continua

Tabla 1 Indicadores de calidad presentados al Panel Delphi

Indicador	Definición	Fuente (Núm. de citas)
Indicadores de estructura		
<i>Personal de la Unidad</i>		
1. Dermatólogo/a especializado/a en psoriasis	La Unidad cuenta con dermatólogos especializados en el manejo de pacientes con psoriasis	(1) ⁵⁶
2. Personal de enfermería con experiencia en psoriasis	La Unidad cuenta con personal de enfermería con experiencia en psoriasis	(3) ^{28,55,56}
<i>Servicios específicos de la Unidad</i>		
3. Unidad integrada en un Servicio de Dermatología con instalaciones para la hospitalización	La Unidad está integrada en un Servicio de Dermatología que dispone de instalaciones de hospitalización para garantizar la continuidad de la asistencia	(1) ⁵⁶
4. Consulta ambulatoria de enfermería	La Unidad dispone de una consulta ambulatoria para la atención por parte del personal de enfermería con experiencia en psoriasis	(1) ⁵⁶
5. Servicio de atención al paciente externo	La Unidad cuenta con un Servicio de consulta ambulatoria con el dermatólogo/a especialista en psoriasis de referencia, dirigido al paciente externo	(1) ²⁸
6. Servicios y herramientas de salud digital (teleDermatología)	La Unidad dispone de herramientas telemáticas de salud digital (vía telefónica, Internet, <i>apps</i> , etc.) para la realización de iniciativas de teleDermatología. La disposición de estas herramientas implica la realización de visitas telemáticas con los pacientes (televisitas) y la comunicación con otros especialistas de la salud como reumatólogos/as, médicos/as de atención primaria, etc. mediante plataformas diseñadas para esta labor (teleconsulta)	(4) ^{29,55-57}
7. Infraestructura adecuada para la investigación científica	La Unidad dispone de una Unidad de investigación o de ensayos clínicos que cuenta con la estructura física, horarios y de personal necesario (espacio, <i>data manager</i> , coordinador/a, enfermeras/os con formación adecuada en ensayos clínicos, etc.) para la participación de forma continuada en ensayos clínicos	Panel Delphi
8. Cartera de servicios actualizada	La Unidad dispone de una cartera de servicios actualizada	Panel Delphi
9. Hospital de Día Médico	La Unidad tiene acceso a un Hospital de Día Médico para el tratamiento de pacientes que lo requieran	Panel Delphi
<i>Técnicas disponibles en la Unidad</i>		
10. Acceso a fototerapia	La Unidad dispone de instalaciones adecuadas para la realización de fototerapia	(2) ^{28,38}
Indicadores de proceso		
<i>Registros y archivos de información del paciente</i>		
11. Registro de pacientes tratados en la Unidad	La Unidad lleva a cabo un registro actualizado de aquellos pacientes tratados en la Unidad.	(3) ^{30,40,56}
12. Registro de pacientes de la Unidad que reciben tratamientos complejos	La Unidad lleva a cabo un registro actualizado de los pacientes tratados en la Unidad con terapias complejas como los fármacos biológicos o moléculas pequeñas	(2) ^{32,56}
13. Registro periódico del PASI	La Unidad realiza evaluaciones periódicas de la evolución del PASI de los pacientes con psoriasis en seguimiento	(1) ⁴⁰
14. Registro del grado de afectación de la patología en localizaciones específicas	La Unidad realiza evaluaciones periódicas del grado en el que la psoriasis afecta a distintas localizaciones específicas de los pacientes con psoriasis: psoriasis en uñas, psoriasis palmo-plantar, psoriasis en cuero cabelludo, psoriasis genital, etc.	(1) ⁶⁰
15. Participación en registros nacionales de psoriasis	La Unidad participa en registros nacionales de psoriasis. Lo que implica haber participado en los últimos 5 años en, al menos, algún registro AEDV y/o en el registro del grupo de psoriasis de la AEDV	Panel Delphi

Tabla 1 (continuación)

Indicador	Definición	Fuente (Núm. de citas)
<i>Calidad y organización de la Unidad</i>		
16. Sistema de consultas externas con especialidades afines	La Unidad dispone de un sistema para derivar al paciente con psoriasis a consultas externas de servicios especializados en áreas afines (reumatología, digestivo, psiquiatría, medicina interna, etc.)	Comité Científico
17. Circuito de visitas preferentes entre la Unidad de Dermatología y otros servicios	La Unidad dispone de un circuito preferencial para la derivación del paciente a Atención Primaria, Urgencias u otras Unidades de especialidades afines (reumatología, digestivo, medicina interna, psiquiatría, etc.)	(1) ⁵⁶
18. Evaluación de la eficiencia de la Unidad: Seguimiento fármaco-económico	La Unidad dispone de herramientas para la evaluación de su eficiencia en relación con el uso de fármacos de alto impacto presupuestario, al menos de forma anual	Comité Científico
<i>Protocolos y guías clínicas de la Unidad</i>		
19. Protocolo específico para la visita de diagnóstico de psoriasis	La Unidad dispone de un protocolo propio actualizado y/o sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica nacionales y/o internacionales para la realización del diagnóstico correcto de psoriasis en pacientes con signos y síntomas compatibles con psoriasis. El protocolo incluye: anamnesis, examen cutáneo, valoración del estado de salud global del paciente, pruebas complementarias adaptadas a cada caso, etc.	(1) ²⁹
20. Protocolo específico para poblaciones con comorbilidades	La Unidad dispone de protocolos propios actualizados y/o sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica nacionales y/o internacionales para el manejo de la psoriasis en pacientes con necesidades especiales	(4) ^{39,44,46,60}
21. Protocolo específico para población pediátrica	La Unidad dispone de protocolos propios actualizados y/o sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica nacionales y/o internacionales para el manejo de la psoriasis en pacientes pediátricos	(1) ⁶⁰
22. Protocolo específico para mujeres gestantes	La Unidad dispone de protocolos propios actualizados y/o sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica nacionales y/o internacionales para el manejo de la psoriasis en pacientes gestantes	(2) ^{44,46}
23. Protocolo para pacientes con psoriasis en localizaciones especiales	La Unidad documenta seguir la mejor evidencia disponible para el manejo de la psoriasis en localizaciones especiales como psoriasis en uñas, psoriasis palmo-plantar, psoriasis en pliegues, etc.	(1) ⁶⁰
24. Protocolo de farmacovigilancia	La Unidad cuenta con un protocolo de farmacovigilancia que incluye la gestión y notificación de eventos adversos a las autoridades sanitarias pertinentes	(2) ^{32,55}
25. Protocolo para la derivación del paciente a reumatología	La Unidad cuenta con un protocolo específico para la derivación de pacientes con sospecha de artritis psoriásica al Servicio de Reumatología, diseñado en colaboración con este Servicio	(1) ⁴¹
26. Protocolo para la hospitalización del paciente	La Unidad dispone de una serie de criterios para la hospitalización de pacientes definidos, donde se indica qué aspectos debe cumplir el paciente para considerarse la necesidad de ingreso hospitalario de este	Comité Científico
27. Protocolo específico para la transición entre tratamientos	La Unidad cuenta con un protocolo específico actualizado y/o sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica nacionales y/o internacionales que incluye la definición de fracaso terapéutico, así como los criterios de cambio de terapia	(1) ⁵⁶

Tabla 1 (continuación)

