



ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL DE URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS EN UN CENTRO DERMATOLÓGICO EN BOGOTÁ, DC.

Investigadoras:

Jennipher Blanco Gómez, MD
Linda De Ávila Jiménez, MD
Daniela Rosero de los Ríos, MD

Coinvestigadoras:

Diana Lozano Serna, MD
Brenda Ordoñez Castellanos, MD
Daniela Ramírez Jurado, ND

Asesores

Tutor temático: David Castillo Molina, MD, Esp.

Tutor metodológico: Anacaona Martínez Del Valle MD MsC MBA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD CES
Facultad de Medicina
Especialización en Epidemiología
Bogotá D.C, Junio del 2022



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL DE URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS EN UN CENTRO DERMATOLÓGICO EN BOGOTÁ, DC.

**Trabajo de investigación para optar al título de
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

Investigadoras:

Jennipher Blanco Gómez - *jennipher.blanco@urosario.edu.co*

Linda De Ávila Jiménez - *linda.deavila@urosario.edu.co*

Daniela Rosero de los Ríos - *daniela.rosero@urosario.edu.co*

Coinvestigadoras:

Diana Lozano Serna

Brenda Ordoñez Castellanos

Daniela Ramírez Jurado

Asesores

Tutor temático: David Castillo Molina, MD Esp

Tutor metodológico: Anacaona Martínez Del Valle, MD MsC MBA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD CES

Facultad de Medicina

Especialización en Epidemiología

Bogotá D.C, Junio del 2022

FICHA INSTITUCIONAL

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario

Facultad de Medicina Universidad CES

Fundación para la Investigación en Dermatología y Reumatología FUNINDERMA

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en el trabajo; solo velará por el rigor científico, metodológico y ético de este en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVO.....	7
MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	7
PALABRAS CLAVE	7
ABSTRACT	8
INTRODUCTION	8
OBJECTIVE.....	8
METHOD.....	8
RESULTS.....	8
KEYWORDS.....	8
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA	12
2.2. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA	15
2.3. URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA, CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.....	17
2.5. MANEJO DE PACIENTE CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.....	20
3. HIPÓTESIS	22
4. OBJETIVOS	23
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5. METODOLOGÍA	24
5.2. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	24
5.3. TIPO DE ESTUDIO	24
5.4. POBLACIÓN:.....	24
5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
5.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	24
5.5. DISEÑO MUESTRAL.....	24
6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	26
6.2. DIAGRAMA DE VARIABLES.....	26
6.3. VARIABLES	27
7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	28
7.2. FUENTES DE INFORMACIÓN	28
7.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	28
7.2.1 ESCALAS	28
7.4. PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	29

8. CONTROL DE ERRORES Y SEGOS	30
9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	31
10. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS	32
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
11.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
12. RESULTADOS.....	35
13. DISCUSIÓN.....	42
14. CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49
ANEXO 1.....	49
ANEXO 2.....	57
ANEXO 3.....	58
ANEXO 4.....	59
ANEXO 5.....	60
ANEXO 6.....	61
ANEXO 7.....	62

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	29
TABLA 2. CONTROL DE ERRORES Y SEGOS.	30
TABLA 3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	31
TABLA 4: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.	35
TABLA 5. CARACTERÍSTICAS PACIENTES CON UCE CONTROLADA Y NO CONTROLADA.	36
TABLA 6. CARACTERÍSTICAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE UCE CON Y SIN ANSIEDAD.....	37
TABLA 7. CARACTERÍSTICAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE UCE CON Y SIN DEPRESIÓN.	38
TABLA 8. ASOCIACIÓN UCE Y ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.	41

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE CASOS DE URTICARIA CRÓNICA Y LA PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES QUE PADECEN UCE.	12
GRÁFICO 2: DIAGRAMA DE VARIABLES.	26
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ESCALA DE HAMILTON	39
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ESCALA DE PHQ9	40

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN RIESGO DE SUICIDIO	34
--	-----------

RESUMEN

Introducción

La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad dermatológica con baja morbimortalidad, pero con gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Sus síntomas se han asociado con la aparición de trastornos del estado de ánimo. Sin embargo todavía existe carencia de información concreta acerca de la asociación entre la UCE con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Objetivo

Identificar la asociación entre el control de urticaria crónica espontánea y síntomas de ansiedad y depresión en un centro dermatológico de Bogotá, DC 2021-2022.

Métodos

Estudio analítico de corte transversal, en Bogotá, D.C. Se incluyó a pacientes adultos que asistieron a una institución dermatológica con diagnóstico de UCE. Se aplicaron las escalas UCT , Hamilton para ansiedad, PHQ2 y PHQ9 para depresión. Se realizó un análisis descriptivo, se utilizó para el análisis y recolección de datos Excel office 2019 versión 16.60 y Jamovi versión 1.6.23.

Resultados

Entre julio de 2021 a marzo del 2022, se seleccionaron 24 pacientes con UCE que consultaron al centro dermatológico. La prevalencia de UCE fue de 8.5% de un total de 2046 pacientes que consultaron en el mismo periodo, 70.8% fueron mujeres, con mayor frecuencia entre los 18 a 39 años (53.8%), el promedio de tiempo de evolución de la UCE fue de 83 meses. El 54.2% presentaba UCE no controlada y 12.5 % tenían buena respuesta al tratamiento. La prevalencia de síntomas de depresión en pacientes con UCE fue de 12.5% y ansiedad de 58.3%, siendo leve en 33.3%.

Palabras clave

Urticaria crónica; angioedema; prurito; depresión; ansiedad.

ABSTRACT

Introduction

Chronic spontaneous urticaria (CSU) is a dermatological disease with low morbidity and mortality. It has a great impact on the quality of life for those who suffer it since its symptoms have been associated with the appearance of mood disorders. However, there is still a lack of concrete information about the association between CSU with the presence of symptoms of anxiety and depression.

Objective

To identify the correlation between control levels of spontaneous chronic urticaria and symptoms of anxiety and depression in a dermatologic center in Bogotá, D.C. 2021-2022.

Method

A cross-sectional analytical study, in Bogotá, D.C. Adult patients who attended a dermatological institution with a diagnosis of CSU were included. UCT scales, Hamilton for anxiety, PHQ2 and PHQ9 for depression were applied. A descriptive analysis of the information obtained was carried out, Excel office 2019, version 16.60, and Jamovi statistical software, version 1.6.23. were used for data analysis and collection.

Results

Between July 2021 and March 2022, 24 patients diagnosed with CSU who consulted the dermatological center were selected. The prevalence of CSU was 8.5% of a total of 2046 patient who consulted in the same period, 70.8% were women, more frequently between 18 and 39 years old (53.8%), the average evolution time of CSU was 83 months. 54.2% had uncontrolled CSU and 12.5% had a good response to treatment. The prevalence of depression symptoms in patients with CSU was 12.5% and anxiety 58.3%, being mild in 33.3%.

Keywords

Chronic urticaria; angioedema; pruritus; depression; anxiety.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad con baja morbilidad, pero con gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen (1,2), debido a que genera tanto molestias físicas y sociales como trastornos de ansiedad y depresión (3), lo que conlleva a una evolución tórpida de la enfermedad (1). En la población general, la prevalencia de la UCE es entre el 0,5 y 1% y la incidencia anual es del 1,4% (4), predominando el sexo femenino en una relación 2:1(5), posiblemente debido a que entre el 35% y el 40% son de etiología autoinmune y solamente el 0,1% es de carácter espontáneo (6). La mayoría de los casos se presentan entre la tercera y sexta década de la vida (3,6). Mientras que la prevalencia para trastornos psiquiátricos está entre el 35 y 60 % siendo las más relevantes la ansiedad y la depresión, especialmente en pacientes con UCE no controladas y parcialmente controladas como consecuencia presentando deterioro en su calidad de vida afectando el funcionamiento en sus actividades laborales y sociales. Aproximadamente el 10% de las consultas atendidas en los centros especializados en la atención de enfermedades alérgicas son debidas a la UCE, incrementando costos en la atención integral de los pacientes y su familia (3).

De acuerdo con la literatura, se observó que a mayor nivel socioeconómico y educativo, mayor prevalencia de ansiedad, principalmente en el grupo de la segunda década de la vida. En cuanto a la depresión, esta fue superior en el grupo de bajo nivel socioeconómico y entre la quinta y sexta década de vida (7,8). Estos trastornos psiquiátricos se asocian a inflamación crónica lo que genera un círculo vicioso que lleva al empeoramiento de los síntomas, desarrollando trastornos del sueño, sensación de pérdida del control, inconvenientes en el manejo del hogar y dificultades para la interacción social (5), lo cual hace importante la caracterización y evaluación de la alteración psiquiátrica asociada.

Dentro de la literatura revisada existe un vacío en cuanto a la información de la UCE en Colombia y Bogotá D.C., con escasos datos de prevalencia e incidencia de la enfermedad, además no se cuenta con guías de práctica clínica para el manejo de urticaria crónica. De igual forma, existe pobre adherencia en el uso sistemático de los instrumentos de clinimetría por parte de los médicos residentes y especialistas en dermatología, tales como la UCT (prueba de control de la urticaria), PHQ2 y PHQ9 para diagnóstico de depresión y escala de Hamilton para ansiedad.(16), todo lo anterior impide el mejoramiento continuo en el manejo de esta entidad con un enfoque específico e integral para nuestra población de estudio.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La urticaria crónica espontánea es una enfermedad cuya prevalencia en el país se desconoce. Esta afección compromete la calidad de vida de los pacientes debido a la severidad de sus síntomas, ocasionando el padecimiento de otras comorbilidades psiquiátricas. El síntoma principal de la UCE es el prurito crónico que tiene efectos a largo plazo en la salud mental de los pacientes con UCE, generando síntomas de ansiedad y depresión, los cuales muchas veces no se tienen en cuenta en la valoración del paciente con UCE. Es indispensable un enfoque biopsicosocial y de afrontamiento para evitar exacerbaciones de la sintomatología tanto dermatológica como psicológica, ya que al controlar la UCE mejora la calidad de vida del paciente, contribuyendo a la disminución de costos en el sistema de salud (1,9).

Teniendo en cuenta el corto tiempo de la consulta dermatológica el abordaje por el médico general es poco óptimo del paciente con UCE, por falta de conocimiento de la enfermedad y los especialistas por el escaso tiempo de consulta casi nunca realizan escalas de clinimetría para el control de urticaria y menos cuestionarios de tamizaje de ansiedad y depresión para identificación oportuna de posibles pacientes con trastornos psiquiátricos, con el fin de realizar un manejo conjunto con psiquiatría y psicología que permita un control adecuado de ambas condiciones. Ampliar el conocimiento de la relación de la UCE y los síntomas de ansiedad y depresión brinda elementos al clínico con el fin de mejorar el diagnóstico, implementar alternativas en el tratamiento y optimizar el manejo multidisciplinario de la enfermedad. Adicionalmente estas medidas buscan impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

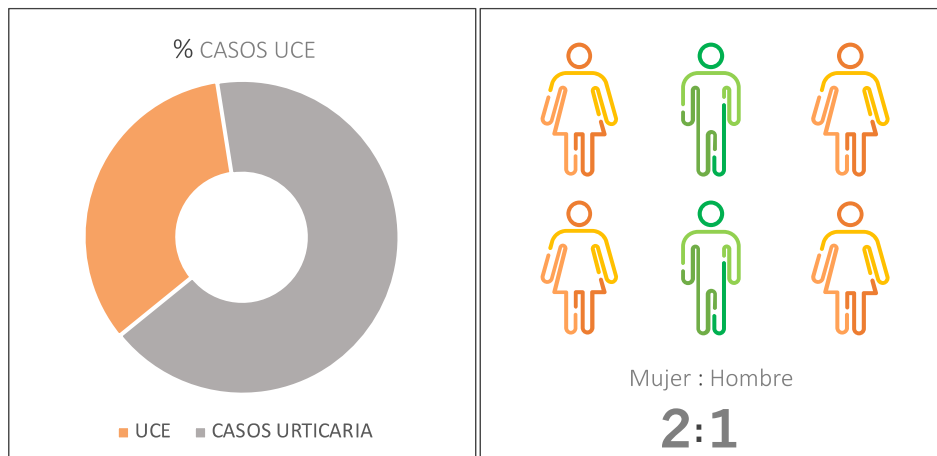
¿Cuál es la asociación entre el nivel de control de urticaria crónica espontánea y síntomas de ansiedad y depresión en adultos en un centro dermatológico de Bogotá, entre 2021 y 2022?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

La urticaria crónica es una enfermedad de la piel, frecuente en la consulta, de difícil diagnóstico, con importante afectación en la calidad de vida e impacto en factores socioeconómicos alteración en patrón de sueño y compromiso de la salud mental. De acuerdo a las novedades en el manejo del paciente con urticaria crónica se considera que su prevalencia global se encuentra entre el 0,5% y el 1% con una incidencia anual del 1,4% (4). Según Guevara-Saldaña et al., la razón mujer a hombre es de 2 a 1 y predomina entre la segunda y cuarta década de la vida. La urticaria crónica es una enfermedad cuya duración sigue un curso espontáneo; la cual se resuelve en la mayor parte de los pacientes a los cinco años desde el momento en que se desencadenan los síntomas, unos pocos pacientes aproximadamente un 5% van a permanecer con un periodo de evolución de síntomas más prolongado, en estos últimos es en dónde se evidencia una mayor gravedad de los síntomas y de fracaso terapéutico al manejo con antihistamínicos. En Colombia hay pocos estudios de prevalencia de urticaria crónica, no está bien definida la población con UCE y no se cuenta con guías de manejo regionales para nuestra población.

