



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“ DR. ENRIQUE ORTEGA MOREIRA ”**

CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA EN RIOBAMBA.

Artículo presentado como requisito para la obtención del título:

MÉDICO

Por la (os) estudiante(s):

**KATRYN ALEXANDRA NAGUA ARGUDO
DANIELA ALEJANDRA MUÑOZ MEJIA**

Bajo la dirección de:

DRA. MARIA MAGDALENA ARAY ANDRADE.

**Universidad Espíritu Santo
Carrera de Medicina
Samborondón – Ecuador
Septiembre de 2023**

Calidad de vida y control de la urticaria crónica espontánea en pacientes atendidos en una institución de salud privada en Riobamba.

Nagua, Katryn A¹  0000-0003-3787-1961

Muñoz, Daniela A²  0000-0003-3270-7353

Aray, María M³  0000-0001-6723-2285

¹Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador

²Centro Medico Muñoz Alergias y Pediatría, Riobamba, Ecuador

Fechas · Dates

Recibido: 01.08.2023

Revisado: 12.09.2023

Aprobado: 25.09.2023

Resumen

Antecedentes: El tratamiento antihistamínico es la primera elección en la Urticaria Crónica Espontánea (UCE), un padecimiento de etiología poco clara. En Ecuador no existen estudios evaluando las consecuencias de este manejo. El objetivo fue determinar el impacto en la calidad de vida que tiene el tratamiento con antihistamínicos en los pacientes con UCE.

Metodología: Se realizó un estudio transversal que incluyó sin aleatorización 102 pacientes adultos consecutivos con diagnóstico definitivo de UCE, atendidos en una institución especializada en manejo de enfermedades alérgicas en Riobamba–Ecuador, que consintieron informadamente mediante llamada telefónica participar en una encuesta en línea en el que se aplicaron las versiones validadas en español del Urticaria Control Test (UCT) y el Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL).

Resultados: En el UCT, la mayoría de los pacientes no tuvieron afectación de la calidad de vida (49%) y un control global en el 45%; la valoración total mostró altos puntajes en el 91.2% de casos. La aplicación del CU-Q2oL en las dimensiones del prurito mostró que afectaba al 45.1%, con una valoración general del 28.13%

Conclusiones: El tratamiento de la UCE con antihistamínicos logra adecuados niveles de calidad de vida.

Palabras clave: Urticaria Crónica Espontánea, Tratamiento, Calidad de Vida

Abstract

Background: Antihistamine treatment is the first choice of treatment for Chronic Spontaneous Urticaria (CSU), a condition of unclear etiology. In Ecuador there are no studies evaluating the impact of this management. The objective was to determine the impact on quality of life of antihistamine treatment in patients with CSU.

Methodology: A cross-sectional study was carried out that included, without randomization, 102 consecutive adult patients with a definitive diagnosis of CSU, treated at an institution specializing in the management of allergic diseases in Riobamba-Ecuador, who informedly consented by telephone call to participate in an online survey, in which the validated versions in Spanish of the Urticaria Control Test (UCT) and the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL) were applied.

Results: In the UCT, the majority of the patients had no affectation of the quality of life (49%) and a global control in 45%; the total assessment showed high scores in 91.2% of cases. The application of the CU-Q2oL in the dimensions of pruritus showed that it affected 45.1%, with a general evaluation of 28.13%.

Conclusions: Treatment of CSU with antihistamines achieves adequate levels of quality of life.

Keywords: Chronic Spontaneous Urticaria, Treatment, Quality of Life

Introducción

La Urticaria Crónica Espontánea (UCE) es una enfermedad debilitante de la piel y sus efectos se extienden más allá de la misma (1). Todas las formas de urticaria crónica pueden afectar significativamente la calidad de vida (CdV), la capacidad para realizar las tareas diarias y la salud mental de los pacientes. Los pacientes con UCE tienen una mayor afectación de la CdV asociada a la salud y a la productividad, además de una mayor comorbilidad psiquiátrica. (2)

El impacto significativo en la calidad de vida asociada a la salud y la productividad es debido a la ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño y otra enfermedad, incluidos los trastornos autoinmunitarios y endocrinos (1) ya que muchos aspectos de las actividades diarias como, por ejemplo, elegir ropa o ir de compras también se ven afectados negativamente; y para aquellos pacientes que trabajan, la capacidad laboral reducida o incluso el ausentismo es común (3).

Junto con la reducción de la calidad de vida, estos pacientes suponen una carga financiera significativa para el sistema de salud (2) especialmente en aquellos que no responden a los antihistamínicos H1 debido a una alta utilización de recursos de salud (4).

Por lo tanto es importante garantizar la derivación oportuna y adecuada de los pacientes de UCE a especialistas para reducir los retrasos en el diagnóstico y la implementación de una terapia farmacológica eficaz, especialmente para los pacientes sintomáticos, de modo que se pueda reducir la carga asociada y mejorar la calidad de vida de los pacientes con la UCE.

En el Ecuador no se ha realizado un estudio para poder comprobar si el tratamiento de pacientes con UCE sometidos a tratamiento con antihistamínicos, mejora su calidad de vida. Este estudio evidencia resultados esperanzadores respecto al tratamiento de la UCE con antihistamínicos, lo que contribuirá a que los Especialistas en Alergología, Dermatología, Medicina Interna y Médicos Generales brinden un manejo eficiente y eficaz para aliviar los signos y síntomas de esta enfermedad en los pacientes que la padecen, así y de esta manera reducir el impacto negativo de esta enfermedad sobre la calidad de vida.

1 Desarrollo del tema

1.1 Definición

La UCE es la presencia de nódulos pruriginosos, angioedema o ambos durante más de 6 semanas (5). y ocurre sin un desencadenante identificable. En la mayoría de los pacientes, dura varios años para después entrar en remisión espontánea debido al intenso prurito y a la imprevisibilidad de los signos y síntomas (6).

