Práctica deportiva habitual y evolución de la actividad de la enfermedad y la calidad de vida en dermatitis atópica grave en tratamiento biológico monitorizada mediante resultados percibidos por el paciente

Programa NAVETA · Resultados percibidos por el paciente en patologías crónicas con biológicos

Julià Munar Vidal[1] · Maria Rosa Perelló Alzamora[1] · Gabriel Mercadal Orfila[2] · María Eugenia Escrivá Sancho[2] · María de la Concepción Montis Palos[1] · Laura Moreno Hernández[1] · María Nazaret Olmos García[1] · Andreu Munar Llabrés[1]

[1] Hospital Universitari Son Espases, Palma (España) · [2] Hospital Mateu Orfila, Maó (España)

95
pacientes con DA grave
4 hospitales públicos · 2021-2026

19
meses de seguimiento medio
entre la 1ª y la última medición

×2,6
magnitud de mejora en POEM
5,05 vs 1,96 puntos

×2,2
magnitud de mejora en DLQI
4,21 vs 1,91 puntos

+20,8
pp de respondedores MCID
mínima dif. clínicamente importante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La dermatitis atópica (DA) moderada-grave se monitoriza con el Patient-Oriented Eczema Measure (POEM) y el Dermatology Life Quality Index (DLQI). El ejercicio físico se ha propuesto como modulador de la respuesta inflamatoria y de la calidad de vida, pero su impacto sobre la evolución de los PROMs en práctica clínica real apenas se ha descrito.

Objetivo: evaluar si la práctica deportiva basal habitual se asocia a una mejor evolución pareada de POEM y DLQI dentro de un programa de resultados percibidos por el paciente (ePROMs).

MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal multicéntrico (cuatro hospitales públicos de Baleares, 2021-2026) en pacientes con DA grave en tratamiento con biológicos anti-interleukina o inhibidores JAK, incluidos en el programa NAVETA de ePROMs.

- Exposición: práctica deportiva basal autodeclarada, dicotomizada en ejercicio habitual frente a sin ejercicio habitual (nunca u ocasional).
- Resultado: POEM y DLQI (basal, última observación y mejora pareada).
- MCID (mínima diferencia clínicamente importante) de 4 puntos para POEM y para DLQI: cambio mínimo que el paciente percibe como una mejoría real.
- Wilcoxon pareado, d de Cohen pareada y U de Mann-Whitney entre grupos.
- IC95% por bootstrap (medias) y método de Wilson (proporciones). Modelo lineal mixto (β/mes) para la evolución longitudinal.
- Análisis de sensibilidad restringido a pacientes con seguimiento ≥6 meses.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA COHORTE

Variable	Valor
Pacientes incluidos, n	**95**
Centro participante	
H. U. Son Espases	43 (45,3%)
H. Mateu Orfila	27 (28,4%)
H. de Manacor	16 (16,8%)
H. Comarcal d'Inca	9 (9,5%)
Edad, años (media ± DE)	**37,7 ± 18,2**
Mujeres, n (%)	40 (43,5%)
Años desde el diagnóstico, mediana	**5,1 [3,3-11,4]**
Tratamiento dirigido activo	**94 (100%)**
Dupilumab	59 (62,8%)
Lebrikizumab	27 (28,7%)
Tralokinumab	5 (5,3%)
Upadacitinib	3 (3,2%)
Anti-IL / inhibidor JAK	**91 (96,8%) / 3 (3,2%)**
Primera línea de tratamiento	74 (79,6%)
Paciente naïve / switch	76 / 17 (81,7 / 18,3%)
Meses de seguimiento, media ± DE	**19,3 ± 15,3**
Seguimiento ≥ 6 meses	43 (45,3%)
Práctica deportiva basal	**66 con dato**
Ejercicio habitual	32 (48,5%)
Ocasional	31 (47,0%)
Nunca	3 (4,5%)
POEM basal, puntos (media ± DE)	**9,1 ± 7,7**
DLQI basal, puntos (media ± DE)	6,0 ± 5,6

Seguimiento: meses entre la primera y la última medición del PROM en los pacientes pareados. n (%) para variables categóricas. Denominadores según disponibilidad del dato: edad y sexo n=92; tratamiento y línea n=94; corticoides n=85; IMC n=80; práctica deportiva n=66; POEM basal n=77; DLQI basal n=75.

