



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Psoriasis vulgar y Síndrome metabólico
en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Dermatología

AUTOR

Lozada Castro, Roberto Bladimiro

ORCID: 0000-0002-6605- 7881

ASESOR

Cortez Franco, Florencio Audberto

ORCID: 0000-0003-1394-0192

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Lozada Castro, Roberto Bladimiro

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 10433797

Datos de asesor

Cortez Franco, Florencio Audberto

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 21414560

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Moisés Alfaro, Celia Betzabet

DNI: 08656553

Orcid: 0000-0003-4244-3101

SECRETARIO: Mendoza Meza, Rossana Marina

DNI: 07835560

Orcid: 0000-0001-6201-3673

VOCAL: Pacheco Tejeda, Mirtha Noemí

DNI: 07611080

Orcid: 0000-0002-0643-5393

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.15

Código del Programa: 912319

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **Roberto Bladimiro Lozada Castro**, con código de estudiante **N° 202020979**, con **DNI N° 10433797**, con domicilio en Calle Las Amatistas N° 128 Urbanización San Antonio, distrito Bellavista, provincia y región del Callao, en mi condición de Médico(a) Cirujano(a) de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

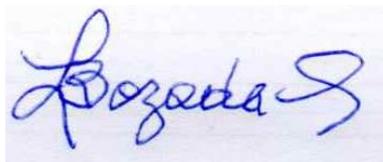
El presente Proyecto de Investigación titulado: **"Psoriasis vulgar y Síndrome metabólico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021"** es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente; **Florencio Audberto Cortez Franco**, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 16% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 28 de Febrero del 2024



Roberto Bladimiro Lozada Castro

DNI N° 10433797

Psoriasis vulgar y Síndrome metabólico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	2%
3	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	vdocumento.com Fuente de Internet	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
6	repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080 Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
8	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1%

9	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	1 %
10	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1 %
11	tdx.cat Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Línea de investigación	2
1.4 Objetivos: General y específicos	2
1.4.1 General	2
1.4.2 Específicos	2
1.5 Justificación	3
1.6 Delimitación	3
1.7 Viabilidad	3
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de investigación	5
2.2 Bases teóricas	6
2.3 Definiciones conceptuales	16
2.4 Hipótesis	17
2.4.1 Hipótesis general	17
2.4.2 Hipótesis específicas	17
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	18
3.1 Tipo de estudio	18
3.2 Diseño de investigación	18
3.3 Población y muestra	18
3.3.1 Población de estudio	18
3.3.2 Tamaño de la muestra	18
3.3.3 Selección de la muestra	19
3.4 Operacionalización de variables	20
3.4.1 Variables	20
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos	21
3.7 Aspectos éticos	21
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	22
4.1 Recursos	22

4.1.1. Humanos	22
4.1.2. Equipos y Materiales	22
4.1.3. Financieros	22
4.2 Cronograma	23
4.3 Presupuesto	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
1. Matriz de consistencia	28
2. Operacionalización de variables	30
3. Instrumentos de recolección de datos	33
4. Solicitud de Autorización institucional de Proyecto de Investigación	34

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La presencia de placas bien definidas cubiertas de escamas, es un rasgo característico de la psoriasis (PSO), una enfermedad cutánea crónica recurrente con variabilidad clínica y evolutiva. (1)

Genera impacto en las esferas biológica y psicosocial de las personas. Alrededor del 1-3 % de la población mundial, la padece. La prevalencia en el Perú es del 2,5%. (2)

La mayoría de los casos de PSO se manifiestan como psoriasis vulgar (PSOV) o en placas, la forma clínica más común. (3)

La PSO es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta a múltiples órganos; no se circunscribe solo a la piel; siendo una manifestación sistémica común la artritis psoriásica. (4)

En ciertos estudios se ha demostrado que los pacientes con PSO tienen una mayor prevalencia de riesgos cardiovasculares como obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia. (5)

Asimismo, estos pacientes presentan un riesgo aumentado de síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, depresión, ansiedad, trastornos gastrointestinales (enfermedad de Crohn) y neoplasias. (4)

El síndrome metabólico (SM) se produce cuando se combinan obesidad central, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y dislipidemia. (6)