1.2 Generalidades

Se estima que la prevalencia de la urticaria crónica es del 0,5% al 5% de la población (7). Directrices recientes incluyen angioedema idiopático único en la definición de UCE, siempre que se hayan excluido otras causas de angioedema, en particular aquellas mediadas por bradicinina (8).

1.3 Etiología

La etiología de la UCE no se comprende completamente, pero se considera que es un trastorno autoinmune en el que anticuerpos anti receptores de IgE y/o anti-IgE activan la liberación de histamina de los basófilos y mastocitos (9). Hasta el 40% de los pacientes son positivos a la prueba de suero autólogo (ASST) y un número importante también tienen positiva la prueba de liberación de histamina de basófilos (BHRA), que analiza la presencia de autoanticuerpos anti-FceRIa (receptor de IgE) o anti-IgE en el suero (10). El aumento de la prevalencia de

enfermedades autoinmunes en estos pacientes como el hipotiroidismo autoinmune (que se encuentra en hasta el 9,8%), la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren, la enfermedad celíaca y la diabetes tipo 1, apoya esta hipótesis (11)

Las infecciones causadas por una variedad de organismos como el *Helicobacter pylori*, estreptococos, estafilococos, *Yersinia*, *Mycoplasma pneumoniae*, virus de la hepatitis, norovirus, parvovirus B19, *Giardia lamblia*, *Entamoeba* spp., *Anisakis simplex*. No se ha probado la causalidad, pero puede estar involucrada una respuesta autoinmune mediada por infección y un mimetismo molecular a la UCE (9,12)

Aunque los alimentos y los aditivos se han relacionado con la alergia alimentaria aguda mediada por IgE, rara vez son la causa de la UCE (9,13). La evidencia de la asociación entre malignidad y UCE es contradictoria, ya que diferentes estudios retrospectivos y revisiones sistemáticas, muestran resultados diferentes (14–16)

Recientemente se ha descrito tres subtipos de UCE: autoinmunidad tipo I (o “autoalergia”), autoinmunidad tipo IIb (“autoinmunidad clásica”) y UCE de causa desconocida (17).

1.4 Diagnóstico

Se recomienda una historia clínica detallada, un examen físico y un diagnóstico básico que consiste en un hemograma completo con diferencial, PCR, anti-TPO IgG y IgE totales (5). El objetivo de la anamnesis es descartar diagnósticos diferenciales raros como vasculitis urticarial, síndromes autoinflamatorios o angioedema mediado por bradicinina, evaluar a los pacientes por sus causas y condiciones cambiantes e identificar comorbilidades y su relación con UCE (17). Pueden ser necesarias más pruebas, como un examen histológico de una biopsia de piel o análisis de laboratorio. Es importante la evaluación de la calidad de vida con los cuestionarios como el Urticaria Activity Score (UAS), el Urticaria Control Test (UCT) y el Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL) (5). En pacientes con UCE más angioedema, también se debe utilizar el Angioedema Activity Score (AAS), el Angioedema Control Test (AECT) y el Angioedema Quality of Life Questionnaire (AE-QoL) (5).

1.5 Tratamiento

Los objetivos del tratamiento de cualquier UCE son la ausencia de signos y síntomas, el control completo de la enfermedad y una calidad de vida normal. Para lograr esto, se necesita un tratamiento profiláctico eficaz para todos los pacientes. El uso de antihistamínicos H1 de segunda generación es el tratamiento de primera línea, inicialmente a una dosis estándar y luego hasta 4 veces la dosis si es necesario (5). Aunque los antihistamínicos de segunda generación

han demostrado ser muy seguros a largo plazo, incluso a dosis superiores a las normales, muchos pacientes no consiguen una respuesta completa (18).

Para estos pacientes, el segundo paso en el algoritmo de tratamiento es la adición del anticuerpo monoclonal anti-IgE omalizumab, que ha demostrado ser eficaz y seguro (19). Una proporción significativa de pacientes con UCE no logra un control completo con omalizumab. Datos recientes muestran que los pacientes con características de UCE autoinmune tipo IIb, como IgE total baja y IgG anti-TPO alta, tienen una respuesta lenta y deficiente al omalizumab (20). Para los pacientes que no responden al tratamiento con omalizumab dentro de los 6 meses de tratamiento (o antes si los síntomas son intolerables), se recomienda ciclosporina hasta 5 mg/kg además de los antihistamínicos. Debido al bajo perfil de seguridad, esto no es posible en todos los pacientes y los posibles efectos secundarios deben controlarse cuidadosamente (17). La dosis y la duración de la ciclosporina deben mantenerse lo más bajas posible para evitar efectos secundarios como nefrotoxicidad e hipertensión (21).

En las exacerbaciones agudas de la UCE, los cursos cortos de corticosteroides sistémicos solo ayudan a aliviar la gravedad de los síntomas y acortar la duración de la exacerbación (22). Los corticosteroides tópicos no tienen ningún papel (23,24).

Se necesitan mejores tratamientos para la UCE, y actualmente se están investigando varios (25), la mayoría de los cuales se dirigen a los mastocitos (26,27). Estos tratamientos tienen como objetivo bloquear los mediadores de los mastocitos, prevenir la activación de los mastocitos (28), silenciar los mastocitos a través de receptores inhibidores o agotar los mastocitos. Uno de los mayores desafíos en el tratamiento de pacientes con UCE en el futuro es averiguar qué pacientes se benefician más de qué tratamiento. Por ejemplo, se ha demostrado que fenebrutinib, un inhibidor oral de la tirosina cinasa de Bruton, es más eficaz en la UCE autoinmune tipo IIb (17). Hay evidencia limitada y de baja calidad sobre las opciones de tratamiento alternativas, incluidos los antagonistas de los leucotrienos, el metotrexato, la dapsona, la sulfasalazina, la fototerapia, la plasmaféresis, y la inmunoglobulina intravenosa (22).