RESULTADOS

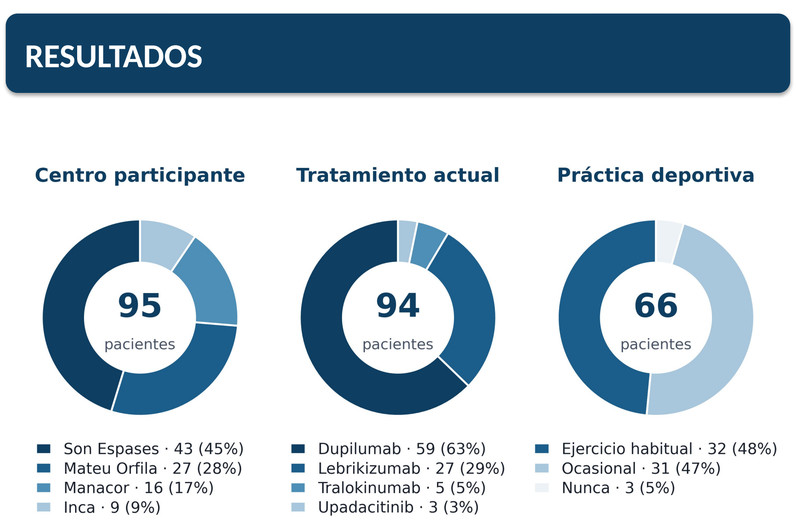


Figura 1. Composición de la cohorte: centro, tratamiento sistémico dirigido activo y práctica deportiva basal.

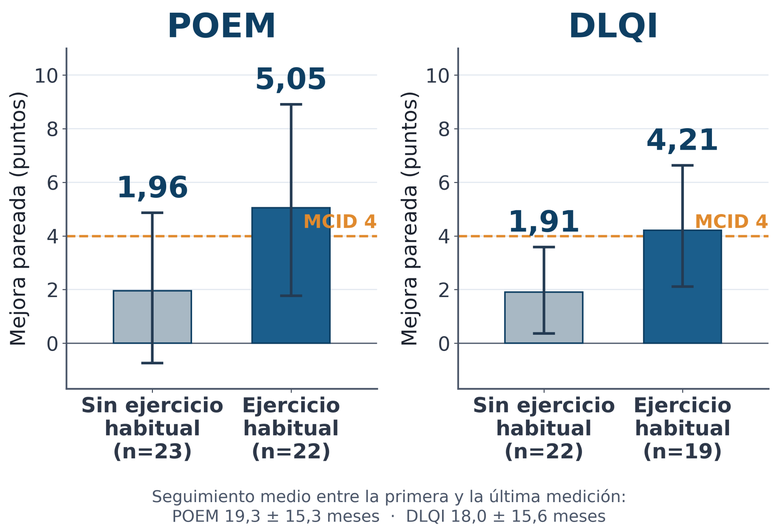


Figura 2. Mejora pareada (basal – última observación) de POEM y DLQI según la práctica deportiva basal. Línea naranja: MCID (mínima diferencia clínicamente importante) de 4 puntos. Barras de error:

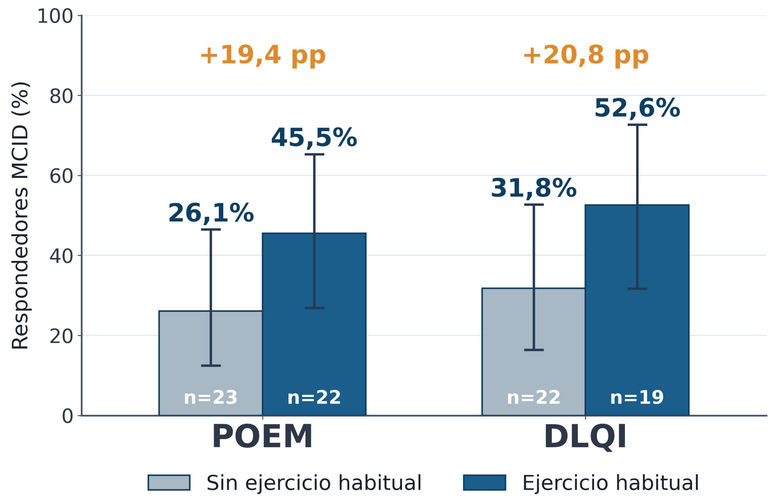


Figura 3. Proporción de pacientes que alcanzan la MCID (mínima diferencia clínicamente importante, ≥4 puntos). Barras de error: IC95% de Wilson. pp: puntos porcentuales.

