

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FALCULTAD DE MEDICINA
“Manuel Huamán Guerrero”**

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACION



**“RELACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON EL
ÍNDICE DE SEVERIDAD DE PSORIASIS EN PACIENTES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN ENERO 2018 – MARZO 2019”**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
DERMATOLOGÍA

PRESENTADO POR: M.C. EDITH CARAZAS GAMARRA

ASESOR:

Dr. FREDDY ALCCA VILLAROEL

DERMATOLOGO DEL HOSPITALGUILLERMO ALMENARA

LIMA – PERÚ

2019

INDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	7
1.5 Limitación	8
1.6 Viabilidad	8

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definiciones conceptuales	11
2.4 Hipótesis	35

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño	36
3.2 Población y muestra	36
3.3 Operacionalización de variables	38
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	40
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	40
3.6 Aspectos éticos	42

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos	42
4.2 Cronograma	42
4.3 Presupuesto	43

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Formato PASI Ficha de registro de índice de masa corporal IMC
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Matriz de consistencia
4. Solicitud de autorización de la sede docente.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Una de las patologías más antiguas de la civilización es la Psoriasis, la definición más amplia, la expone como una enfermedad crónica de naturaleza inflamatoria de la piel, que en la que se observan pápulas y placas de naturaleza eritematosa descamativas, cubiertas por escaras de un característico tono gris o blanca de tendencia nacarada, y de ubicación y recorrido simétrico. (1.2).

Estudios epidemiológicos, establecen niveles de prevalencia en la población mundial del orden del 3%, sin embargo estudios clínicos en países del primer mundo, alcanzan tasas de prevalencia por encima del 4.6% (19), del total de casos de Psoriasis, un tercio de estos cursa con formas leves de la enfermedad, con menos del 3% de la superficie de la piel comprometida, teniendo otros sin embargo compromiso de la piel más extenso, es preciso notar que las implicancias de esta enfermedad son transversales además a aspectos de la salud global de las personas, incluyendo aspectos psicológicos sexuales e incluso ocupacionales. (2).

La causa real de la Psoriasis es poco conocida, sin embargo se postula tesis, que la asocian a una innata predisposición genética, estudios celulares evidencian múltiples anomalías en la cinética celular, enfoques bioquímicos e histomorfológicos, fortalecen la teoría de múltiples causas de la enfermedad, valorando entre otros, componentes infecciosos, inmunológicos, genéticos, metabólicos, otros tantos de naturaleza farmacológica, endocrinos, incluso psicógenos y ambientales. (3).

Estudios clínicos más recientes, han identificado posibles relaciones y/o similitudes genéticas, entre la obesidad y la psoriasis, esto al evidenciar fenotipos ligados a la obesidad y algunas otras variantes genéticas relacionadas, lo anterior podría ser consecuencia de la creciente tasa de

estilos de vida menos saludables en la población, que lo relacionaría incluso con casos más graves de enfermedad. (3).

Se ha evidenciado que, el HLA-Cw6 se constituye como el mayor locus que representa susceptibilidad genética para desarrollar psoriasis, guardaría además relación con casos de obesidad, una investigación clínica relaciono que la presencia simultánea de obesidad y HLA- Cw 6 están relacionados con un incremento de hasta 35 veces la posibilidad de presentar psoriasis, esto en comparación con un grupo de pacientes con niveles de peso normal y HLA-Cw6 negativo. (4)

Es importante anotar, que, en la etiología de la enfermedad, están presentes los linfocitos, que son células componentes del sistema orgánico inmunitario, que producen y liberan elevadas concentraciones de citoquinas, siendo estas últimas sustancias de efecto proinflamatorio, finalmente responsables de las lesiones por psoriasis.

Múltiples estudios, han evidenciado que el tejido de tipo adiposo, ya no es únicamente un mero y pasivo concentrador de energía, en ccambio que se constituye en un genuino órgano con funciones endocrinas y metabólicas de gran y potente actividad, se conoce además que, la obesidad como tal , representa un proceso de tipo inflamatorio de naturaleza crónico, en el que unos de los grupos celulares más protagónico, sería el macrófago del sistema adiposo. (2.3).

En la actualidad, se tiene a disposición basta y suficiente prueba científica, que permite afirmar, que los procesos inflamatorios propios relacionados a obesidad, concurren también de manera positiva en el desarrollo de otros fenómenos patológicos, que originan el síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular y la psoriasis, es por eso que algunos criterios inflamatorios crónicos se postulen, en base a estudios epidemiológicos, que toman en consideración marcadores de riesgo cardiovascular, con énfasis en el incremento de niveles de la PCR, la IL-6, el TNF y la leptina en suero, simultáneamente menguas de la concentración de adiponectina e IL-10, los

que guardan una influencia positiva y creciente con desórdenes, que precipitan el síndrome de tipo metabólico, incluidas la obesidad. (1.3).

El resultado de estudios celulares, concluyen que la inflamación sistémica de naturaleza crónica, que se presenta en los cuadros de psoriasis, guarda relación con un aumento de adipocitoquinas, tales como TNF alfa, leptina, adiponectina, y el inhibidor 1 del activador plasminógeno (PAI-1). Numerosos reportes clínicos, además, demuestran la asociación entre síndrome metabólico y casos de psoriasis. (3.4).

De todo lo anterior, se considera oportuno, coadyuvar a generar mayor evidencia científica, que permita de manera sólida demostrar esta asociación, y que como consecuencia de esta, se pueda considerar al índice de masa corporal elevado, como predictor de posibles casos de severidad en la psoriasis.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el índice de masa corporal y el nivel de gravedad de psoriasis, en personas adultas hasta los 60 años de edad, usuarios del servicio de Dermatología, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, Periodo Febrero 2018- Marzo 2019?

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar qué relación existe entre el índice de masa corporal y la gravedad de la psoriasis en personas adultas hasta los 60 años de edad, usuarios del servicio de Dermatología, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, Periodo Febrero 2018- Marzo 2019.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar condiciones demográficas, referentes a edad, sexo, procedencia y ocupación, de los pacientes con diagnóstico de Psoriasis.
2. Describir las manifestaciones clínicas de la Psoriasis y su relación con la severidad en los pacientes del grupo atareo comprendido entre 18 a 60 años.
3. Calcular el índice de Masa corporal en pacientes con diagnosticados con Psoriasis comprendidos entre las edades de 18 a 60 años.
4. Determinar la influencia de la Obesidad en relación a casos de la psoriasis en pacientes adultos hasta los 60 años de edad.

1.4 JUSTIFICACION

El presente estudio, se justifica, en la probabilidad de establecer, la posible relación entre el índice de masa corporal y el nivel o grado de severidad de la psoriasis en personas usuarias del Servicio de Dermatología, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, de la Seguridad Social Peruana.

Los resultados de la presente investigación, serán un aporte para los profesionales en salud, al complementar nuestros niveles de abordaje, focalizados en lo orgánico, tomando en consideración las dimensiones psicosociales de la enfermedad, planteando un enfoque integral que englobe los criterios de bienestar orgánico y psicológico de cada paciente, sin descuidar su entorno familiar y social.

1.5 LIMITACION.

La presente investigación, presenta las siguientes limitaciones:

- Datos incompletos en el registro de la Historia Clínica de los pacientes, población de estudio.
- Subregistro de atenciones, del servicio de Dermatología.