Tabla 1 Tratamiento de la UCE

Línea	Tratamiento
Primera Línea	Antihistamínicos H1 de segunda generación. Si no se logra el control de los síntomas después de 2 a 4 semanas de uso o antes si los síntomas son muy graves, continúe con tratamiento de segunda línea.
Segunda Línea	Aumentar la dosis de antihistamínico H1 de segunda generación (hasta 4 veces). Si no se logra el control de los síntomas después de 2 a 4 semanas de

	uso o antes si los síntomas son muy graves, continuar con tratamiento de tercera línea.
Tercera Línea	Omalizumab (complemento de los antihistamínicos H1 de segunda generación) Si no se logra el control de los síntomas después de 6 meses de uso o antes si los síntomas son muy graves, continuar con tratamiento de cuarta línea.
Cuarta Línea	Ciclosporina A (complemento de los antihistamínicos H1 de segunda generación)

Adaptado de Xuberbier y cols (22).

Por lo tanto, la identificación de biomarcadores fiables y fáciles de analizar en el tratamiento es una tarea importante.

1.6 Diagnóstico diferencial

La urticaria papular es una reacción persistente a las picaduras de insectos caracterizada por pápulas pruriginosas de presentación centrífuga, que duran de días a semanas. La vasculitis urticarial es una vasculitis de pequeños vasos en el que se pueden presentar erupciones que permanecen durante más de 1 día; se asocian con dolor en lugar de picazón, sitios en los que por lo general después queda una quemosis residual y/o pigmentación. La mastocitosis incluye un grupo de enfermedades causadas por la acumulación de poblaciones clonales de mastocitos en la piel y otros órganos; el signo de Darier, en el que se puede inducir la induración frotando la piel afectada, es patognomónico (9).

Los síndromes autoinflamatorios como los síndromes periódicos asociados a la criopirina (KAPS) y el síndrome de Schnitzler pueden presentarse con urticaria, artralgia, fiebre, y otros síntomas sistémicos. El penfigoide ampolloso es una enfermedad inmunobulbar que afecta a los ancianos. La fase prebulosa se caracteriza por picazón y placas de urticaria que se convierten en ampollas densas. En pacientes con angioedema aislado sin exantema urticarial debe considerarse la deficiencia del inhibidor de la esterasa C1 tanto adquirida como hereditaria. La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad de tipo I potencialmente fatal que generalmente se presenta de forma aguda con síntomas cutáneos de urticaria y angioedema (9).

1.7 Pronóstico

La UCE suele autorregularse, en promedio en un periodo de 3 a 5 años. Las tasas de remisión notificadas en los primeros 12 meses llegan al 80 %. Sin embargo, hasta un 14 % de los pacientes pueden tener la enfermedad durante más de 5 años. El angioedema asociado y la autoinmunidad tiroidea son factores predictivos a largo plazo del curso de la enfermedad (9)

1.8 Complicaciones

El prurito relacionado con la UCE puede reducir significativamente la calidad de vida del paciente y alterar tanto las actividades diarias como el sueño. También afecta negativamente el estado de salud (22).

1.9 Afectación de la calidad de vida en la UCE

La UCE es una condición modulada por el estrés en la que el resultado del tratamiento convencional suele ser subóptimo. Es tan importante un enfoque biopsicosocial que incluya apoyo psicológico y educación del paciente tanto como la farmacoterapia tradicional. Esto facilita el control efectivo de la enfermedad y la remisión a largo plazo. El miedo, estrés y ansiedad excesivos entre las personas con enfermedades crónicas como la UCE hacen que estos pacientes no tengan un control adecuado de la enfermedad alterando la calidad de vida (29)

La asociación con el estrés psicológico sugiere un posible papel del sistema neuroendocrino en la etiopatogenia de la urticaria. Sin embargo, la forma en que el estrés psicológico altera el sistema inmunitario de la piel en la UCE sigue sin comprenderse bien. Aunque el papel de los factores psicológicos en el desarrollo y la exacerbación no se ha establecido completamente, el impacto psicosocial de la UCE es ampliamente aceptado (30–32)

Hacer frente a una enfermedad crónica, el tratamiento a largo plazo y las visitas frecuentes al médico (que a menudo conducen a la fatiga, el ausentismo o el bajo rendimiento escolar) (33,34) conducen a una disminución del funcionamiento psicológico. Los pacientes con urticaria informan niveles significativamente más altos de somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal y depresión, ansiedad y estrés (32,35). A menudo también se informa una correlación positiva entre la gravedad de la enfermedad y el bienestar psicológico deficiente o la calidad de vida más deficiente (30).

La calidad del sueño también afecta el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con UCE. Los síntomas subjetivos como picazón y dolor pueden afectar significativamente la calidad del sueño en pacientes con enfermedades crónicas de la piel (36). Al mismo tiempo, las alteraciones del sueño conducen a una mayor disminución de la calidad de vida, acompañada de fatiga y frustración. Además, los pacientes con UCE tienen más probabilidades de tener trastornos del sueño, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño o trastornos respiratorios del sueño (37). Como resultado, el paciente tiene una carga psicológica aún mayor y, en consecuencia, un mayor riesgo de empeoramiento de los síntomas de la UCE .

2 Metodología

Se realizó un estudio de diseño observacional, analítico, de corte transversal, prospectivo (38). Se aplicaron en línea dos encuestas validadas en idioma español, el Urticaria Control Test (UCT) (Anexo 1) para establecer cómo percibe el paciente el resultado del tratamiento de la UCE con antihistamínicos y el Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL) (Anexo 2) para determinar cuál es el impacto de la enfermedad tratada con antihistamínicos sobre la vida de los pacientes. UCT se califica en una escala de 0 a 16 puntos donde en las preguntas del 1 al 4 el menor puntaje representa 0 siendo el peor resultado y 4 el mejor, finalmente se suman los resultados y se establece que 0 es el peor resultado posible y 16 el mejor. En el Cu-Q2oL se valoran 7 dimensiones (prurito, hinchazón, limitaciones, aspectos de la vida diaria, impacto en las actividades cotidianas) mediante varios parámetros en cada caso lo cuales son calificados de manera dicotómica como sí y no, se establece un porcentaje de respuestas afirmativas en cada una de las dimensiones en la que una peor calidad de vida se relaciona con un mayor porcentaje de afectación y una mejor calidad con un porcentaje menor y luego se calcula un promedio general con el mismo principio.

