

Consumo de recursos sanitarios en pacientes con dermatitis atópica según la respuesta al tratamiento: Evidencia del registro BIOBADATOP

T. Montero-Vilchez^{1,2}, S. Arias-Santiago¹, R. Sanabria-de la Torre¹, A. González Quesada³, M. Espasandín Arias⁴, M. A. Lasheras Pérez⁵, P. de la Cueva Dovao⁶, R. Ruiz-Villaverde⁷, M. Munera⁸, P. Chicharro⁹, Y. Gilaberte Calzada¹⁰, M. Elosua-González¹¹, L. Curto-Barredo¹², J. J. Pereyra Rodríguez¹³, J. F. Silvestre Salvador¹⁴, E. Herrera-Acosta¹⁵, I. Castaño³, Ana Batalla⁴, M. Rodríguez Serna⁵, F. Navarro-Triviño⁷, J. Abilio Sánchez Pérez⁹, G. Roustan Gullón¹¹, M. Bertolín-Colilla¹², I. Betlloch¹⁴, J. Alonso¹⁵, S. Martínez-Fernández⁴, C. Couselo Rodríguez⁴, J. C. Ruiz Carrascosa⁷, Á. Rosell Díaz¹¹, A. M. Gimenez Arnau¹², M. Loro Pérez¹¹, I. García-Doval², M. Á. Descalzo-Gallego², J. M. Carrascosa Carrillo⁸

*Corresponding author: tmonterov@gmail.com,

1. Dermatology Department, Hospital Universitario Virgen de las, 18014 Granada, Spain. Dermatology Section, Medicine Department, School of Medicine, University of Granada, 18016 Granada, Spain. Instituto de Investigación Biosanitaria ibs GRANADA, 18012 Granada, Spain.
2. Unidad de Investigación, Fundación Piel Sana AEDV, Madrid, España.
3. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España
4. Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España
5. Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España
6. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España
7. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. Instituto de Investigación Biosanitaria ibs GRANADA, 18012 Granada, Spain.
8. Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Germans Trias i Pujol Research Institute (IGTP), Badalona, Barcelona, España; Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, España
9. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España
10. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
11. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España
12. Servicio de Dermatología, Hospital del Mar de Barcelona; Hospital del Mar Research Institute, Barcelona, España
13. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España
14. Hospital General Universitario Dr Balmis. ISABIAL, Alicante, España
15. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

RESUMEN

Introducción. La dermatitis atópica (DA) supone una importante carga para los pacientes y para el sistema sanitario. El objetivo de este estudio fue describir el consumo de recursos en pacientes con DA en función del control de su enfermedad.

Material y métodos. Estudio multicéntrico, observacional, de cohortes prospectivo (BIOBADATOP). Se incluyeron características sociodemográficas y de gravedad de la enfermedad. Según el control de la enfermedad tras 12 meses de seguimiento, los pacientes se clasifican en óptimamente controlados, moderadamente controlados y no controlados. Además, se recogió información sobre el consumo de recursos.

Resultados. Se incluyeron un total de 211 pacientes. Tras 12 meses de seguimiento 35,5% alcanzaron un control óptimo, 46,0% un control moderado y 18,5% continuaban presentando una enfermedad no controlada. Un menor tiempo de evolución de la DA, un menor POEM basal y el inicio basal con un tratamiento biológico o iJAK se relacionaron con un buen control de la enfermedad. El 42,7% de los pacientes necesitaron algún tipo de asistencia sanitaria adicional a lo largo del seguimiento. Los pacientes no controlados presentaron una mayor tendencia de visitas sanitarias que los controlados moderadamente y los controlados óptimamente (2,13 vs 1,71 vs 0,80, $p=0,084$).

Conclusión: El consumo de recursos sanitarios en pacientes con DA varía en función del nivel de control de la enfermedad. Los factores asociados a un mejor control fueron un menor tiempo de evolución de la enfermedad, el tratamiento inicial con biológicos o iJAK desde el inicio y un POEM basal más bajo.

Key words: Atopic Dermatitis, Health Resources, Health Care Utilization, Disease Management

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que cursa en brotes y se caracteriza por la aparición de lesiones eccematosas e intenso prurito¹. La etiopatogenia de la DA comprende una alteración del sistema inmunológico, una disfunción de la barrera epidérmica y una disbiosis cutánea^{2, 3}. Se trata de una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes, afectando a más del 20% de los niños y más de un 10% de los adultos⁴. La DA ocasiona un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y en el sistema sanitario^{5, 6}.

Además, los pacientes con DA más grave presentan una mayor carga de la enfermedad lo que se ve reflejado en un mayor deterioro de su calidad de vida, una mayor insatisfacción vital, un prurito más intenso y un mayor deterioro del sueño y de su salud mental^{7, 8}. Desde el año 2020 se ha producido una revolución terapéutica en el manejo de la DA, con la aparición de nuevos fármacos biológicos (dupilumab, tralokinumab, lebrikizumab) e inhibidores de la vía JAK (iJAK) (upadacitinib, baricitinib, abrocitinib)⁹. Estos fármacos han contribuido a mejorar la gravedad de los pacientes y su calidad de vida y han contribuido a la reducción de la carga global de la enfermedad^{10, 11}. No obstante, el empleo de estas terapias también ha supuesto un importante coste para el sistema sanitario¹².