1.6 VIABILIDAD

La presente investigación, es factible de realizarse, por existir abundante y suficiente información bibliográfica, para realizarla, además la expectativa que genera en el equipo del servicio Dermatología, respecto a sus resultados.

- Viable por la capacidad del investigador.
- Financiamiento adecuado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1.- Lucy Bartolo, Jeny Valverde (5). “síndrome metabólico como factor de riesgo en adultos con psoriasis” entre los resultados de la investigación “se tiene que el Síndrome Metabólico presentó una incidencia del orden del de 44.8% en casos en relación 27.2% en los pacientes del grupo de control. Estos resultados no son estadísticamente concluyentes ya que cuenta con OR: 2.04, pero con IC95% (0.74- 5.68) y $p=0.161$. En relación a Obesidad abdominal que fue el único factor asociado a Psoriasis Vulgar con un OR: 5.00, IC95% (1.49-16.83) y $p=0.013$. Estos resultados postulan que los antecedentes familiares y la obesidad, son dos factores a tomar en cuenta en los casos de adultos con diagnóstico de psoriasis”..

2.1.2.- Yanina Padilla Tresierra (6) realizó el estudio clínico “Sobrepeso, Hipertensión Arterial y Diabetes como factores asociados a Psoriasis Vulgar. Hospital Lazarte, 2016” los resultados de este estudio indican que “el Sobrepeso, junto a la Diabetes Mellitus tipo 2, y la Hipertensión Arterial, se constituyen en factores agravantes en relación a casos de Psoriasis. Se obtuvieron resultados para el Sobrepeso como factor asociado con un OR= 10.25, IC 95% (2.48 – 16.86). Finalmente La Diabetes Mellitus se identificó factor de riesgo teniendo OR= 2.6, IC 95%”. (1.24 – 3.76).

2.1.3 - Ponce-Rodríguez et al. (7) En su trabajo “características clinico epidemiologicas en pacientes con Psoriasis que acudieron a consulta del Hospital de la Policia Nacional del Peru” identificaron las características clínicas en un total “100 pacientes psoriásicos que acudieron a consulta dermatológica, de los cuales el 77% presentaron dislipidemia; 20% HTA; y 17% DM. (13) 50% sobrepeso, con lo que confluyeron que existe relación entre componentes del síndrome metabólico y Psoriasis”.

2.1.4.- León corazón Tessi Betsi Liset (8). En un estudio de casos y controles: “factores de riesgo asociados a la psoriasis” Hospital Sergio Bernales-Lima”. se “muestreo a 24 pacientes con diagnóstico de psoriasis y 41 controles, con el objeto de demostrar si la edad, el sexo, la obesidad, y hábitos el alcoholismo eran factores relacionados con casos psoriasis. Teniendo como resultado que, las pacientes con obesidad presentan mayor probabilidad de desarrollar psoriasis, el 58.3% de pacientes presentó sobrepeso y un 8.3% presentó obesidad tipo I (OR:1.75), en lo referente a los hábitos, el tabaquismo no se mostró significativamente estadístico (25%) mientras que el alcoholismo (29.2%) tampoco representaba asociación estadística. Por último, la investigación determino que, dentro de los factores de riesgo para casos de psoriasis, se consideraban a la edad, el sexo y la obesidad como los más prevalente”..

2.1.5.- Rodriguez Zuñiga, et al (9) en su estudio “Relación entre psoriasis y síndrome metabólico en Latinoamérica revisión sistemática Metaanálisis” en la que se evidencia que “personas con diagnóstico de psoriasis presentan creciente presencia de SM que la población general (entre el 14% al 40%). Adicionalmente, se encontró que existe un resultado proporcional al cruzar el grado de severidad de psoriasis con el nivel de asociación. Esto es que, aquellos pacientes con mayor severidad de psoriasis tuvieron mayor frecuencia de desarrollar SM (OR 1,98; IC95%: 1,62-2,43) que aquellos que tenían formas leves (OR 1,22; IC95%: 1,11-1,35). En nuestro país la literatura sobre el tema de estudio es escasa”.

2.1.6.-Lara Ascencio Elizabeth (10). en la tesis “Factores de riesgo Cardiovascular Asociados a la Psoriasis”, que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo cardiovascular asociados a diagnostico Psoriasis vulgar. Se observó que, “dentro de los datos de estudio los antecedentes familiares de Psoriasis indicaron asociación con la patología motivo de estudio (20.8% vs 6.9% OR=3.525,p 0.007) referente a las patologías estudiadas la Diabetes Mellitus tipo 2 (24.8%

vs 9,9% OR= 0.009).la hipertensión arterial (44.6% vs 28,7% OR= 1.995 P0.028), el Sobrepeso (77.2% vs 53.5%, OR= 2.952, p 0.001) y la Dislipidemia (49.5% vs 26.7%, OR= 2.687, p 0.001)".

2.1.7.- Salvador Arias Santiago et al (11). En la tesis "Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con psoriasis grave" estudio de corte observacional analítico y retrospectivo. Se pudo demostrar "la mayor prevalencia de síndrome metabólico tomando en cuenta los parámetros de la ATP-III en los pacientes con diagnóstico de psoriasis grave. respecto a un grupo control. Concluyen además que era necesario realizar un screening cardiovascular para poder estimar parámetros clínicos de síndrome metabólico y así iniciar un tratamiento preventivo de ser necesario". (8)

2.1.8.- En el año 2011 María Magdalena Farias, Claudia de la cruz Chile realizaron el trabajo: "Estudio transversal: evaluación de prevalencia de comorbilidades con la severidad clínica de la psoriasis" en esta investigación se observó que "un grupo de pacientes con casos de psoriasis severa curso junto a una mayor probabilidad de pertenecer al grupo de pacientes con diagnóstico de IMC que es compatible con obesidad (OR psoriasis severa 3.09 p=0.02) además se encontró una correlación estadísticamente significativa e importante entre IMC y PASI". (15)

2.1.9.-El 2013 Amtrong a. Hanskamps en Colombia, desarrollaron el estudio "psoriasis y síndrome metabólico; una revisión sistemática metaanálisis de estudios observacionales". En el que se pudo demostrar que "estos pacientes presentaban doble de riesgo (RM 2.6 IC 95% 1.70-3.01) y posibilidad de presentar síndrome metabólico, en relación a la población en general. En este estudio También se determinó que existe relación entre el grado severidad de esta patología y la incidencia de esta misma. Esta relación se explicó por la participación de los niveles de interferón alfa.IL2 e IL 18 en la patogenia del Síndrome metabólico con los casos de psoriasis, entendiéndose que a mayor prevalencia de obesidad la

severidad clínica de la psoriasis se incrementa significativamente” (11).