Los pacientes fueron identificados a partir de un registro de una base de datos del centro, 104 de los mismos tenían diagnóstico de UCE y fueron atendidos en el centro de enfermedades alérgicas, privado, entre 2008 a 2021, de los cuales 2 no fue posible contactarlos. Se incluyeron de manera no aleatoria un total de 102 pacientes consecutivos mayores de edad que habían sido atendidos con antihistamínicos H1 a dosis recomendadas o a dosis superiores al estándar, en una institución especializada en manejo de enfermedades alérgicas en la ciudad de Riobamba y que constaban en la base de datos con el diagnóstico definitivo de UCE. Se los contactó vía telefónica entre el 1 de agosto de 2021 y el 31 de diciembre de 2022 y se les solicitó consentimiento informado para aplicar las encuestas; de aceptar la participación se le envió al correo personal un vínculo electrónico para ingresar a la plataforma y contestar los cuestionarios. Posteriormente se procedió a revisar la base de datos en una hoja de cálculo digital y se procedió a puntuar las respuestas y realizar su depuración. Posteriormente se efectuó la tabulación y presentación de los resultados.

Para el análisis estadístico se emplearon frecuencias simples y relativas para las variables nominales y media y desviación estándar para las variables numéricas. Para la comparación por sexo de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios se empleó la prueba de Levene y la prueba t para muestras independientes. Para comparar las mismas puntuaciones por edad,

edad de inicio y tiempo de duración de la enfermedad se utilizó el test de ANOVA. Se consideraron significativos valores de P 0.05

En todos los casos se garantizó el derecho a la confidencialidad mediante la realización de una encuesta anónima. Además, este tipo de herramientas de recolección de información garantiza que el paciente pueda brindar una opinión más honesta alejada de la posible crítica. La información recopilada estará guardada durante 5 años por los investigadores.

3 Resultados

El 35.3% de los encuestados tenían una edad entre 20 a 29 años; el 57.8% tenían menos de 30 años con una edad promedio de 32 ± 14 años, siendo la menor edad reportada la de 18 años y la mayor de 79 años. El sexo femenino fue afectado con mayor frecuencia, con una relación de 2 a 1 sobre los varones. Excepto 7 pacientes que se consideran de raza indígena y blanca, el restante 93.1% fue de raza mestiza. La ocupación de la mayoría era de estudiante (44.1%) seguida en frecuencia por los docentes (13.7%) y las amas de casas y jubilados (10.8%), con otras ocupaciones que constituyeron 42.2%. La mayor parte provenían de la provincia del Chimborazo, y un 41.2% venía de fuera, casi dos tercios de los pacientes tenían una comorbilidad siendo las más frecuentes, la presencia de rinitis/conjuntivitis alérgica que se informó en casi dos quintas partes de los pacientes (Tabla 2)

Tabla 2 Características de los pacientes con Urticaria Crónica Espontánea tratados con antihistamínicos

Característica		f (n= 102)	%
Años	10 a 19	23	22.5
	20 a 29	36	35.3
	30 a 39	17	16.7
	40 a 49	13	12.7
	≥ 50	13	12.7
Sexo	Femenino	68	66.7
	Masculino	34	33.3
Raza	Mestizo	95	93.1
	Indígena	5	4.9
	Blanco	2	2.0
Ocupación	Estudiante	45	44.1
	Docente	14	13.7
	Ama de casa / Jubilado	11	10.8
	Ingeniero	9	8.8
	Profesional Sanitario	8	7.8
	Profesional administrativo	7	6.9
	Oficios	6	5.9

	Abogado	2	2.0
Provincia	Chimborazo	60	58.8
	Fuera de la provincia	42	41.2
Comorbilidad	Rinitis / Conjuntivitis Alérgica	38	37.3
	Ansiedad / Depresión	17	16.7
	Asma	17	16.7
	Gastritis crónica	7	6.9
	Misceláneas	6	6.0
	Hipertensión Arterial	6	5.9

Fuente: Formulario de entrevista en línea

En relación con la UCE, la mayoría de los pacientes tenían una enfermedad que se había iniciado generalmente entre los 10 a los 19 años, con un 66.7% de pacientes que inició su enfermedad antes de los 30 años, con una edad promedio de inicio de 26 ± 15 años siendo la menor edad de inicio reportada la de 2 años y la máxima de 79 años. Respecto al tiempo de duración de la enfermedad, la mayoría fue incluida en el grupo de 0 a 4 años con casi tres quintas partes de los casos, y con el 80.3% de los pacientes con una duración de menos de 10 años, siendo el mayor tiempo reportado de 50 años (Tabla 3)

Tabla 3 Características de la urticaria crónica espontánea

Tiempo		f (n= 102)	%
Años (edad de inicio)	0 - 9	7	6.9
	10 - 19	34	33.3
	20 - 29	27	26.5
	30 - 39	14	13.7
	40 - 49	11	10.8
	≥ 50	9	8.8
Años (duración de la enfermedad)	0 - 4	59	57.8
	5 - 9	23	22.5
	10 - 14	11	10.8
	≥ 15	9	8.8

Fuente: Formulario de entrevista en línea

Al aplicar el UCT se puede observar que la mayor parte de los pacientes reportó no tener padecimientos por los síntomas físicos o tener un padecimiento irregular. Con respecto a la afectación de la calidad de vida, casi la mitad reportó no tener afectación de la calidad de vida y casi dos cuartas partes regular tenían poca afectación. Respecto a la frecuencia con la que el tratamiento médico no había tenido suficiente control de los síntomas, algo más de las dos quintas partes indicó que eso pasó en pocas ocasiones. El control global se pudo obtener en el

45.1% de los casos y bastante control en el 39.2%. La valoración mostró que un 91.2% de los pacientes tenía puntuaciones entre 9 y 16 lo que indica que se logran un muy buen control con el tratamiento antihistamínico (Tabla 4)