Gráfico 1: Porcentaje de casos de urticaria crónica y la proporción de hombres y mujeres que padecen UCE.



Porcentaje de casos de urticaria crónica y la proporción de hombres y mujeres que padecen UCE. 1, Maurer et al., 2011; 2, Kozel et al., 1998; 3, Sani, 2009

La Urticaria crónica se subdivide en urticaria crónica espontánea (UCE) y la urticaria inducible (UI), estos fenotipos pueden coexistir al mismo tiempo en un paciente o presentar solo una de los dos. En un metaanálisis reciente, en pacientes con urticaria crónica, la prevalencia de urticaria inducida se evaluó en 13,1% a 14,9%, dicha prevalencia es inferior a la reportada en otros estudios. Según un estudio realizado en Medellín y Bogotá a pacientes con UCE, se incluyeron 186 pacientes de los cuales el 75,9% presentaron un origen físico, a quienes se

evaluaron con prueba de provocación con resultado alterado en 89 de estos (36,3%). En Medellín se encontró un porcentaje superior de dermatografismo sintomático 28,5% (Odds ratio 2,1; IC del 95%, 1-4,4; y de urticaria por frío 16,5% (odds ratio, 3,3; IC del 95%, 1,125-9,8; p [0,02) comparado con los pacientes residentes en Bogotá (dermatografismo 14,4% y por frío 5,2%). En los pacientes con UCE fue mayor la condición de atopia y de autoinmunidad asociada que en el grupo control (10).

En Alemania estudiaron la prevalencia de UCE en adultos y niños en todo el mundo, incluyendo 18 estudios en la revisión sistemática y 11 en el metanálisis, obteniendo información de 86.000 participantes. Los estudios mostraron una mayor prevalencia de la urticaria crónica en América Latina 1,5% (IC del 95%: 0,0-6,0) y Asia 1,4% (IC del 95%: 0,5-2,9). Se incluyeron como variables de caracterización en siete estudios el sexo y la localización geográfica, encontrando una mayor prevalencia de Urticaria Crónica en los estudios asiáticos, pero sin diferencia por sexo en esta región, por el contrario, en Europa y América del Norte, si fue estadísticamente significativo la estimación por sexo, siendo mayor en mujeres que en hombres. Los índices de prevalencia de la UCE parecen estar aumentando, lo que debería caracterizarse con más detalle en futuros estudios prospectivos evaluando los factores de riesgo y los protectores, en conjunto y el apoyo de la red mundial de centros de referencia y excelencia en urticaria (UCARE) (11).

En Colombia, evaluaron la prevalencia de urticaria en la ciudad de Cartagena mediante un estudio transversal multicéntrico en la consulta de alergología, obteniendo en adultos una prevalencia de urticaria crónica de 7.1%, más de la mitad de los pacientes fueron de sexo femenino, encontrándose que este porcentaje, fue mucho mayor al reportado en la literatura. En cuanto al subtipo de urticaria y los grupos etarios no se evidenciaron diferencias significativas, así como tampoco en cuanto a la duración del evento según sexo y el presentar angioedema. En cuanto a los desencadenantes, la mayor parte de pacientes presento inducción de agentes físicos en un 30.7 %, dentro de estos el más destacado fue el dermatografismo, ejercicio en 15.3%, por medicamentos 25.6% y por alimentos 20.5%. No se encontró asociación con el tabaquismo. El 10.2 % manifestó algún grado de estrés. En el estudio se detectó afectación en la calidad de vida de manera negativa encontrando una mala calidad en 46.1% de los pacientes, seguido de 33.3% con regular calidad de vida y un menor porcentaje del 20.5 % con buena calidad (12).

En Israel se realizó un estudio en donde se recolecto información de fuente secundaria de una base de datos de un centro de servicios de salud, se exploró la asociación entre la UCE y la presencia de ansiedad y depresión, observaron una mayor frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes con UCE en comparación con los controles la frecuencia de ansiedad fue del 9,6% $p < 0,001$; y la frecuencia de depresión del 11% $p < 0,001$), no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad y género, con una edad media 52 años, respecto a las comorbilidades se detectó una mayor prevalencia de hipertensión y tabaquismo 30.6% , obesidad 29.4%, y diabetes 18.2%. Se encontró una importante asociación de UCE con la ansiedad en la segunda y tercera década de la vida y en cuanto al nivel socioeconómico se detectó mayor porcentaje en estrato alto, mientras que la asociación de la UCE con la

depresión fue superior en la quinta y sexta década de la vida y en estrato socioeconómico bajo. Los trastornos mentales como ansiedad y depresión son patologías que tienen implicaciones importantes en la evolución de los síntomas de los pacientes con urticaria, por lo que es importante su detección temprana y manejo interdisciplinario oportuno en conjunto con psiquiatría, empleando para su detección escalas de tamizaje de salud mental en pacientes con UCE (13).

En Canadá se evaluaron mediante revisión sistemática y metanálisis las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con urticaria crónica. Se ha encontrado que el estrés significativo juega un papel importante en el desarrollo y la fisiopatología de la UCE, varios pacientes con esta patología presentan antecedente de evento estresante, este es responsable del proceso neuro-inmunocutáneo que demuestra la variabilidad de la evolución clínica y terapéutica. Se demostró una asociación significativa entre urticaria crónica, inflamación neuroinmune y estrés, este compromiso conlleva a la degranulación de mastocitos y basófilos generando como consiguiente la formación de habones. Se estimó en 31,61% la prevalencia de cualquier comorbilidad psiquiátrica entre los pacientes con UCE, resultados concordantes con los obtenidos en el estudio realizado en Taiwán. En este último estudio encontraron una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos como trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, traumas y trastornos relacionados con factores de estrés, síntomas somáticos, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados con sustancias y adictivos. Uno de cada tres pacientes con urticaria crónica tiene al menos un trastorno psiquiátrico. Solo un reporte de caso y dos series de casos mencionaron que el tratamiento de los trastornos psiquiátricos con antidepresivos, ansiolíticos o intervenciones psicológicas pueden resultar en una mejoría de la urticaria, es importante determinar si los síntomas de ansiedad o depresión aparecieron previo al diagnóstico de urticaria o si se desarrollaron durante la evolución de la UCE en pacientes que presentaron tratamientos fallidos a los antihistamínicos y otros tratamientos orales (14).

En otro estudio realizado en Portugal en un hospital universitario se demostró una diferencia estadística significativa entre los pacientes con UCE y el grupo de control para los síntomas de ansiedad ($p < .000$), y también fue significativo para nivel educativo siendo bajo en 47.3%, los pacientes con UCE desarrollaron síntomas de ansiedad graves ($HADS \geq 11$), y el 29,1% síntomas moderados. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para comparar los pacientes con UCE sin síntomas de ansiedad (puntuación de ansiedad $HADS < 7$) y con síntomas de ansiedad (puntuación de ansiedad $HADS \geq 11$), no hallaron cambios significativos en cuanto a género, estado civil y la ocupación. La educación puede tener un papel importante en los síntomas de ansiedad en los pacientes con urticaria crónica. Como algunos pacientes con esta patología pueden presentar algunas dificultades para comprender la enfermedad y encontrar las habilidades de afrontamiento adecuadas, esto aumenta la aparición de síntomas de ansiedad, porque el paciente se siente incapaz de afrontarla, lo que genera dificultades en las relaciones interpersonales (pareja, familia o amigos); dificultad en la regulación de las emociones, aparición de trastornos psiquiátricos (depresión y ansiedad). Los factores de mayor importancia para los pacientes, que contribuyen a una reducción en la calidad de vida son: los ataques imprevistos, falta de sueño persistente, fatiga, desfiguración (15).

Otra hipótesis que plantean es que la afectación en su calidad de vida, impuesta por la enfermedad y su tratamiento, puede impactar en el desarrollo de síntomas de ansiedad, debido a la preocupación por su estado de salud, y el empeoramiento de los síntomas y la evolución clínica. En pacientes con UCE el compromiso negativo en la calidad de vida produce desequilibrio psicológico, comprometiendo el aspecto físico, social y espiritual. La información que se le brinde al paciente será de vital importancia para entender de mejor manera su enfermedad y por consiguiente disminuyan los síntomas de ansiedad teniendo una adecuada relación médico paciente mostrando empatía y comprensión (15).

La UCE es una de las patologías de piel más discapacitantes, puede conllevar a fracaso terapéutico generando baja satisfacción del paciente en la atención médica, esta afectación es un fuerte predictor de comorbilidad psiquiátrica, la cual se subestima con frecuencia. Se destaca la asociación entre antecedentes familiares positivos de trastornos mentales como un posible e importante modificador de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión entre los pacientes con UCE. Existe una alta prevalencia de trastornos mentales en urticaria, esta prevalencia varía de acuerdo con la población de estudio y los métodos de evaluación, hay pocos informes en la literatura y ningún estudio previo en la población local (16).

2.2. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA

Bajo el concepto de urticaria se incluye un grupo heterogéneo de entidades clasificadas según su evolución en urticaria aguda (UA) (duración inferior a 6 semanas) y urticaria crónica (UC) (duración igual o superior a 6 semanas) (5). Se clasifica la enfermedad como urticaria crónica espontánea (UCE, también llamada urticaria idiopática crónica), sin un factor inductor definido involucrado, o como urticaria inducible crónica (UIC) (17). La urticaria se caracteriza por la aparición repentina de habones y/o angioedema. Debe diferenciarse de otras situaciones clínicas en las que también pueden aparecer habones y/o angioedema, como la anafilaxia, los síndromes auto inflamatorios, el angioedema hereditario y en test cutáneos realizados para diagnóstico alergológico (17).

En la urticaria crónica los habones aparecen intermitentemente durante seis semanas o más; y se ha subdividido según la presencia o ausencia de factores desencadenantes en urticaria crónica espontánea y urticaria crónica inducible. La urticaria crónica espontánea ocurre sin un desencadenante aparente, lo cual indica un proceso intrínseco de la enfermedad, mientras que la urticaria crónica inducible ocurre cuando la formación de habones es reproducible después de un estímulo externo específico. Esta última puede ser una urticaria inducible física, como es el caso del dermatografismo sintomático, la urticaria por frío, por presión, por luz solar o por calor y el angioedema vibratorio, o ser una urticaria inducible no física, como la urticaria por contacto, la acuagénica y la colinérgica (2).

Las lesiones de urticaria son típicamente pápulas eritematosas, pruriginosas, elevadas y que por lo general están circunscritas, con variedad de tamaños y en algunos casos con tendencia a confluir formando placas y son evanescentes. Cualquier área del cuerpo puede ser afectada, incluyendo las áreas donde la ropa puede comprimir la piel (banda de cintura). Las lesiones que tienen mayor duración o se acompañan de la aparición de hematomas o equimosis pueden sugerir la presencia de vasculitis urticariana. La severidad del prurito puede variar dependiendo de cada paciente hasta provocar trastornos del sueño o para realizar las actividades diarias (5).

En el proceso fisiopatológico, la célula efectora central es la célula dérmica / submucosa, que en la desgranulación libera mediadores vasoactivos preformados como la histamina, un importante mediador de la urticaria y el angioedema. Posteriormente, se liberan citocinas, quimiocinas y mediadores derivados de la membrana (leucotrienos y prostaglandinas), que contribuyen tanto a las respuestas de fase temprana como tardía con extravasación de líquido en los tejidos superficiales. Estos mediadores inducen la vasodilatación, aumentan la permeabilidad vascular y estimulan las terminaciones nerviosas sensoriales que conducen a edema, eritema y prurito (5). Histológicamente se observa como edema de la dermis asociado a vasodilatación e infiltrado perivascular conformado principalmente por linfocitos T, neutrófilos, eosinófilos, basófilos y monocitos. Adicionalmente ocurre una activación inapropiada de los mastocitos. También ocurre una reacción de hipersensibilidad mediada por linfocitos y granulocitos. Todo este proceso inflamatorio produce citoquinas, amplificando la respuesta inflamatoria (2).

Se han descrito tres diferentes mecanismos fisiopatológicos a saber: autoinmunidad, alteraciones celulares y la activación de la vía de la coagulación y sistema de complemento. Dentro de la autoinmunidad se ha encontrado en los pacientes con UCE mayor prevalencia de autoanticuerpos anti-peroxidasa tiroidea y anti-tiroglobulina; autoanticuerpos dirigidos contra la unidad alfa del receptor de alta afinidad de la región Fc épsilon de la inmunoglobulina E (a-FcεRI), los cuales liberan histamina y activan el complemento; respuesta a tratamientos con inmunosupresores e inmunomoduladores; asociación positiva con el HLA (antígeno leucocitario humano). En las alteraciones celulares se encuentran las alteraciones en el mastocito (célula principal implicada en la fisiopatología de la UCE) por la activación de diferentes receptores de su superficie induciendo la síntesis de sustancias vasoactivas y algunos mediadores de síntesis de Novo los cuales facilitarían el desarrollo de los habones; también se encuentran alteraciones en número de los basófilos y los eosinófilos que pueden activar la vía extrínseca de la coagulación y se asocia al aumento de la permeabilidad vascular y vasodilatación. Se ha documentado también el papel en la UCE de la activación de la vía extrínseca de la coagulación al encontrar niveles elevados de diferentes factores de la cascada en estos pacientes, así mismo, algunos de los factores que intervienen en la coagulación, como la trombina inducen la activación de la cascada del complemento y esto puede a su vez inducir autoanticuerpos que ejercen actividad sobre los mastocitos aumentando la liberación de histamina (2). Se ha visto que la proteína transportadora de serotonina SERT por sus siglas en inglés, se expresa en mayor porcentaje en la piel de los pacientes con diagnóstico de UCE en

comparación con personas sin el diagnóstico, y así mismo la expresión de esta proteína se ha relacionado con la severidad en casos de ansiedad en estos pacientes, lo cual evidencia el papel de la serotonina en la patogénesis de la enfermedad (18).