Además, con la aparición de nuevos fármacos, las exigencias de eficacia y seguridad se han visto incrementadas tanto por parte de los clínicos como por la de los pacientes¹³. De hecho, se ha descrito que los pacientes con DA que alcanzan un control óptimo de su enfermedad presentan una mejoría mayor de sus síntomas, de sus actividades en la vida diaria, su estado emocional y su productividad laboral, frente a aquellos que alcanzan sólo un control moderado, pero no óptimo^{14, 15}. Sin embargo, se desconoce si el control óptimo de la enfermedad supone un ahorro de recursos que apoye el aumento de las exigencias terapéuticas.

Por ello el objetivo de este estudio fue estudiar el consumo de recursos en pacientes con DA en función del control de su enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y participantes

Estudio multicéntrico, observacional, de cohortes prospectivo en el que se incluyen pacientes de cualquier edad con DA que inicien tratamiento sistémico. BIOBADATOP es el Registro Español de Dermatitis Atópica que incluye pacientes de cualquier edad con DA que reciben tratamiento sistémico, incluyendo terapias convencionales y modernas^{16, 17}. Cuenta con la participación de 14 servicios de dermatología, distribuidos en España. En este estudio se incluyeron todos los pacientes adultos (≥ 18 años) que llevaran 12 meses de seguimiento en el registro BIOBADATOP desde marzo de 2020 (fecha de inicio del registro) hasta junio de 2024.

Variables

En el registro se incluyen de forma sistemática las características basales y demográficas de los pacientes, el diagnóstico y los cambios en la gravedad de la DA, comorbilidades atópicas y no atópicas, tratamientos previos y tratamiento actual. Para cada nuevo tratamiento se registra su fecha de inicio y discontinuación, así como el motivo para la suspensión de los tratamientos. La efectividad de los medicamentos del estudio se evalúa mediante la escala objetiva *Eczema Area and Severity Index* (EASI), y a través de resultados informados por el paciente con el cuestionario *Patient-Oriented Eczema Measure* (POEM) y la Escala Analógica Visual (EVA) para el prurito. Según el control de la enfermedad tras 12 meses de seguimiento los pacientes fueron clasificados en óptimamente controlados (EASI limpio o casi limpio, definida por un $EASI \leq 1$), moderadamente controlados (EASI leve, definida por $1 < EASI \leq 7$) y no controlados (EASI moderado o grave, definida por un $EASI > 7$).

Además, en las visitas de seguimiento (6 y 12 meses) se recoge información sobre el consumo de recursos relacionados con la DA: asistencia a urgencias, hospitalizaciones, visitas en atención especializada, visitas en atención primaria, visitas en asistencia sanitaria, pérdida de días de actividades habituales. Se considera visita de asistencia como la necesidad de alguna de las siguientes visitas: hospitalización, urgencias, especialista o primaria.

Análisis estadístico

Las variables continuas se expresaron como media (desviación estándar) y las variables cualitativas como frecuencias absolutas (porcentajes). Las comparaciones entre los distintos grupos se analizaron según cada una de las variables, usando el test de Kruskal-Wallis en las variables continuas y la prueba χ^2 de Pearson en las variables

cualitativas. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa Stata v.17 (StataCorp. 2021. Stata Statistical Software: Release 17). Se definió como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$.

El registro BIOBADATOP fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (PA18/051), cumpliendo con la declaración de Helsinki y la legislación vigente. Además, ha recibido el sello EnCePP (*European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance*), sello de calidad, independencia y transparencia de la red coordinada por la Agencia Europea del Medicamento.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 211 pacientes adultos que alcanzaron 12 meses de seguimiento en el registro BIOBADATOP con una edad media de 37,1 años (DE=14,1), de los cuales 106/211 (50,2%) eran mujeres (ver Tabla 1). Un 58,7% de los pacientes presentaban rinoconjuntivitis alérgica y un 50% asma. En el momento de ser incluidos en el estudio los pacientes presentaban una enfermedad grave reflejada en un EASI de 22,8 (DE 11,9), un EVA del prurito de 7,6 (DE 2,2), un DLQI 15,5 (DE 7,3) y un POEM de 20 (DE 6,3). Tan solo un 10,9% se encontraban moderadamente controlados, mientras que el 89,1% restante no estaban controlados. Un 68,7% iniciaron un tratamiento biológico o un iJAK al incluirse en el estudio y 66/211 (31,3%) un tratamiento sistémico convencional.

A los 12 meses de seguimiento los pacientes mejoraron la gravedad de su enfermedad reflejada en una disminución promedio conjunta de 17,6 puntos (DE 13,9) en el EASI. Tras 12 meses de seguimiento 75/211 (35,5%) alcanzaron un control óptimo de la enfermedad, 97/211 (46,0%) un control moderado y 39 presentaban una enfermedad no controlada (18,5%). Se observó que los pacientes que presentaban control óptimo de la enfermedad presentaban una enfermedad de menor tiempo de evolución (18,9 vs 26,0 vs 21,7; $p=0,010$) y un menor POEM basal (18,4 vs 19,9 vs 23,1; $p = 0,008$). Además, los pacientes con control óptimo presentaban con mayor frecuencia de dermatitis de contacto alérgica que aquellos con control moderado o no controlados (44,3% vs 22,1% vs 26,5%; $p = 0,016$). Los pacientes no controlados padecían depresión con menor frecuencia que los moderadamente controlados y los óptimamente controlados (15,9% vs 13,3% vs 0%; $p = 0,046$). Asimismo, en la visita basal los pacientes no controlados recibieron con menor frecuencia un tratamiento biológico o iJAK que los moderadamente controlados o los óptimamente controlados (85,3% vs 67% vs 41%; $p<0,001$). Concretamente, aquellos pacientes no controlados iniciaron más frecuentemente ciclosporina. Ninguna otra característica sociodemográfica o clínica se asoció a diferencias entre los grupos según el control de la enfermedad a los 12 meses.