Indicador	Definición	Fuente (Núm. de citas)
28. Protocolo para el ajuste de dosis de fármacos biológicos	La Unidad dispone de un protocolo específico actualizado, diseñado en colaboración con farmacia hospitalaria, y/o sigue las recomendaciones establecidas en guías de práctica clínica nacionales y/o internacionales para el ajuste de dosis con fármacos biológicos, cuando se considere clínicamente adecuado	(1) ³¹
<i>Calidad y organización del personal de la Unidad</i>		
29. Trabajo coordinado con profesionales de apoyo con experiencia en psoriasis	La Unidad trabaja de manera coordinada con profesionales de otras áreas (farmacéuticos/as, personal de enfermería, reumatólogos/as, etc.) con experiencia en el manejo de pacientes con psoriasis	(5) ^{28,39,41,55,56}
30. Reuniones periódicas interdisciplinarias entre el personal que compone la Unidad	La Unidad realiza reuniones multidisciplinarias entre el personal que la compone para la actualización de la situación de la misma	(1) ⁵⁵
31. Especialista identificable asignado a cada paciente para su asistencia clínica	La Unidad tiene asignado un especialista en psoriasis específico identificable, designado como el responsable de la asistencia de cada paciente	(1) ⁵⁶
32. Formación actualizada de los profesionales sanitarios incluidos en la Unidad	La Unidad garantiza la formación actualizada del personal sanitario que la compone mediante sesiones periódicas, cursos u otro tipo de iniciativa formativa	(6) ^{35,41,43,45,55,56}
33. Formación de profesionales sanitarios externos a la Unidad	La Unidad lleva a cabo programas de formación al personal sanitario que no forma parte del equipo de trabajo de la Unidad, pero colabora con ella, como es el caso de reumatólogos, especialistas en medicina interna, personal de enfermería o farmacéuticos, entre otros	(3) ^{28,41,55}
<i>Control y calidad a la entrada en la Unidad de psoriasis</i>		
34. Diagnóstico completo reflejado en la historia clínica del paciente	El diagnóstico de la psoriasis en los pacientes tratados en la Unidad se acompaña de los siguientes parámetros, que quedan reflejados en la historia clínica: antecedentes, comorbilidades, medicación concomitante que recibe el paciente, medicación previa recibida para el manejo de la psoriasis, exploración física general (incluyendo peso, altura, presión arterial, etc.) y exploración física orientada a descartar artritis psoriásica	Comité Científico
<i>Seguimiento del paciente: Hospitalizaciones</i>		
35. Participación del dermatólogo durante la estancia hospitalaria del paciente	Los profesionales implicados en la Unidad tienen disponibilidad para la asistencia y seguimiento de los pacientes que son controlados de forma ambulatoria en caso de ingreso hospitalario	(1) ⁵⁶
<i>Seguimiento del paciente: Evaluación de los tratamientos</i>		
36. Determinación de la viabilidad del tratamiento previamente a iniciar la terapia sistémica	La Unidad realiza diversas pruebas complementarias (analíticas, perfil bioquímico y metabólico, estatus inmunológico, etc.) y descarta la presencia de comorbilidades o situaciones que desaconsejen o contraindiquen un determinado tratamiento, previamente a su prescripción	Comité Científico
37. Medición del PASI y DLQI al inicio de la terapia sistémica	La Unidad realiza una medición de PASI y DLQI al inicio de cualquier tratamiento	(1) ⁵⁹
38. Seguimiento del tratamiento sistémico	La Unidad dispone de un programa de vigilancia para prevenir, detectar y tratar precozmente los efectos secundarios asociados al tratamiento sistémico	(1) ⁵⁹

Tabla 1 (continuación)

Indicador	Definición	Fuente (Núm. de citas)
39. Evaluación periódica de la tolerancia y eficacia de la fototerapia	La Unidad dispone de contacto continuo y directo con los profesionales (incluyendo enfermería) responsables de fototerapia con el fin de detectar posibles problemas relacionados con esta modalidad terapéutica	(1) ⁵⁹
<i>Seguimiento del paciente: Monitorización del paciente</i>		
40. Monitorización periódica de la aparición de comorbilidades	La Unidad monitoriza de forma anual la aparición de comorbilidades asociadas a la psoriasis en pacientes tratados con fármacos biológicos	(4) ^{33,50,51,60}
41. Monitorización de la función hepática	La Unidad monitoriza de forma anual la función hepática de los pacientes en tratamiento con fármacos con potencial hepatotóxico o que sufren afecciones hepáticas como infección crónica por virus de la hepatitis o hígado graso	(3) ⁵⁹⁻⁶¹
42. Monitorización periódica de los pacientes mediante pruebas analíticas	La Unidad monitoriza el estado de salud del paciente en tratamiento anti psoriásico mediante la realización de hemogramas y determinaciones del perfil bioquímico completo de forma periódica. Este proceso se realiza de forma anual o en un periodo inferior en caso de que se produzcan cambios en el PASI, BSA y/o DLQI	(1) ⁴⁰
<i>Seguimiento del paciente: Gestión del riesgo de enfermedades infecciosas</i>		
43. Actualización del estatus inmunológico en pacientes que van a recibir terapia sistémica	La Unidad dispone de un protocolo de vacunación para los pacientes que van a recibir alguna terapia sistémica (incluye fármacos biológicos) según el protocolo vigente consensuado con medicina interna o medicina preventiva	(3) ^{46,47,61}
44. Cribado de infecciones	<i>Previo al inicio de la terapia sistémica (incluye fármacos biológicos) la Unidad realiza las pruebas necesarias para evaluar la presencia de los siguientes microorganismos: VHB, VHC, VIH y Treponema pallidum</i>	(2) ^{46,62}
45. Tratamiento antiviral en pacientes HBsAg positivo	Previamente a la prescripción de un tratamiento sistémico o biológico, tras la evaluación del estado de la infección por VHB, la Unidad deriva al paciente con signos de infección a la Unidad de digestivo para la prescripción del tratamiento antiviral adecuado según los criterios consensuados con el Servicio de gastroenterología	Comité Científico
46. Cribado de tuberculosis previamente a iniciar la terapia	La Unidad lleva a cabo el cribado de tuberculosis previamente al inicio de la terapia con fármacos biológicos, sistémicos. El cribado incluye la realización de las pruebas consensuadas con el Servicio de enfermedades infecciosas y/o Unidad de tuberculosis	(4) ^{43,46,60,62}
<i>Seguimiento del paciente: Medidas para fomentar hábitos de vida saludables</i>		
47. Educación del paciente en un estilo de vida saludable	La Unidad fomenta hábitos de vida saludables en los pacientes que trata	(3) ^{29,30,34}
48. Programa de cesación tabáquica	La Unidad dispone de un programa o circuito de derivación para la ayuda en la cesación tabáquica destinado a sus pacientes	(1) ³⁴
49. Programa de reducción de peso	La Unidad dispone de un programa o circuito de derivación para la ayuda en la reducción de peso destinado a sus pacientes	(1) ³⁴
50. Intervenciones para las comorbilidades psiquiátricas y psicológicas	La Unidad contempla las comorbilidades psiquiátricas y psicológicas propias de pacientes con psoriasis (ansiedad, depresión, etc.) y dispone de un programa o circuito de derivación para la ayuda específica para su manejo	(5) ^{34,49,50,55,64}
51. Exploración del estilo de vida del paciente	La Unidad evalúa el estilo de vida de sus pacientes con psoriasis con el fin de conocer la regularidad con la que practican ejercicio físico, su dieta, consumo de alcohol y tabaco, etc.	(2) ^{40,51}

Tabla 1 (continuación)