En cuanto a la etiología, existe una asociación entre la UCE y las infecciones por parásitos, se han descrito que las infecciones por ellos influyen en la respuesta inmunológica del hospedero, principalmente los helmintos que inducen en el hospedero una forma de respuesta inmune tipo 2 parecida a la alergia. Esta asociación se presenta en menos del 5% de los niños, lo que hace que tenga una mayor relevancia al ser una población vulnerable a la infección por parásitos, debido a que aún no han adoptado las medidas de higiene necesarias como lo hacen los adultos (19). Otros factores desencadenantes son las infecciones virales con curso más prolongado, como la hepatitis A, B, C, alergias alimentarias generando una reacción de minutos a horas post ingestión, factores emocionales positivos y negativos, fármacos (AINES), picaduras de insecto y factores físicos (presión, calor, frío...etc.). Sin embargo, existe un alto porcentaje de urticarias que no se pueden establecer con exactitud la causa que desencadenó el proceso (20). También se ha visto asociación en infecciones bacterianas, como *Helicobacter pylori* cuya erradicación en algunos pacientes ha mostrado remisión de síntomas de urticaria por lo cual se ha asociado como participante de la patogénesis, en ambos casos se han vinculado estos microorganismos con mecanismos independientes de la IgE (2).

La UCE también se ha descrito asociada a enfermedades autoinmunes, como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, dermatomiositis, crioglobulinemia y enfermedades del tiroides autoinmunes como la enfermedad de Graves (19). La evolución impredecible de la enfermedad, su duración, y el prurito intenso hacen que los pacientes con UC presenten alteraciones importantes en su calidad de vida consecuencia del impacto físico por las relaciones sociales, la alteración del descanso (sueño), y del impacto en la vida laboral (19).

2.3. URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA, CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

La calidad de vida de los pacientes que padecen urticaria crónica espontánea (UCE) generalmente se ve deteriorada por la cronicidad del cuadro, aunque en más del 50% de los casos esta suele resolverse en un plazo de seis meses, se suelen presentar recaídas después de su resolución parcial. Además de lo anterior, existen otras razones por las cuales la calidad de vida de los pacientes con UCE se ve alterada, como, por ejemplo, la presencia de prurito intenso, el área de compromiso, la consulta a un especialista, la toma de exámenes, las visitas constantes al médico; los múltiples tratamientos y los costos que todo esto implica (21). Lo anterior conduce a insatisfacción por parte del paciente con la atención médica y a la consecuente baja adherencia del manejo, generando el empeoramiento de la afección y por tanto de la salud mental (16).

Se ha comprobado en distintos estudios, la relación de una pobre calidad de vida con la presencia de dicha patología y su directa asociación con enfermedades mentales como la depresión y ansiedad, que a su vez influyen en la calidad de vida por si solas (22). Estudios reportan que de un 35% a 60% de pacientes que padecen UCE presentan comorbilidades psiquiátricas (23). Un estudio realizado en México incluyó 69 pacientes con diagnóstico de urticaria crónica y se estimó la prevalencia de algún trastorno del ánimo, el 98,6% de los pacientes presentó ansiedad o depresión, adicionalmente se estableció que la población más afectada fue la femenina, de la cual en su mayoría presentó trastorno de ansiedad (5). Un estudio de casos y controles realizado en Corea del Sur, la prevalencia de depresión en pacientes con urticaria crónica fue de 48,1% de 79 pacientes que se incluyeron en la muestra del estudio (24).

La UCE no es la única entidad dermatológica relacionada con trastornos mentales, de hecho, la dermatitis atópica, la psoriasis, la alopecia, el melasma, el vitíligo y el prurito generalizado, se encuentran vinculadas con estos trastornos (23). Esto es debido a la relación del sistema nervioso y la piel, por un lado se encuentran los neuromediadores que son liberados en respuesta a un estímulo generado en las células cutáneas e inmunológicas y por el otro se encuentra la vía endocrina donde todas las células de la piel e inmunológicas (células de Langerhans, melanocitos, queratinocitos, fibroblastos etc...) poseen receptores para las diversas hormonas liberadas por distintos órganos (25). En presencia de estrés se liberan hormonas tales como corticotropina, adrenocorticotropina, cortisol y prolactina que generan la activación del sistema nervioso simpático y a su vez el aumento de los niveles de catecolaminas, neuropeptidos y neuromediadores; los mastocitos son las principales células inmunológicas en ser estimuladas, generando liberación de histamina y otras sustancias, lo que desencadena una respuesta proinflamatoria, produciendo síntomas cutáneos como eritema, prurito, dolor y exacerbando las afecciones dermatológicas de base (26). Varios estudios también han indicado el rol que cumple el sistema serotoninérgico con enfermedades dermatológicas y su relación con la ansiedad y la depresión, en uno de ellos se evidenció un aumento en la expresión de la proteína transportadora de serotonina en pacientes con UCE con respecto a los controles los cuales no presentaban ninguna afección dermatológica (18).

Dentro de las bases psicopatológicas, la piel siendo el órgano más grande y expuesto del cuerpo humano, es primordial en la vida afectiva, laboral y social de un individuo y por tanto al ser vulnerado, genera alteración en la psique del paciente aumentando el riesgo de padecer ciertos trastornos mentales, es por esto que los dermatólogos y médicos tratantes deben ser conscientes de la importancia de un abordaje multidisciplinario, impactando positivamente la calidad de vida del paciente (26).

2.4. ESCALAS DE CLINIMETRÍA

Dentro de la consulta dermatológica de los pacientes con urticaria crónica espontánea, se utilizan diversas escalas para evaluar magnitud y cronicidad de la misma, una de ellas es el

Urticaria Activity Score (UAS) es una herramienta indispensable para realizar la valoración de la magnitud de la urticaria espontánea crónica, no es útil para las urticarias inducibles ni para las personas con angioedema (27). En el cuestionario se tiene en cuenta puntos como el prurito valorándose de 0 a 3 (donde ninguno es 0 e intenso es 3), también se pregunta por el número de habones de 0 a mayor o igual que 50 igualmente con una escala de 0 a 3 y posteriormente se calcula la puntuación de 0 a 6 por día y un total de 42 puntos en una semana (28), si es un puntaje mayor a 65 significa que la UCE no se encuentra controlada (29). El UAS 7 se aplica a los pacientes teniendo en cuenta los síntomas de los 7 días antes de la consulta (4), sin embargo, para que el método sea exitoso depende la consistencia que el paciente tenga al llenar el cuestionario (29).

Por otro lado, el test de control de Urticaria (UCT) por sus siglas en inglés, es otra herramienta utilizada con el fin de ver la evolución de la UCE y ayuda a determinar el manejo de la enfermedad; cuenta con dos versiones, una larga y una corta, esta última es la escala original donde se calcula un puntaje con el cual se observa el estado en el que se encuentra la UCE; se compone por 4 preguntas con 5 posibilidades de respuesta, donde el paciente responde de acuerdo con las impresiones que haya tenido en las últimas 4 semanas antes de aplicar la encuesta. Mientras que la versión larga profundiza algunos temas, como preguntas enfocadas a diferentes aspectos de la vida que se afectan debido a la urticaria como la parte laboral, escolar, actividades deportivas y al aire libre, tiempo de descanso y aspecto físico. Con respecto al UAS 7, este test es más completo lo cual ayuda a guiar al profesional a optar por un tratamiento óptimo y con diferentes enfoques, otra de las diferencias es que con el UCT si se puede usar para personas con urticarias inducibles y si evalúa el angioedema (27).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede identificar que la calidad de vida es un aspecto importante que se debe considerar dentro de la urticaria espontánea crónica. Para evaluarla se cuenta con el Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire CU-Q2oL (3) siendo este el único cuestionario realizado específicamente para la UCE (4). Dentro del cuestionario se contemplan 23 preguntas divididas en 6 temas: prurito, cómo afecta la UCE en las actividades diarias, calidad de sueño, límites, aspecto físico e inflamación y cada una de las preguntas tiene una puntuación de 1 (nunca) a 5 (mucho) (28).

También está el Dermatology Life Quality Index (DLQI), una herramienta que se creó con el objetivo de evaluar cómo se ha afectado la vida de los pacientes dermatológicos en específico (30) y es la más frecuentemente utilizada, incluye 11 preguntas que abarca áreas como la vida social, familiar, laboral y sexual (31), cada pregunta cuenta con 4 opciones cada una a través de la escala Likert (30) y al realizar la suma del puntaje final este estará entre 0, que significa que la enfermedad no ha impactado en la calidad de vida, siendo 30, el mayor puntaje indicando un alto impacto en la calidad de vida, los puntajes de 6 o más indica un impacto moderado (30) y si el paciente tiene 11 a 22 puntos presenta un impacto severo (32).

Teniendo en cuenta la salud mental de los pacientes con UCE, es necesario aplicar también herramientas para medirla, una de estas es el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) utilizado para describir la magnitud de los síntomas de pacientes que sufren depresión y está

conformado por 9 secciones y las respuestas deben ser en base a los síntomas que el paciente haya tenido en las últimas dos semanas. El puntaje total del cuestionario va de 0 a 27 el cual se ordena en 4 rangos; de 0 a 4 es mínimo, de 5 a 9 es leve, de 10 a 14 es moderado, de 15 a 19 es moderado a grave y de 20 a 27 es grave, por tanto el total de puntos recomendados para un paciente está entre 8 y 11 para un posible paciente con trastorno depresivo mayor (33).

Dentro de las herramientas para evaluar la salud mental se encuentra también el Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) que está conformado por dos preguntas que tienen en cuenta condiciones emocionales y cognitivas del paciente relacionadas con la depresión como “desánimo, desesperanza, falta de placer y de interés por las cosas”, estas tienen 5 opciones de respuesta (34) y las respuestas son con una escala Likert (35) que van de “para nada” a “casi todos los días” (34), en cuanto al puntaje final se considera ≥ 3 para emitir un diagnóstico de depresión en el paciente (35).

Otra de las escalas es la HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale (escala de Hamilton), la cual tiene como objetivo mirar el grado de la ansiedad (36) en pacientes que ya han sido diagnosticados con ansiedad, por tanto, se debe tener en cuenta que no es una herramienta diagnóstica y que puede variar sus resultados según el tiempo y según el tratamiento, lo que la hace una herramienta ideal para ver la evolución y el impacto del tratamiento en relación con el tiempo (37), esta escala está compuesta por 14 apartados donde se contempla la parte física, psíquica y somática de esta condición (36). Cada apartado tiene un puntaje y se los responde de acuerdo a los 3 días más recientes, excepto la pregunta 14 que se califica y se responde según la actitud del paciente en el momento de la consulta, al final se suman los puntos obtenidos en cada apartado los cuales estarán entre 0 y 56, los rangos serían: de 0 a 5 no hay ansiedad, de 6 a 14 ansiedad leve y ≥ 15 ansiedad moderada a grave (37).

2.5. MANEJO DE PACIENTE CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

Respecto a la urticaria crónica espontánea no existe en la actualidad un tratamiento curativo, sin embargo, las opciones de tratamiento con las que contamos nos permiten controlar los síntomas (1). Dentro del manejo farmacológico de primera línea se encuentran los antihistamínicos H1 de segunda generación en dosis estándar como la cetirizina, loratadina, fexofenadina entre otros. El manejo de segunda línea son los antihistamínicos H1 de segunda generación, pero a dosis altas. En un metaanálisis se encontró que el 39% de los pacientes con urticaria crónica responden a antihistamínicos H1 de segunda generación en dosis estándar (1).

El manejo de tercera línea para pacientes igual o mayores de 12 años con resistencia a manejo con antihistamínicos y con síntomas que persistan por más de 4 a 6 semanas es el omalizumab, un anticuerpo monoclonal que actúa en contra de la IgE (1). Se ha evidenciado que este medicamento previene el desarrollo de angioedema y mejora la calidad de vida de los pacientes. Si el manejo con omalizumab y antihistamínicos H1 de segunda generación falla y el paciente presenta enfermedad severa se ha descrito el uso de ciclosporina A, sin embargo,

por su alta incidencia de efectos adversos no debe recomendarse como manejo estándar para la urticaria crónica espontánea (38).

Otros medicamentos que pueden ser utilizados en esta enfermedad son los corticoides orales en caso de exacerbación máximo por 10 días, reduciendo la actividad de la enfermedad (36). En pacientes con urticaria crónica que padecen enfermedades psiquiátricas se ha descrito el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos que actúan sobre la sensibilidad neuronal central disminuyendo el prurito, incluso los antidepresivos tricíclicos tienen efecto antihistamínico (1). Actualmente existen algunas terapias monoclonales e inhibidores de la brutoquinasa (BTK) para la UCE con resultados prometedores en estudio Fase III (39).