Los pacientes con PSO tienen mayores factores de riesgo cardiovascular (RC), por lo que necesitan un seguimiento continuo por parte de médicos especialistas. Se trata de evaluar factores como hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, SM y dislipidemia, e iniciar el tratamiento adecuado. (5)

Las complicaciones cardiovasculares (infarto agudo al miocardio, accidente cerebro vascular, muerte) son más prevalentes en pacientes con PSO, sobre todo en PSO moderada y PSO severa, comparada con pacientes sin PSO, y con impacto mayor en poblaciones más jóvenes (riesgo inverso). (5)

Entonces, es muy importante identificar los factores del SM presentes en pacientes con PSO Vulgar; para el abordaje especializado oportuno, con el fin de evitar complicaciones y contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre PSO Vulgar y Síndrome Metabólico en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC), en el año 2021?

1.3 Línea de investigación

Enfermedades Metabólicas y Cardiovasculares

1.4 Objetivos: General y específicos

1.4.1 General

Determinar la asociación entre psoriasis vulgar y síndrome metabólico en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, en el año 2021

1.4.2 Específicos

- Describir el grupo de estudio en función a sus características epidemiológicas: edad, sexo y antecedentes familiares.
- Reconocer la prevalencia del Síndrome Metabólico en pacientes con PSO Vulgar atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, en el año 2021.
- Identificar la asociación entre diabetes mellitus y PSO Vulgar de los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, en el año 2021.
- Establecer la asociación entre hipertensión arterial y PSO Vulgar de los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, en el año 2021.
- Determinar la asociación entre dislipidemia y PSO Vulgar de los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, en el año 2021.

- Detallar la asociación entre el sobrepeso y obesidad y la PSO Vulgar de los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, en el año 2021.

1.5 Justificación

Las enfermedades metabólicas y cardiovasculares ocupan el tercer lugar de los problemas de interés para la Salud Pública en el Perú. (7) Siendo la PSO una enfermedad inflamatoria sistémica de significativa prevalencia en nuestro medio y que varias investigaciones señalan que el paciente con PSO tiene riesgo elevado de presentar SM y mayor posibilidad de sufrir un evento coronario, entonces es necesario su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, para disminuir la morbimortalidad coronaria en la Región Callao.

El presente estudio es relevante porque permitirá identificar si existe asociación entre PSO Vulgar y SM en la población atendida, con la finalidad de abordar el problema inflamatorio crónico de la piel e identificar los factores del SM asociados presentes en los pacientes con PSOV atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, siendo un hospital de referencia regional y nacional; los datos obtenidos serán representativos; que permitirán planificar estrategias de abordaje multidisciplinario oportuno, que contribuyan a lograr mejores estándares de calidad de vida en la Región Callao .

Asimismo, se espera que los resultados obtenidos en la presente investigación sirvan de referencia a otros estudios médicos y de otros profesionales de la salud, que realicen investigación en temas de salud pública, a nivel regional y nacional.

1.6 Delimitación

El presente proyecto de investigación se realizará en pacientes mayores de 18 años; los casos con diagnóstico de PSO Vulgar y los controles sin diagnóstico de PSO Vulgar, atendidos en el servicio de dermatología del HNDAC, durante el año 2021; se identificará la asociación de PSO Vulgar con el SM.

1.7 Viabilidad

Es un estudio viable, pues existe la información del problema planteado y no demanda gasto por parte de la institución, ni del investigador, que solo requiere dedicación de

tiempo y acceso al archivo de historias clínicas. La confidencialidad de los datos consignados en la historia clínica será preservada. No existen conflicto de intereses y el proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética del HNDAC, que siendo un hospital docente promueve y facilita la investigación en salud.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Ley-Silva et al (2022) en su estudio “Prevalencia de SM en pacientes con PSO” donde con el objetivo fue establecer la prevalencia de SM en pacientes con PSO, la metodología usada fue observacional, descriptiva, transversal y prospectiva, según los criterios NCEP-ATP-III en pacientes con PSO entre junio y diciembre de 2020 en la Clínica de Dermatología Anexo de la UMF IMSS en Puebla, México. El estudio incluyó a 57 personas, 24 de sexo femenino. Se diagnosticó SM en 53% de los pacientes, en su mayoría mujeres, entre la cuarta y quinta décadas de la vida. (8)