Indicador	Definición	Fuente (Núm. de citas)
52. Programa de entrenamiento en la administración de terapias	La Unidad dispone de personal (dermatológico, de enfermería y/o farmacéutico hospitalario) que instruye al paciente para la administración correcta de los tratamientos, y documenta los avances de los pacientes en la historia clínica. Entre otros, este programa se dirige a pacientes que sufren miedo a las inyecciones y reciben terapias subcutáneas, o a pacientes con problemas de deglución que reciben tratamientos orales	Comité Científico
<i>Seguimiento del paciente: Evaluación de los resultados comunicados por pacientes (PRO)</i>		
53. Inclusión de la CVRS como objetivo terapéutico	La Unidad incluye la mejora de la CVRS como objetivo terapéutico a alcanzar en sus pacientes	(1) ⁴²
54. Evaluación de la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido	La Unidad evalúa de forma anual la satisfacción de los pacientes en seguimiento con la terapia recibida, que debe estar registrada en la historia clínica de los mismos	(3) ^{56,60,64}
55. Evaluación de la afectación sobre la CVRS de los pacientes	La Unidad evalúa el grado de afectación de la psoriasis sobre la CVRS de los pacientes mediante el cuestionario DLQI u otras herramientas diseñadas para la medición de la CVRS, que debe estar registrada en la historia clínica de los pacientes	(2) ^{40,60}
56. Evaluación de la adherencia al tratamiento	La Unidad evalúa de forma periódica el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con psoriasis. Esta labor debe ser realizada por el dermatólogo/a, enfermera/o y/o el farmacéutico hospitalario	(1) ⁶⁰
<i>Comunicación activa con el paciente</i>		
57. Educación sanitaria del paciente	La Unidad incluye entre los objetivos del manejo del paciente la educación sanitaria para mejorar el conocimiento que tiene sobre su patología. Esto supone que la Unidad ponga a disposición de los pacientes que lo soliciten, material educativo en el formato que mejor se adapte a sus necesidades (digital, iconografías, artículos científicos, etc.)	(11) ^{28,29,36,37,42,46,49,50,52,53,55}
58. Transparencia en la prescripción de fármacos	La Unidad lleva a cabo acciones encaminadas a reforzar la autonomía del paciente, proporcionándole una información adecuada y permitiéndole tomar sus propias decisiones informadas. Esto supone exponer los beneficios y riesgos de la terapia seleccionada para manejar al paciente, así como los resultados que el paciente puede esperar de ella. Para ello, la Unidad traslada la información pertinente a los pacientes de forma oral y/o por escrito para mayor comprensión. El proceso debe quedar reflejado en la historia clínica	(7) ^{29,40,46,54,58,59,63}
59. Toma de decisiones y planteamiento de objetivos en conjunto con el paciente	La Unidad toma las decisiones terapéuticas y plantea los objetivos del tratamiento en un proceso compartido con el paciente. El proceso debe quedar reflejado en la historia clínica	(12) ^{29,36–38,40,42,46,48,50,54,58,64}

Tabla 1 (continuación)

Indicador	Definición	Fuente (Núm. de citas)
60. Acercamiento a las asociaciones de pacientes	La Unidad facilita al paciente información sobre las asociaciones de pacientes	(2) ^{49,55}
61. Información de contacto con la Unidad	La Unidad dispone de un medio para facilitar a los pacientes los datos de contacto de la Unidad (teléfono de contacto y horario de atención)	(1) ⁵⁶
<i>Aportación de la Unidad a la investigación científica</i>		
62. Proyectos de investigación	La Unidad lleva a cabo o participa en proyectos de investigación científica, participando y fomentando las publicaciones científicas sobre la psoriasis	(2) ^{55,56}
63. Participación en ensayos clínicos	La Unidad ofrece a los pacientes interesados la posibilidad de participar en ensayos clínicos, ya sea en la misma Unidad o en otra Unidad que disponga de infraestructura de investigación	Comité Científico
64. Participación en grupos de trabajo / grupos de estudio	La Unidad participa en estudios colaborativos con otros Servicios y/o otras Unidades de psoriasis	Panel Delphi
Indicadores de estructura		
<i>Variables clínicas de desempeño de la Unidad</i>		
65. Pacientes con control adecuado de la psoriasis tratados en la Unidad	La proporción de pacientes que presenta un PASI inferior o igual a 3, incluyendo únicamente a aquellos que llevan al menos un año en seguimiento por la Unidad y que reciben tratamiento sistémico o con fármacos biológicos, es superior a 50%	Comité Científico
66. Seguimiento de los pacientes de la Unidad	La proporción de pacientes que realiza 2 o más visitas al año en la Unidad (con el dermatólogo y/o con el personal de enfermería) es igual o superior a 80%. La visita se puede realizar de forma presencial o de forma telemática (consulta telefónica o por videollamada)	Comité Científico
67. Pacientes con manejo adecuado de las comorbilidades de la psoriasis en la Unidad	En pacientes en los que el dermatólogo presenta sospecha de artritis psoriásica y deriva al reumatólogo para el cribado de la comorbilidad, el periodo comprendido entre la derivación desde la Unidad de Dermatología hasta la evaluación por parte de reumatología debe ser igual o inferior a 3 meses. La proporción de pacientes que son atendidos en dicho plazo es de 70%	Comité Científico
<i>Medidas de resultado comunicadas por pacientes (PROM) y Medidas de experiencia comunicadas por pacientes (PREM)</i>		
68. Pacientes con buena CVRS tratados en la Unidad	La proporción de pacientes que presenta un DLQI inferior o igual a 5, incluyendo únicamente a aquellos que llevan al menos un año en seguimiento por la Unidad y que reciben tratamiento sistémico o con fármacos biológicos, es superior a 50%	Comité Científico
69. Satisfacción del paciente con la evolución de la psoriasis	Del total de pacientes en seguimiento por la Unidad, 70% o más dicen encontrarse satisfechos con la evolución de su enfermedad (considerando una puntuación igual o superior a 7 medido en una escala del 0 al 10).	Panel Delphi

AEDV: Asociación Española de Dermatología y Venereología; BSA: *Body Surface Area*; CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; PASI: *psoriasis Area Severity Index*; PREM: *Patient Reported Experience Measure*; PRO: *Patient Reported Outcome*; PROM: *Patient Reported Outcome Measure*; VHB: virus de la Hepatitis B; VHC: virus de la Hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

de los servicios son posibles áreas de mejora de la práctica clínica en psoriasis.

El Grupo de Psoriasis de la AEDV es referente en la formación e investigación en este campo. Por tanto, su participación en el proyecto CUDERMA es clave para fomentar la mejora de la asistencia y garantizar la calidad

asistencial, atendiendo al contexto presente en torno a la atención médica del paciente psoriásico.

Este estudio representa la primera fase del proyecto CUDERMA dirigido a psoriasis, y tuvo como objetivo identificar, mediante la metodología Delphi, aquellos aspectos que permitirían definir una unidad con un perfil adecuado