El manejo de pacientes con urticaria crónica y enfermedad psiquiátrica deberá incluir: enfoque biopsicosocial teniendo en cuenta los factores de riesgo de cada individuo, valoración psicológica para valorar el impacto en la calidad de vida de los pacientes y evaluación psiquiátrica individualizando su necesidad para cada paciente (17). Asimismo, medicamentos como benzodiazepinas y neurolépticos se han utilizado cuando hay trastornos psiquiátricos en los cuales está indicado el uso de estos (1).

En la UCE con y sin comorbilidades psiquiátricas se deben incluir intervenciones no farmacológicas como: terapia de retroalimentación (biofeedback), entrenamiento de relajación, hipnosis, psicoterapia de grupo e individual, apoyo y psicoeducación ya que han demostrado ser útiles en la enfermedad. El propósito de este tipo de intervenciones no es la cura de la enfermedad ya que en algunos casos no se alcanza este objetivo. Al iniciar cualquiera de las anteriores terapias se deben fijar metas para poder valorar el éxito y progreso del tratamiento como la reducción del prurito, disminución en las excoriaciones, disminución en el número de lesiones urticariales, disminución de la ansiedad, mejoría en el sueño, mejoría en la calidad de vida, entre otras metas individualizadas a cada paciente (40).

3. HIPÓTESIS

El estudio “Efecto de la urticaria crónica (UC) en pacientes estadounidenses: análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar” en Estados Unidos, determinó que la UCE afecta sustancialmente la calidad de vida, las actividades no laborales, la capacidad para trabajar, y el estado de ánimo aumentando el uso del cuidado de la salud, además de que el componente psicológico en la UCE sigue siendo mal definido, pero es clínicamente relevante.

La finalidad de este estudio es poder tener una perspectiva en nuestra región, de si existe asociación significativa entre la urticaria crónica espontánea y presencia de ansiedad y depresión en la población; para así con la ayuda de este trabajo y posteriores investigaciones poder ofrecer un manejo integral a estos pacientes.

Hipótesis nula: No existe asociación entre el nivel de control de urticaria crónica espontánea y síntomas de ansiedad y depresión en adultos que acuden a un centro dermatológico en Bogotá.

Hipótesis alterna: Existe asociación entre el control de urticaria crónica espontánea y síntomas de ansiedad y depresión en adultos que acuden a un centro dermatológico en Bogotá.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre el nivel de control de urticaria crónica espontánea y los síntomas de ansiedad y depresión entre pacientes que acuden a un centro dermatológico de Bogotá, entre 2021 y 2022.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes que ingresan a la institución dermatológica diagnosticados con UCE.
2. Estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con UCE.
3. Evaluar la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con UCE mediante las escalas de clinimetría.

5. METODOLOGÍA

5.2. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un enfoque cuantitativo basado en la posibilidad de utilizar escalas ordinales validadas para la identificación de síntomas relacionados con ansiedad y depresión en los pacientes con UCE, se realizaron análisis estadísticos para poder responder la pregunta de investigación.

5.3. TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico de corte transversal.

5.4. POBLACIÓN:

Referencia: adultos mayores de 18 años con diagnóstico de UCE (síntomas > 6 semanas).

Elegible: adultos mayores de 18 años de Bogotá con diagnóstico de UCE (síntomas > 6 semanas).

Accesible: adultos mayores de 18 años que acuden a un centro dermatológico de Bogotá con diagnóstico de UCE.

5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de urticaria crónica espontánea (síntomas > 6 semanas).

5.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que presenten otras patologías dermatológicas asociadas
- Otros diagnósticos psiquiátricos
- Otros tipos de urticaria como urticarias inducidas y vasculíticas.
- Aquellos que se nieguen a responder las escalas de clinimetría completas.

5.5. DISEÑO MUESTRAL

El diseño muestral se realizará con base en el total de eventos reportados de pacientes con UCE obtenidos de los registros de historias clínicas del centro dermatológico. Se realizará un muestreo no probabilístico. En un estudio de casos y controles realizado en Turquía se exploró con la escala de Hamilton HADS los síntomas de ansiedad de pacientes con y sin urticaria crónica encontrando que en los pacientes con urticaria crónica la proporción de pacientes con un HADS > 10 era del 48 % versus 6,7 % del grupo control (22). No se encuentran en la literatura comparaciones entre pacientes según el grado de control de urticaria crónica frente a los desenlaces de síntomas de ansiedad y depresión.

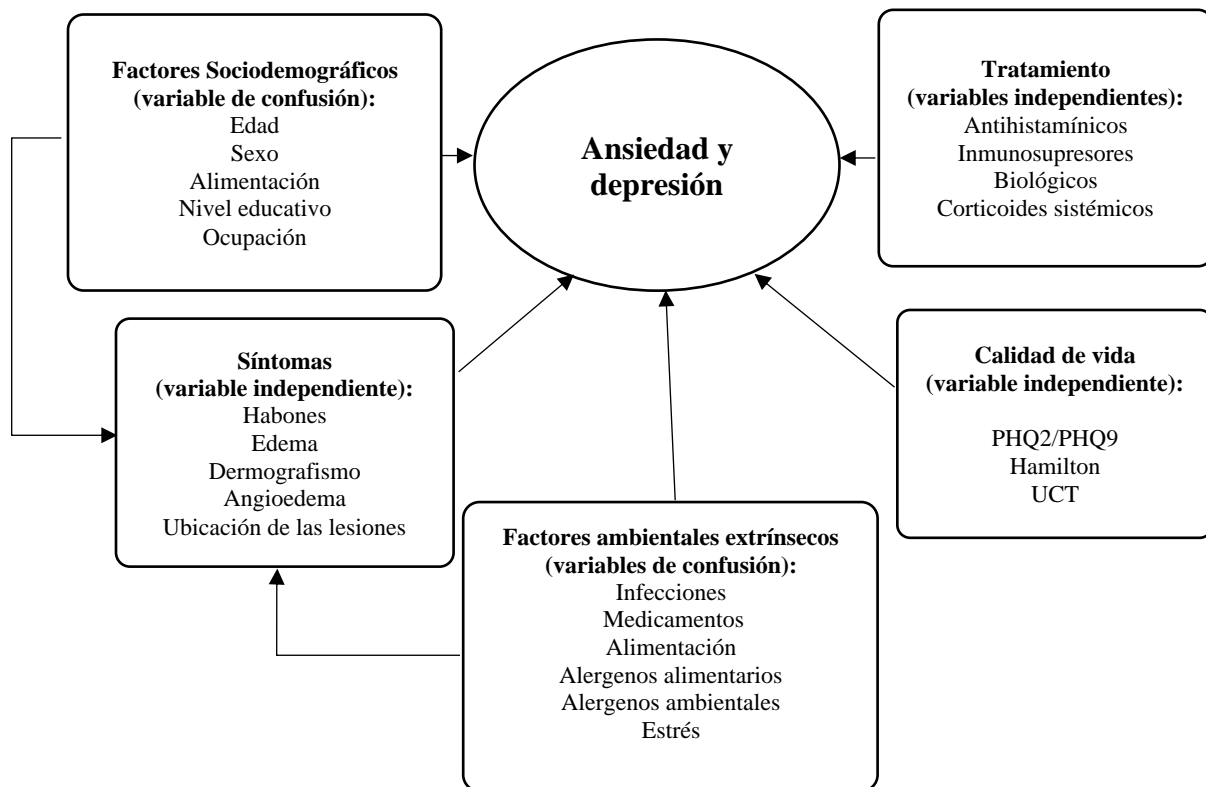
Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se precisan 18 sujetos en el primer grupo y 18 en el segundo grupo para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre dos proporciones, que para el grupo 1 se espera sea de 0,48 y

el grupo 2 de 0,067. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. Se ha utilizado la aproximación de ARCOSENO. El cálculo se realiza mediante el software gratuito Granmo del Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona (41).

6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

6.2. DIAGRAMA DE VARIABLES

Gráfico 2: Diagrama de variables.



6.3. VARIABLES

Dentro de las variables que se incluyeron en el estudio se encuentran las sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, labor y residencia; para las variables de la clínica se indagaron antecedente familiar de ansiedad o depresión, presencia de evento estresante en los últimos 6 meses y la escala de clinimetría de UCT. Por último se tomaron como variables desenlace a las escalas de Hamilton, PQ2 y PHQ9 (Ver Anexo 1).

7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

7.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se utilizó una fuente primaria que corresponde a escalas que se realizaron directamente a los pacientes y fuente secundaria (historia clínica), además de los datos obtenidos durante la consulta de pacientes en un centro dermatológico.

7.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Como instrumento se utilizó una base de datos Excel Office 2019 versión 16.60 que contiene las variables determinadas previamente, la cual fue diligenciada durante la consulta a partir de la historia clínica por los investigadores. El formato consiste en preguntas cerradas que pretenden evitar sesgos de información. Adicionalmente se diseñó un cuestionario para la base de datos en Google forms, que permitió diligenciar los datos obtenidos de las escalas de una forma más precisa con el fin de evitar errores en los resultados finales de las escalas

Se aplicaron las siguientes escalas para obtener información sobre la actividad de la enfermedad, y para evaluar la presencia de ansiedad y depresión. Estas escalas fueron aplicadas por las investigadoras a los pacientes con diagnóstico de UCE, con previa autorización verbal y/o escrita (firma digital o en físico del consentimiento informado).

7.2.1 ESCALAS

PHQ2 y PHQ9 para depresión, UCT para urticaria y la Escala de Hamilton para ansiedad (Ver Anexos).

En un estudio que evaluó la validez de apariencia y adaptación de la escala PHQ 9 para la detección de sintomatología depresiva en universitarios de ciencias de la salud de Cartagena (Colombia) se certificó la escala y esto le confirió aplicabilidad en la población de estudiantes universitarios a estudio. La escala HARS, según el estudio publicado por Antonio Lobo et al, concluye que la versión en español de esta escala se encuentra validada y presenta propiedades psicométricas robustas similares a las pruebas originales y resultan adecuadas para su uso en la práctica asistencial y en estudios de investigación clínica (42,43).

La escala UCT se encuentra validada al castellano de acuerdo con el estudio adaptación transcultural del cuestionario urticaria control test del alemán al castellano (27).

7.4. Proceso de obtención de la información:

Tabla 1. Proceso de obtención de la información.

¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Cuándo?
Revisión base de datos del centro dermatológico	Investigadoras	Asistiendo al centro dermatológico. Revisando base de datos actual.	Julio 2021 a Marzo 2022
Obtención de la información	Investigadoras	Se reclutaron pacientes en las consultas presenciales en el centro dermatológico quienes presentaron diagnóstico de UCE. Adicionalmente por medio de llamadas telefónicas a los pacientes se registraron en la base de datos los resultados de las escalas de clinimetria.	Enero a abril 2022
Extracción de la información de la base de datos	Investigadoras	Se tomó información de los pacientes de la base de datos y se trasladó al programa de Jamovi para su análisis.	Abril a mayo 2022

8. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Tabla 2. Control de errores y sesgos.

Tipo	Descripción de la posibilidad de ocurrencia	Forma de control
Selección	Inclusión de pacientes con diagnósticos diferentes a UCE	La UCE se puede confundir con otros diagnósticos dermatológicos, por lo que se decide tomar las historias clínicas de pacientes con diagnóstico realizado por el especialista tratante adscrito a la institución y que tengan más de 6 meses de síntomas
Información	Errores en la recolección de la información en la base de datos de pacientes, mal diligenciamiento de las escalas de medición.	Se excluirá del estudio a pacientes que no brinden información completa durante el interrogatorio y en el diligenciamiento de las escalas. Se verificará la adecuada recolección de la información en la base de datos.
Confusión	La presencia de evento estresante en pacientes con UCE que también puedan generar síntomas de ansiedad y depresión.	Se realizará un interrogatorio enfatizando en la presencia de eventos estresantes y analizar esta variable como de confusión.

9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tabla 3. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.

Objetivos	Variables	Plan de análisis
<p>Describir las características sociodemográficas de los pacientes que ingresan a la institución dermatológica y son diagnosticados con UCE.</p>	<p>Edad Sexo Escolar Labor Residen</p>	<p>Se describieron las variables categóricas en frecuencias absolutas y relativas. Según la distribución de las variables cuantitativas se expresaron en términos de medidas de tendencia central y de dispersión</p>
<p>Estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con UCE.</p>	<p>Item1H a Item14H Item1PHQ2 a Item2PHQ2 Item1PHQ9 a Item9PHQ9 Item1UCT a Item4UCT ResH ResPHQ2 ResPHQ9 ResUCT</p>	<p>Se creó una variable de interpretación del resultado de cada una de las escalas aplicadas a los pacientes, tomando el número de pacientes con resultados positivos para los síntomas estudiados y el total de la población incluida, se calculó la prevalencia de los rasgos en la muestra,</p>
<p>Determinar la asociación entre los niveles de control de urticaria crónica espontánea y los síntomas de ansiedad y depresión.</p>	<p>ResH ResPHQ9 ResUCT Tiempo???</p>	<p>Con estas mismas variables creadas y la variable control de la urticaria se construyeron tablas de contingencia para determinar dependencia mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher de acuerdo con los valores esperados.</p>

10. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados encontrados se publicarán en el repositorio institucional. Adicionalmente se socializarán los resultados con los pacientes que participaron en la investigación y el personal médico del centro dermatológico.

Se buscará publicar los resultados obtenidos en una revista indexada sobre dermatología, psiquiatría o inmunología.