Tabla 4 Grado de control de la Urticaria en los pacientes encuestados

Parámetros		f (n= 102)	%
Padecimiento por síntomas físicos	Nada	36	35.3
	Regular	29	28.4
	Poco	27	26.5
	Mucho	6	5.9
	Bastante	4	3.9
Afectación de calidad de vida	Nada	50	49.0
	Poco	39	38.2
	Regular	7	6.9
	Mucho	4	3.9
	Bastante	2	2.0
Frecuencia con el que el tratamiento médico no ha sido suficiente para el control de síntomas	Poco	42	41.2
	Bastante	28	27.5
	Nada	23	22.5
	Regular	5	4.9
	Mucho	4	3.9
Control Global	Totalmente	46	45.1
	Bastante	40	39.2
	Regular	11	10.8
	Nada	4	3.9
	Poco	1	1.0
Valoración Total	9 a 12	51	50.0
	13 a 16	42	41.2
	5 a 8	5	4.9
	0 a 4	4	3.9

Fuente: Formulario de entrevista en línea

Cuando se analizó el impacto de la UCE en la calidad de vida se pudo observar que la dimensión con mayor impacto fue la del prurito, ya que la mitad manifestó presencia de prurito y dos cuartas partes presencia de ronchas, lo que en promedio afectó al 45% de los pacientes. En relación con la hinchazón, un promedio de 19.6% manifestó presencia en ojos y labios. La limitación fue mayor con los alimentos y en promedio los otros parámetros dieron un

porcentaje de afectación de este aspecto del 32.7%. Con respecto a los aspectos de la vida con los que la enfermedad interfiere, la mayoría reportó preocupación por los efectos secundarios de la medicación y limitaciones para poder escoger ropa, en general esta dimensión afectó al 26.08% de los casos. El impacto en las actividades cotidianas fue especialmente por la interferencia con las actividades físicas que afectó a casi un tercio de los pacientes, y la interferencia con el sueño y la conducta alimentaria que fue informada en una cuarta parte de los casos, lo que dio como resultado 19.45% de los casos con impacto en esta dimensión. Los problemas del sueño afectan en general al 25.9% de los pacientes. Todo esto dio un impacto general en el 28.1% de los casos (Tabla 5).

Tabla 5 Impacto en la calidad de Vida de la Urticaria Crónica Espontánea en los pacientes encuestados

Dimensiones	Parámetros	f (n= 102)	%	Promedio
Prurito	Prurito	51	50.0	45.1
	Ronchas	41	40.2	
Hinchazón	Ojos	22	21.6	19.6
	Labios	18	17.6	
Limitaciones	Alimentos	40	39.2	32.7
	limitación de actividades por mal humor	34	33.3	
	Limitación de realizar deportes	26	25.5	
Aspectos de la vida diaria	Preocupación por efectos secundarios de la medicación	42	41.2	26.08
	Limitación en escoger prendas de vestir	31	30.4	
	Problemas con uso de cosméticos	30	29.4	
	Vergüenza por síntomas	22	21.6	
	Vergüenza en ir a lugares públicos	8	7.8	
Impacto en actividades cotidianas	Interferencia con actividades físicas	32	31.4	19.45
	Interferencia con el sueño	27	26.5	
	Interferencia con la conducta alimentaria	25	24.5	
Impacto en actividades cotidianas	Interferencia en las relaciones sociales	16	15.7	19.45
	Interferencia con su trabajo	13	12.7	
	Interferencia con el tiempo libre	6	5.9	
Problemas de Sueño	Nerviosismo	34	33.3	25.9
	Cansancio durante el día	33	32.4	
	Dificultad para dormir	26	25.5	
	Despierta durante la noche	24	23.5	
	Dificultad para mantener la concentración	15	14.7	
Valoración General		28,13		

Fuente: Formulario de entrevista en línea

La comparación de la puntuación obtenida en la UCE por sexo no mostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($t - 0,436 = p 0.664$); tampoco se evidenciaron diferencias en las puntuaciones de la UCT ($t - 1.521 = p 0.131$)

Las puntuaciones de la UCE tampoco se vieron influenciadas por la edad ($F 2.274 = p 0.067$), la edad de inicio de la enfermedad ($F 0.699 = p 0.626$) o la duración de la enfermedad ($F 1.302 = p 0.278$). Las puntuaciones en la UCT no evidenciaron tampoco diferencias estadísticamente significativas ($F 1.123 = p 0.350$; $F 0,433 = p 0.825$; $F 1,652 = p 0.182$ respectivamente).
Tablas ANOVA (Anexos)

4 Discusión

Con respecto a las características de la población, en este estudio se pudo observar que la mayoría de las pacientes eran mujeres en un índice de dos mujeres por cada hombre; lo que concuerda con lo señalado por Kim y cols., (39) quien reporta una proporción de mujeres de 61.75% y 38.25% de hombres, al igual que lo informado por Zysk y Trzeciak (40) y Maurer y cols., (41) en el marco del estudio AWARE las mujeres predominan con un 71.6%, a pesar de que Choragudi, Biazus y Yosipovitch (42) encuentran una diferencia proporcional entre mujeres y hombres mucho menor (58,6% y 41.4% respectivamente), siguen siendo más las mujeres.

En cuanto a la edad, en esta investigación el promedio fue de 45.5 años, y solo el 25.4% de los pacientes se encontraban en el rango de más de 40 años, en contraste con lo encontrado con otros investigadores como Kim y cols., (39) donde la mayoría de los pacientes afectados (69.37%) eran de 40 años o más, Choragudi, Biazus y Yosipovitch (42) encuentran una edad aun superior (57.85 años en promedio). Muy probablemente esta diferencia radica en el hecho de que el estudio que se acaba de presentar se hizo en una población de pacientes que fueron tratados con antihistamínicos, mientras que todos los otros estudios incluyeron pacientes con todo el espectro de tratamiento, incluyendo aquellos con quimioterapia e inmunoterapia, en respuesta a una mala respuesta a los tratamientos de primera línea, y hay que reportar que se ha señalado que un factor pronóstico de mala respuesta es una edad mayor.