Tabla 2 Consenso: resultados del Panel Delphi

Indicador	Veces puntuado	Veces clasificado	Puntuación promedio	DE	Mediana	Proporción básico	Proporción excelencia	Consenso
Indicadores de Estructura								
<i>Personal de la Unidad</i>								
1. Dermatólogo/a especializado/a en psoriasis	39	39	8,92	0,27	9	87,18%	12,82%	Indicador básico
2. Personal de enfermería con experiencia en psoriasis	39	39	7,38	1,18	7	69,23%	30,77%	Indicador básico
<i>Servicios específicos de la Unidad</i>								
3. Unidad integrada en un Servicio de Dermatología con instalaciones para la hospitalización	39	39	7,36	1,46	7	71,79%	28,21%	Indicador básico
4. Consulta ambulatoria de enfermería	37	38	6,95	1,58	7	23,68%	76,32%	Indicador de excelencia
5. Servicio de atención al paciente externo	39	39	8,72	0,69	9	89,74%	10,26%	Indicador básico
6. Servicios y herramientas de salud digital (teleDermatología)	39	38	6,92	1,29	7	34,21%	65,79%	Indicador de excelencia ^{a,b}
7. Infraestructura adecuada para la investigación científica	38	38	7,63	1,13	8	15,79%	84,21%	Indicador de excelencia
8. Cartera de servicios actualizada	37	36	7,76	1,09	8	77,78%	22,22%	Indicador básico
9. Hospital de Día Médico	38	38	8,08	1,02	8	60,53%	39,47%	Indicador básico ^b
<i>Técnicas disponibles en la Unidad</i>								
10. Acceso a fototerapia	38	38	8,71	0,57	9	94,74%	5,26%	Indicador básico
Indicadores de proceso								
<i>Registros y archivos de información del paciente</i>								
11. Registro de pacientes tratados en la Unidad	39	39	7,62	1,55	8	56,41%	43,59%	Excluido ^c
12. Registro de pacientes de la Unidad que reciben tratamientos complejos	39	39	8,33	0,77	8	64,10%	35,90%	Indicador de excelencia ^b
13. Registro periódico del PASI	39	39	8,72	0,56	9	89,74%	10,26%	Indicador básico
14. Registro del grado de afectación de la patología en localizaciones específicas	39	39	7,72	1,39	8	76,92%	23,08%	Indicador básico
15. Participación en registros nacionales de psoriasis	37	38	7,51	1,59	8	23,68%	73,68%	Indicador de excelencia
<i>Calidad y organización de la Unidad</i>								
16. Sistema de consultas externas con especialidades afines	39	39	8,08	0,98	8	76,92%	23,08%	Indicador básico
17. Circuito de visitas preferentes entre la Unidad de Dermatología y otros servicios	39	39	7,77	0,96	8	48,72%	51,28%	Indicador de excelencia ^b
18. Evaluación de la eficiencia de la Unidad: Seguimiento fármaco-económico	39	39	7,23	1,42	7	35,90%	64,10%	Indicador de excelencia ^b
<i>Protocolos y guías clínicas de la Unidad</i>								
19. Protocolo específico para la visita de diagnóstico de psoriasis	39	38	8,38	0,81	9	97,37%	2,63%	Indicador básico
20. Protocolo específico para poblaciones con comorbilidades	38	38	7,61	1,17	8	39,47%	60,53%	Indicador básico ^b

Tabla 2 (continuación)

Indicador	Veces puntuado	Veces clasificado	Puntuación promedio	DE	Mediana	Proporción básico	Proporción excelencia	Consenso
21. Protocolo específico para población pediátrica	38	38	7,92	1,00	8	65,79%	34,21%	Indicador básico ^b
22. Protocolo específico para mujeres gestantes	39	39	7,85	1,23	8	69,23%	30,77%	Indicador básico
23. Protocolo para pacientes con psoriasis en localizaciones especiales	38	39	7,42	1,33	8	61,54%	38,46%	Indicador básico ^b
24. Protocolo de farmacovigilancia	39	39	7,59	1,14	8	38,46%	61,54%	Indicador de excelencia ^b
25. Protocolo para la derivación del paciente a Reumatología	39	39	8,31	0,86	8	82,05%	17,95%	Indicador básico
26. Protocolo para la hospitalización del paciente	39	39	6,67	1,32	7	66,67%	33,33%	Indicador de excelencia ^{a,b}
27. Protocolo específico para la transición entre tratamientos	39	39	6,59	2,06	7	61,54%	38,46%	Indicador básico ^{a,b}
28. Protocolo para el ajuste de dosis de fármacos biológicos	39	39	6,26	1,92	7	46,15%	53,85%	Excluido ^c
<i>Calidad y organización del personal de la Unidad</i>								
29. Trabajo coordinado con profesionales de apoyo con experiencia en psoriasis	39	39	8,21	0,86	8	76,92%	23,08%	Indicador básico
30. Reuniones periódicas interdisciplinarias entre el personal que compone la Unidad	39	39	7,18	1,50	7	48,72%	51,28%	Indicador de excelencia ^b
31. Especialista identificable asignado a cada paciente para su asistencia clínica	39	39	7,77	1,04	8	89,74%	10,26%	Indicador básico
32. Formación actualizada de los profesionales sanitarios incluidos en la Unidad	39	39	8,44	0,64	9	84,62%	15,38%	Indicador básico
33. Formación de profesionales sanitarios externos a la Unidad	39	39	7,18	1,19	7	23,08%	76,92%	Indicador de excelencia
<i>Control y calidad a la entrada en la Unidad de psoriasis</i>								
34. Diagnóstico completo reflejado en la historia clínica del paciente	39	39	8,46	0,72	9	94,87%	5,13%	Indicador básico
<i>Seguimiento del paciente: Hospitalizaciones</i>								
35. Participación del dermatólogo durante la estancia hospitalaria del paciente	38	39	7,82	1,04	8	92,31%	7,69%	Indicador básico
<i>Seguimiento del paciente: Evaluación de los tratamientos</i>								
36. Determinación de la viabilidad del tratamiento previamente a iniciar la terapia sistémica	39	39	8,67	0,70	9	92,31%	7,69%	Indicador básico
37. Medición del PASI y DLQI al inicio de la terapia sistémica	38	39	8,61	0,72	9	94,87%	5,13%	Indicador básico
38. Seguimiento del tratamiento sistémico	39	39	8,00	1,30	8	82,05%	17,95%	Indicador básico
39. Evaluación periódica de la tolerancia y eficacia de la fototerapia	39	39	8,28	0,92	8	94,87%	5,13%	Indicador básico

Tabla 2 (continuación)

Indicador	Veces puntuado	Veces clasificado	Puntuación promedio	DE	Mediana	Proporción básico	Proporción excelencia	Consenso
<i>Seguimiento del paciente: Monitorización del paciente</i>								
40. Monitorización periódica de la aparición de comorbilidades	39	39	8,23	0,78	8	82,05%	17,95%	Indicador básico
41. Monitorización de la función hepática	39	39	8,21	0,86	8	87,18%	12,82%	Indicador básico
42. Monitorización periódica de los pacientes mediante pruebas analíticas	39	39	8,41	0,97	9	94,87%	5,13%	Indicador básico
<i>Seguimiento del paciente: Gestión del riesgo de enfermedades infecciosas</i>								
43. Actualización del estatus inmunológico en pacientes que van a recibir terapia sistémica	39	39	8,38	0,94	9	87,18%	12,82%	Indicador básico
44. Cribado de infecciones	39	39	8,62	1,16	9	94,87%	5,13%	Indicador básico
45. Tratamiento antiviral en pacientes HBsAg positivo	38	39	8,55	0,92	9	94,87%	5,13%	Indicador básico
46. Cribado de tuberculosis previamente a iniciar la terapia	39	39	8,82	0,45	9	94,87%	5,13%	Indicador básico
<i>Seguimiento del paciente: Medidas para fomentar hábitos de vida saludables</i>								
47. Educación del paciente en un estilo de vida saludable	39	39	7,85	1,57	8	64,10%	35,90%	Indicador básico ^b
48. Programa de cesación tabáquica	39	39	6,69	1,79	7	25,64%	74,36%	Indicador de excelencia ^a
49. Programa de reducción de peso	39	39	7,31	1,56	8	30,77%	69,23%	Indicador de excelencia
50. Intervenciones para las comorbilidades psiquiátricas y psicológicas	39	38	7,38	1,23	7	23,68%	76,32%	Indicador de excelencia
51. Exploración del estilo de vida del paciente	39	39	7,03	1,50	7	38,46%	61,54%	Indicador básico ^b
52. Programa de entrenamiento en la administración de terapias	39	39	6,90	1,73	7	41,03%	58,97%	Indicador básico ^b
<i>Seguimiento del paciente: Evaluación de los resultados comunicados por pacientes (PRO)</i>								
53. Inclusión de la CVRS como objetivo terapéutico	39	39	7,36	1,46	8	71,79%	28,21%	Indicador básico
54. Evaluación de la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido	39	39	7,31	1,30	7	38,46%	61,54%	Indicador de excelencia
55. Evaluación de la afectación sobre la CVRS de los pacientes	39	39	7,85	1,11	8	84,62%	15,38%	Indicador básico
56. Evaluación de la adherencia al tratamiento	39	39	7,69	1,32	8	56,41%	43,59%	Indicador básico ^b