2.1.10.-En junio del 2013 Rolando Rojas, Héctor Castañedos Colombia, realizaron el estudio” prevalencia del síndrome metabólico, severidad clínica y calidad de vida en pacientes con psoriasis del hospital universitario de la samaritana”. En esta investigación de tipo descriptiva y prospectiva, se observó a “pacientes con diagnóstico de psoriasis, a los cuales se les cuantifico las zonas de psoriasis y se analizó el índice de severidad (PASI) junto al índice de calidad de vida (DLQI) estableciendo la presencia de los componentes del síndrome metabólico en consideración a criterios de la International Diabetes Federation (IDF) para las poblaciones sudamericanas. De estos resultados en el que se incluyeron 72 pacientes, 36 hombres y 36 mujeres, cuyo rango de edad era prevalente entre los 41 y 64 años (69,2%), la psoriasis fue leve en su mayoría, del orden el 67,3%. El 84.6% presento un compromiso en su nivel calidad de vida. El síndrome metabólico se documentó en un 59.6% y la artritis psoriásica en un 19.2%”. (17)

2.1.11.- Entre mayo a agosto del 2013, Fermín Jurado Santa Cruz, Gabriela Peralta cordero México. Realizaron el estudio: “psoriasis y síndrome metabólico en pacientes que acuden al centro dermatológico Ladislao de la Pascua” se incluyeron “39 pacientes con diagnóstico de psoriasis con placas, el 43.5% de estos con (IC 95%,) fueron diagnosticados con síndrome metabólico. Al comparar casos con y sin síndrome metabólico se observaron diferencias estadísticamente significativas, se concluyó que los pacientes con psoriasis tenían hasta el doble de posibilidad de desarrollar síndrome metabólico”. (12)

2.1.12.-El año 2016 Valdez Solís, colorado Garcia.Mexico, hicieron el estudio: “asociación entre la Psoriasis y el síndrome metabólico”, en el que “se incluyeron a 132 pacientes (60% varones y 40% mujeres) las edades de

los pacientes estuvo entre 18 y 55 años, hallándose una presencia elevada de sobrepeso y casos de obesidad (73%) y signos de síndrome metabólico en 37% de estos pacientes. simultáneamente se encontró una relación estadísticamente importante entre el síndrome metabólico y la severidad de casos de psoriasis ($p=0,0001$), la ingesta de alcohol ($p=0.001$) y el tipo de tratamiento de la psoriasis. Se concluyó que una alta prevalencia del síndrome metabólico junto a cada uno de sus signos integrantes, especialmente la obesidad, tenían una relación altamente correlacionante del Síndrome con tipos graves de psoriasis". (14)

2.1.13.- el año 2015 Caroline Chanosur, Roberto Arenas. En México Veracruz. En su investigación: "Psoriasis estudio descriptivo y comorbilidades asociadas" obtuvieron "resultados que coinciden con otros similares publicados en la literatura internacional, se describió que la psoriasis es un trastorno inflamatorio sistémico con un amplio rango de comorbilidades, lo que obliga a investigar la presencia de enfermedades asociadas, especialmente tomar en cuenta la obesidad. a fin de brindar un abordaje integral y sistémico de estos pacientes". (13).

2.1.14.- En el 2017 Ca Zaffarana, E.Schmarga en Argentina. Realizaron el "prevalencia de la obesidad en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica y factores asociados". Entre las conclusiones de este estudio se tiene que, "más del 75% de las personas de la muestra tenían un IMC anormal, lo que lleva a concluir que la presencia de obesidad se relacionó a peor capacidad funcional de BASFY y a una mayor presencia de dolor. y tener un $IMC > 25$ se asociaba a de DBT II. A mayor severidad de casos de artritis psoriásica". (16)

2.1.1 BASES TEORICAS:

2.1.2 DEFINICION

La psoriasis es una patología inflamatoria de con presencia en el tiempo y recurrente. Que se caracteriza por afectar a la piel, además, “se ha observado relación de psoriasis con los compromisos eventuales de otros órganos y sistemas, tales como el músculo-esquelético, el gastrointestinal y los ojos, motivo por el cual en la actualidad se reconoce a la psoriasis como una patología cuyas consecuencias e interés dentro del conocimiento y practica de las diversas especialidades clínicas sobrepasa el reconocido compromiso de la piel”. (10)

Aunque raras veces la psoriasis resulta ser letal amenazante para el paciente, sí puede presentar un alto grado de morbilidad y determinar una disminuida calidad de vida en aquellos que la padecen, “además relacionarse o presentarse junto a otras enfermedades, lo cual genera un mayor impacto clínico en las personas . Entre las comorbilidades más típicas asociadas a psoriasis se encuentran la artritis psoriásica, además de cuadros de trastorno ansioso-depresivo” (10,13).

2.1.3 FISIOPATOGENIA

La psoriasis es considerada como un todo multifactorial, posiblemente relacionada en su etiología por múltiples genes, así también por diversos factores de tipo ambiental: se describen “Factores de orden exógenos y otras tantos de tipo endógenos tales como el estrés, el trauma, el tabaquismo, el uso de ciertos fármacos (beta-bloqueadores, litio, antimaláricos, Anti-inflamatorios no esferoidales (AINEs), Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), gemfibrozil, interferón, imiquimod), adicionalmente se considera, la infección por el virus humano de la autodeficiencia, la faringitis estreptocócica, factores ambientales como la baja humedad, el clima frío, la dieta y la obesidad se han asociado con casos de psoriasis , ya sea originándola , agravándola o modificando su curso”. (10).

“El trauma es un muy amplio responsable de lesiones en piel por psoriasis. Diferentes agresiones pueden estimular este tipo de respuesta en la entidad, entre estas injurias tenemos heridas, arañazos y quemaduras solares; éste es el llamado fenómeno de Koebner (también conocido como respuesta isomórfica), que es un fenómeno de todo o nada, de forma tal que, si la psoriasis ocurre en un sitio de injuria, ocurrirá simultáneamente en todas las zonas donde ésta se presente con iguales características” (10,30).

La relación que existe entre la psoriasis y los antígenos del complejo mayor de histo- compatibilidad de clase I fue descrita en los años 1970; al principio se estableció con el HLA-C, específicamente HLA-Cw6; varios alelos HLA-B también eran observados; HLA-B27 y HLA-B7 se relacionan específicamente con tipos de psoriásica; Además, el TNF alfa ha sido detectado en entesis con procesos inflamatorios y la anulación de esta ha sido usado exitosamente para el tratamiento de la enfermedad. Pacientes con HLA-Cw 0602 presentan una más alta incidencia de exacerbaciones inducidas por Streptococcus y de koebnerización (10,22).

En atención a la relación con los factores de orden cromosómico, HLA-Cw6 es el factor de predisponente más importante y el que provee el riesgo más significativo asociado con los HLA (10)

La psoriasis se caracteriza, entre otros signos, por presentar la epidermis con evidente proliferación y diferenciación elevadas, además de cursar junto a anomalías de tipos bioquímicas, inmunológicas, inflamatorias y vasculares. (16)

La enfermedad frecuentemente se manifiesta por una placa de característica eritematosa de forma ovalada, con límites bien definidos, con una escama de color gris adherente; las escamas se originan en la epidermis hiperproliferativa con una maduración anticipada e incompleta cornificación de los queratinocitos (14,10)

En el aspecto inmunológico, “la psoriasis es una entidad inducida por células T. la observación de una serie de linfocitos T que generan interleucina 17 ha

inducido a sugerir que estas células desempeñan un papel importante en la psoriasis, de igual manera sucede en casos de otros desórdenes epiteliales de tipo autoinmunes, entre ellos la enfermedad de Crohn". (10,13,14).