En relación con el consumo de recursos (Tabla 2), se observó que el 42,7% había necesitado algún tipo de asistencia sanitaria adicional relacionado con su DA a lo largo del seguimiento, siendo la media de visitas sanitarias de 2,0 en un año. Un 38,9% había requerido atención especializada adicional, un 7,1% atención primaria adicional, un 5,2% asistencia en urgencias y un 0,9% había requerido hospitalización. Los pacientes no controlados presentaron un mayor número de visitas sanitarias que los controlados de

forma moderada y que los controlados óptimamente, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (0,80 vs 1,71 vs 2,13; $p=0,084$). Con relación a las visitas individualizadas, los pacientes controlados óptimamente realizaron menos visitas en atención primaria que los controlados moderadamente y que los no controlados (0% vs 9,3% vs 15,4%; $p=0,005$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las visitas a urgencias, hospitalizaciones o visitas en atención especializada, aunque sí una tendencia (control óptimo < control moderado < no controlados). Los pacientes no controlados perdieron con mayor frecuencia días de actividades habituales en comparación con los de control moderado y óptimo (10,3% vs 1% vs 4%, $p=0,0387$).

Asimismo, se observó que los pacientes con DA que consumen algún tipo de recurso presentan unos indicadores peores durante el seguimiento (prurito, EASI, POEM, DLQI), Figura 1-2.

DISCUSION

Este estudio de pacientes adultos con DA, con seguimiento durante un año, permitió identificar tendencias relevantes en el consumo de recursos sanitarios, la evolución clínica y el control de la enfermedad. En términos generales, los pacientes experimentaron una mejora significativa en la gravedad de la enfermedad, pero sólo un tercio alcanzaron un control óptimo.

La población de pacientes adultos con DA incluida en este estudio, presenta una edad media en torno a los 35-40 años con una distribución equitativa por género, una alta prevalencia de comorbilidades alérgicas (1/3 rinoconjuntivitis alérgica, 1/2 asma), hallazgos consistentes con estudios recientes¹⁸⁻²⁰. Los pacientes incluidos mostraron al inicio del estudio una carga significativa de enfermedad, con valores elevados en los indicadores de gravedad, picor o calidad de vida. Este perfil es representativo de los pacientes con DA grave y consistente con hallazgos reportados en cohortes internacionales²¹. Una proporción significativa de pacientes (2/3) inició tratamientos biológicos o inhibidores de JAK al inicio del estudio, lo que refuerza la tendencia internacional hacia la adopción de terapias avanzadas como estándar para el manejo de casos graves²².

Tras un año de seguimiento, ~35% de los pacientes alcanzaron un control óptimo de la enfermedad, mientras que el ~45% lograron un control moderado, y en torno al ~20% permanecieron con la enfermedad no controlada. Estos resultados reflejan el impacto positivo del tratamiento en una gran proporción de pacientes, pero también destacan la existencia de un grupo significativo que no logra un control adecuado, lo que

subraya la necesidad de enfoques terapéuticos más efectivos para estos casos. Los pacientes con control óptimo presentaron con más frecuencia dermatitis de contacto alérgica en comparación con los de control moderado y los no controlados. Este hallazgo sugiere que la evitación de desencadenantes conocidos, así como una mayor educación del paciente sobre los posibles desencadenantes de un brote de DA podrían contribuir al control de la enfermedad²³. Por otro lado, los pacientes con control óptimo presentaron una mayor prevalencia de depresión en este estudio. Los pacientes con DA presentan una mayor prevalencia de trastornos psicológicos²⁴, sin embargo, se desconoce su relación con el control de la DA. Es probable que esta relación encontrada sea un hallazgo incidental y que la depresión no esté relacionada con el control de la DA o que las relaciones entre control clínico y salud mental podrían variar según la población y el contexto asistencial.

Otros factores relacionados con un control de la DA fueron un tiempo de evolución más corto y un menor POEM basal. La asociación entre un tiempo de evolución más corto y un mejor control podría deberse a una enfermedad menos activa o reflejar que una intervención más temprana podría evitar la cronificación de la inflamación cutánea y la progresión del daño en la barrera epidérmica^{25,26}. La relación entre un menor POEM basal y un mejor control de la enfermedad también podría destacar la influencia de la percepción subjetiva de los síntomas en los resultados clínicos. El POEM evalúa la frecuencia de los síntomas principales de la DA durante la última semana, a diferencia de otras escalas como el SCORAD o el EVA del prurito que se enfocan principalmente en la intensidad. Esta distinción es relevante porque la frecuencia de los síntomas, como el picor persistente o la alteración del sueño, puede tener un impacto acumulativo más significativo en la carga global de la enfermedad que episodios ocasionales de alta intensidad²⁷. Asimismo, el análisis de este estudio muestra que los pacientes no controlados iniciaron con menos frecuencia tratamientos biológicos o iJAK, mientras que el uso de ciclosporina fue más prevalente en este grupo. Esto es consistente con otros estudios, que han mostrado que los tratamientos dirigidos ofrecen un mejor control de la enfermedad (mayor eficacia y un perfil de seguridad más favorable) en comparación con los inmunosupresores tradicionales como la ciclosporina^{20, 26, 28, 29}.