Tabla 2 (continuación)

Indicador	Veces puntuado	Veces clasificado	Puntuación promedio	DE	Mediana	Proporción básico	Proporción excelencia	Consenso
<i>Comunicación activa con el paciente</i>								
57. Educación sanitaria del paciente	39	39	7,05	1,57	7	15,38%	84,62%	Indicador de excelencia
58. Transparencia en la prescripción de fármacos	39	39	7,26	1,76	7	43,59%	56,41%	Indicador de excelencia ^b
59. Toma de decisiones y planteamiento de objetivos conjunto con el paciente	39	38	7,51	1,34	8	68,42%	31,58%	Indicador básico
60. Acercamiento a las asociaciones de pacientes	39	39	6,38	1,76	7	28,21%	71,79%	Indicador de excelencia ^a
61. Información de contacto con la Unidad	39	39	6,79	1,95	7	51,28%	48,72%	Indicador básico ^{a,b}
<i>Aportación de la Unidad a la investigación científica</i>								
62. Proyectos de investigación	38	39	8,24	0,85	8	20,51%	79,49%	Indicador de excelencia
63. Participación en ensayos clínicos	39	39	8,08	1,13	8	17,95%	82,05%	Indicador de excelencia
64. Participación en grupos de trabajo/grupos de estudio	38	38	7,79	1,45	8	26,32%	73,68%	Indicador de excelencia
Indicadores de estructura								
<i>Variables clínicas de desempeño de la Unidad</i>								
65. Pacientes con control adecuado de la psoriasis tratados en la Unidad	38	38	7,95	1,01	8	71,05%	28,95%	Indicador básico
66. Seguimiento de los pacientes de la Unidad	37	38	7,49	1,39	8	81,58%	18,42%	Indicador básico
67. Pacientes con manejo adecuado de las comorbilidades de la psoriasis en la Unidad	39	39	7,64	1,20	8	53,85%	46,15%	Indicador básico ^b
<i>Medidas de resultado comunicadas por pacientes (PROM) y medidas de experiencia comunicadas por pacientes (PREM)</i>								
68. Pacientes con buena CVRS tratados en la Unidad	39	39	7,46	1,19	7	74,36%	25,64%	Indicador básico
69. Satisfacción del paciente con la evolución de la psoriasis	37	38	7,54	1,14	8	34,21%	65,79%	Indicador de excelencia ^b

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud; DE: Desviación Estándar; DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; HBsAg: Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; PASI: *psoriasis Area Severity Index*; PREM: *Patient Reported Experience Measure*; PRO: *Patient Reported Outcome*; PROM: *Patient Reported Outcome Measure*.

^a Inclusión del indicador según el criterio del Comité Científico dado que el Panel Delphi no alcanzó consenso acerca de la adecuación del indicador.

^b Clasificación del indicador según el criterio del Comité Científico dado que el Panel Delphi no alcanzó consenso acerca de la clasificación del indicador.

^c Indicador excluido según el criterio del Comité Científico dado que no se alcanzó consenso para su inclusión.

para el seguimiento y tratamiento de pacientes con psoriasis moderada-grave y una unidad de excelencia. Además, se trata del primer conjunto de indicadores de calidad destinados a la certificación de unidades de psoriasis.

Los aspectos «básicos» determinados por los panelistas se agrupan en torno a: 1) presencia de dermatólogos y enfermeras con formación actualizada en psoriasis; 2) instalaciones, técnicas y terapias adecuadas; 3) registro de pacientes, de su información, diagnóstico, parámetros relevantes para la patología...; 4) contacto con especialidades relevantes para el manejo de la psoriasis; 5) disposición de protocolos y medidas que fomenten la efectividad y seguridad de los tratamientos (incluyendo el entrenamiento para su administración); 6) monitorización de comorbilidades; 6) educación sanitaria; 7) inclusión de medidas de resultado comunicadas por pacientes, *Patient Reported Outcome Measure* (PROM); y 8) toma de decisiones conjunta con el paciente.

Como aspectos «de excelencia» se definieron: 1) presencia de una consulta de enfermería; 2) acceso a herramientas digitales; 3) investigación científica; 4) elaboración de registros de pacientes con tratamientos complejos y colaboración en registros nacionales; 5) circuitos de visitas preferentes; 6) evaluación de la eficiencia de la unidad; 7) diseño de protocolos de farmacovigilancia y hospitalización; 8) reuniones periódicas multidisciplinares; 9) formación de profesionales externos de la unidad; 10) fomento de hábitos de vida saludable y salud mental; 11) evaluación de medidas de experiencia comunicadas por pacientes, *Patient Reported Experience Measure* (PREM); y 12) empoderamiento del paciente.

Una de las fortalezas de este estudio reside en la clasificación de los indicadores como «básico» o «de excelencia». Esta división permite que centros de diversas características y prestaciones tengan capacidad para ofrecer unas prestaciones suficientes. Por otro lado, el conjunto de indicadores permitirá a los centros de mayor experiencia y dedicación aspirar a un nivel de excelencia, fomentando el proceso de mejora continuada en calidad.

La revisión del listado preliminar por el Grupo Multidisciplinar plantea otra fortaleza a considerar. Las aportaciones recibidas proporcionaron a los indicadores una perspectiva asistencial más amplia, contemplando el papel de otras especialidades en el abordaje de la psoriasis.

Aunque la presencia de este grupo se entiende como una fortaleza, este consenso no planteó la participación directa de otros especialistas o pacientes en el panel Delphi, sino en una fase previa. Asumiendo esta limitación, se trató de preservar las aportaciones recibidas por parte del Grupo Multidisciplinar, tal y como fueron recibidas.

Por último, a diferencia de otros estudios de consenso de indicadores de calidad^{15,16}, en el proyecto CUDERMA se separó el consenso de los conceptos a medir y la definición de los indicadores (nombre, definición, estándar, nivel objetivo de cumplimiento y evidencias de cumplimiento) en dos fases diferenciadas. De esta forma, los aspectos consensuados en este estudio serán estandarizados para la posterior certificación de unidades, demostrando entonces la conveniencia de los aspectos consensuados para garantizar la calidad asistencial en psoriasis.

Conclusión

Este estudio identificó un listado de aspectos a evaluar en indicadores de calidad que permitan certificar unidades de psoriasis. El conjunto de indicadores consensuado incluyó 10 indicadores de estructura, 52 de proceso y cinco de resultado. De estos, 45 indicadores se definieron como «básico» y 22 como «de excelencia». Los indicadores serán estandarizados en fases posteriores del proyecto CUDERMA para la posterior certificación de unidades de psoriasis.

Financiación

El proyecto ha sido impulsado y financiado por la Academia Española de dermatología y Venereología (AEDV) con una beca sin restricciones de Abbvie.

Conflicto de intereses

A. de la Cuadra-Grande es empleado de Pharmacoconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), una consultora especializada en evaluación económica de intervenciones en salud e investigación de resultados en salud, que ha recibido honorarios por parte de la AEDV para prestar soporte metodológico a lo largo de todo el proyecto. El resto de autores declara no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Miguel Ángel Casado y Araceli Casado-Gómez, empleados de Pharmacoconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), su inestimable colaboración para la realización de este proyecto.