Con todo lo anterior, la mayoría de células de clase T de la epidermis son CD8 positivas y, por lo que probablemente responden a antígenos presentes en el contexto del complejo mayor de histo-compatibilidad de clase I, tal como el HLA-Cw6 (Mehta NN. Los casos de psoriasis gutata, por citar una es particular, se asocia marcadamente con el HLA-Cw6. Este tipo de psoriasis en particular por lo general está precedido por una faringitis por Streptococcus. Curiosamente, otras afecciones de la piel también, tales como el impétigo o la erisipela no tienen la visible inclinación que sí tiene este tipo de faringitis en espacial para desencadenar una psoriasis (10).

2.1.4 DIAGNOSTICO

La psoriasis se presenta independientemente a la edad del ciclo de la vida. Sin embargo, es más probable sin embargo que debute entre las edades de 15 a 30 años, "pero puede darse desde el momento del nacimiento hasta la octava o novena décadas de la vida inclusive. Tiene dos picos de inicio, el uno de los 20 a los 30 años y el segundo de los 50 a los 60 años; 75% de los casos comienza antes de los 40 años; siendo la edad promedio de diagnóstico es de 28 años". (10,13).

La enfermedad Presenta alta diferenciación clínica, con marcados episodios de remisión y exacerbación; estadísticamente uno de cada cinco pacientes presenta formas moderadas a severas de la enfermedad. "Se han postulado dos tipos de psoriasis: El tipo I y el tipo II; siendo la tipo I más prevalente en edades menores o igual a los 40 años, tener una relación más familiar y estar asociada fuertemente con el complejo mayor de histocompatibilidad HLA-Cw6 (Ho P, 2004). La prevalencia de psoriasis tiene una distribución homogénea entre hombres y mujeres" (10,22).

La historia clínica correctamente recogida, como un buen examen clínico son

frecuentemente todo lo que se necesita para tener un diagnóstico de certeza .
“Pueden observarse más de un tipo clínico en un mismo paciente, ya sea paralelo o durante todo el curso de la enfermedad, éstas incluyen: placas, gutata (o en gotas), invertida, pustular (localizada y generalizada) y eritrodérmica. Entre ellas, la psoriasis en placas es la más frecuente, esta forma clínica también es conocida como psoriasis vulgar, se desarrolla entre el 85-90% de todos los casos estudiados; las placas, que varían en tamaño desde 1 a varios centímetros, se ubican característicamente sobre las superficies extensoras de las extremidades, peculiarmente en los codos y las rodillas, en cuero cabelludo, región lumbosacra, glúteos y genitales inclusive” (14,15).

2.1.5 SEVERIDAD DE LA PSORIASIS

Uno de los objetivos más trascendentes de las medidas farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento de psoriasis, no existiendo cura, es poder frenar la extensión y la severidad de la enfermedad, de forma tal que ésta no afecte determinadamente la calidad de vida de los pacientes. (17,22)

. Los elementos claves a considerar en el compromiso clínico en pacientes con diagnóstico de psoriasis incluyen:

- 1) Factores físicos, tales como el prurito, irritación, y dolor, discapacitando el uso las manos o de las piernas;
- 2) Problemática psicosocial, que incluyen la autopercepción, vergüenza, frustración, sentimientos de ira, depresión, estigmatización social , preocupación, baja autoestima, hábitos para para ocultar signos, la inhibición social, vulnerabilidad, incluso rechazo;
- 3) Problema de índole sexual, que se evidencia con sentimientos de carencia de atractivo físico, conduciendo a una vida sexual disminuida y preocupación acerca de la reacción de la pareja ante la presencia y curso de la patología.
- 4) Problema, laboral. Presencia paralela de afecciones físicas y psicosociales, tales como artritis psoriásica, alteraciones cardíacas, diabetes, depresión,

abuso de alcohol, tabaquismo y obesidad: Definitivamente los aspectos relacionados con el nivel de vida pueden inducir determinadamente el desarrollo de la enfermedad (10,17,22)

Tomando en cuenta la bibliografía disponible, el PASI resulta ser en la actualidad “el criterio de medición de severidad clínica de psoriasis más válido y de uso universal en el manejo de un paciente adulto con enfermedad; se aplica desde el año 1978 en ensayos clínicos para la evaluación clínica ante la respuesta terapéutica. Igualmente, se han desarrollado y estructurado instrumentos psicométricos para medir y cuantificar el funcionamiento y bienestar de los pacientes con diagnóstico de psoriasis; el Dermatology Life Quality Index (DLQI) es una escala dermatológica que posee una correlación positiva con el PASI. El DLQI ha sido validado frecuentemente en múltiples estudios relacionados con psoriasis”. (12,13).

2.1.6 ÁREA DE PSORIASIS E INDICE DE SEVERIDAD

Al utilizar la escala PASI para evaluar la gravedad de las lesiones por psoriasis, las placas de la piel son evaluadas tomando como cuenta tres criterios de importancia clínica: Eritema, grosor de la placa y descamación; la gravedad de la lesión por psoriasis se califica entonces en una escala de 0 a 4 por cada uno de los tres criterios anteriores (0 indica ningún compromiso; 4 evidencia un compromiso extenso y severo). Para esta evaluación el cuerpo se divide en 4 zonas: Cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores; para cada una de estas zonas el área de superficie corporal comprometida se evalúa en el orden de 0 a 6 puntos (donde 0 es no compromiso; 6 indica más de 90% regiones con compromiso), finalmente se calcula un puntaje global que va de 0 (sin enfermedad en piel) hasta 72 puntos (enfermedad severa) (22)

Para efectos prácticos de aplicación, PASI se cuantifica de la siguiente forma:

$PASI = 0,1 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escamas}) \times \text{zona (cabeza)} + 0,3 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escamas}) \times \text{zona (tronco)} + 0,2 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escamas}) \times \text{zona (miembros superiores)} + 0,4 \times (\text{eritema} + \text{infiltración} + \text{escamas}) \times \text{zona (miembros inferiores)}$.

Usando como criterio, la cuantificación de 0 a 6 puntos:

0. Sin afectación.
1. Menor al 10%.
2. 10 a 29%.
3. 30 a 49%.
4. 50 a 69%.
5. 70 a 89%.
6. 90 a 100%.

Es necesario, precisar que en este análisis el cuello y las regiones de los glúteos se consideran como parte de la región del tronco, las axilas pertenecen a los miembros superiores y los pliegues génito-femorales, a los miembros inferiores.

Se observa y cuantifica la gravedad del compromiso de las lesiones psoriásicas de acuerdo a en uno de los siguientes tres signos: Eritema, infiltración y escamas, utilizando para este fin una tabla con “niveles de 0 a 4:

0. Signo ausente.
1. Expresión ligera.
2. Expresión moderada.
3. Expresión intensa.
4. Máxima intensidad”.

La forma como se fijan los criterios para registrar estos valores serán:

Para la escama:

0. Ausencia de escama.
1. Escama mínima, pequeña, escama en forma de polvo, semejante a la de la pitiriasis rosada o la lesión por *Trichophyton*

rubrum en las palmas.

2. Escamas delgadas, similares a la lesión de la tiña versicolor.
3. Escamas de mayor extensión, que superponen gran parte de la lesión.
4. Escamas bastantes gruesas.