Durante el seguimiento, en torno al 50% de los pacientes requirió algún tipo de atención sanitaria adicional relacionado con su DA, con una media de 2 visitas por paciente, ligeramente menor a la reportada en otros estudios³⁰. Los pacientes con control óptimo de la enfermedad mostraron un menor número de visitas sanitarias en

comparación con los moderadamente controlados y no controlados. Concretamente, los pacientes controlados óptimamente realizaron menos visitas en atención primaria y se observó una tendencia decreciente en visitas a urgencias, hospitalizaciones o visitas en atención especializada (control óptimo < control moderado < no controlados). El análisis del consumo de recursos sanitarios en BIOBADATOP sugiere que los pacientes con enfermedad no controlada tienen un mayor impacto en el sistema sanitario. Este patrón es consistente con los hallazgos de otros estudios, donde se observa que los pacientes con DA moderada-grave presentan una mayor carga clínica, psicosocial y económica⁷ y que el empleo de terapias sistémicas podría reducir esta carga¹⁰. La menor frecuencia de visitas de pacientes con control óptimo en BIOBADATOP resalta el beneficio de un manejo efectivo, no solo en términos de calidad de vida, sino también en la reducción de la carga sanitaria. Además, los pacientes que consumieron recursos sanitarios durante el seguimiento presentaron peores indicadores clínicos, incluyendo mayores valores de EASI, prurito, POEM y DLQI. Esto refuerza la relación bidireccional entre el control insuficiente de la enfermedad y la carga sobre el sistema sanitario.

Los resultados de BIOBADATOP proporcionan información valiosa sobre la DA, pero es importante considerar algunas de sus limitaciones. La representatividad de la muestra está limitada por su cobertura geográfica ya que, aunque incluye datos de múltiples centros en España, no todos los hospitales y regiones están representados de manera equitativa. Esto puede influir en la representatividad de los resultados, pues factores como la disponibilidad de recursos sanitarios, acceso a terapias avanzadas y las características sociodemográficas pueden variar entre comunidades autónomas. Además, este registro se centra en pacientes con DA moderada-grave que vayan a iniciar tratamiento sistémico, por lo que los hallazgos podrían no ser generalizables y limitar la comprensión del espectro completo de la DA en la población general. Existen potenciales sesgos de selección, ya que la inclusión de pacientes está condicionada a la disponibilidad y la disposición de los centros participantes para registrar casos, lo que puede llevar a una sobre-representación de ciertos perfiles de pacientes, como aquellos que son tratados en unidades especializadas. Además, algunos datos clínicos, como la adherencia al tratamiento o las visitas médicas, podrían no haber sido reportados con precisión, especialmente en aquellos pacientes que no están estrechamente supervisados.

En conclusión, este estudio pone de manifiesto que el consumo de recursos sanitarios en pacientes con DA varía en función del nivel de control de la enfermedad. Los factores asociados a un mejor control fueron un menor tiempo de evolución de la

enfermedad, el tratamiento inicial con biológicos o iJAK desde el inicio y un POEM basal más bajo. Los pacientes con un control óptimo de la DA requirieron menos visitas sanitarias en comparación con aquellos con un control moderado o no controlados, destacando la relevancia de un manejo adecuado de la enfermedad para reducir la carga sobre el sistema sanitario.

Financiación del estudio: El proyecto BIOBADATOP está promovido por la Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) y recibe financiación de las compañías farmacéuticas Sanofi, AbbVie, Pfizer y Almirall. Ninguna de estas empresas ha participado en el diseño o realización del estudio; en la recogida, gestión, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito; ni en la decisión de enviar este manuscrito para su publicación.

Conflictos de Interés

T. Montero-Vilchez ha participado como asesora, en conferencias y en proyectos de investigación de Abbvie, Almirall, Incyte, Leo-Pharma, Lilly, Novartis, Sanofi, Pfizer-Wyeth y UCB Pharma y del Instituto de Salud Carlos III.

S. Arias-Santiago ha participado como consultor y en ensayos clínicos de Abbvie, Almirall, Leo-Pharma, Lilly, Sanofi y Pfizer-Wyeth.

R. Sanabria-de la Torre no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

A. González Quesada ha participado en servicios de consultoría, presentaciones y actividades relacionadas con Abbvie, Leo-Pharma, Sanofi, UCB, Lilly y Almirall. He participado como IP o subinvestigadora de ensayos clínicos patrocinados por Lilly, Leo-Pharma, Novartis, Janssen, Sanofi, Pfizer, Abbvie, Almirall, UCB y Galderma. Ç

Martina Espasandín Arias ha realizado y/o participado en actividades de formación y asistencia a cursos y congresos patrocinados por Abbvie, Sanofi, Almirall, Viatriis, Pfizer y Leo Pharma. Subinvestigadora de ensayos clínicos promovidos por Abbvie, Pfizer, Novartis, Sanofi, Incyte.

M.A. Lasheras-Pérez no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

P. de la Cueva ha participado como asesor y/o investigador y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Abbvie, Almirall, BMS, Boehringer, Celgene, Janssen, Leo-Pharma, Lilly, MSD, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Roche, Sanofi y UCB.

R Ruiz-Villaverde no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

M. Munera-Campos ha recibido honorarios por asesoría científica, presentaciones u otras actividades relacionadas de Abbvie, Leo-Pharma, Janssen, Sanofi y Galderma, y ha participado como investigadora principal y subinvestigadora en ensayos clínicos: Lilly, Leo-Pharma, Novartis, Janssen, Sanofi, Pfizer, Abbvie, Almirall, UCB y Galderma.