López et al (2019) desarrollaron el artículo “Factores de riesgo y comorbilidades en el paciente con PSO” donde se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo de los pacientes diagnosticados con PSO desde enero de 2014 a marzo de 2016 en la consulta de Dermatología del Hospital General Docente Juan Bruno Zayas Alfonso de Santiago de Cuba, para determinar las comorbilidades en pacientes psoriásicos y encontraron que 46,5 % presentaban hipertensión arterial, 14 % diabetes mellitus, 41,2 % esteatosis hepática, 28.9 % trastornos psiquiátricos, 15.8 % enfermedad cardiovascular, 12.3 % artritis psoriásica. (9)

Fernández (2019) en su tesis “PSO y factores de RC: estudio poblacional, ateromatosis subclínica y vasa vasorum adventiciales” y encontró que la ateromatosis subclínica es más frecuente en el grupo de PSO (46%). El grupo con PSO moderada tuvo la mayor frecuencia de ateromatosis carotídea (44,4%). Asociado con la obesidad y los cambios en el perímetro de la cintura, también se puede observar un incremento en la densidad de los vasos carotídeos adventiciales en el grupo de PSO. (10)

Wong et al (2019) realizaron el artículo “Aspectos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento de la PSO en pacientes adultos mayores en un hospital de una provincia del norte del Perú. De 2010 a 2018”. El 71,4% de los afectados presentaba al menos

una comorbilidad, la mayoría de las cuales eran enfermedades cardiovasculares (32,9%) endocrinas y metabólicas (17,1%). (11)

Lara (2018), en su estudio titulado “Factores de RC asociados a la PSOV”, tuvo como objetivo identificar los factores de RC asociados al diagnóstico de PSOV. Se encontró que, tanto en los casos como en los controles, la PSOV se asoció con diabetes mellitus tipo 2, con hipertensión, con obesidad y con la dislipidemia. (12)

Ponce (2017) desarrolló la tesis “PSO, factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares y SM” con el objetivo de determinar la PSO como factor de RC y SM en las personas. Realizó un estudio con 311 pacientes de los cuales 173 pacientes (55,62%) presentan PSO y 138 pacientes fueron controles. Encontró que 17.04% presentaron enfermedad cardiovascular y 43.35% presentaron SM. (13)

Según Argote et al. (2017), quienes realizaron una investigación sobre “Factores de RC y espesor de la media carotídea interna en una población de Colombia con PSO”, la prevalencia de factores de RC entre los pacientes fue del 35% para hipertensión, 17,5% para dislipidemia, 17,5% para para el consumo de tabaco y el 10% para la diabetes tipo 2. Uno de cada doce pacientes sufrió un infarto agudo de miocardio. (14)

2.2 Bases teóricas

PSORIASIS

Es una enfermedad de tipo inflamatoria e inmunitaria crónica causada por una predisposición poligénica combinada con desencadenantes ambientales; como traumatismos, infecciones, medicamentos; pueden provocar la enfermedad en individuos predispuestos. (1)

La lesión característica es una placa eritematosa bien delimitada con escamas micáceas, y las placas pueden tener una distribución localizada o generalizada. La manifestación clínica más habitual son la aparición de brotes de placas eritematosas

y escamosas localizadas en codos, rodillas y zona lumbar y es el 90 % de los casos de PSO. (15)

La incidencia de la PSO crece con la distancia al ecuador. La PSO no depende del sexo. Además, puede aparecer a cualquier edad, a pesar que se ve más en las personas mayores que en los niños. Las edades promedio de aparición de la PSO son entre los 30 y los 39 años y entre los 50 y los 69 años. (16)

El año 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un estudio en el que se reconoce que la PSO es una enfermedad crónica, desfigurante, debilitante y no transmisible que requiere atención mundial. Alrededor de 125 millones de individuos tienen PSO en el mundo, pero se sabe poco sobre su frecuencia fuera de Estados Unidos y Europa. (17)

Factores de riesgo: la PSO tiene como elementos posibles diversos factores de riesgo. La predisposición genética es el elemento más importante, pero los factores ambientales y de comportamiento también influyen. La PSO puede ser provocada o intensificada por infecciones y medicamentos. (16)