Para el eritema:

0. Piel sin alteración de color, con mácula residual y no presencia de eritema.
1. Suave, eritema apenas perceptible.
2. Eritema pronunciado, pero aun no de tonalidad roja oscura.
3. Eritema más marcado, pero no tan marcado como en el nivel máximo.
4. Eritema característico de la psoriasis en placa sin tratamiento, después de desprendidas las escamas.

“Para la infiltración:

0. Induración no perceptible.
1. Induración de tamaño pequeño.
2. Induración evidentemente palpable, similar un granuloma anular, con escaso aumento del grosor de la piel.
3. Lesión definitivamente elevada, con induración fácilmente palpable.
4. Lesión elevada, con induración severa o liquenificación”

El grado de gravedad de la psoriasis de acuerdo a los criterios del PASI se han estandarizado como leve (PASI <7), moderado (PASI 7-12) y severo (PASI >12) (5,9,12). Es importante anotar que según Feldman si los pacientes presentan cuanto menos 10% de superficie corporal afectada y un PASI mayor o igual 12 tienen enfermedad grave (17,22).

Tomando en cuenta al PASI frente al éxito a corto plazo de las diferentes terapias, se estructuran las siguientes mediciones y categorías:

- Aclaramiento ($\geq 90\%$ de mejoría en el PASI, con respecto al nivel basal).
- Respondedor ($\geq 50\%$ y $< 90\%$ de mejoría en el PASI, comparado con los valores iniciales).

No respondedor (< 50% de mejoría en el PASI y un incremento <50%, frente al valor primario).

Empeoramiento (\geq 50% de aumento del PASI, con respecto al valor primario)

“El PASI-90 esta conceptualizado como una decrecimiento de más de 90% en el PASI inicial en el corto plazo, esto es periodos de 70 a 90 días en promedio lo que representa la situación más favorable en cuanto a aclaramiento o casi aclaramiento”.

El PASI-75 en cambio se ha establecido como el estándar o regla de oro para la evaluación y medición del nivel de éxito a corto tiempo de las diferentes terapias de tratamiento de la psoriasis moderada a severa. (17,27).

2.1.7 PSORIASIS E INDICE DE MASA CORPORAL

En la actualidad se ha comprobado a través de estudios clínicos que los pacientes con psoriasis cursan con una mayor incidencia de algunas alteraciones o desordenes metabólicos. Dentro de ellas destacan casos de pacientes obesos, diabéticos la hipertensión arterial, los que se engloban juntos dentro del llamado Síndrome metabólico. Al mismo tiempo se ha considerado y asociado los casos de psoriasis como un signo que describe mayor riesgo de infarto de miocardio. (9,10).

2.1.8 DIAGNOSTICO DE LA OBESIDAD

La obesidad se considera enfermedad de naturaleza crónica, que se caracteriza por un elevado grado de peso corporal, como resultado de un depósito incrementado de energía en forma de grasa. En un más sentido puntual se define a la obesidad al exceso de peso por acumulación de la masa grasa corporal en relación directa con la altura del paciente. El diagnóstico de obesidad se establece tomando en cuenta los criterios de medición del índice de masa corporal.

En la actualidad “la Organización Mundial de la Salud, plantea clasificar a toda la población mundial adulta según puntos del Índice de Masa Corporal que establece los siguientes cuatro niveles: entre 18,5 y 24,9 se considera normal, entre 25 y 29,9 kg/m² indica sobrepeso y un IMC mayor a 30 kg/m² es elemento diagnóstico de casos obesidad” (9,17).

2.1.9 OBESIDAD

El Tejido Adiposo en su conjunto es el órgano más extenso del cuerpo humano en el adulto; el cual está compuesto por células especializadas llamadas adipocitos, que tienen como función central, servir de reservorio de energía en forma de ácidos grasos. (9,10).

Como sustancias mediadoras de todos estos procesos, se conocen y estudian múltiples sustancias originadas de los adipocitos (adipocinas) y al mismo tiempo un creciente y abundante “tipos de citocinas proinflamatorias, tales la proteína C reactiva (PCR), además del factor de crecimiento, activador del plasminógeno (PA-1), IL-1, IL-6 y factor de necrosis tumoral alfa (TNF-). Todas ellas moléculas biológicas que, a través de sus efectos directos e indirectos”. explicarían el comportamiento inflamatorio de la obesidad y su grado de correlación con otros procesos inflamatorios sistémicos, tipo la psoriasis. (17)

2.1.10 ADIPOCINAS

son sustancias capaces de inducir al desarrollo de casos de obesidad (leptina), la intolerancia a la insulina (resistina), procesos inflamatorios, dislipemia, aumento de los niveles de coagulación, , todos los anteriores relacionados en el origen y desarrollo del síndrome metabólico. (16.21).

2.1.11 ADIPONECTINA

Queda demostrado que los niveles de adiponectina en el torrente sanguíneo son menores cuando existe un incremento de tejido adiposo intraabdominal,

en la dislipemia, en los pacientes con intolerancia a la insulina, en las enfermedades cardiovasculares y también en la hipertensión arterial (12).

2.1.12 LEPTINA

Es una sustancia mayoritariamente generada por los adipocitos, pero al mismo tiempo se encuentra en tejidos biológicos como la placenta, los ovarios, el músculo esquelético, y órganos como el estomago y el hígado. La leptina es capaz estimular los vasos sanguíneos y el crecimiento de queratinocitos, al mismo tiempo, junto con la obesidad, pueden ser factores asociados a psoriasis (14,15)

2.1.13 RESISTINA

Es un tipo particular de adipocina originada del tejido adiposo y está relacionada principalmente a procesos inflamatorios, inmunidad, obesidad, así como a la intolerancia a la insulina. Citocinas proinflamatorias como el TNF-, la IL-1-, la IL-6 y los lipopolisacáridos son capaces de aumentar los niveles de resistina y esta, a su vez, puede aumentar la producción de TNF- y IL-12. (15,16).

2.1.14 PROTEINA RETINOL BINDING 4

Esta es un tipo particular de proteína de transporte de retinol, generada y liberada por células hepáticas hepatocitos. Se ha observado que un elevado nivel de resistencia a la insulina, así como afecciones cardiovasculares y obesidad. (16).

2.1.15 OMENTINA

La omentina es un tipo de proteína que se produce principalmente en las células del tejido adiposo visceral (células estromales). Esta proteína Seria la

responsable de incrementar la sensibilidad a la insulina. Está relacionada con la etiología de la obesidad y otras patologías que guardan relación con ella. (16).

2.1.16 QUEMERINA

es una proteína que tiene como función regular el crecimiento y proliferación de adipocitos y otros efectos metabólicos, juega un doble papel tanto en mediar la inflamación como en el metabolismo. De esta forma asocia la inflamación crónica y la obesidad. (16,17)

2.1.17 OBESIDAD Y PSORIASIS

Los primeros estudios que sugieren asociación entre obesidad y psoriasis se originan de estudios epidemiológicos europeos. (21).

REPERCUSION DE LA OBESIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

El manejo de las personas obesas con psoriasis presenta varios retos. de un lado , la obesidad está asociada con una menor respuesta a los tratamientos farmacológicos y biológicos, que puede deberse a factores farmacocinéticos como la disponibilidad y transporte de los fármacos.