En este estudio se encontró que la presencia de comorbilidades se presentó en algo más del 60% y que la edad de inicio fue en promedio de 26 años. Esto concuerda con lo reportado por Zysk y Trzeciak (40) quienes informaron en promedio una edad de inicio de 27.5 años y una proporción de pacientes con comorbilidad superior estos resultados (85.3%)

En el estudio que se presenta también se observa que el 41% de los pacientes presentan una percepción muy alta respecto del control de la enfermedad con estos medicamentos y para el 91% el control es considerado como adecuado. Esto va de acuerdo con lo señalado por Puxkandl y cols., (43) que señalan que la mayoría de los pacientes se benefician del tratamiento con antihistamínicos (AH) y solo si no es suficientemente eficaz se requiere de terapia adicionales.

Con respecto a la calidad de vida, en los pacientes con UCE de esta investigación, el prurito fue una de las subpuntuaciones con el menor grado de control y los que la afectan desfavorablemente, al igual que en el estudio de Choragudi y cols, (42). En un estudio ASSURE – CSU (2) efectuado para establecer la calidad de vida en pacientes con UCE aplicando el CUQ2oL se pudo observar una puntuación de 33.6% que no está distante de lo alcanzado en esta investigación estudio que fue de 28.13%, lo que demuestra que actualmente se pueden alcanzar muy buenos niveles de calidad de vida en los pacientes afectados por UCE tal y como ha sido señalado en consensos internacionales respecto a los logros del tratamiento con antihistamínicos (5,44)

5 Conclusiones y Recomendaciones

Con relación a los resultados que se acaban de presentar la calidad de vida en pacientes con UCE tratados con antihistamínicos es buena, al permitir un muy buen control de casi todos los síntomas y aspectos relacionados con la enfermedad. Una de las dimensiones que influyó negativamente en la calidad de vida de este grupo fue la presencia del prurito pero que en términos generales tuvo poco peso.

Se necesita realizar más estudios, sobre todo de tipo analítico y multicéntrico que permitan comparar el estado de la calidad de vida y respuesta al tratamiento antes y después del empleo de antihistamínicos, lo que no se pudo hacer, debido al tiempo requerido para realizar un estudio longitudinal, siendo uno de los limitantes de esta investigación. Por ser una enfermedad de baja prevalencia, para obtener la muestra de estudio, se utilizó la base de datos de los pacientes de la institución con seguimiento de varios años y poder realizar las encuestas con el propósito de describir el estado de la calidad de vida del grupo. Esta dificultad también impidió la estratificación de los resultados con relación al tipo de medicamento utilizado, para valorar su influencia en la calidad de vida de los pacientes.

6 Referencias bibliográficas

1. Choi G-S, Nam Y-H, Park C-S, Kim M-Y, Jo E-J, Park H-K, et al. Anxiety, depression, and stress in Korean patients with chronic urticaria. *Korean J Intern Med.* 2020;35(6):1507–16. doi: 10.3904/kjim.2019.320. PubMed PMID: 32450676. Publicación electrónica 27 may. 2020.
2. Maurer M, Abuzakouk M, Bérard F, Canonica W, Oude Elberink H, Giménez-Arnau A, et al. The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: Real-world evidence from ASSURE-CSU. *Allergy.* 2017;72(12):2005–16. doi: 10.1111/all.13209. PubMed PMID: 28543019. Publicación electrónica 10 jul. 2017.
3. Weller K, Maurer M, Grattan C, Nakonechna A, Abuzakouk M, Bérard F, et al. ASSURE-CSU: a real-world study of burden of disease in patients with symptomatic chronic spontaneous urticaria. *Clin Transl Allergy.* 2015;5:29. doi: 10.1186/s13601-015-0072-9. PubMed PMID: 26284152. Publicación electrónica 17 ago. 2015.
4. Ye Y-M, Koh Y-I, Choi J-H, Kim M-A, Park J-W, Kim T-B, et al. The burden of symptomatic patients with chronic spontaneous urticaria: a real-world study in Korea. *Korean J Intern Med.* 2022;37(5):1050–60. doi: 10.3904/kjim.2022.078. PubMed PMID: 36068718. Publicación electrónica 1 sep. 2022.
5. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy.* 2022;77(3):734–66. doi: 10.1111/all.15090. PubMed PMID: 34536239. Publicación electrónica 20 oct. 2021.
6. Sánchez-Borges M, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein J, Canonica GW, Ebisawa M, et al. The challenges of chronic urticaria part 1: Epidemiology, immunopathogenesis, comorbidities, quality of life, and management. *World Allergy Organ J.* 2021;14(6):100533. doi: 10.1016/j.waojou.2021.100533. PubMed PMID: 34221215. Publicación electrónica 1 jun. 2021.
7. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133(5):1270–7. doi: 10.1016/j.jaci.2014.02.036. PubMed PMID: 24766875.
8. Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Autoimmune Theories of Chronic Spontaneous Urticaria. *Front Immunol.* 2019;10:627. doi: 10.3389/fimmu.2019.00627. PubMed PMID: 30984191. Publicación electrónica 29 mar. 2019.
9. Dabija D, Tadi P, Danosos GN. StatPearls: Chronic Urticaria. Treasure Island (FL); 2023.