TABLA 2. ANÁLISIS PRIMARIO (N=95)

	POEM		DLQI	
Variable	**Sin ejerc.**	**Ejercicio**	**Sin ejerc.**	**Ejercicio**
n pareados	23	22	22	19
Meses de seguimiento	18,8 ± 15,5	23,4 ± 15,6	16,9 ± 15,5	23,7 ± 15,9
Basal, media ± DE	7,6 ± 7,0	11,6 ± 8,8	6,0 ± 4,9	7,3 ± 5,7
Mejora Δ, media ± DE	1,96 ± 7,07	5,05 ± 8,62	1,91 ± 3,73	4,21 ± 5,11
IC95% de Δ	−0,7 a 4,9	1,8 a 8,9	0,4 a 3,6	2,1 a 6,6
Wilcoxon pareado, p	0,305	0,016	0,037	0,002
d de Cohen pareada	0,28	0,59	0,51	0,82
Respondedores MCID	26,1%	45,5%	31,8%	52,6%
Mann-Whitney	p = 0,245		p = 0,130	
LMM global, β/mes	−0,14 (−0,19 a −0,09)		−0,11 (−0,15 a −0,07)	

"Ejercicio" = práctica deportiva habitual; "Sin ejerc." = nunca u ocasional. Seguimiento: meses (media ± DE) entre la primera y la última medición del PROM; mediana de mediciones por paciente 4-6 (ejercicio) y 3-4 (sin ejercicio).

SENSIBILIDAD · SEGUIMIENTO ≥ 6 MESES

Subcohorte de 43 pacientes (45,3% de la cohorte primaria; mediana de seguimiento 23,9 meses [RIC 17,2-35,9]; práctica deportiva disponible en 40).

POEM · con ejercicio habitual: Δ = 5,56 (IC95% 1,83 a 10,06) · MCID 44,4% · d = 0,61

POEM · sin ejercicio habitual: Δ = 2,33 (IC95% −0,72 a 5,52) · MCID 28,6% · d = 0,32

DLQI · con ejercicio habitual: Δ = 4,38 (IC95% 2,19 a 6,94) · MCID 56,2% · d = 0,86

DLQI · sin ejercicio habitual: Δ = 2,30 (IC95% 0,80 a 3,85) · MCID 35,0% · d = 0,65

La magnitud del efecto se mantiene o es ligeramente superior a la de la cohorte completa, lo que descarta que el resultado dependa del peso de los centros con incorporación más reciente.

CONCLUSIONES

- El ejercicio físico habitual basal se asocia a más del doble de magnitud de mejora pareada del DLQI y a 20,8 puntos porcentuales más de respondedores de la MCID (mínima diferencia clínicamente importante), con tamaños de efecto medianos a grandes (d pareada 0,82-0,86), en un seguimiento medio de unos 19 meses.
- El patrón se reproduce de forma consistente en POEM (×2,6 en magnitud de mejora; +19,4 pp de respondedores MCID).
- Los modelos longitudinales confirman una mejora significativa y sostenida en ambos cuestionarios (POEM −0,14/mes; DLQI −0,11/mes; p<0,001).
- El análisis de sensibilidad en pacientes con seguimiento ≥6 meses reproduce e incluso refuerza los hallazgos.
- Estos resultados apoyan la integración de la promoción del ejercicio físico en los programas asistenciales basados en ePROMs.

¿QUÉ APORTA ESTE TRABAJO?

- Primera descripción, en práctica clínica real, de la asociación entre ejercicio físico y evolución de los PROMs en DA grave.
- La información procede de un circuito asistencial de ePROMs ya implantado, sin cuestionarios ni visitas añadidos para el estudio.
- Identifica una variable modificable de estilo de vida, recogida en la visita basal, con valor pronóstico sobre la respuesta percibida al tratamiento.

LIMITACIONES

Diseño observacional sin aleatorización. Práctica deportiva autodeclarada y disponible en 66/95 pacientes. La comparación directa entre grupos no alcanza significación estadística por tamaño muestral (POEM p=0,245; DLQI p=0,130). El grupo con ejercicio habitual tuvo un seguimiento algo más prolongado (23-24 frente a 17-19 meses).

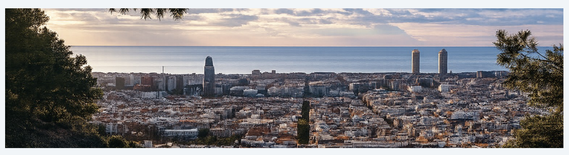
BIBLIOGRAFÍA

1. Silverberg JI, et al. Br J Dermatol 2022;186:295-305.
2. Basra MKA, et al. Br J Dermatol 2018;178:1077-90.
3. Mercadal-Orfila G, et al. Farm Hosp 2024;48:T108-T115.

71ª Reunión del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) · Barcelona, 17-19 de septiembre de 2026

Programa NAVETA · Hospital Universitari Son Espases y Hospital Mateu Orfila (Servei de Salut de les Illes Balears) · Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este trabajo.

71 REUNIÓN GEIDAC 2026 BARCELONA 17–19 SEPTIEMBRE



Con la colaboración de Pfizer