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

11.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del presente trabajo se tuvo en cuenta todas las reglamentaciones establecidas en la Resolución 8430 de 1993 dadas por el Ministerio de la Protección Social, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. La información se obtuvo a partir de historias clínicas del centro dermatológico en Bogotá, se veló por la protección de los pacientes de los cuales no se revelarán nombres ni número de historias clínicas que pudieran permitir su identificación ni en los presentes resultados ni en los productos relacionados.

De acuerdo con los principios establecidos en la Resolución 8430 de 1993, la presente investigación se considera de riesgo mínimo, ya que se tomará la información de los pacientes a partir del diligenciamiento de escalas de clinimetría, adicionalmente no se intervendrá en su diagnóstico ni tratamiento.

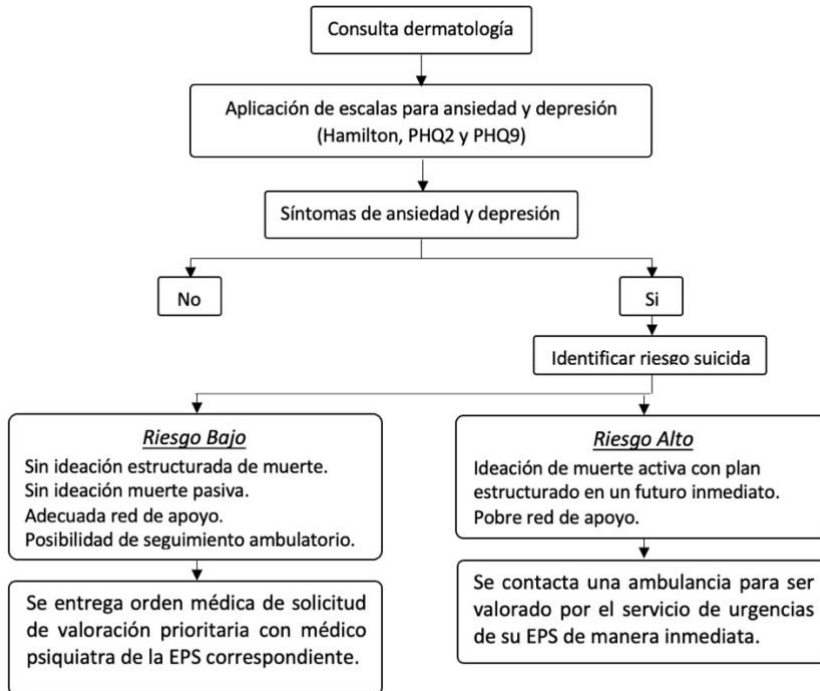
Durante el estudio no se expondrán los datos de los pacientes, teniendo en cuenta la Ley estatutaria 1581 de 2012 (44) y el Decreto 1377 de 2013 (45). Por otro lado se dispondrá de una base de datos en la que sólo tendrá acceso las investigadoras. El estudio se llevó a cabo previa autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realizó la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario.

Ninguna de las autoras tiene conflictos de interés.

En los pacientes en los que se identificaron síntomas de ansiedad y depresión, se entregó una orden médica de solicitud de valoración prioritaria con médico psiquiatra de la EPS correspondiente. Ningún paciente presentó ideación de muerte activa y plan estructurado suicida. Sin embargo las investigadoras estaban preparadas para proceder a contactar una ambulancia para solicitar valoración por el servicio de urgencias de su EPS de manera inmediata (Ver Figura 1).

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Rosario mediante acta N° 468 del CEI-UR del 25 enero de 2022.

Figura 1. Flujograma de atención riesgo de suicidio



12. RESULTADOS

Durante el periodo de julio de 2021 a marzo del 2022, se seleccionaron 24 pacientes con diagnóstico de urticaria crónica espontánea que consultaron al centro dermatológico FUNINDERMA. Se obtuvo una prevalencia de esta patología en dicho centro del 8.6%, teniendo en cuenta como denominador 2046 pacientes que consultaron en el periodo estudiado. En relación con la enfermedad, el promedio de tiempo de evolución de la urticaria fue de 83 meses, en la muestra se encontró que prevalece el género femenino en un 70.8% y más de la mitad de los pacientes eran menores de 40 años. En cuanto a la ocupación se observó que la mayoría de los participantes eran empleados y la que más se reportó fue estilistas en un 12.5%; respecto a la escolaridad la mayoría tiene estudios de educación superior en un 66.7%, el 8.3% de la población vive en el área rural (Tabla 4).

Por otro lado, el 29.2 % de la población tenía antecedentes familiares de ansiedad y depresión, y el 75.0% presentó antecedente de evento estresante en los últimos 6 meses. Al total de los pacientes se les aplicó las escalas UCT, Hamilton y PHQ2, y a todo paciente cuyo resultado de la escala PHQ2 fue superior a 3, se le realizó la escala PHQ9, encontrando que la prevalencia de síntomas de depresión en pacientes con UCE fue de 12.5%, distribuyéndose de manera equitativa entre leve moderada y severa; mientras que la prevalencia de ansiedad fue de 58.3% siendo el 33.3% en grado leve. Cabe resaltar que el 54.2% de los pacientes no presentaban buen control de la UCE, y únicamente el 12.5% tenían buena respuesta al manejo instaurado (Tabla 4).

Tabla 4: Características sociodemográficas.

Variable	Categoría	Estadístico
Sexo	Masculino	7 (29.2)
	Femenino	17 (70.8)
Edad	18 a 39 años	13 (54.2)
	40 a 64 años	10 (41.7)
	>65 años	1 (4.2)
	Mediana [mín-máx]	37 (22 - 67)
	IQR	27.00
Residencia	Urbano	22 (91.7)
	Rural	2 (8.3)
Escolaridad	Hasta bachillerato	8 (33.3)
	Superior	16 (66.7)
Ocupación	Desempleado	0 (0.0)

	Empleado	20 (83.3)
	Estudiante	4 (16.7)
Tiempo de evolución UCE (meses)	Media \pm DE	83 \pm 35.72
Escala UCT	No control	13 (54.2)
	Parcialmente controlada	6 (25.0)
	Buena respuesta	3 (12.5)
	Respuesta completa	2 (8.3)
Antecedente Familiar de ansiedad y/o depresión	Si	7 (29.2)
	No	17 (70.8)
Escala de Hamilton	No ansiedad	10 (41.7)
	Ansiedad leve	8 (33.3)
	Ansiedad moderada/Grave	6 (25.0)
Escala PHQ2	No depresión	21 (87.5)
	Si depresión	3 (12.5)
Escala PHQ9	No depresión	21 (87.5)
	Depresión leve	1 (4.2)
	Depresión moderada	1 (4.2)
	Depresión moderadamente grave	1 (4.2)

Al aplicar la escala UCT se evidencio que el 69.2% de los pacientes que no tenían controlada la enfermedad eran mujeres. La población más afectada se encontraba entre los 18 a 39 años en un 53.8%, más de la mitad de los pacientes sin control de la UCE vivían en área urbana, tenían escolaridad superior y eran empleados (Tabla 5).

Tabla 5. Características pacientes con UCE controlada y no controlada.

Variable	Control UCE	
	Si	No
Sexo	Masculino	3 (27.3)
	Femenino	4 (30.8)
Edad	18 a 39 años	8 (72.7)
	40 a 64 años	9 (69.2)
	>65 años	6 (54.5)
Residencia	Urbano	4 (36.4)
	Rural	1 (9.1)
Escolaridad	Hasta bachillerato	0 (0)
		10 (90.9)
	Rural	1 (7.7)
	Hasta bachillerato	3 (27.3)
		5 (38.5)

	Superior	8 (72.7)	8 (61.5)
Ocupación	Desempleado	0 (0)	0 (0)
	Empleado	8 (72.7)	12 (92.3)
	Estudiante	3 (27.3)	1 (7.7)

El 58.3 % de la muestra tenía ansiedad siendo el 14.3% población masculina, el grupo de edad con mayor prevalencia de ansiedad fueron los menores de 40 años. La mayoría de pacientes con ansiedad presentaban una escolaridad superior y eran empleados, en cuanto a la residencia, hubo un mayor porcentaje de población en el área urbana (Tabla 6).

Tabla 6. Características pacientes con diagnóstico de UCE con y sin ansiedad.

Variable		Ansiedad	
		Si	No
Sexo	Masculino	2 (14.3)	5 (50.0)
	Femenino	12 (85.7)	5 (50.0)
Edad	18 a 39 años	7 (50.0)	6 (60.0)
	40 a 64 años	6 (42.9)	4 (40.0)
	>65 años	1 (7.1)	0 (0.0)
Residencia	Urbano	12 (85.7)	10 (100.0)
	Rural	2 (14.3)	0 (0.0)
Escolaridad	Hasta bachillerato	6 (42.9)	2 (20.0)
	Superior	8 (57.1)	8 (80.0)
Ocupación	Desempleado	0 (0.0)	0 (0.0)
	Empleado	12 (85.7)	8 (80.0)
	Estudiante	2 (14.3)	2 (20.0)

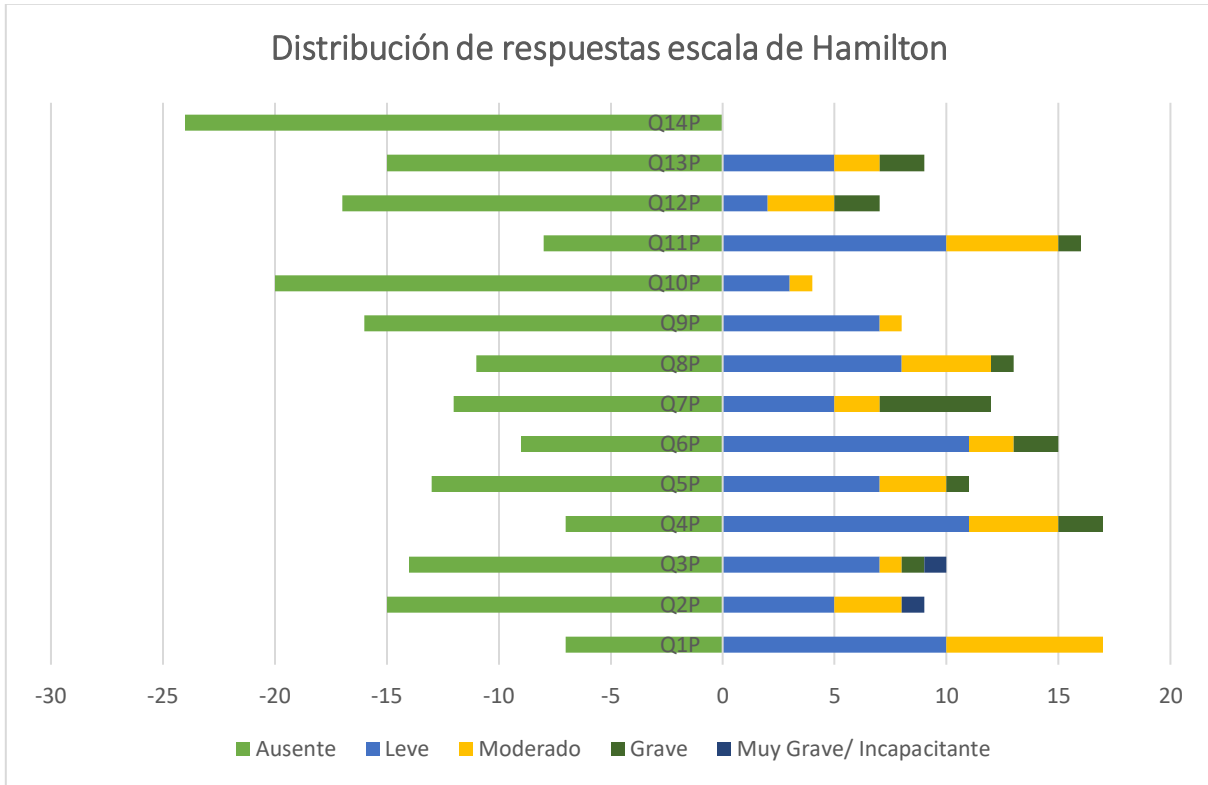
De la población estudiada, quienes presentaron depresión fueron todas mujeres, de ellas el 66,7% se encuentran entre los 40 y 64 años, tenían estudios superiores y algún empleo (Tabla 7).

Tabla 7. Características pacientes con diagnóstico de UCE con y sin depresión.