P. Chicharro ha participado en consultorías, coloquios y ensayos clínicos organizados por las siguientes compañías: Janssen Pharmaceuticals, Almirall, Sanofi Genzyme, Lilly, Abbvie, Novartis, Leo-Pharma y Pfizer-Wyeth.

Y. Gilaberte ha participado como asesora de Isdin, Roche Posay, Galderma; ha realizado conferencias para Almirall, Sanofi, Avene, Rilastil, Lilly, Uriage, Novartis, Cantabria Labs; y ha participado en proyectos de investigación de Almirall, Sanofi, Pfizer, Abbvie y Leo-Pharma.

Laia Curto Barredo ha recibido honorarios por consultoría científica, presentaciones y actividades relacionadas de AbbVie, Leo Pharma, Sanofi, Lilly, Novartis, Pfizer, Almirall y Menarini. También ha participado como investigadora principal o subinvestigadora en ensayos clínicos patrocinados por Lilly, Leo Pharma, Novartis, Sanofi, AbbVie y Almirall.

J.F. Silvestre-Salvador ha colaborado como ponente, asesor y/o investigador para: AbbVie, Almirall, Amgen, Astra Zeneca, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, Galderma, Incyte, Leo Pharma, Novartis, Pfizer, Regeneron y Sanofi Genzyme.

M. Elosua-González ha sido investigadora y/o ponente y/o asesora para Almirall, Abbvie, Isdin, Pierre Fabre, Lilly, Novartis, Leo-Pharma, Pfizer, UCB Pharma y Sanofi Genzyme.

Jose Juan Pereyra Rodríguez ha recibido honorarios por asesoría científica, ponencias u otras actividades de Abbvie, Almirall, Galderma, Janssen, Gebro-Pharma, Leo-Pharma, Novartis, Lilly, Pfizer, Sanofi, Incyte, UCB, IFC; y ha participado como investigador en estudios de Novartis, Abbvie, Sanofi, Almirall, Lilly, Galderma, Leo-Pharma, Argenx

I Castaño González no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

A Batalla ha realizado actividades de formación y asistencia a cursos y congreso patrocinados por Abbvie, Celgene, Faes pharma, Isdin, Janssen, Leo-Pharma, Letipharma, Lilly, Mylan, Novartis, Pierre Fabre y Sanofi. Subinvestigadora de ensayos clínicos promovidos por Abbvie, Celgene, Leo-Pharma, Lilly, Novartis, Pfizer y Sanofi. Actividades de consultoría de Abbvie y Sanofi.

M. Rodríguez-Serna ha participado como ponente y consultora para Novartis, Sanofi, Abbvie, Pfizer, Lilly y Leo-Pharma; ha sido investigadora principal en ensayos clínicos de Novartis, Abbvie y Leo-Pharma.

F.J. Navarro-Triviño no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

J. Sánchez-Pérez no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

I. Betlloch-Mas no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

JC Ruiz-Carrascosa no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

JA Suárez-Pérez no tiene conflictos de interés que declarar con respecto a este artículo.

A.M. Giménez-Arnau es o ha sido recientemente ponente y/o asesora de y/o ha recibido financiación para investigación de Almirall, Amgen, AstraZeneca, Avene, Blue -Print, Celldex, Escient Pharmaceuticals, Genentech, GSK, Harmonic Bio, Instituto Carlos III-

FEDER, Jaspers, Leo Pharma, Menarini, Mitsubishi Tanabe Pharma, Noucor, Novartis, Sanofi-Regeneron, Septerna, Servier, Thermo Fisher Scientific, Uriach Pharma.

S. Martínez-Fernández ha realizado actividades de formación y asistencia a cursos y congreso patrocinados por Abbvie, Janssen, Leo-Pharma, Lilly, Novartis, LaRochePosay, Pierre Fabre y Sanofi, y ha participado como subinvestigadora de ensayos clínicos promovidos por Abbvie, Pfizer, Sanofi y Novartis.

M.Á. Descalzo no tiene conflictos de interés que declarar.

G. Roustan ha recibido honorarios por asesoría y cursos de Sanofi, Abbvie, Lilly, Pfizer y Leo-Pharma.

J.M. Carrascosa ha participado como investigador principal/subinvestigador y/o recibido honorarios como ponente y/o miembro de comité de expertos o steering comitee para Abbvie, Novartis, Janssen, Lilly, Sandoz, Amgen, Almirall, BMS, Boehringer Ingelheim, Biogen, UCB.

Ignacio García-Doval ha recibido becas de viaje y formación para conferencias científicas patrocinadas por AbbVie, MSD, Pfizer y Sanofi.

Á.M. Rosell-Díaz ha participado en servicios de consultoría, presentaciones y actividades relacionadas con Abbvie, Leo-Pharma, Sanofi, Almirall. Además, ha participado en proyectos de investigación de Almirall, Sanofi, Pfizer, Novartis, GSK y Abbvie.

Enrique Herrera ha participado como asesor y/o investigador y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Abbvie, Almirall, BMS, Boehringer, Celgene, Janssen, Leo-Pharma, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi

C. Couselo-Rodríguez ha participado como subinvestigadora o ponente en proyectos patrocinados por: Abbvie, Sanofi, Leo-Pharma, Lilly, UCB, Novartis, Pierre Fabre y Janssen.