Además la menor eficacia y la mayor probabilidad de presentar efectos adversos ante esquemas farmacológicos, la obesidad representa un incremento importante del costo relacionado a los fármacos que se administran en función directa del peso del paciente. (22,23)

2.1.18 NUTRICION Y PSORIASIS

El papel de la nutrición en el desarrollo la evolución clínica de la psoriasis se origina como resultado de la observación de una mejora en los síntomas en durante períodos de ayuno y baja ingesta calórica.

Los estudios descritos en la presente investigación, coinciden en describir la dieta hipocalórica como un posible factor coadyuvante y de apoyo en el tratamiento de casos la psoriasis. (23)

HIPOTESIS:

Los niveles de gravedad de casos la psoriasis, está directamente influenciada con el incremento del Índice de Masa Corporal en personas adultas de 19 a 60 años, usuarias del Servicio de dermatología.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACION

El tipo de la investigación es Descriptivo, transversal retrospectivo.

Diseño que hace posible lograr con el objetivo de identificar la relación que existe entre el índice de masa corporal y la gravedad de la psoriasis de las personas que acuden al Servicio de Dermatología.

3.1.1 POBLACION

La población en este estudio, serán los Pacientes, agrupados entre las edades de 19 a 60 años, con diagnóstico de Psoriasis, usuarios del Servicio de Dermatología, durante febrero del 2018 a marzo del 2019.

3.2 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes entre las edades de 19 a 60 años de edad
- Pacientes con diagnóstico definitivo de Psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- Pacientes de sexo masculino y femenino con diagnóstico de Psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes embarazadas al momento del estudio.
- Pacientes que reciban tratamiento y manejo por sobrepeso.

3.3 VARIABLES

3.3.1 SISTEMA DE VARIABLES

3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable Razón y naturaleza	Categoría o unidad	Indicador
Edad	Número de años desde el momento del nacimiento.	Número de años registrados en la historia clínica	Razón discreta	Independiente cuantitativa	Años cumplidos	Fecha de nacimiento
Sexo	Género biológico	Género indicado en la historia clínica	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	0=Femenino 1=Masculino	Hombre Mujer
Procedencia	Lugar geográfico de origen, nacimiento o residencia	Lugar de origen	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	0=Lima 1=Provincia	Lugar donde vive
Ocupación	Empleo que desempeña u oficio, actividad económica a la que se dedica	Oficios de los pacientes registrados en la ficha de datos	Nominal politómica	Independiente cualitativa	0=Oficina 1=Obrero 2=Campesino 3=Ama de casa 4=Otro	Empleo u oficio
Estado civil	Situación jurídico legal de relación con otras personas en la	Estado civil registrado en la ficha de datos	Nominal politómica	Independiente cualitativa	0=Soltero 1=Casado 2=Conviviente	Tipo de estado civil

	comunidad.				3=Separado 4=Viudo	
Grado de instrucción	Nivel académico alcanzado como consecuencia del proceso educativo	Grado de instrucción registrado en la ficha personal	Ordinal Politómica	Independiente cualitativa	0=Analfabeto 1=Primaria 2=Secundaria 3=Superior	Primaria Secundaria Superior Superior universitario
Antecedentes personales	Circunstancia médicas, relacionadas al estado de salud anterior.	Enfermedad anterior	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	0=No 1=Sí	
Comorbilidades	Patologías acompañantes o paralelas. Presentes al momento de la observación.	Enfermedades registradas en la historia clínica	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	0=No 1=Sí	Diabetes Obesidad

	“El índice de masa corporal (IMC) Indicador cuantitativo de la relación entre el peso en kg y la talla”.	Medidas antropométricas Talla peso	Kg/m ²	“Delgadez severa < a 16,00 Kg/m ² Delgadez moderada 16,00 a 16,99 Kg/m ² Delgadez leve 17,00 a 18,49 Kg/m ² Normal 18,50 a 24,99 Kg/m ² Sobrepeso > a 25,00 Kg/m ² Pre obeso 25,00 a 29,99 Kg/m ² Obesidad > a 30 Kg/m ² Obesidad leve 30,00 a 34,99 Kg/m ² Obesidad moderada 35,00 a 39,99 Kg/m ² Obesidad mórbida > a 40,00 Kg/m ² ”
PASI	Escala de medición de la gravedad de las lesiones por Psoriasis	Índice de severidad	“Índice de severidad y área de psoriasis de la piel Afectada”.	1=Leve (PASI <7) 2=Moderada (PASI 7-12) 3=Severa (PASI >12)

3.5.- TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

En la presente investigación se hará uso de la técnica de observación.

Para el registro de la información se utilizará una ficha de datos, la cual será aplicada al total de la población motivo de estudio, ficha técnica de recolección de información elaborada por la investigadora.

3.6. ANALISIS DE LA INFORMACION

3.6.1 ANALISIS ESTADISTICO

El análisis de la información se hará, con el uso de programas informáticos, tipo Excel, para la elaboración de una tabla de datos. En la que se codificara a cada participante de la investigación.

Los datos se procesaran y analizaran en el paquete estadístico SPSS. Para

poder describir medidas de tendencia central, observar y evaluar su comportamiento, para inferir conclusiones.

El nivel de correlación entre variables se analizara a través de test probabilísticos de asociación para probar la hipótesis y relación estadística, Chi^2 ($p < 0,05$), nivel de confianza al 95%. Finalmente Los resultados obtenidos se expresaran en tablas y gráficos para su interpretación y análisis.

3.6 .2 RELACION RIESGO BENEFICIO POR PARTICIPACION

El presente estudio no representa riesgo alguno a los participantes, puesto que no aplica ningún procedimiento invasivo, al mismo tiempo no se configuran daños a la privacidad, reputación de la población de estudio.

3.6.3. CONFIDENCIALIDAD

En el desarrollo del presente estudio, se considerara en todo momento guardar la confidencialidad de la información personal. Únicamente se analizara información relevante para el tema de investigación y con motivos clínicos.

3.6.4. ASPECTOS ETICOS

El estudio, se regirá por los parámetros éticos de la investigación médica en seres humanos, derivados la declaración Helsinki. Simultáneamente se invocara con la autorización del comité de investigación y ética del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”.

3.6.6.- FACTIBILIDAD DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La investigación es factible de ser realizada, porque será desarrollada a través del registro de datos consignadas en las historias clínicas de los usuarios del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. No requiriendo mayor nivel de compromiso por parte de los pacientes.

IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 RECURSOS: Autofinanciado

- Recurso Humano: La investigadora
- Recurso Material y Servicios:
 - computadora personal
 - fichas de recolección de datos

4.1 CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	TAREAS	2018					2019			
		Ene ro	Febrer o	marz o - abril	May o - junio	Julio - diciembre	Ener o - mayo	Juni o - julio	juli o - Agosto	Ago sto
ELABORACION DEL PROYECTO CORRECCION Y APROBACION	i.- Revisión Bibliográfica	X	X							
	ii.- Planteamiento del problema		X							
	iii.- Definición de los Objetivos			X						
	iv.- Operacionalización de las Variables			X						
	v.- Diseño de la Investigación				X					
	vi.- Presentación del proyecto de investigación					X				
	vii.- Aprobación del proyecto de investigación					X				
EJECUCION DEL PROYECTO DE	viii.- Recolección de Datos						X			
	ix.- Desarrollo del Ana y EIA							X		
	x.- Procesamiento								X	

INVESTIGACION	de Datos									
	xi.- Elaboración y Redacción del proyecto								X	
INFORME FINAL	xii.- Elaboración y Redacción del informe Final								X	
PUBLICACION	xiii.- Publicación									X

4.3 PRESUPUESTO:

DETALLE	CANTIDAD / DETALLE	PRECIO EN SOLES
RECURSOS HUMANOS		
Honorarios del Investigador	1 Investigador	AD – Honorem
Personal de Apoyo	1 (apoyo administrativo)	1000.00
BIENES		
Computadora Portátil	1 Laptop	1600.00
Hojas Bond	3000	39.00
Lapiceros	50	25.00
Memoria USB 16 GB	1	50.00
Refrigerio	100	500.00
SERVICIOS		
Internet	120 hora	120.00
Impresiones	1700 u	800.00
Fotocopias	2000 u	200.00
Espiralados	10 u	30.00
Empastados	3 u	120.00
TOTAL		4464.00

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Acosta A, Fierro E. (2009). Psoriasis : patogénesis, clínica e histopatología. Rev. Asoc Col Dermatol. Volumen 17, número 2, pág. 87 - 108.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanichs/ency/article/000434>
- 2.- Alfonso Trujillo 11.- Alfonso Trujillo I, D.-G. M.-G.-G.-L.-H. (2007). Psoriasis. Glosario para ensayos clínicos. Dermatol Perú, 17: pág. 40-43.
<http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewFile/523/414>
- 3.- Bardazzi F, B. R. (2010). Correlation between BMI and PASI in patients affected by moderate to severe psoriasis undergoing biological therapy. Dermatol Ther, 23 Suppl 1:S14-19.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanichs/ency/article/000434.htm>
- 4.-Carbo Amoroso E, L. V. (2010). Psoriasis y síndrome metabólico: Estudio retrospectivo sobre 22 casos. Rev. argent dermatol, pág. 91-115.<https://revistasocolderma.org/articulo-revista/prevalencia-de-sindrome-metabolico-en-pacientes-con-psoriasis-centro-dermatologico>
- 5.- Lucy Bartolo Jenny Valverde “antecedentes Familiares. obesidad tabaquismo como factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de psoriasis” folia dermatológica peruana 2010 21(29 73-77).
- 6.- Yanina Padilla Tresierra 2016 tesis “Sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes como factores asociados a Psoriasis Vulgar hospital Víctor Lazarte “Trujillo Perú. Universidad Privada Antenor Orrego
- 7.- Ponce Rodriguez Mayra Rosana Mendoza “ características clinico epidemiologicas en pacientes con Psoriasis en pacientes que acudieron a consulta del Hospital de la Policia Nacional del Peru entre octubre 2010 a Marzo 2011 “articulo de investigacion
https://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_VuL6_a02v22n3.pdf
- 8.- León Corazón, Tessa Betsy Liset,2015 tesis “factores de riesgo asociados a la psoriasis” Hospital Sergio Bernal .<http://repositorio.ujsb.pe.edu.pe/upjsb/1807>.
- 9.- Rodríguez Zúñiga, F Cortez Franco et al Asociación of Psoriasis and Metabolice Syndromelatin América A systematic Review and Metaanalysis
<https://www.actasdermo.org/es-relacion-entre-psoriasis-sindrome-metabolico-articulo->
- 10.- Lara Ascencio Elizabeth, julio 2016 a junio 2017 tesis” Factores de riesgo cardiovascular asociados a Psoriasis Vulgar atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Nacional P.N.P. Luis Sáenz julio 2016 a junio 2017” Universidad Ricardo Palma.
- 11.- Salvador Arias Santiago, et al “prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con psoriasis grave”
Actualización medica ISSN 0365-7965 T 94 Nª 778, 2009 pág. 12-17-
- 12.- María Magdalena Farias, Claudia de la cruz “estudio transversal: evaluación de la prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular y su correlación con la severidad de la psoriasis “. Revista chilena Dermatológica 2011 27(2) 146-161.

- 13.- Amters A, Hanskamps 2013 Colombia “Psoriasis y síndrome metabólico; una revisión sistemática metaanálisis de estudios observacionales journal of the american academy of dermatology.
- 14.- Castro Rodríguez María del Carmen, tesis para Doctorado “síndrome metabólico y calidad de vida en pacientes con psoriasis Hospital arzobispo Loayza enero a Julio 2016 “Universidad San Martín de Porras.
- 15.- Fermín jurado santa cruz, Gabriela Peralta Cordero “psoriasis y síndrome metabólico” Revista Dermatológica pascua vol. 22, núm. 2, May – agosto 2013.
- 16.- Valdez Solís, Colorado García, 2016 México “asociación entre severidad de la psoriasis y síndrome metabólico” medicina interna México mar 32;2 110-220
- 17.-Caroline Chanosur et al, México Veracruz “Psoriasis Estudio Descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes “Dermatología CMQ 2015 -13 (1) 20-13.
- 18.-Zaffarana et al. Argentina “Prevalencia de la obesidad en una cohorte de pacientes con artritis Psoriásica y factores asociados “ Revista arg, de Reumatología 2017;28(2): 19-25.
- 19.-_Ferrándiz C, C. J. (2010). A new era in the management of psoriasis? The biologics: facts and controversies. Clin Dermatol, 28:81-
https://issuu.com/asocolderma_web/docs/qu_as_basadas_en_la_evidencias
- 20.- Filková M, H. M. (2009;). The role of resistin as a regulator of inflammation: Implications for various human pathologies. Clin Immunol, 133:157-70.
- 21.- Fontana L, E. J. (2007). Visceral fat adipokine secretion is associated with systemic inflammation in obese humans. Diabetes, 56:1010-3.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2013/cd132b.pdf>
- 22.-_Gable DR, H. S. (2006). Adiponectin and its gene variants as risk factors for insulin resistance, the metabolic syndrome and cardiovascular disease. Atherosclerosis , 188:231-44.
- 23.-Gisondi P, D. G. (2008). Weight loss improves the response of obese patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis to low-dose cyclosporine therapy: a randomized, controlled, investigator-blinded clinical trial. Am J Clin Nutr , 88:1242-7.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200018
- 24.- Goralski KB, S. C. (2007). Type 2 diabetes and cardiovascular disease: getting to the fat of the matter. Can J Physiol Pharmacol , 85:113-32
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200018
- 25.-_Kimball AB, J. C. (2005). The psychosocial burden of psoriasis. Am J Clin Dermatol , 6:383-92.
- 26.-Koerner A, K. J. (2005). Adipocytokines: leptin ---the classical, resist in---the controversial,

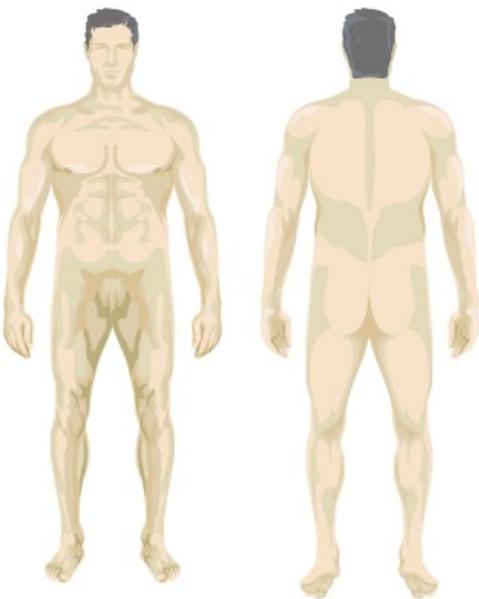
adiponectin---the promising, and more to come. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab , 19:525-46. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200018