Variable	Depresión	
	Si	No
Sexo	Masculino	0 (0.0)
	Femenino	7 (33.3)
Edad	18 a 39 años	3 (100.0)
	40 a 64 años	14 (66.7)
	>65 años	8 (38.1)
Residencia	Urbano	0 (0.0)
	Rural	19 (90.5)
Escolaridad	Hasta bachillerato	0 (0.0)
	Superior	2 (9.5)
Ocupación	Desempleado	1 (33.3)
	Empleado	2 (66.7)
	Estudiante	14 (66.7)
	Desempleado	0 (0.0)
	Empleado	0 (0.0)
	Estudiante	4 (19.0)

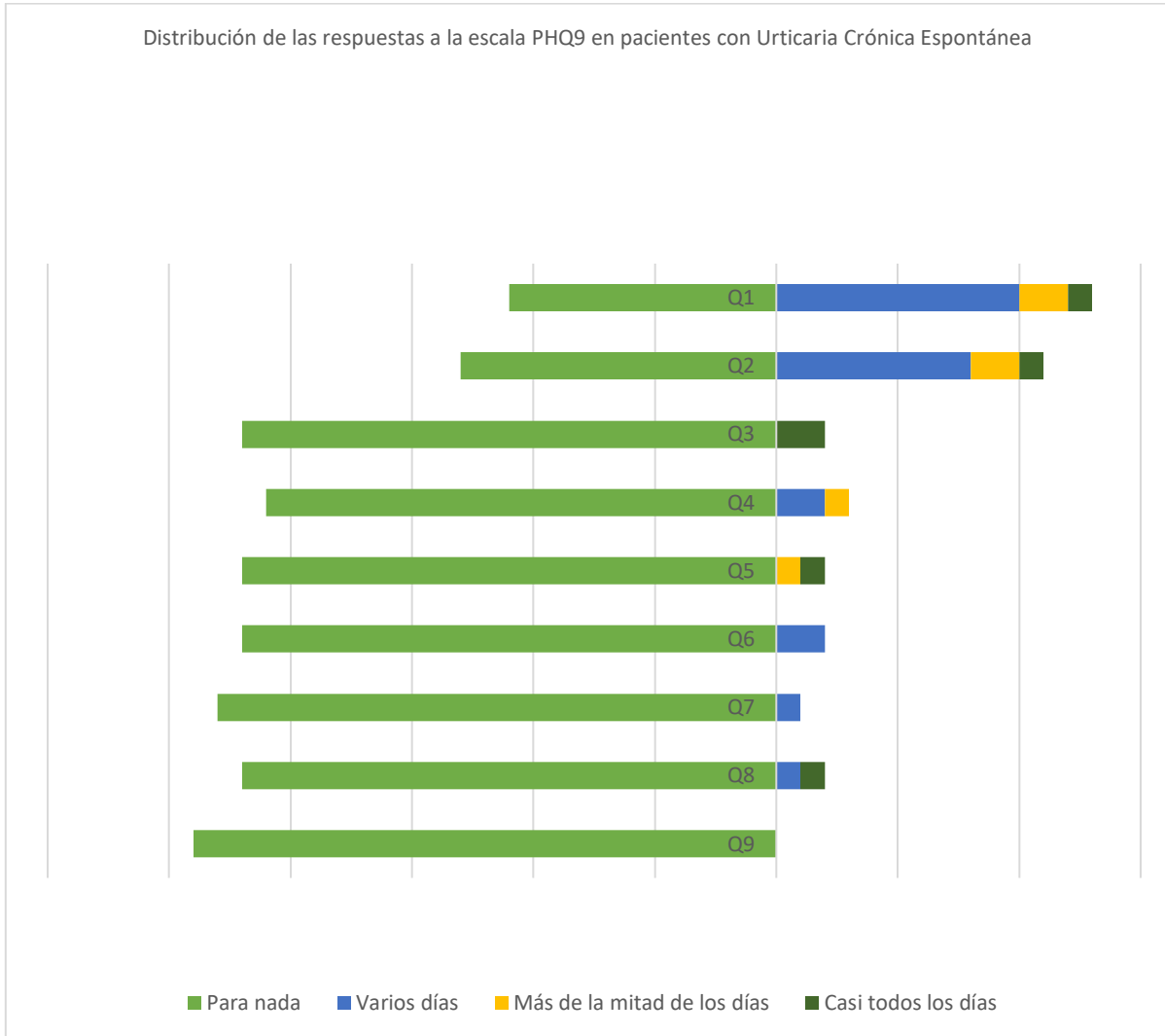
En cuanto a la distribución de las respuestas de la escala de Hamilton, llama la atención los ítems 1, 4 y 6 que corresponden a síntomas de ánimo ansioso, insomnio y ánimo deprimido respectivamente, en donde la mayoría de los pacientes respondieron entre leve a grave, además de los ítem 2 (tensión) e ítem 3 (miedos) en donde hubo respuestas calificadas en nivel muy grave. Durante la entrevista ninguno de los pacientes presentó síntomas ni signos sugestivos de ansiedad (ítem 14) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de respuestas escala de Hamilton



A todos los pacientes se les aplicó la escala PHQ2 en la cual solo 3 pacientes se clasificaron con depresión a quienes posteriormente se les realizó la escala PHQ9. En la distribución de respuestas se observó que son de interés los síntomas que hacen referencia a trastornos del sueño, apetito y el estar lento o inquieto, ya que se presentan casi todos los días (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de respuestas escala de PHQ9



Para analizar la asociación entre la urticaria crónica espontánea y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes de la muestra, se realizó una prueba exacta de Fisher, teniendo en cuenta que una o más de los recuentos de las celdas en la tabla 2x2 es menor que 5 siendo las variables independientes: depresión y ansiedad, en donde no se encontró significancia estadística con ninguna de estas dos variables, con un valor mayor a 0,05 rechazando la hipótesis alterna propuesta (Tabla 8).

Tabla 8. Asociación UCE y ansiedad y depresión.

Variable	Control UCE		Valor p*	
	Si	No		
Escala PHQ2	Si depresión	1 (4.2)	2 (8.3)	1.000
	No depresión	10 (41.6)	11 (45.9)	
Escala Hamilton	Si ansiedad	6 (25.0)	8 (33.3)	1.000
	No ansiedad	5 (20.8)	5 (20.8)	

* Se utilizó prueba exacta de Fisher

13. DISCUSIÓN

La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad con baja morbimortalidad, pero con gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen (1,2), debido a que genera tanto molestias físicas y sociales como trastornos de ansiedad y depresión (3), lo que conlleva a una evolución tórpida de la patología (1). En la población general, la prevalencia de la UCE es entre el 0,5 y 1% y la incidencia anual es del 1,4%, predominando el sexo femenino (4). En este estudio la prevalencia de UCE es superior a los reportes mundiales, lo cual puede obedecer a que el centro estudiado es un centro especializado en una ciudad capital de un país latinoamericano de medianos ingresos.

En este estudio se evaluó la asociación entre el control de la urticaria crónica espontánea y síntomas de ansiedad y depresión. Se analizaron variables sociodemográficas incluyendo: sexo edad residencia escolaridad y ocupación la prevalencia de síntomas de depresión en pacientes con esta enfermedad fue de 12.5% y de ansiedad de 58.3%. En cuanto al tiempo de evolución de la UCE la literatura reporta que en 80 % de los pacientes se espera una duración de 12 meses, en nuestro estudio la duración de la UCE fue de 83 meses, es posible que sea debido a la resistencia a los cambios de hábito y estilo de vida que predisponen al mal control de la enfermedad, a las fallas en la adherencia al tratamiento y a la inasistencia a controles médicos por problemas en el sistema de salud.

A nivel mundial son escasos los estudios reportados que han evaluado esta asociación mencionada entre UCE y trastornos psiquiátricos, uno de los primeros estudios publicados sobre esta asociación fue realizado en Israel y publicado en 2021 en el cual exploran la asociación con variables como edad sexo y nivel socioeconómico mas no con niveles de control de urticaria , además documentan el gran impacto de los trastornos psiquiátricos en pacientes con entidades dermatológicas, y la complejidad para mejorar la adherencia a terapias y la importancia de una buena relación médico y paciente en los resultados clínicos. La escala UCT constituye una gran herramienta para el monitoreo de pacientes con UCE, evidenciamos que en los pacientes con niveles de UCT no controlados o parcialmente controlados con valores menores de 12 en esta escala presentaron mayores efectos emocionales negativos desarrollando síntomas de ansiedad y depresión. Por lo que se requiere que desde el primer nivel de atención se diagnostiquen de manera temprana estos pacientes para optimizar su tratamiento siguiendo las guías de manejo internacionales así como el uso de escalas de clinimetría, y que próximamente se realicen guías de práctica clínica del enfoque de pacientes con UCE en nuestra población.

Los resultados de nuestro estudio fueron concordantes con la literatura encontrando mayor prevalencia de UCE en el género femenino en un 71%. Respecto a la escolaridad la mayoría tiene estudios de educación superior en un 67%, quienes presentan mayor prevalencia de ansiedad en el grupo de adultos jóvenes, el 8% de la población vive en el área rural, llama la

atención que las consultas dermatológicas están más centralizadas, razón por la cual los pacientes se ven obligados a desplazarse a las ciudades principales. En la literatura no se ha descrito la asociación de la ocupación con la UCE, sin embargo en nuestro estudio encontramos que la ocupación más destacada fue estilistas, no obstante no se ha podido establecer una asociación causal de esta ocupación con la presencia de UCE. En otro estudio realizado en Neiva Huila reportan con mayor frecuencia la ocupación hogar y en hombres comerciantes (46).

En cuanto a las barreras para el acceso oportuno a la atención y tratamiento de esta enfermedad, encontramos que dentro de la muestra un 8 % de la población vive en área rural, lo que dificulta el traslado a ciudades principales donde se encuentra disponible la mayoría de especialidades, evitando la identificación y manejo de UCE y por consiguiente los síntomas de ansiedad y depresión por la falta de control de la UCE. Otra barrera para el control de la UCE se relaciona con el costo de tratamiento farmacológico principalmente con el uso de medicamentos biológicos ya que son de alto costo y para poblaciones vulnerables son difícil adquisición.

La UCE mal controlada puede generar un impacto negativo en quienes la padecen ya que existen factores como los ataques imprevistos, falta de sueño persistente, fatiga, y desfiguración que conducen a una disminución en la calidad de vida, ya que estos puede influir en el manejo de las emociones y manifestaciones clínicas, lo cual aumenta la posibilidad de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión, generando dificultades en las relaciones interpersonales como pareja familia y amigos, de igual manera interfiriendo en el desempeño laboral. La educación puede tener un papel importante en los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con UCE, contribuyendo a la introspección del paciente sobre su enfermedad y generando herramientas para afrontarla de mejor manera. Con respecto a lo anterior, al tener un pobre control y abordaje de la UCE se incrementan los gastos al sistema de salud tanto farmacológico como médico (15).

La prevalencia de la UCE ha venido aumentando, por lo que se recomienda para ampliar el conocimiento de esta entidad realizar estudios multicéntrico en los cuales se evalúen diferentes características sociodemográficas, tiempos de evolución y estrategias de mejora y tratamiento, con el apoyo de la red mundial de centros de referencia y excelencia en urticaria (UCARE) y otras instituciones relacionadas (11).

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio encontramos un tamaño de muestra pequeño debido a la baja frecuencia de la enfermedad por lo que en futuras investigaciones sería importante tener una cohorte con un periodo de tiempo más largo para captar una mayor población y para resultados más concluyentes con el fin de evaluar mejor la prevalencia de la urticaria y de enfermedades mentales, y que tengan en cuenta la relevancia del abordaje multidisciplinario en la UCE para obtener mejores resultados en el control de la enfermedad, y así mismo, que evalúen la percepción del paciente frente a su enfermedad y la relación de ésta y su ambiente social y laboral.

14. CONCLUSIONES

La Urticaria Crónica Espontánea es una entidad cutánea que impacta negativamente en la calidad de vida y salud mental de los pacientes. En varios estudios se ha demostrado la relación entre sustancias inmunomoduladoras y el compromiso del sistema serotoninérgico, indicando un rol importante en pacientes con enfermedades dermatológicas y su asociación con la ansiedad y la depresión. Por tal motivo se requiere de un manejo multidisciplinario para lograr un adecuado control de la UCE y por ende el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes que la padecen.

En este estudio se analizó la asociación entre la urticaria crónica espontánea y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión, en el cual no se encontró relación estadísticamente significativa, posiblemente relacionado al tamaño de la muestra, sin embargo, dentro de la literatura revisada se evidenció asociación significativa por lo que se recomienda en futuros estudios llevarlos a cabo con un mayor número de muestra para comprobar si en la población Colombiana esta asociación se comporta de una forma similar.