REFERENCIAS

1. Torres T, Ferreira EO, Goncalo M, Mendes-Bastos P, Selores M, Filipe P. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Med Port.* 2019;**32**:606-13.
2. Rerknimitr P, Otsuka A, Nakashima C, Kabashima K. The etiopathogenesis of atopic dermatitis: barrier disruption, immunological derangement, and pruritus. *Inflamm Regen.* 2017;**37**:14.
3. Montero-Vilchez T, Segura-Fernandez-Nogueras MV, Perez-Rodriguez I, Soler-Gongora M, Martinez-Lopez A, Fernandez-Gonzalez A, et al. Skin Barrier Function in Psoriasis and Atopic Dermatitis: Transepidermal Water Loss and Temperature as Useful Tools to Assess Disease Severity. *J Clin Med.* 2021;**10**.
4. Bylund S, Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson A. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2020;**100**:adv00160.
5. Artime E, Serra E, Mert C, Diaz-Cerezo S, Huete T, Hernandez-Subira I, et al. Real-World Treatment Patterns, Resource Use and Costs in Adult Patients With Atopic Dermatitis Receiving Systemic Treatment: Derma-Atopic Study in Spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2023;**114**:T9-T18.

6. Toron F, Neary MP, Smith TW, Gruben D, Romero W, Cha A, et al. Clinical and Economic Burden of Mild-to-Moderate Atopic Dermatitis in the UK: A Propensity-Score-Matched Case-Control Study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021;**11**:907-28.
7. Silvestre JF, Ruiz-Villaverde R, Perez-Garcia B, Herranz Pinto P, Dominguez-Cruz JJ, Gentile M, et al. Real-World Clinical, Psychosocial and Financial Burden of Atopic Dermatitis: Results from the Spanish Cohort of the MEASURE-AD Trial. *Actas Dermosifiliogr*. 2024.
8. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, Boguniewicz M, Fonacier L, Grayson MH, et al. Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018;**121**:340-7.
9. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2024;**90**:e43-e56.
10. Eyerich K, Gooderham MJ, Silvestre JF, Shumack SP, Mendes-Bastos P, Aoki V, et al. Real-world clinical, psychosocial and economic burden of atopic dermatitis: Results from a multicountry study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2024;**38**:340-53.
11. Gkalpakiotis S, Kannenberg S, Kingo K, Nada HR, Rakhmatulina MR, Lesiak A, et al. Real-World Clinical, Psychosocial, and Economic Burden of Atopic Dermatitis: Results From the ESSENTIAL AD Multicountry Study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2024;**14**:1173-87.
12. Kim M, Quan G, Noh Y, Hong SH. Impact of Incorporating Future Mandatory Price Reductions with Generic Drug Entry on the Cost-Effectiveness of New Drugs: A Policy Simulation Study of Dupilumab in Atopic Dermatitis Treatment. *Healthcare (Basel)*. 2024;**12**.
13. Silverberg JI, Gooderham M, Katoh N, Aoki V, Pink AE, Binamer Y, et al. Combining treat-to-target principles and shared decision-making: International expert consensus-based recommendations with a novel concept for minimal disease activity criteria in atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2024;**38**:2139-48.
14. Silverberg JI, Gooderham M, Katoh N, Aoki V, Pink AE, Binamer Y, et al. 327 Optimizing the management of atopic dermatitis with a new minimal disease activity concept and criteria and consensus-based recommendations for systemic therapy. *British Journal of Dermatology*. 2023;**188**.
15. Silverberg JI, Gooderham MJ, Katoh N, Aoki V, Pink Andrew E, Binamer Y, et al. 403 Achievement of minimal disease activity is associated with improvements in symptoms, quality of life and treatment satisfaction in patients with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2023;**188**.
16. Peris-Espino V, Munera-Campos M, Chicharro P, Gonzalez Quesada A, Florez Menendez A, de la Cueva Dobao P, et al. Clinical-Epidemiological Profile, and Treatment Response in Relation to Associated Atopic Comorbidity in Atopic Dermatitis. Experience From the BIOBADATOP Registry. *Actas Dermosifiliogr*. 2024.
17. Munera-Campos M, Chicharro P, Gonzalez Quesada A, Florez Menendez A, de la Cueva Dobao P, Gimenez Arnau AM, et al. BIOBADATOP Spanish Atopic Dermatitis Registry: Description and Early Findings. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;**114**:479-87.
18. Bosma AL, Musters AH, Bloem M, Gerbens LAA, Middelkamp-Hup MA, Haufe E, et al. Mapping exercise and status update of eight established registries within the TReatment of ATopic eczema Registry Taskforce. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;**37**:123-36.
19. Larsen HH, Vittrup I, Ruge IF, Elberling J, Skov L, Ibler K, et al. Severe and ChRonic Atopic dermatitis Treatment CoHort (SCRATCH): A Danish Real-world

Evidence Atopic Dermatitis Treatment Registry. *Acta Derm Venereol.* 2022;**102**:adv00760.

20. de Bruin-Weller M, Pink AE, Ferrucci SM, Patrizi A, Svensson A, Schuttelaar MLA, et al. Use of systemic therapies in adults with atopic dermatitis: 12-month results from the European prospective observational study in patients eligible for systemic therapy for atopic dermatitis (EUROSTAD). *J Dermatolog Treat.* 2022;**33**:2565-70.