- 27-** Krueger GG, F. S. (2000). Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: what defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis? J Am Acad Dermatol, 43:281-5. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v12n2/v12n2a06.pdf>
- 28.-** Kumar S, H. J. (2013). Obesity, waist circumference, weight change and the risk of psoriasis in US women. J Eur Acad Dermatol Venereol, 27:1293-8. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v12n2/v12n2a06.pdf>
- 29-** Okamoto Y, K. S. (2006). Adiponectin: a key adipocytokine in metabolic syndrome. CLIN Sci (Lond), 110:267-78. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v12n2/v12n2a06.pdf>
- 30.-** Revista argentina de dermatología versión On-line ISSN 1851-300X, Rev. argent. dermatol. v.91 n.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./mar. 2010 <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-psoriasis-sindrome-metabolico-S0213925109000409?code=rpUIJAX6k547G8eZDH90CbuFsOliP1&newsletter=true>

ANEXOS

ANEXO 1:

FORMATO DE PASI

Nombre <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>	HC <input type="text"/>
<p>CABEZA</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,1</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">+</p>	<p>TOTAL <input type="text"/></p> 	
<p>EXTREMIDADES SUPERIORES</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,2</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">+</p>		
<p>TRONCO</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,3</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">+</p>		
<p>EXTREMIDADES INFERIORES</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,4</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">=</p>		

ANEXO 2 :

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS.

“Relación índice de masa corporal con el índice de gravedad de la Psoriasis en adultos mayores hasta 60 años de edad, usuarios del Servicio de Dermatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de febrero 2018 a marzo 2019”

			Fecha:
Día	Mes	Año	

Lugar y Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año

Género:

	Hombre= 1	Mujer = 2
--	-----------	-----------

Estado civil:

	Soltero/a=1	Casado/a=2	Viudo/a=3	Divorciado/a =4	Unión libre=5
--	-------------	------------	-----------	-----------------	---------------

Nivel de Instrucción:

	Sin instrucción=1	Primaria =2	Secundaria =3	Técnica=4	Superior=5	Postgrado= 6
--	-------------------	-------------	---------------	-----------	------------	--------------

Procedencia

--

1= lima 2= provincia

Ocupación:

	Profesionales y técnicos=1	Empleados administrativo = 2
	Comerciantes y vendedores = 3	Trabajadores de la agroindustria = 4
	Conductores de medios de transporte = 5	

Ocupaciones de la producción artesanal =6 Ocupaciones de la producción industrial en el área gráfica,
= 7 Ocupaciones de estiba, carga, = 8 Ocupaciones de los servicios personales y afines = 9

Diabetes Mellitus

Si=1 no = 2

Antecedentes de Obesidad

Si = 1 no =2

Dislipidemia

Si=1 No=2

Índice de Masa corporal

delgadez severa= 1 Delgadez moderada=2 Delgadez leve =3 Normal =4

Sobrepeso =5 Pre obeso =6

Obesidad =7 Obesidad leve =8 Obesidad moderada =9

Obesidad mórbida =10

PASI

Leve=1 Moderado=2 Severo=3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ASPECTOS GENERALES			ASPECTOS ESPECIFICOS				
Problema	Objetivo General	Hipótesis General	Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	VARIABLES	Técnica de recolección de datos
¿Cuál es la relación entre el índice de masa corporal y la gravedad de la psoriasis en pacientes adultos hasta los 60 años usuarios del Servicio de dermatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen febrero 2018 a marzo 2019?	Establecer le identificar cual es la relación entre el índice de masa corporal y el índice de gravedad de la psoriasis en pacientes adultos hasta 60 años de edad usuarios del servicio de dermatología a febrero del 2018 a marzo del 2018	La obesidad está directamente relacionada con casos graves de psoriasis.	¿Cuál es la relación entre el índice de masa corporal y la gravedad de la psoriasis en pacientes adultos hasta los 60 años usuarios del Servicio de dermatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen febrero 2018 a marzo 2019?	<p>Caracterizar las condiciones sociodemográficas de la psoriasis.</p> <p>Describir las manifestaciones clínicas de la psoriasis y su relación con el índice de severidad.</p> <p>Calcular el índice de masa corporal en pacientes con diagnóstico de Psoriasis.</p> <p>Determinar la prevalencia de la psoriasis durante el periodo enero 2018 a marzo 2019.</p> <p>Determinar la</p>	Sin proposición	<p>Variable Principal:</p> <p>Psoriasis</p> <p>IMC</p> <p>Variables Generales:</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Procedencia</p> <p>Ocupación</p> <p>Estado Civil</p> <p>Grado de Instrucción</p> <p>Antecedente Familiar de Psoriasis</p> <p>Presencia de comorbilidades</p>	Ficha de recolección de datos

				influencia de la obesidad en la aparición de la psoriasis.			
--	--	--	--	--	--	--	--

SOLICITUD DE AUROTIZACION PARA LA INVESTIGACION

Lima, 30 de Marzo del 2019

Dra. Emperatriz De la Cruz Benavente
Jefa de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Essalud

Presente:

Asunto: Solicitud de autorización para desarrollar investigación clínica.

De mi consideración

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a su vez solicitarle **AUTORIZACION** para la realización y ejecución del estudio "Relación entre el índice de masa corporal con el índice de gravedad de la psoriasis en pacientes adultos hasta los 60 años de edad, usuarios del servicio de dermatología del Hospital Guillermo almenara Irigoyen de Febrero 2018 a marzo 2019"

Es un estudio clínico del tipo observacional, de corte retrospectivo. Estudio que será realizado por la **M.C. CARAZAS GAMARRA Edith** perteneciente al servicio de Dermatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de la Red Asistencial Almenara, siendo asesor es el Dr. Edward Alca Villarroel.

Seguro de su oportuna atención, hago propicia la ocasión para reiterarle las seguridades de mi especial consideración.

Atentamente

CARAZAS GAMARRA EDITH
DNI: 23976294

Asesor

RELACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON EL ÍNDICE DE SEVERIDAD DE PSORIASIS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ENERO 2018-MARZO 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.umch.edu.pe Fuente de Internet	5 %
2	es.slideshare.net Fuente de Internet	5 %
3	www.bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	4 %
4	www.monografias.com Fuente de Internet	4 %
5	1library.co Fuente de Internet	3 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

RELACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON EL ÍNDICE DE SEVERIDAD DE PSORIASIS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ENERO 2018-MARZO2019

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

PÁGINA 22

PÁGINA 23

PÁGINA 24

PÁGINA 25

PÁGINA 26

PÁGINA 27

PÁGINA 28

PÁGINA 29

PÁGINA 30

PÁGINA 31

PÁGINA 32

PÁGINA 33

PÁGINA 34

PÁGINA 35

PÁGINA 36

PÁGINA 37

PÁGINA 38

PÁGINA 39

PÁGINA 40

PÁGINA 41

PÁGINA 42