Anexo 1. Composición de expertos que han participado en este proyecto, así como el protocolo y diagrama PRISMA de la revisión bibliográfica. Miembros del Grupo Multidisciplinar y Grupo de Consenso.

Grupo Multidisciplinar:

Cardiometabólico: Alonso, Nuria [Hospital Universitari Germans Trias i Pujol]. Enfermería: Castro, Laura [Complejo Hospitalario Universidad de Pontevedra]; de la Torre, Jenny [Hospital General Universitario de Alicante]. Farmacia hospitalaria: Cardona, Gloria [Hospital Universitari Germans Trias i Pujol]. Medicina de familia: Cabrerizo, Ana María [Centro de Salud Padul]. Medicina preventiva: Valero, María Carmen [Hospital Universitario San Cecilio de Granada]. Pacientes: Lorenzo, Noela; Rodríguez, Fátima. Reumatología: Joven, Beatriz [Hospital Universitario 12 de Octubre]; Queiro, Rubén [Hospital Universitario Central de Asturias].

Grupo de Consenso:

Abalde, María Teresa [Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra]; Andrés, Juan José [Hospital Vega Baja];

Ara, Mariano [Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa]; Armesto, Susana [Hospital Universitario Marqués de Valdecilla]; Aparicio, Gloria [Hospital Universitario Vall d'Hebron]; Beniandrés, Ofelia [Hospital General Universitario Gregorio Marañón]; Carretero, Gregorio [Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín]; Conde-Taboada, Alberto [Hospital Clínico San Carlos]; Ferrán, Marta [Hospital del Mar]; Ferrándiz, Carlos [Instituto Médico Ferrándiz-Pulido]; Galán, Manuel [Hospital Universitario Reina Sofía]; Eiris-Salvado, Noemí [Hospital Universitario Virgen de la Macarena]; García-Bustinduy, Marta [Complejo Hospital Universitario de Canarias en La Laguna]; García-Latasa, Francisco Javier [Hospital Royo Villanova]; García-Patos, Vicente [Hospital Universitario Vall d'Hebron]; González, Alicia [Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín]; Herranz, Pedro [Hospital Universitario La Paz]; Llamas, Mar [Hospital Universitario de la Princesa]; López, Anna [Hospital de la Santa Creu i Sant Pau]; Marrón, Servando Eugenio [Hospital Universitario Miguel Servet]; Martínez, Elena [Hospital Universitario de Toledo]; Martorell, Antonio [Hospital de Manises]; Mataix, Javier [Hospital Marina Baixa]; Mateu, Almudena [Hospital Universitario Doctor Peset]; Pérez, Silvia [Hospital Universitario Basurto]; Puig, Luis [Hospital de la Santa Creu i Sant Pau]; Pujol, Conrado [Hospital la Fe de Valencia]; Romero, Alberto [Hospital Universitario de Fuenlabrada]; Roncero, Mónica [Complejo Asistencial Universitario de Salamanca]; Ruiz, Diana [Hospital Universitario Fundación Alcorcón]; Ruiz-Carrascosa, José Carlos [Hospital Clínico Universitario San Cecilio]; Salleras, Montserrat [Hospital Universitari Sagrat Cor]; Sánchez-Regaña, Manuel [Clínica Dermacot]; Vicente, Asunción [Hospital Sant Joan de Déu]; Zulaica, Ander [Hospital do Meixoeiro].

Bibliografía

1. Langley R, Krueger G, Griffiths C. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005;64 Suppl 2:i118–23, <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2004.033217>.
2. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Rebusson DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41 3 Pt 1:401–7, [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(99\)70112-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(99)70112-x).
3. Boehncke W-H, Menter A. Burden of disease: psoriasis and psoriatic arthritis. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14:377–88, <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-013-0032-x>.
4. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol.* 2015;135:984–91, <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2014.530>.
5. Narayanan S, Guyatt V, Franceschetti A, Hautamaki EL. Disease burden and patient reported outcomes among patients with moderate to severe psoriasis: an ethnography study. *Psoriasis (Auckl).* 2015;5:1–7, <http://dx.doi.org/10.2147/PTT.S74906>.
6. Puig L, Ferrándiz C, Pujol RM, Vela E, Albertí-Casas C, Comellas M, et al. Burden of Psoriasis in Catalonia: Epidemiology, Associated Comorbidities Health Care Utilization, and Sick Leave. *Actas Dermosifiliogr.* 2021;112:425–33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.11.017>.
7. Cuenca-Barrales C, Molina-Leyva A, Moreno-Ramírez D, de la Cueva P, Gilaberte Y, Arias-Santiago S, et al. Dermatology Care

- in Spanish Public Hospitals: A Mapping Study of Health Care Resources and Medical and Surgical Activity in Dermatology Departments in 2019. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113:467–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2021.10.006>.
8. Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Libro Blanco de la Dermatología, 2008; [consultado 12 Jul 2022]. Disponible en: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2015/04/LibroBlancoDerma.pdf>.
 9. Barreiro-de Acosta M, Gutiérrez A, Zabana Y, Beltrán B, Calvet X, Chaparro M, et al. Inflammatory bowel disease integral care units: Evaluation of a nationwide quality certification programme. The GETECCU experience. *United European Gastroenterol J.* 2021;9:766–72, <http://dx.doi.org/10.1002/ueg2.12105>.
 10. Waje-Andreassen U, Nabavi DG, Engelter ST, Dippel DW, Jenkinson D, Skoda O, et al. European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres. *Eur Stroke J.* 2018;3:220–6, <http://dx.doi.org/10.1177/2396987318778971>.
 11. García EI, Guilabert M, Queiro R, Carrillo I, Mira JJ. Evaluating standards of care in psoriatic arthritis of the QUANTUM project (qualitative initiative to improve outcomes): results of an accreditation project in Spain. *Rheumatol Int.* 2020;40:1817–23, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-020-04632-2>.
 12. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care.* 2003;15:523–30, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>.
 13. Vuk T. Quality indicators: a tool for quality monitoring and improvement: Quality indicators. *ISBT Sci Ser.* 2012;7:24–8, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-2824.2012.01584.x>.
 14. Radtke MA, Reich K, Spehr C, Augustin M. Treatment goals in psoriasis routine care. *Arch Dermatol Res.* 2015;307:445–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00403-014-1534-y>.
 15. Poveda-Montoyo I, García-Doval I, Descalzo MA, Betllloch-Masa I, Miquel-Miqueld FJ, Serrano-Manzanoe M, et al. Indicadores de calidad en la atención dermatológica a pacientes con dermatitis atópica. Documento de consenso de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:567–73, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2019.06.007>.
 16. Gratacós J, Luelmo J, Rodríguez J, Notario J, Marco TN, de la Cueva P, et al. Standards of care and quality indicators for multidisciplinary care models for psoriatic arthritis in Spain. *Rheumatol Int.* 2018;38:1115–24, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-018-3986-4>.
 17. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, Notario J, Navío Marco T, de la Cueva P, et al. Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatol Clin.* 2017;13:85–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.03.005>.
 18. Sanz Sanz J, Beltrán E, Díaz-Miguel Pérez MC, Fernández-Carballido C, Galíndez E, García Porrúa C, et al. Norma de calidad para el manejo del paciente con artritis psoriásica: proyecto QUANTUM. *Reumatol Clin.* 2020;16:203–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.011>.
 19. Kueder-Pajares T, Descalzo MA, García-Doval I, Ríos-Buceta L, Moreno-Ramírez D. Evaluation of Structure Indicators for Assessing Skin Cancer Quality of Care in Dermatology Departments. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109:807–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2018.06.025>.
 20. Alonso Carrión L, Arance Fernández A, Arístu Mendioroz JJ, Berrocal Jaime A, Botella Estrada R, Cajaraville Ordoñana, et al. La calidad en la atención a pacientes con melanoma cutáneo. Proceso de atención al paciente con melanoma cutáneo; [consultado 12 Jul 2022]. Disponible en: <https://calidadasistencial.es/wp-content/uploads/2015/02/350-melanoma-cutaneo.pdf>.