10. Terhorst-Molawi D, Fox L, Siebenhaar F, Metz M, Maurer M. Stepping Down Treatment in Chronic Spontaneous Urticaria: What We Know and What We Don't Know. *Am J Clin Dermatol.* 2023;24(3):397–404. doi: 10.1007/s40257-023-00761-z. PubMed PMID: 36810982. Publicación electrónica 22 feb. 2023.
11. Confino-Cohen R, Chodick G, Shalev V, Leshno M, Kimhi O, Goldberg A. Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;129(5):1307–13. doi: 10.1016/j.jaci.2012.01.043. PubMed PMID: 22336078. Publicación electrónica 14 feb. 2012.
12. Bansal CJ, Bansal AS. Stress, pseudoallergens, autoimmunity, infection and inflammation in chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2019;15:56. doi: 10.1186/s13223-019-0372-z. PubMed PMID: 31528163. Publicación electrónica 11 sep. 2019.
13. Ozceker D, Dilek F, Yucel E, Tamay Z, Ozkaya E, Guler N. Can allergy patch tests with food additives help to diagnose the cause in childhood chronic spontaneous urticaria? *Postepy Dermatol Alergol.* 2020;37(3):384–9. doi: 10.5114/ada.2020.96909. PubMed PMID: 32792880. Publicación electrónica 16 jul. 2020.
14. Chen Y-J, Wu C-Y, Shen J-L, Chen T-T, Chang Y-T. Cancer risk in patients with chronic urticaria: a population-based cohort study. *Arch Dermatol.* 2012;148(1):103–8. doi: 10.1001/archdermatol.2011.682. PubMed PMID: 22250240.
15. Khan S, Chopra C, Mitchell A, Nakonechna A, Yong P, Karim MY. Resistant Chronic Spontaneous Urticaria - A Case Series Narrative Review of Treatment Options. *Allergy Rhinol (Providence).* 2022;13:21526575221144951. doi: 10.1177/21526575221144951. PubMed PMID: 36578314. Publicación electrónica 21 dic. 2022.
16. Papapostolou N, Xepapadaki P, Katoulis A, Makris M. Comorbidities of Chronic Urticaria: A glimpse into a complex relationship. *Front Allergy.* 2022;3:1008145. doi: 10.3389/falgy.2022.1008145. PubMed PMID: 36465885. Publicación electrónica 17 nov. 2022.
17. Ujiie H, Rosmarin D, Schön MP, Ständer S, Boch K, Metz M, et al. Unmet Medical Needs in Chronic, Non-communicable Inflammatory Skin Diseases. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:875492. doi: 10.3389/fmed.2022.875492. PubMed PMID: 35755063. Publicación electrónica 9 jun. 2022.
18. Xiao X, Xue P, Shi Y, Yao J, Cao W, Zhang L, et al. The efficacy and safety of high-dose nonsedating antihistamines in chronic spontaneous urticaria: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2023;24(1):23.

- doi: 10.1186/s40360-023-00665-y. PubMed PMID: 37024900. Publicación electrónica 6 abr. 2023.
19. Maurer M, Rosén K, Hsieh H-J, Saini S, Grattan C, Giménez-Arnau A, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med.* 2013;368(10):924–35. doi: 10.1056/NEJMoa1215372. PubMed PMID: 23432142. Publicación electrónica 24 feb. 2013.
 20. Mizuno M, Oda Y, Imamura S, Washio K, Fukumoto T, Fukunaga A. IgE receptor responsiveness of basophils in chronic inducible urticaria. *Front Immunol.* 2022;13:995596. doi: 10.3389/fimmu.2022.995596. PubMed PMID: 36211415. Publicación electrónica 23 sep. 2022.
 21. Rajagopalan M, Saraswat A, Chandrashekar BS, Dhar S, Dogra S, Tahiliani S, et al. Role of Cyclosporine (CsA) in Immuno-dermatological Conditions. *Indian Dermatol Online J.* 2022;13(5):585–99. doi: 10.4103/idoj.idoj_189_22. PubMed PMID: 36304637. Publicación electrónica 5 sep. 2022.
 22. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy.* 2018;73(7):1393–414. doi: 10.1111/all.13397. PubMed PMID: 29336054.
 23. Ellingsen AR, Thestrup-Pedersen K. Treatment of chronic idiopathic urticaria with topical steroids. An open trial. *Acta Derm Venereol.* 1996;76(1):43–4. doi: 10.2340/00015555764344. PubMed PMID: 8721491.
 24. Mehta A, Godse K, Patil S, Nadkarni N, Gautam M. Treatment of Refractory Chronic Urticaria. *Indian J Dermatol.* 2015;60(3):230–7. doi: 10.4103/0019-5154.156325. PubMed PMID: 26120147.
 25. Baran J, Sobiepanek A, Mazurkiewicz-Pisarek A, Rogalska M, Gryciuk A, Kuryk L, et al. Mast Cells as a Target-A Comprehensive Review of Recent Therapeutic Approaches. *Cells.* 2023;12(8). doi: 10.3390/cells12081187. PubMed PMID: 37190096. Publicación electrónica 19 abr. 2023.
 26. Metz M, Maurer M. Use of biologics in chronic spontaneous urticaria - beyond omalizumab therapy? *Allergol Select.* 2021;5:89–95. doi: 10.5414/ALX02204E. PubMed PMID: 33615122. Publicación electrónica 12 feb. 2021.
 27. Johal KJ, Saini SS. Current and emerging treatments for chronic spontaneous urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2020;125(4):380–7. doi: 10.1016/j.anai.2019.08.465. PubMed PMID: 31494233. Publicación electrónica 5 sep. 2019.