El cuarenta por ciento de quienes padecen PSO o artritis psoriásica tienen familiares que también padecen la misma afección. Se cree que el terminador genético de la PSO es el locus de susceptibilidad a la psoriasis (PSORS1), que se encuentra en el cromosoma 6p21, el complejo más elevado de histocompatibilidad (MHC). Ciertos fármacos se han asociado con un agravamiento de la PSO o brotes cutáneos parecidas a la PSO. Entre ellos se encuentran los betablock, el litio y los antipalúdicos. Además, los medicamentos para la PSO administrados con TNF a veces están relacionados con el desarrollo de erupciones similares a la PSO. (16)

El agravamiento de la PSO puede estar relacionado con infecciones, ya sean bacterianas o virales. El estrés, se menciona muy frecuente, como un factor desencadenante o exacerbante de la PSO, sin embargo, se necesitan más estudios para esclarecer el impacto del estrés en el curso de la PSO. (16)

Fisiopatología: en la compleja enfermedad inmune conocida como PSO, los linfocitos T, las células dendríticas y las citocinas (interleucina [IL] 23, IL-17 y factor de necrosis tumoral [TNF]) cumplen un rol esencial. Las discrepancias detectadas en la microbiota de la piel psoriásica comparada con la piel normal no han establecido su importancia patogénica aún. (16) Especialistas afirman que los queratinocitos basales, mediante el proceso de mitosis, forman células nuevas. Las células recién formadas maduran y penetran lentamente las capas dérmicas superiores hasta llegar a la capa cornea, cuando se produce la queratinización. Los queratinocitos mueren y abandonan la piel una semana después. Tiempo de vida media de los queratinocitos: 28 días. Sin embargo, en la PSO, este ciclo se acelera significativamente y sólo dura cuatro días. La piel se ve clínicamente en placas gruesas, como resultado de la hipertrofia y la acumulación de queratinocitos. (18)

Manifestaciones clínicas: se presenta en diversas maneras clínicas.

Psoriasis crónica en placas: La mayoría de los pacientes muestran placas cutáneas distribuidas de manera simétrica. Los sitios afectados incluyen la cabeza, los miembros superiores e inferiores, tronco.

Psoriasis en gotas: Se distingue por la súbita aparición repentina de numerosas lesiones cutáneas en forma de pequeñas pápulas y placas psoriásicas. Estas pápulas y placas miden menos de 1 cm de diámetro, lo que justifica su nombre "en forma de gota", ya que parecen gotitas. Suelen aparecer en el tronco y en las extremidades. (16)

Psoriasis pustular: Esta variante de la PSO puede causar consecuencias fatales. La forma más grave, conocida como pustulosis generalizada de Zumbusch, se caracteriza por un enrojecimiento repentino e intenso de la piel, descamación y pústulas superficiales en forma de pústulas en parches.

Psoriasis eritrodérmica: Esta forma no es muy frecuente y puede ser aguda o crónica. Se caracteriza por un extenso enrojecimiento y descamación de la piel que cubre casi todas las partes del cuerpo. Las personas con esta enfermedad corren mucho riesgo, pudiéndose complicar con infecciones (incluida la sepsis) y alteraciones electrolíticas debido a la pérdida de la barrera protectora. (16)

Psoriasis inversa (intertriginosa): involucra áreas intertriginosas, involucra las regiones inguinal, perineal, genital, interglútea, axilar o inframamaria. (16)

Psoriasis ungueal: Lo más frecuente es que la PSO aparezca después de las lesiones cutáneas, pero puede aparecer al mismo tiempo o antes que la PSO en otras zonas. Las enfermedades de las uñas son muy habituales en personas que padecen artritis psoriásicas. (16)

Psoriasis palmoplantar: afecta las palmas de las manos o las plantas de los pies. La presentación típica, es en placas eritematosas hiperqueratósicas que puede asociarse a fisuras; estas pueden ser dolorosas e incapacitantes. La PSO ungueal es concomitante en común. (16)

Trastornos asociados:

La artritis psoriásica, una enfermedad musculoesquelética inflamatoria, es la afección asociada más común. Se caracteriza por dolor en las articulaciones, rigidez de las articulaciones (matutina) e hinchazón de las articulaciones. Artritis psoriásica afecta o afecta a 20-30% de los pacientes con PSO. (1) Según la investigación, la PSO está relacionada con complicaciones como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión, Síndrome Metabólico, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones graves y trastornos autoinmunes. También son comunes los siguientes trastornos oculares: blefaritis, conjuntivitis, xerosis, lesiones corneales y uveítis, que pueden causar síntomas como: dolor ocular, desarrollo de costras o erosión dentro de los párpados, ojos rojos y cambios en la visión. (16)