21. Follmann M, Schadendorf D, Kochs C, Buchberger B, Winter A, Wesselmann S. Quality assurance for care of melanoma patients based on guideline-derived quality indicators and certification: Quality Management Melanoma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014;12:139-47, <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.12238>.
22. Helliwell PS, Favier G, Gladman DD, Soriano ER, Kirkham BW, Coates LC, et al. Best-practice Indicators in Psoriatic Disease Care. *J Rheumatol.* 2019;95:38-45, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.190120>.
23. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32:1008-15, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>.
24. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm.* 2016;38:655-62, <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>.
25. Linstone H, Turoff M. *The Delphi Survey: Method Techniques and Applications.* 1st Ed. Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.
26. Martínez-Sahuquillo Amuedo ME, Echevarría Ruiz De Vargas MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA». *Rehabilitacion.* 2001;35:388-92, [http://dx.doi.org/10.1016/S0048-7120\(01\)73220-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0048-7120(01)73220-3).
27. Puig L, de la Cueva P, Linares M, Suarez J, Velasco M, Vidal D, et al. Expert Report on Psoriasis: Spanish Dermatologists' Opinions on the Use of Biologic Agents to Manage Moderate to Severe Psoriasis in Adults. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:400-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2013.04.003>.
28. Alani A, Sadlier M, Uddin A, Hackett C, Ramsay B, Ahmad K. An analysis of inpatient dermatologic consultations at University Hospital Limerick: inadequate infrastructure leads to acute skin failure. *Ir J Med Sci.* 2017;186:305-307.
29. Aldredge LM, Young MS. Providing Guidance for Patients With Moderate-to-Severe Psoriasis Who Are Candidates for Biologic Therapy: Role of the Nurse Practitioner and Physician Assistant. *J Dermatol Nurses Assoc.* 2016;8:14-26, <http://dx.doi.org/10.1097/JDN.0000000000000185>.
30. Bhushan R, Leibold MG, Gottlieb AB, Boyer K, Hamarstrom E, Korman NJ, et al. Translating psoriasis guidelines into practice: Important gaps revealed. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:544-51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.11.045>.
31. Carretero G, Puig L, Carrascosa JM, Ferrándiz L, Ruiz-Villaverde R, de la Cueva P, et al. Redefining the therapeutic objective in psoriatic patients candidates for biological therapy. *J Dermatol Treat.* 2018;29:334-46, <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2017.1395794>.
32. de la Cruz C, de Carvalho AV, Dorantes GL, Londoño García AM, Gonzalez C, Maskin M, et al. Biosimilars in psoriasis: Clinical practice and regulatory perspectives in Latin America. *J Dermatol.* 2017;44:3-12, <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.13512>.
33. Ghamrawi RI, Ghiam N, Wu JJ. Comparison of psoriasis guidelines for use of IL-23 inhibitors in the United States and United Kingdom: a critical appraisal and comprehensive review. *J Dermatol Treat.* 2022;33:1252-6, <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2020.1826394>.
34. Gisondi P, Altomare G, Ayala F, Bardazzi F, Bianchi L, Chiricozzi A, et al. Italian guidelines on the systemic treatments of moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:774-90, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14114>.
35. Gist DL, Bhushan R, Hamarstrom E, Sluka P, Presta CM, Thompson JS, et al. Impact of a Performance Improvement CME activity on the care and treatment of patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:516-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.11.010>.
36. Griffiths CEM, Taylor H, Collins SI, Hobson JE, Collier PA, Chalmers RJ, et al. The impact of psoriasis guidelines on appropriateness of referral from primary to secondary care: a randomized controlled trial: Psoriasis guidelines and referral. *Br J Dermatol.* 2006;155:393-400, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07354.x>.
37. Johnson Girard V, Hill A, Glaser E, Lussier MT. Optimizing Communication About Topical Corticosteroids: A Quality Improvement Study. *J Cutan Med Surg.* 2020;24:240-8, <http://dx.doi.org/10.1177/1203475420908250>.
38. Kearns DG, Uppal S, Chat V, Han G, Wu JJ. Translating the 2019 AAD-NPF Guidelines of Care for the Management of Psoriasis With Phototherapy. *Cutis.* 2020;106:82-6, <http://dx.doi.org/10.12788/cutis.0026>.
39. Kogan N, Raimondo N, Gusic SE, Izcovich A, Abarca Duran JA, Barahona-Torres L, et al. Latin American Clinical Practice Guidelines on the Systemic Treatment of Psoriasis SOLAPSO - Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (*Latin American Psoriasis Society*). *Int J Dermatol.* 2019;58(S1):4-28, <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.14471>.
40. Kragballe K, Gniadecki R, Mørk N, Rantanen T, Ståhle M. Implementing Best Practice in Psoriasis: A Nordic Expert Group Consensus. *Acta Derm Venereol.* 2014;94:547-52, <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-1809>.
41. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Romani J, Calvet J, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinaria de psoriasis y artritis psoriásica. *Reumatol Clin.* 2014;10:141-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.01.004>.
42. Mrowietz U, Kragballe K, Nast A, Reich K. Strategies for improving the quality of care in psoriasis with the use of treatment goals - a report on an implementation meeting: Treatment goals to improve quality of care in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25:1-13, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2011.04033.x>.
43. Nast A, Erdmann R, Pathirana D, Rzany B. Translating psoriasis treatment guidelines into clinical practice - the need for educational interventions and strategies for broad dissemination: Implementation of psoriasis guidelines. *J Eval Clin Pract.* 2008;14:803-6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.00971.x>.
44. Ortleb M, Levitt J. Practical use of biologic therapy in dermatology: Some considerations and checklists. *Dermatol Online J.* 2012;18:2, <http://dx.doi.org/10.5070/D39R3171Q1>.
45. Riddle C, Young M, Menter A. Practical considerations in future psoriasis therapies. *Dermatol Clin.* 2004;22:487-92, [http://dx.doi.org/10.1016/S0733-8635\(03\)00128-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0733-8635(03)00128-1).
46. Shah VV, Lee EB, Reddy S, Lin EJ, Wu JJ. Comparison of guidelines for the use of TNF inhibitors for psoriasis in the United States, Canada, Europe and the United Kingdom: a critical appraisal and comprehensive review. *J Dermatol Treat.* 2018;29:586-92, <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2018.1428723>.
47. Smith BJ, Nuccio BC, Graves KY, McMillan VM. Preparing patients for biologic medications for dermatologic and rheumatic diseases. *J Am Acad Physician Assist.* 2018;31:23-8, <http://dx.doi.org/10.1097/01.JAA.0000533655.55793.42>.
48. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:277-86, [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310\(09\)70821-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310(09)70821-X).
49. Ribera M, Ros S, Madrid B, Ruiz-Villaverde R, Rebollo F, Gómez S, et al. Documento de consenso sobre las necesidades psicológicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas dermatológicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;110:102-14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.007>.
50. Ruiz-Villaverde R, Galán Gutiérrez M, Rodríguez Fernández-Freire L. *Guía Para Pacientes Con Psoriasis, 2021;* [consultado