A partir de estos hallazgos, se logró identificar que existe un vacío de conocimiento en cuanto a la percepción y experiencia de los pacientes que presentan UCE, que permitan brindar una mejor comprensión y apoyo por parte del personal sanitario y así contribuir a una óptima relación médico-paciente, teniendo un beneficio en el desenlace de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jáuregui Ignacio, Seguro Aritza, Seras Yolanda, Sánchez-de-Vicente Javier, Martínez-Antón María-Dolores, Irazábal Begoña GP-M. Urticaria crónica y factores psicosociales: reconocimiento, diagnóstico y manejo. *Gac Médica Bilbao*. 2019;116(4):174–80.
2. Guevara L., Ospina J. C, R. Urticaria crónica espontánea: revisión de la literatura. *Med Lab*. 2021;23:331–49.
3. Arias-Cruz A, González-Díaz SN, Macías-Weinmann A, Ibarra-Chávez JA, Sánchez-Guerra D, Leal-Villarreal L, et al. Quality of life in chronic urticaria and its relationship with economic impact and disease control in patients attended to at the University Hospital of Monterrey, Mexico. *Rev Alerg Mex*. 2018;65(3):170–8.
4. Alcántara Villar M, Armario Hita JC, Cimbollek S, Fernández Ballesteros MD, Galán Gutiérrez M, Hernández Montoya C, et al. Revisión de las últimas novedades en el manejo del paciente con urticaria crónica: Consenso multidisciplinar de la comunidad autónoma de Andalucía. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2020 Apr;111(3):222–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731019303916>
5. Perez Y. Prevalencia de trastornos del animo en pacientes con urticaria crónica [Internet]. Universidad Autonoma de Nuevo Leon Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Nuevo León.; 2019. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/18113/>
6. Cruz-Hernández A, Caballero-López G, López-García A, Rivero-Yeverino D, Arana-Muñoz O, Sergio Papaqui-Tapia J, et al. Prevalencia de la urticaria crónica y su perfil clínico epidemiológico. *Aergia, Asma e Inmunol Pediátricas*. 2019;28(2):47–50.
7. Ofenloch, R. F., Schuttelaar, M. L. A., Svensson, Å., Bruze, M., Naldi, L., Cazzaniga S. Socioeconomic status and the prevalence of skin and atopic diseases in five european countries. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(3):309–14.
8. Chérrez-Ojeda I, Robles-Velasco K, Bedoya-Riofrio P, Schmid-Grendelmeier P, Chérrez S, Colbatzky F, et al. Is it possible for chronic urticaria diagnostic approach to be simplified? A clinical data checklist. *Rev Alerg Mex*. 2017;64(3):309–26.
9. Bozo, Ö., Demirtepe-Saygılı, D., Güneş, S., Çenesiz, G. Z., & Baysan A. Does Problem Focused Coping Buffer the Effects of Trait Anxiety on Depressive Symptoms of Chronic Urticaria Patients? *J Gen Psychol*. 2018;145(1):64–78.
10. Sánchez, J., Amaya, E., Acevedo, A., Celis, A., Caraballo, D., & Cardona R. Prevalence of Inducible Urticaria in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: Associated Risk Factors. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2017;5(2):464–70. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2016.09.029>
11. Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2020;75(2):423–32.
12. Miranda-Machado, P. A., Hoyos-Sánchez BDLC. Prevalence of urticaria in Cartagena, Colombia. *Revista Alergia México.pdf*. *Rev Alerg México*. 2017;64(2):163–70.
13. Bitan, D. T., Berzin, D., Cohen A. The association of chronic spontaneous urticaria (CSU) with anxiety and depression: a nationwide cohort study. *Arch Dermatol Res* [Internet].

- 2021;313(1):33–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02064-3>
14. Konstantinou GN, Konstantinou GN. Psychological Stress and Chronic Urticaria: A Neuro-immuno-cutaneous Crosstalk. A Systematic Review of the Existing Evidence. *Clin Ther* [Internet]. 2020;42(5):771–82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.03.010>
 15. Barbosa, F., Freitas, J., & Barbosa A. Chronic idiopathic urticaria and anxiety symptoms. *J Health Psychol*. 2011;16(7):1038–47.
 16. Rafique, M. R., Masood, S., Tanzil, S., Tabassum, S., Naveed S. Frequency of depression and anxiety among patients with chronic spontaneous urticaria visiting a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(3):511–4.
 17. Kolkhir P, Altrichter S, Munoz M, Hawro T, Maurer M. New treatments for chronic urticaria. *Ann Allergy, Asthma Immunol* [Internet]. 2020;124(1):2–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.08.014>
 18. Zabolinejad N, Molkara S, Bakhshodeh B, Ghaffari-Nazari H, Khoshkhui M. The expression of serotonin transporter protein in the skin of patients with chronic spontaneous urticaria and its relation with depression and anxiety. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2019;311(10):825–31. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00403-019-01969-y>
 19. Santos Anaya RL, Beltrán Grados G. Urticaria crónica. *Dermatol peru*. 2003;23(2):35–41.
 20. Larenas-Linnemann D, Medina-Ávalos MA, Ortega-Martell JA, Beirana-Palencia AM, Rojo-Gutiérrez MI, Morales-Sánchez MA, et al. Guía mexicana para el diagnóstico y el tratamiento de la urticaria. *Rev Alerg México*. 2014;61:S117-93.
 21. Weldon D. Quality of life in patients with urticaria and angioedema: Assessing burden of disease [Internet]. Vol. 35, ALLERGY AND ASTHMA PROCEEDINGS. 2014. p. 4–9. Disponible en: http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCCN086241570&indx=1&recIds=ETOCCN086241570
 22. Tat TS. Higher levels of depression and anxiety in patients with chronic urticaria. *Med Sci Monit*. 2019;25:115–20.
 23. Rani S, Singh S, Kumar D, Dabas S, Ritu K. Assessment of depression, anxiety, and stress in chronic urticaria and its correlation with disease severity. *Ann Allergy Asthma Immunol* [Internet]. 2022;128(3):330–1. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=34800635&site=eds-live>
 24. Choi G, Nam Y, Park C, Kim M, Jo E, Park H, et al. Anxiety, depression, and stress in Korean patients with chronic urticaria. *Korean J Intern Med* [Internet]. 2020;35(6):1507–16. Disponible en: <https://kiss.kstudy.com/thesis/thesis-view.asp?key=3829973>
 25. Chastaing M, Misery L. Psiquiatría y dermatología. *EMC - Dermatología* [Internet]. 2020;54(2):1–20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1761289620437562>
 26. Paucar Lescano PK. Relación bidireccional de las patologías cutáneas con los trastornos mentales. *Rev Cient Cienc Medica*. 2018;21(1):84–9.

27. García-Díez I, Curto-Barredo L, Weller K, Pujol RM, Maurer M, Giménez-Arnau AM. Cross-Cultural Adaptation of the Urticaria Control Test From German to Castilian Spanish. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2015;106(9):746–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.05.009>
28. Larrea-Baca I, Gurpegui-Resano M. Mejora de la calidad de vida de los pacientes con urticaria crónica espontánea tratados con omalizumab en vida real. *Enferm Clin* [Internet]. 2017;27(6):361–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.010>
29. Sedó-Mejía, G., Yong-Rodríguez, A., Monge-Masís, O., Hidalgo-Matlock B. Recomendaciones para el diagnóstico, clasificación y el manejo de la urticaria. *Acta Med Costarric*. 2015;57(3):102–12.
30. Cisneros-Poireth, D. A., Morales-Miranda, A. Y., Ugalde-Aguilar, H., & Juárez-Navarrete L. Psychological Impact and Quality of Life in Patients with Androgenetic Alopecia. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2021;19(1):7–11.
31. Rodríguez, E. D., Maya, N. P. R., Santiesteban, G. M., Rodríguez, P. B. D., & Hernández GRC. Análisis de la prevalencia de la conducta suicida en pacientes con vitíligo. *Psicol y Salud*. 2021;31(2):195–201.
32. Mejía-Jiménez, M., Jiménez-Tamayo, S. B., Alvaran-Florez, L., Segura-Cardona, D. A., Londoño-García, Á., & Vásquez-Trespalcacios EM. Calidad de vida y factores psicológicos asociados en una cohorte de pacientes latinoamericanos con psoriasis. *Dermatología C* [Internet]. 2018;16(4):254. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2018/dcm184b.pdf>
33. Saldivia S, Aslan J, Inostroza C. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019;9:53–60. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000100053&script=sci_arttext
34. Merino-Soto, C., Dominguez-Lara, S., & Fernández-Arata M. Validación inicial de una Escala Breve de Satisfacción con los Estudios en estudiantes universitarios de Lima. *Educ Médica*. 2017;18(1):74–7.
35. de la Fe Rodríguez-Muñoz, M., Legazpi, P. C. C., Crespo, M. E. O., Balbuena, C. S., Méndez, N. I., Barrientos FJF et al. PHQ-2 COMO PRIMER INSTRUMENTO DE CRIBADO DE LA DEPRESIÓN PRENATAL *Revista Española de Salud*. 2017;91:1–8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17049838006>
36. Vera Balarezo, S. R., González Jiménez CA. Aplicación de la escala de Hamilton en la evaluación del estado de ansiedad preoperatoria en dos Hospitales de Quito, octubre-noviembre. 2016 [Internet]. Vol. 11. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11612>
37. García-Campayo J, Pérez-Yus MC, García-Bustinduy M, Daudén E. Detección precoz de la enfermedad psicoemocional en dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(4):294–300.
38. 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 Eur J Allergy Clin Immunol*. 2018;73(7):1393–414.
39. Maurer M, Giménez-Arnau A, Jain V, Tillinghast J, Tolcachier A, Nigen S, et al. Remibrutinib Treatment Improves Quality of Life in Patients with Chronic Spontaneous

- Urticaria. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2022 Feb;149(2):AB179. Disponible en: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(21\)02412-X/fulltext#relatedArticles](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(21)02412-X/fulltext#relatedArticles)
40. Fried RG. Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatol Clin* [Internet]. 2002 Jan;20(1):177–85. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073386350300055X>
 41. Marrugat, Jaume, Joan Vila, Antaviana, software gratuito granmo del Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona S. Proporciones : Dos proporciones independientes. 2012. p. versión 7.12 Abril.
 42. Cassiani-Miranda CA, Pérez-Aníbal E, VargasHernández MC, Herazo-Bustos M, Cabarcas-Tovar A. Validez de apariencia y adaptación de la escala PHQ-9 para la detección de sintomatología depresiva en universitarios de ciencias de la salud de Cartagena (Colombia). *Salud UNINORTE*. 2018;34(1):84–96.
 43. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(13):493–9.
 44. Ley 1581 de 2012. El Congreso de Colombia. El abedul [Internet]. 2011;2(agosto 15):1–109. Disponible en: https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/leyes/2001/ley_0685_2001.pdf
 45. Comercio MDE, Turismo IY. Decreto 1377 de 2012. Minist comercio, Ind y Tur [Internet]. 2013;decreto 13:1–11. Disponible en: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articulos-4274_documento.pdf
 46. Perdomo Medina CC. ASOCIACIÓN DE URTICARIA CRONICA CON AUTOINMUNIDAD TIROIDEA: UNA BUSQUEDA EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE INMUNOLOGIA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA 2004-2009 [Internet]. Universidad Surcolombiana; 2010. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Medicina-Interna/16.1.T.G-Cesar-Camilo-Perdomo-Medina-2010.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1.

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
Edad	Edad en años del paciente al momento del diagnóstico	##		Cuantitativa (Continua)	Nominal	Independientes	Sociodemográficas	1	Univariado	Describir una variable	Medidas de tendencia central
Sexo	Género cromosómico del paciente	1. Masculino 2. Femenino		Categórica (dicotómica)	Nominal	Independientes	Sociodemográficas	1	Univariado	Describir una variable	Frecuencias absolutas y relativas
Residen	Lugar de residencia actual del paciente	1: urbano 2: rural		Categórica (dicotómica)	Nominal	Independientes	Sociodemográficas	1	Univariado	Describir una variable	Frecuencias absolutas y relativas
Escolar	Grado de escolaridad del paciente	1: hasta bachillerato 2: superior		Categórica (dicotómica)	Ordinal	Independientes	Sociodemográficas	1	Univariado	Describir una variable	Frecuencias absolutas y relativas
Labor	Ocupación del paciente	Abc		Categórica (politémica)	Nominal	Independientes	Sociodemográficas	1	Univariado	Describir una variable	Frecuencias absolutas y relativas
Antfamil	Antecedentes familiares de ansiedad y depresión	1: si 2: no		Categórica (dicotómica)	Nominal	Independientes	Sociodemográficas	1	Univariado	Describir una variable	Frecuencias absolutas y relativas
Tiempoevo	Tiempo de evolución de enfermedad (uce) en años	##		Cuantitativa (continua)	Nominal	Independientes	Clínica	1,3	Multivariado	Mostrar relación	Promedio y desviación estándar
Eventestres	Evento estresante en los últimos 6 meses	1.si 2.no		Categórica (dicotómica)	Nominal	Dependientes	Sociodemográficas	1	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item1hg/f/i	Humor ansioso	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh1	Humor ansioso	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item2hg/f/i	Tensión	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh2	Tensión	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
Item3hg/f/i	Miedos	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh3	Miedos	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Catagórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item4hg/f/i	Insomnio	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh4	Insomnio	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Catagórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item5hg/f/i	Funciones intelectuales	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh5	Funciones intelectuales	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Catagórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item6h	Estado de ánimo deprimido	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh6	Estado de ánimo deprimido	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Catagórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item7h	Síntomas somáticos musculares	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh7	Síntomas somáticos musculares	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Catagórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item8h	Síntomas somáticos	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh8	Síntomas somáticos	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Catagórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item9h	Síntomas cardiovasculares	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
											tendencia central
Promh9	Síntomas cardiovasculares	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item10h	Síntomas respiratorios	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh10	Síntomas respiratorios	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item11h	Síntomas gastrointestinales	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh11	Síntomas gastrointestinales	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item12h	Síntomas genitourinarios	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh12	Síntomas genitourinarios	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item13h	Síntomas sistema nervioso autónomo	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh13	Síntomas sistema nervioso autónomo	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item14h	Comportamiento durante la entrevista	##		Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado y multivariado	Describir	Medidas de tendencia central
Promh14	Comportamiento durante la entrevista	0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy grave incapacitante		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Resh	Resultado escala de hamilton	0. No tiene ansiedad (0 a 5 pts.) 1. Ansiedad leve (6 a 14		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar diferencias	Regresión logística

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
		pts.) 2. Ansiedad moderada a grave (<15pts)									
Item1uct	¿cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas debido a la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?	0. Mucho 1. Bastante 2. Regular 3. Poco 4. Nada		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Clínica	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística
Item2uct	¿se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?	0. Mucho 1. Bastante 2. Regular 3. Poco 4. Nada		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Clínica	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística
Item3uct	¿con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?	0. Mucho 1. Bastante 2. Regular 3. Poco 4. Nada		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Clínica	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística
Item4uct	Globalmente, indique como de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas semanas	0. Mucho 1. Bastante 2. Regular 3. Poco 4. Nada		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Clínica	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística
Resuct	Resultado escala de uct	0. No controlada (0 a 8 pts.) 1. Parcialmente controlada (9 a 12 pts.) 2. Buena respuesta (>12 pts.) 3. Respuesta completa 16		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Clínica		Multivariable	Mostrar diferencias	Regresión logística
Item1phq2	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Poco interés o	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
	placer en hacer cosas										
Item2ph q2	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Bmultivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Resphq2	Resultado escala phq2	0. No tiene depresión (≤3 pts.) 1. Tiene depresión (>3 pts.)		Categórica (dicotómica)	Nominal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item1ph q9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Poco interés o placer en hacer cosas	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item2ph q9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item3ph q9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Ha tenido	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
	dificultad para permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado										
Item4ph q9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística
Item5ph q9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Sin apetito o ha comido en exceso	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística
Item6ph q9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística
Item7ph q9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Ha tenido dificultad	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariable	Mostrar relación	Regresión logística

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
	para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión										
Item8phq9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? ¿se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haber notado? O lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Item9phq9	Durante las últimas 2 semanas, ¿que tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0. Ningún día 1. Varios días 2. Más de la mitad de los días 3. Casi todos los días		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística
Resphq9	Resultado escala phq9	0. Depresión mínima (1 a 4 pts.) 1. Depresión leve (5 a 9 pts.) 2. Depresión moderada (10 a 14 pts.) 3. Depresión moderadamente grave (15		Categórica (politémica)	Ordinal	Dependientes	Desenlace	2,3	Multivariado	Mostrar relación	Regresión logística

VARIABLE				CLASIFICACIÓN			CLÚSTER	OBJETIVO CON EL QUE SE RELACIONA	TIPO DE ANÁLISIS	OBJETIVO DEL ANÁLISIS	ESTADÍSTICO DE PRUEBA
NOMBRE	ETIQUETA	VALORES	PERDIDOS	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN					
		a 19 pts.) 4. Depresión grave (≥ 20 pts.)									