21. Abuabara K, Eichenfield LF, Bissonnette R, Silverberg JI, Bagel J, Guttman-Yassky E, et al. Real-world evidence on atopic dermatitis: Baseline characteristics and predictors of treatment choice in the TARGET cohort. *J Am Acad Dermatol.* 2023;**89**:345-7.

22. Silverberg JI, Gold LS, Desai S, Golant A, DiRuggiero D, Fenske DC, et al. Disease burden and patient characteristics associated with systemic therapy utilization among adults with atopic dermatitis: data from CorEvitas Atopic Dermatitis Registry. *J Dermatolog Treat.* 2024;**35**:2396382.

23. Mora-Fernandez V, Mercader Garcia P, Borrego Hernando L, Gonzalez Perez R, Cordoba Guijarro S, Gimenez Arnau A, et al. Epidemiological, Clinical, and Allergy Profile of Patients With Atopic Dermatitis and Hand Eczema: Evaluation of the Spanish Contact Dermatitis Registry (REIDAC). *Actas Dermosifiliogr.* 2022;**113**:236-43.

24. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, et al. American Academy of Dermatology Guidelines: Awareness of comorbidities associated with atopic dermatitis in adults. *J Am Acad Dermatol.* 2022;**86**:1335-6 e18.

25. Yamamoto-Hanada K, Kobayashi T, Mikami M, Williams HC, Saito H, Saito-Abe M, et al. Enhanced early skin treatment for atopic dermatitis in infants reduces food allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2023;**152**:126-35.

26. Montero-Vilchez T, Rodriguez-Pozo JA, Diaz-Calvillo P, Salazar-Nievas M, Tercedor-Sanchez J, Molina-Leyva A, et al. Dupilumab Improves Skin Barrier Function in Adults with Atopic Dermatitis: A Prospective Observational Study. *J Clin Med.* 2022;**11**.

27. Armario-Hita JC, Artime E, Vidal-Vilar N, Huete T, Diaz-Cerezo S, Moro RM, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Real-World Atopic Dermatitis Studies in Spain: A Systematic Review. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;**113**:685-704.

28. Chu AWL, Wong MM, Rayner DG, Guyatt GH, Diaz Martinez JP, Ceccacci R, et al. Systemic treatments for atopic dermatitis (eczema): Systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *J Allergy Clin Immunol.* 2023;**152**:1470-92.

29. Panel AAJADG, Chu DK, Schneider L, Asiniwasis RN, Boguniewicz M, De Benedetto A, et al. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2024;**132**:274-312.

30. Egeberg A, Thyssen JP, Wu JJ, Pierce E, Terres JAR. Treatment Patterns in Danish Patients with Atopic Dermatitis Before and After Hospital Referral. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2021;**11**:499-512.

Tabla 1. Características de la población de estudio

	Gravedad a los 12 meses								
	Control óptimo (n=75; 35,5%)		Control moderado pero no óptimo (n=97; 46,0%)		No controlados (N=39; 18,5%)		Total (N=211; 100%)		P
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	
Edad (años), media (DE)	38,8	14,3	37,3	14,6	33,0	11,8	37,1	14,1	0,0913
Sexo (mujer, %)	43	57,3	42	43,3	21	53,8	106	50,2	0,1668
Tiempo de evolución en años, media (DE)	18,9	15,4	26,0	16,3	21,7	12,0	22,7	15,5	0,0209*
Número de tratamientos sistémico previo	1,8	1,4	1,8	1,6	1,5	1,7	1,7	1,6	0,3463
EVA Prúrigo basal (0-10), media (DE)	7,5	2,4	7,6	2,2	8,0	2,2	7,6	2,2	0,4401
EASI basal (0-72), media (DE)	22,8	12,2	22,8	11,1	22,8	13,6	22,8	11,9	0,9149
POEM basal (0-28), media (DE)	18,4	6,5	19,9	6,3	23,1	5,0	20,0	6,3	0,0080*
Calidad basal (DLQI,CDLQI,IDLQI) (0-30), media (DE)	14,5	7,9	15,4	6,9	17,5	7,4	15,5	7,3	0,2525
Duración 1er tratamiento en años, media (DE)	0,9	0,3	0,8	0,3	0,8	0,3	0,9	0,3	0,1056
Tiempo seguimiento 12 meses, media (DE)	12,4	1,4	12,6	1,5	12,5	1,5	12,5	1,5	0,7771
Prurigo nodular (sí)	6	8,2	7	7,2	5	12,8	18	8,6	0,5678
Eccema palmoplantar (sí)	10	13,9	14	14,4	8	20,5	32	15,4	0,6129
Localizaciones específicas (sí)	59	80,8	76	80,0	27	69,2	162	78,3	0,3136
Tratamiento sistémico previo (sí)	64	85,3	80	82,5	29	74,4	173	82,0	0,3463
Tratamiento con fototerapia previo (sí)	32	43,2	40	41,7	14	35,9	86	41,1	0,7450
Gravedad de según EASI									0,5903
Leve (EASI $\leq$ 7)	12	16,0	5	5,2	6	15,4	23	10,9	
Moderada (7,01-20,99)	20	26,7	37	38,1	9	23,1	66	31,3	
Grave $\geq$ 21	43	57,3	55	56,7	24	61,5	122	57,8	
Comorbilidades de la esfera atópica (sí)	50	69,4	71	73,2	28	75,7	149	72,3	0,7623
Asma (sí)	34	46,6	49	50,5	21	55,3	104	50,0	0,6791
Rinoconjuntivitis alérgica (sí)	42	58,3	56	58,3	20	60,6	118	58,7	0,9710
Patología ocular atópica (sí)	10	13,7	18	18,9	3	9,1	31	15,4	0,3525
Dermatitis alérgica de contacto (sí)	27	44,3	17	22,1	9	26,5	53	30,8	0,0163*
Ansiedad (sí)	16	23,5	19	20,4	5	13,9	40	20,3	0,5082
Depresión (sí)	11	15,9	12	13,3	0	0,0	23	11,8	0,0560*
Tratamiento sistémico (al inicio)									<0,001*
Biológico (sí)	11	14,7	32	33,0	23	59,0	66	31,3	
Inhibidor JAK (sí)	64	85,3	65	67,0	16	41,0	145	68,7	