Un estudio reciente concluye que los pacientes con PSO, a 10 años de enfermedad, el riesgo de enfermedad coronaria es un 28 % mayor, cuando se compara con la población general. (19)

Moreno, presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), menciona: Se ha demostrado que la PSO está vinculada a otros padecimientos, como son las enfermedades cardiovasculares, y que éstas pueden causar muertes prematuras en pacientes con síntomas graves". Explica que este

vínculo está relacionado con el factor inflamatorio global: "Si podemos controlar la inflamación en la PSO grave, el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye. (19)

La European League Against Rheumatism (EULAR), recomienda un control correcto de la PSO para disminuir los riesgos cardiovasculares. El tratamiento precoz y los fármacos antirreumáticos, como el TNF (tratamiento que suprime el aumento de los niveles del factor de necrosis tumoral (TNF) en las lesiones psoriásicas) y el metotrexato, se relacionan de manera autónoma con una reducción del RC. (19)

Diagnostico:

Se debe realizar un examen completo de la piel; incluir, cuero cabelludo, uñas y zona anogenital. Los hallazgos serán placas, bien delimitadas e inflamadas con escamas gruesas, en cuero cabelludo, orejas, codos, rodillas y ombligo. La identificación de enfermedad ungueal o PSO inversa puede respaldar el diagnóstico de PSO en casos difíciles. Una biopsia de piel puede ayudar los casos difíciles, pero no es requerido. (15)

Es importante preguntar sobre antecedentes familiares de PSO y exposición a medicamentos que pueden inducir o exacerbar la PSO. (15)

Los trastornos que pueden confundirse con la PSO crónica en placas son: dermatitis seborreica, liquen simple crónico, dermatitis atópica y eczema numular. (16)

Tratamiento:

Tiene como fin frenar la aceleración de la proliferación de células cutáneas y desaparecer las escamas. Existen cremas, emulsiones y ungüentos (tratamiento tópico), fototerapia y tratamientos orales o parenterales.

Tópico

Corticoides: para tratar la PSO leve a moderada. Se encuentran disponibles productos como cremas, aceites, lociones, espumas, aerosoles y polvos. (19)

Los corticosteroides disueltos (fluocinolona al 0,05% o propionato de clobetasol al 0,05%) suelen utilizarse para tratar el cuero cabelludo o el conducto auditivo externo.

También puede utilizarse un champú, espuma o spray que contenga clobetasol 0,05% en el cuero cabelludo.

Para la cara y las zonas de la piel, suele bastar con una crema o pomada débil (crema de prescripción con hidrocortisona al 1% o crema de prescripción con hidrocortisona al 2,5%). (19)

La placa gruesa en las superficies extensas suele requerir fármacos de alta potencia (betametasona 0,05% o propionato de clobetasol 0,05%).

El tratamiento habitual consta en aplicarlo 1 o 2 veces diario cuando están en fase aguda y en días alternantes durante la fase de remisión. (19)

Análogos de la vitamina D: formas sintéticas de vitamina D, como el calcipotrieno y el calcitriol, se pueden usar solos o con corticoides tópicos. (19)

Retinoides: El tazaroteno se presenta en gel o pomada. Se puede aplicar 1 o 2 veces al día. Puede producir algunos efectos como es irritación cutánea y sensibilidad a la luz. El tazaroteno no debe utilizarse durante el embarazo ni la lactancia. (19)

Inhibidores de la calcineurina: pimecrolimus con tacrolimus. Ideales para áreas de piel fina, rostro o cercana a los ojos. (19)

Ácido salicílico. Los champus y las aplicaciones para el cuero cabelludo con ácido salicílico disminuyen la formación de escamas de PSO en la cabeza.

Alquitrán de hulla. Disminuye la descamación, el escozor y la inflamación. Se consiguen en champú, crema y aceite. (19)

Fototerapia

Tratamientos importantes de la PSO moderada a grave; puede utilizarse solo o en combinación con medicinas. Consiste en irradiar la piel con luz natural o artificial controlada.