ANEXO 3.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

ANEXO 4.

Urticaria Control Test - Versión corta

Instrucciones: Padece urticaria. Las siguientes preguntas deberán registrar la situación actual de su enfermedad. Por favor, lea detenidamente cada pregunta y elija una de las cinco respuestas que mejor se adapte a su situación. Deberá ceñirse a las *últimas 4 semanas*. *La respuesta deberá ser instantánea, no meditada*. Rogamos que contesten a todas las preguntas y que elijan para cada una de ellas únicamente una respuesta.

1. ¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la Urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?

O Mucho (0) O Bastante (1) O Regular (2) O Poco (3) O Nada (4)

2. ¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la Urticaria?

O Mucho (0) O Bastante (1) O Regular (2) O Poco (3) O Nada (4)

3. ¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la Urticaria?

O Mucha (0) O Bastante (1) O Regular (2) O Poco (3) O Nada (4)

4. Globalmente, indique como de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas

O Nada (0) O Poco (1) O Regular (2) O Bastante (3) O Totalmente (4)

Puntuación 0-16 (0: no control, 16: control completo)

ANEXO 5.

Anexo N° 1

Escala de Ansiedad Hamilton
CSMSJ - UC


Escala Ansiedad Hamilton

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. Humor ansioso (AP) Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	0 1 2 3 4
2. Tensión (AP) Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar	0 1 2 3 4
3. Miedos (AP) A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud	0 1 2 3 4
4. Insomnio (AP) Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos	0 1 2 3 4
5. Funciones intelectuales (AP) (gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria	0 1 2 3 4
6. Humor depresivo (AP) Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día	0 1 2 3 4
7. Síntomas somáticos generales (AS) (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura	0 1 2 3 4
8. Síntomas somáticos generales (AS) (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo	0 1 2 3 4
9. Síntomas cardiovasculares (AS) Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles	0 1 2 3 4
10. Síntomas respiratorios (AS) Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire	0 1 2 3 4
11. Síntomas gastrointestinales (AS) Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación	0 1 2 3 4
12. Síntomas genitourinarios (AS) Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia	0 1 2 3 4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS) Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación	0 1 2 3 4
14. Comportamiento durante la entrevista (AP) (general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales	0 1 2 3 4

A.P. + A.S. = TOTAL

ANEXO 6.

 Fundación para la Investigación en Dermatología NIT: 900.410.463 – 0	Versión: 1
	Fecha: 21/01/2022
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS EN EVENTOS ACADÉMICOS.

Yo _____ identificado con documento de identidad _____ de _____, como ciudadano consiente y en pleno uso de mis capacidades; hago constar que:

1. Se me ha explicado el motivo por el cual participaré en la investigación clínica realizada por La Fundación Para la Investigación en Dermatología, para tal fin autorizo; la toma de fotos, videos y toda la documentación, que el grupo de Profesionales considere apropiado y necesario según mí caso,
2. La publicación de la información de mi caso clínico, con fines académicos tales como; poster en eventos académicos y científicos, estudios clínicos y publicaciones en revistas científicas, por parte de mi profesional de la Salud y su equipo de trabajo e investigación.
3. He recibido la información sobre el propósito de dichas publicaciones, su utilización y sus fines académicos e investigativos, con la firma de este consentimiento manifiesto que estoy de acuerdo en el uso que se dará a dicho material.
4. Los registros médicos de su atención permanecerán archivados en la Fundación para la Investigación en Dermatología (FUNINDERMA), su historia clínica, sus resultados de paraclínicos y registros fotográficos/imagenológicos, son de carácter absolutamente CONFIDENCIAL, de manera que, solamente usted y los profesionales encargados de su atención tendrán acceso a estos datos. Por ningún motivo se divulgará esta información sin su consentimiento, la finalidad y uso de los datos personales por usted suministrados, serán exclusivamente para fines científicos de investigación, no lo identificaremos a usted de ninguna manera.

Durante todo el proceso se protegerá mi identidad en aplicación del artículo 15 de la constitución política de la ley 1581 de 2012. Sin embargo, estoy de acuerdo en facilitar toda la información que me sea requerida, para hacer el proceso de investigación de forma adecuada, con la firma de este documento hago constar que he entendido las explicaciones dadas por mi médico y/o grupo de médicos, y manifiesto que estoy totalmente de acuerdo con el proceso a llevarse a cabo.

En este proceso se me permitió expresar mis dudas y obtuve respuestas satisfactorias. En consecuencia, firmo este consentimiento, autorizando a mi médico especialista y su grupo de trabajo para el uso de la información y el resultado obtenido en dicho trabajo de investigación.

Para tal fin no cancelare ningún costo adicional, tampoco recibiré por esto ningún tipo de pago.

NOMBRE DEL PACIENTE

Firma del paciente o responsable en menor de 18 años
C.C. N° _____

MEDICO TRATANTE
C.C. N° _____

PERSONA ENCARGADA DE LA INVESTIGACIÓN
C.C. N° _____

ANEXO 7.

Versión: 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTA

Yo _____ identificado con documento de identidad _____ de _____, como ciudadano consiente y en pleno uso de mis capacidades; hago constar que:

Que, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al Doctor mencionado al inicio de este documento, para que este profesional de la salud en ejercicio legal de su profesión realice los servicios teleorientación, Telemedicina o Telesalud al paciente detallado al inicio de este documento a nombre propio o en representación de él como acudiente responsable, servicios que implican el uso de comunicaciones electrónicas, por tal motivo declaro y entiendo que este servicio de telemedicina no implica ningún servicio de emergencias médicas ni de atención vital, que solo y únicamente servirá para mi consulta y orientación, en el área de salud solicitada y que dependerá de la información exacta que pueda brindarle al profesional de la salud.

La comunicación electrónica significa el uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen, como mínimo, equipos de audio y video, que permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y el profesional de atención médica. Un sitio de origen es la ubicación del paciente beneficiario. El sitio distante es donde residen el médico o los proveedores de Telemedicina/Telesalud durante el tiempo de la consulta. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, enfermeras practicantes, especialistas y/o subespecialistas y terapeutas, así como también permitir que los profesionales de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del paciente, con el fin de mejorarle la atención.

Beneficios esperados de la teleconsulta:

1. Mejorar del acceso a la atención al permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención y orientación profesional de un proveedor de atención médica.
2. Evaluación, gestión y orientación médica más oportunas.
3. Los pacientes pueden ser diagnosticados, orientados y tratados desde el sitio donde se encuentren, lo que puede contribuir a mejores resultados en la prevención de la salud y como consecuencia tener tratamientos menos costosos.

La teleconsulta en salud no está limitada a los posibles riesgos como:

1. Que, a pesar de los esfuerzos razonables del profesional de la salud para dar su diagnóstico y orientación dependerá de la transmisión de la información médica de mi o de mi custodio de representación legal.
2. Que la información dada por mi podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas.
3. Que las fallas técnicas podrían ocasionar retrasos en la evaluación y diagnóstico por parte del profesional de la salud.
4. Que la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por una persona no autorizada; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas por falta de mi conocimiento en el manejo de este tipo de tecnologías.
5. Entiendo que los servicios basados en Telemedicina/Telesalud no pueden ser como los servicios de consultas presenciales, por cuanto si el proveedor de telemedicina/telesalud cree que a mí o a mi custodio de representación legal se le atenderá mejor con otro tipo de servicios (por ejemplo, servicios presenciales), seré o será orientado a un proveedor de salud en medicina presencial (Hospitales, clínicas, centros médicos, entre otros) y es mi responsabilidad garantizar que las instrucciones de referencia sean seguidas a tiempo.

6. En caso de que la información transmitida por mí no sea suficiente por mala resolución de las imágenes o por cualquier otro problema de comunicación, entiendo que puede no permitir la toma de decisiones apropiadas por parte del proveedor de servicios de salud.
7. En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca una violación de la privacidad de la información médica personal. A pesar del cumplimiento de los procesos de habeas data dispuestos en la ley 1581 de 2012.
8. Entiendo que la falta de acceso a registros o información médica completa y/o precisa suministrada por mí, puede dar como resultado reacciones adversas a medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio del profesional de la salud.

Entiendo y acepto lo siguiente:

1. Doy mi consentimiento para compartir la información de salud mía o de mi representado al personal médicos y/o proveedores de la salud que se estime conveniente, para un mejor resultado en mi consulta, diagnóstico y orientación médica.
 2. Entiendo que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de la Telemedicina/Telesalud en el transcurso de la atención mía o de mi custodio de representación legal en cualquier momento sin afectar el derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
 3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de Telemedicina/Telesalud, y puedo recibir copias de esta información de acuerdo con la resolución 2654 de 2019 y sus disposiciones legales vigentes.
 4. Entiendo que hay métodos alternativos de atención en salud que están disponibles para mí en diferentes instituciones (Hospitales, clínicas, centros médicos, entre otros) incluida la interacción presencial, y que puedo elegir otra alternativa en cualquier momento.
 5. Entiendo los beneficios anticipados del uso de la Telemedicina/Telesalud, pero entiendo que no garantizan ni aseguran los resultados.
 6. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso del tratamiento mío y / o de mi custodio de representación legal, generalmente es confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, la denuncia de abuso infantil, de personas mayores y de adultos vulnerables.
 7. Cualquier causa de acción que surja de este servicio debo hacerlo exclusivamente en Colombia y renuncio deliberadamente a mi derecho de acceder a cualquier otro foro legal.
 8. Declaro y entiendo que el profesional de la salud me ha informado por este medio acerca de los servicios los cuales implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del paciente, con el fin de mejorarle la atención.
 9. Para la atención por parte del servicio de Psicología sé con seguridad que toda la información que se obtenga durante el tratamiento en cualquier medio será confidencial y no podrá ser divulgado de manera abierta a ninguna institución o persona sin mi consentimiento. Solo en caso de que autoridades legales pertinentes expidan la consecución de esta información podrá ser utilizada. Así mismo, comprendo y pongo de manifiesto la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad, en caso de que se presente alguna situación en donde se identifique que mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad esté en riesgo. De igual manera reconozco, que, si en la relación terapeuta y paciente se evidencia la posible violación de derechos de niños, niñas, adolescentes o adultos, se activarán las rutas de atención pertinentes.
- Conozco también la autonomía que tengo sobre la decisión de continuar o no con el tratamiento y de la importancia de mi compromiso y participación activa durante la atención en psicología, cumpliendo con las tareas y actividades asignadas.
10. Acepto y doy mi consentimiento para la transmisión, grabación y almacenamiento de mi (s) consulta (s) por medio de cualquier herramienta tecnológica de comunicación instantánea, virtual o pregrabada siendo conocedor que la funcionalidad de la misma dependerá directamente de la plataforma, o herramienta

prestadora del servicio tales como herramientas de comunicación conocidas como; Zoom, Hangouts, Meet, WhatsApp Business, entre otras.

Conozco también la autonomía que tengo sobre la decisión de continuar o no con el tratamiento y de la importancia de mi compromiso y participación activa durante la atención en psicología, cumpliendo con las tareas y actividades asignadas.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre Telemedicina/Telesalud y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de Telemedicina/Telesalud en la atención médica de salud mía y/o de mi custodio de representación legal.

Por tal motivo acepto este consentimiento informado y declaro que lo he leído en su totalidad.

NOMBRE DEL PACIENTE

Firma del paciente o responsable en menor de 18 años
C.C. N° _____

MEDICO TRATANTE
C.C. N° _____

PERSONA ENCARGADA DE LA INVESTIGACIÓN
C.C. N° _____