28. Maurer M, Giménez-Arnau AM, Sussman G, Metz M, Baker DR, Bauer A, et al. Ligelizumab for Chronic Spontaneous Urticaria. *N Engl J Med*. 2019;381(14):1321–32. doi: 10.1056/NEJMoa1900408. PubMed PMID: 31577874.
29. Olgaç M, Yeğit OO, Beyaz Ş, Öztop N, Tüzer C, Eyice D, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the course of refractory chronic spontaneous urticaria under omalizumab treatment. *An Bras Dermatol*. 2023;98(2):189–97. doi: 10.1016/j.abd.2022.08.006. PubMed PMID: 36609081. Publicación electrónica 14 dic. 2022.
30. Tawil S, Irani C, Kfoury R, Abramian S, Salameh P, Weller K, et al. Association of Chronic Urticaria with Psychological Distress: A Multicentre Cross-sectional Study. *Acta Derm Venereol*. 2023;103:adv00865. doi: 10.2340/actadv.v102.2939. PubMed PMID: 36129251. Publicación electrónica 14 feb. 2023.
31. Ben-Shoshan M, Blinderman I, Raz A. Psychosocial factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review. *Allergy*. 2013;68(2):131–41. doi: 10.1111/all.12068. PubMed PMID: 23157275. Publicación electrónica 12 nov. 2012.
32. Tomaszewska K, Słodka A, Tarkowski B, Zalewska-Janowska A. Neuro-Immuno-Psychological Aspects of Chronic Urticaria. *J Clin Med*. 2023;12(9). doi: 10.3390/jcm12093134. PubMed PMID: 37176575. Publicación electrónica 26 abr. 2023.
33. Ferrer M. Epidemiology, healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. *Alergológica 2005*. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2009;19 Suppl 2:21–6. PubMed PMID: 19530414.
34. Delong LK, Culler SD, Saini SS, Beck LA, Chen SC. Annual direct and indirect health care costs of chronic idiopathic urticaria: a cost analysis of 50 nonimmunosuppressed patients. *Arch Dermatol*. 2008;144(1):35–9. doi: 10.1001/archdermatol.2007.5. PubMed PMID: 18209166.
35. Konstantinou GN, Konstantinou GN. Psychiatric comorbidity in chronic urticaria patients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Transl Allergy*. 2019;9:42. doi: 10.1186/s13601-019-0278-3. PubMed PMID: 31462988. Publicación electrónica 23 ago. 2019.
36. Kaaz K, Szepietowski JC, Matusiak Ł. Sleep quality among adult patients with chronic dermatoses. *Postepy Dermatol Alergol*. 2019;36(6):659–66. doi: 10.5114/ada.2019.84007. PubMed PMID: 31997991. Publicación electrónica 9 abr. 2019.

37. Sánchez-Díaz M, Rodríguez-Pozo JÁ, Latorre-Fuentes JM, Salazar-Nievas MC, Alejandro M-L, Arias-Santiago S. Sleep Quality as a Predictor of Quality-of-Life and Emotional Status Impairment in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4). doi: 10.3390/ijerph20043508. PubMed PMID: 36834203. Publicación electrónica 16 feb. 2023.
38. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019;30(1):36–49. doi: 10.1016/j.rmclc.2018.11.005.
39. Kim YS, Park SH, Han K, Lee JH, Kim N in, Roh JY, et al. Clinical Course of Chronic Spontaneous Urticaria in the Korean Adult Population. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2018;10(1):83–7. doi: 10.4168/aaair.2018.10.1.83. PubMed PMID: 29178681.
40. Zysk W, Trzeciak M. Characterization of Chronic Urticaria and Associated Conditions - A Web-Based Survey. *Dermatol Pract Concept*. 2023;13(1). doi: 10.5826/dpc.1301a56. PubMed PMID: 36892341. Publicación electrónica 1 ene. 2023.
41. Maurer M, Giménez-Arnau A, Ensina LF, Chu C-Y, Jaumont X, Tassinari P. Chronic urticaria treatment patterns and changes in quality of life: AWARE study 2-year results. *World Allergy Organ J*. 2020;13(9):100460. doi: 10.1016/j.waojou.2020.100460. PubMed PMID: 32983330. Publicación electrónica 12 sep. 2020.
42. Choragudi S, Biazus Soares G, Yosipovitch G. Predictive factors of quality of life in chronic pruritus patients: A cross-sectional study. *JAAD Int*. 2023;11:65–71. doi: 10.1016/j.jdin.2022.12.005. PubMed PMID: 36910461. Publicación electrónica 4 ene. 2023.
43. Puxkandl V, Hoetzenecker W, Altrichter S. Case report: Severe chronic spontaneous urticaria successfully treated with omalizumab and dupilumab. *Allergol Select*. 2023;7:17–9. doi: 10.5414/ALX02382E. PubMed PMID: 36644012. Publicación electrónica 3 ene. 2023.

ANEXOS

SORT CASES BY Grupodeedaddeinicio (A).
ONEWAY Puntuación BY Grupodeedaddeinicio
/MISSING ANALYSIS.

Unidireccional

ANOVA

Puntuación

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	39,979	5	7,996	,699	,626
Dentro de grupos	1098,697	96	11,445		
Total	1138,676	101			

SORT CASES BY Grupodeedad (A).
ONEWAY Puntuación BY Grupodeedad
/MISSING ANALYSIS.

Unidireccional

ANOVA

Puntuación

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	97,617	4	24,404	2,274	,067
Dentro de grupos	1041,059	97	10,733		
Total	1138,676	101			

SORT CASES BY Grupos de tiempo de la enfermedad (A).
SORT CASES BY Grupos de tiempo de la enfermedad (A).
ONEWAY Puntuación BY Grupos de tiempo de la enfermedad
/MISSING ANALYSIS.

Unidireccional

ANOVA

Puntuación

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	43,649	3	14,550	1,302	,278
Dentro de grupos	1095,028	98	11,174		
Total	1138,676	101			

Prueba T

Estadísticas de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntuación	Femenino	68	11,69	3,413	,414
	Masculino	34	12,00	3,284	,563

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					95%
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Int
Puntuación	Se asumen varianzas iguales	,058	,810	-,436	100	,664	-,309	,708	
	No se asumen varianzas iguales			-,442	68,430	,660	-,309	,699	

ONEWAY Puntuación_A BY Grupodeedad
/MISSING ANALYSIS.

Unidireccional

ANOVA

Puntuación

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	58,375	4	14,594	1,123	,350
Dentro de grupos	1260,802	97	12,998		
Total	1319,176	101			

ONEWAY Puntuación_A BY Grupodeedaddeinicio
/MISSING ANALYSIS.

Unidireccional

ANOVA

Puntuación

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	29,096	5	5,819	,433	,825
Dentro de grupos	1290,081	96	13,438		
Total	1319,176	101			

ONEWAY Puntuación_A BY Grupotiempodelaenfermedad
/MISSING ANALYSIS.

Unidireccional

ANOVA

Puntuación

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	63,507	3	21,169	1,652	,182
Dentro de grupos	1255,670	98	12,813		
Total	1319,176	101			