- 12 Jul 2022]. Disponible en: <http://psoriasisenred.org/guia-para-pacientes-con-http://psoriasisenred.org/guia-para-pacientes-con-psoriasis-de-la-academia-espanola-de-dermatologia/#:~:text=La%20Fundaci%C3%B3n%20Piel%20Sana%20de%20la%20Academia%20Espa%C3%B1ola,a%20la%20evidencia%20cient%C3%ADfica%20disponible%20hasta%20la%20fecha>.
51. Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo JL, Hernanz-Hermosa JM, Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30:1–18, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13542>.
 52. Amatore F, Villani AP, Tauber M, Viguier M, Guillot B, Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology (Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie). French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:464–83, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15340>.
 53. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Prater EF, Stoff B, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:1029–72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.057>.
 54. Grupo de Psoriasis (GPs) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Proceso Asistencial Psoriasis, 2021; [consultado 12 Jul 2022]. Disponible en: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2016/07/Proceso-asistencial.pdf>.
 55. Fernández-Lasquetty Blanc B, de la Cueva P. Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis. *Madrid: Fundación Humans; 2019*.
 56. Calvet X, Chaparro M, Domènech E, Esteve M, Nos P, Panés J, et al. Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a Pacientes Con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, 2016; [consultado 12 Jul 2022]. Disponible en: <https://geteccu.org/contenidos/up/2016/12/Documento-1.pdf>.
 57. Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, Ferran M, Coto-Segura P, Rivera R, et al. El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111:835–46, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.06.004>.
 58. Belinchón I, Puig L, Ferrándiz L, de la Cueva P, Carrascosa JM, en nombre del Grupo de Psoriasis de la AEDV. Managing Psoriasis Consultations During the COVID-19 Pandemic: Recommendations From the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV). *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111:802–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2020.05.001>.
 59. Carrascosa JM, López-Estebanz JL, Carretero G, Daudén E, Ferrándiz C, Vidal D, et al. Documento de consenso de fototerapia en psoriasis del Grupo Español de Psoriasis: ultravioleta B de banda estrecha (UVBBE), láser y fuentes monocromáticas de excímeros y terapia fotodinámica. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:175–86, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2010.11.002>.
 60. Carrascosa JM, Galán M, de Lucas R, Pérez-Ferriols A, Ribera M, Yanguas I, et al. Recomendaciones de expertos para el tratamiento de la psoriasis en situaciones especiales (II). *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:712–29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.04.017>.
 61. Carrascosa JM, de la Cueva P, Ara M, Puig L, X. Bordas X, Carretero G, et al. Metotrexato en psoriasis moderada-grave: revisión de la literatura y recomendaciones de experto. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:194–206, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.10.005>.
 62. Carretero G, Puig L, Dehesa L, Carrascosa JM, Ribera M, Sánchez-Regaña M, et al. Metotrexato: guía de uso en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:600–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2010.04.002>.
 63. Rodríguez-Granados MT, Carrascosa JM, Gárate T, Gómez-Díez S, Guimaraens-Juantorena D. Documento de consenso sobre la modalidad terapéutica del baño-PUVA. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:164–70, [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310\(07\)70040-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310(07)70040-6).
 64. Langley P, Pérez Hernández C, Margarit Ferri C, Ruiz Hidalgo D, Lubián López M. Pain, health related quality of life and health-care resource utilization in Spain. *J Med Econ*. 2011;14:628–38, <http://dx.doi.org/10.3111/13696998.2011.604369>.
 65. Augustin M, Reich K, Reich C, Purwins S, Rustenbach SJ, Schäfer I, et al. Quality of psoriasis care in Germany - results of the national study Pso-Health 2007. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008;6:640–5, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1610-0387.2008.06807.x>.
 66. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in Patients Treated with Hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11:2250–5, <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.02590316>.
 67. Finlay AY. Current severe psoriasis and the Rule of Tens. *Br J Dermatol*. 2005;152:861–7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06502.x>.
 68. Haw WY, Al-Janabi A, Arents BW, Asfour L, Exton LS, Grindlay D, et al. Global Guidelines in Dermatology Mapping Project (GUIDEMAP): a scoping review of dermatology clinical practice guidelines. *Br J Dermatol*. 2021;185:736–44, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.20428>.
 69. Tan JKL, Wolfe BJ, Bulatovic R, Jones EB, Andrea YL. Critical Appraisal of Quality of Clinical Practice Guidelines for Treatment of Psoriasis Vulgaris, 2006-2009. *J Invest Dermatol*. 2010;130:2389–95, <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2010.164>.
 70. Nast A, Spuls P, Ormerod A, Reytan N, Saiag PH, Smith CH, et al. A critical appraisal of evidence-based guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris: 'AGREE-ing' on a common base for European evidence-based psoriasis treatment guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:782–7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03166.x>.
 71. Vermeulen F, Kraaij G, Tupker R, Bijlsma A, Blaauwbroek H, Das F, et al. Towards More Shared Decision Making in Dermatology: Development of Evidence-based Decision Cards for Psoriasis and Atopic Eczema Treatments. *Acta Derm Venereol*. 2020;100:adv00337, <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-3614>.
 72. Wade AG, Crawford GM, Young D, Leman J, Purnford N. Severity and management of psoriasis within primary care. *BMC Fam Pract*. 2016;17:145, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0544-6>.
 73. Puig L, Daudén E, Carrascosa JM. Comentarios a las directrices europeas y británicas sobre el tratamiento de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:285–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2009.12.007>.
 74. Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, et al. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1792–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14386>.
 75. Lambert JLW, Segaeert S, Ghislain PD, Hillary T, Nikkels A, Willaert F, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 1). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:1654–65, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16684>.
 76. Lambert JLW, Segaeert S, Ghislain PD, Hillary T, Nikkels A, Willaert F, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis in case of coexisting inflammatory, neurologic, infectious or malignant disorders (BETA-PSO:

- Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 2). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:1914–23, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16683>.
77. Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:2277–94, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13354>.
78. Nast A, Spuls PI, van der Kraaij G, Gisondi P, Paul C, Ormerod AD, et al. European S3-Guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update Apremilast and Secukinumab - EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:1951–63, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14454>.
79. Pathirana D, Ormerod A, Saiag P, Smith C, Spuls PI, Nast A, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:1–70, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03389.x>.
80. International Federation of Psoriasis Associations (IFPA), International League of Dermatological Societies (ILDS), International Psoriasis Council (IPC). Global Psoriasis Atlas. Annual Report. Year 3: April 2019 - March 2020. [consultado 12 Jul. 2022]. Disponible en: https://www.psoriasis-council.org/wp-content/uploads/2022/06/gpa_2020_annual_report_year_3.pdf.
81. Belinchón I, Velasco M, Ara-Martín M, Armesto Alonso S, Baniandrés Rodríguez O, Ferrándiz Pulido L, et al. Consenso sobre las actuaciones a seguir durante la edad fértil, el embarazo, el posparto y la lactancia en pacientes con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2021;112:225–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.002>.
82. Ruiz-Villaverde R, Galán-Gutierrez M. Biosimilars in psoriasis: what should your positioning be? *Expert Opin Biol Ther*. 2021;21:81–6, <http://dx.doi.org/10.1080/14712598.2020.1798924>.
83. Salgado-Boquete L, Carrascosa JM, Llamas-Velasco M, Ruiz-Villaverde R, De la Cueva P, Belinchón I. A New Classification of the Severity of Psoriasis: What's Moderate Psoriasis? *Life*. 2021;11:627, <http://dx.doi.org/10.3390/life11070627>.
84. Sánchez-Regaña M, Aldunce Soto MJ, Belinchón Romero I, Ribera Pibernat M, Lafuente-Urrez RF, Carrascosa Carrillo JM, et al. Directrices del grupo español de psoriasis (GEP) basadas en la evidencia para el uso de medicamentos biológicos en pacientes con psoriasis en localizaciones de difícil tratamiento (uñas, cuero cabelludo, palmas y plantas). *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:923–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.02.015>.