Las variables cuantitativas se presentan como media (DE, desviación estándar) y las variables cualitativas como frecuencia absoluta (porcentaje, frecuencia relativa). Las comparaciones entre los distintos grupos se analizaron según cada una de las variables, usando el test de Kruskal-Wallis en las variables continuas y la prueba χ^2 de Pearson en las variables cualitativas. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa Stata v.17 (StataCorp. 2021. Stata Statistical Software: Release 17). Se definió como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$.

Tabla 2. Consumo de recursos de los pacientes tras 12 meses de seguimiento

		Control optimo		Control moderado pero no óptimo		No controlados		Total	p
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	
Asistencias a Urgencias (sí)	3	4,0	4	4,1	4	10,3	11	5,2	0,2917
Hospitalizaciones (sí)	0	0,0	1	1,0	1	2,6	2	0,9	0,4046
Visitas de atención especializada (sí)	24	32,0	40	41,2	18	46,2	82	38,9	0,2740
Visitas en atención primaria (sí)	0	0,0	9	9,3	6	15,4	15	7,1	0,0053*
Visitas en asistencia sanitaria (sí)	25	33,3	44	45,4	21	53,8	90	42,7	0,0841
Pérdida de días de actividades habituales (sí)	3	4,0	1	1,0	4	10,3	8	3,8	0,0387*
Nº días asistencias a Urgencias	0,05	0,28	0,05	0,27	0,10	0,31	0,06	0,28	0,3077
Nº días hospitalizaciones	0,00	0,00	0,01	0,10	0,15	0,96	0,03	0,42	0,4032
Nº de visitas de atención especializada	0,75	1,43	0,98	1,53	1,62	2,65	1,01	1,78	0,1795
Nº de visitas en atención primaria	0,00	0,00	0,13	0,51	0,26	0,85	0,11	0,51	0,0055*
Nº de visitas en asistencia sanitaria	0,80	1,46	1,18	1,71	2,13	3,09	1,22	2,01	0,6471
Nº de días perdidos actividades habituales	6,59	44,25	0,26	2,54	2,15	10,93	2,86	26,88	0,0387*

Las variables cuantitativas se presentan como media (DE, desviación estándar) y las variables cualitativas como frecuencia absoluta (porcentaje, frecuencia relativa). Las comparaciones entre los distintos grupos se analizaron según cada una de las variables, usando el test de Kruskal-Wallis en las variables continuas y la prueba χ^2 de Pearson en las variables cualitativas. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa Stata v.17 (StataCorp. 2021. Stata Statistical Software: Release 17). Se definió como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$.

Figura 1. Evolución de la gravedad de la dermatitis atópica (prurito, EASI) según el consumo de recursos

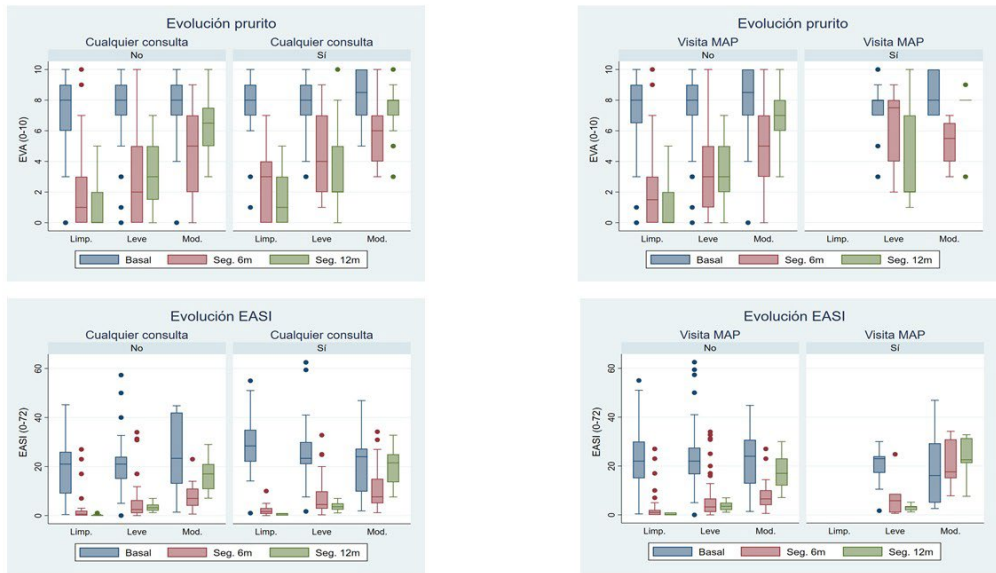


Figura 2. Evolución de la calidad de vida de la dermatitis atópica (POEM, DLQI) según el consumo de recursos