Luz solar. Las exposiciones diarias de 30 minutos a la luz del sol (helioterapia) podrían mejorar la PSO. (20)

UVB de banda estrecha. La fototerapia UVB de banda estrecha puede ser más fuerte que la de banda ancha y suele aplicarse 2 o 3 veces a la semana.

Psoraleno más luz ultravioleta A (PUVA). Utilice un fotosensibilizador (psoraleno) antes de exponer la piel enferma a los rayos UVA. Psoraleno aumenta la reacción de la piel a la luz UVA, y la luz UVA absorbe más profundamente en la piel que la luz UVB. Se utiliza en casos refractarios. Náuseas, dolor de cabeza, quemazón y náuseas son algunos de los efectos secundarios de esos. Además, se presentan: sequedad, pecas, una sensibilidad más alta al sol y un riesgo mayor de cáncer de piel, e incluso melanoma. (20)

Láser excímer: Aplicase la luz ultravioleta intensa únicamente a la piel problema. Se requieren menos sesiones para la terapia con láser excimer en comparación con la fototerapia tradicional. (20)

Terapia sistémica:

Si otros tratamientos han fallado, o si la PSO es de moderada a grave, se puede utilizar este.

Esteroides. Triamcinolona ampolla; aplicación subcutánea intralesional en las placas persistentes. (20)

Retinoides. Los pacientes con PSO relacionada con el VIH, así como aquellos que padecen PSO severa (como PSO pustulosa y eritrodérmica), son candidatos para el uso de retinoides sistémicos, que son derivados de la vitamina A. La acitretina es el retinoide preferido para la PSO. Las dosis habituales de acitretina es de 25 a 50 mg diario. Los efectos de la acitretina son comparativamente lentos y pueden pasar de tres a seis meses antes de que sea plenamente eficaz. No se recomienda el uso de acitretina durante el embarazo y la lactancia. (20)

Metotrexato: depleta al ácido fólico. Así es efectivo en el tratamiento de PSO ungueal y artritis psoriásica. Las hipótesis iniciales sobre el mecanismo de acción se centraron en los efectos antiproliferativos del metotrexato sobre la síntesis de ADN en células

epidérmicas; La evidencia posterior respalda los efectos inmunosupresores del metotrexato sobre las células T activadas, que controlan la PSO. Puede causar gases, pérdida de apetito y fatiga. Es necesario controlar la presión arterial y la función hepática.

Las mujeres deben suspender el metotrexato al menos tres meses previos a un embarazo. No recomendado durante el embarazo y la lactancia. (20)

Ciclosporina: en pacientes con PSO grave, la ciclosporina, supresora de células T, es eficaz. Las dosis habituales son de 3 a 5 mg/kg diariamente, administradas por vía oral. Durante las cuatro semanas, se nota la mejora. Las dosis más bajas (1 a 3 mg/kg por día) son más apropiadas si se prescribe una forma de microemulsión modificada de ciclosporina que se absorbe más constantemente. La ciclosporina, al igual que otros medicamentos inmunosupresores, aumenta el riesgo de infección y otros problemas de salud, incluido el cáncer. Es necesario controlar la presión arterial y la función renal. No se recomienda el embarazo ni la lactancia. (16)

Medicamentos biológicos. Alteran el sistema inmunológico, lo que rompe el ciclo de la enfermedad y, unas pocas semanas después de la administración, los síntomas y las manifestaciones de la enfermedad mejoran. Para los pacientes con PSO grave a moderada que no han mejorado después de recibir tratamientos de primera línea, algunos de estos medicamentos han recibido la aprobación de la FDA. Premilast (Otezla), etanercept (Enbrel), infliximab (Remicade), adalimumab (Humira), ustekinumab (Stelara), secukinumab (Cosentyx), ixekizumab (Taltz), guselkumab (Tremfya), tildrakizumab (Ilumya) y certolizumab (Cimzia) son algunas de las opciones. Los tres medicamentos aprobados para niños son etanercept, ixekizumab y ustekinumab. Los costos de estos medicamentos pueden estar cubiertos o no, por programas de seguro médico. (20)

Se debe tener precaución al administrar medicamentos biológicos, ya que tienen el potencial de suprimir el sistema inmunológico y aumentar el riesgo de infecciones graves. Es necesario excluir este tratamiento en pacientes que padecen tuberculosis. (20)

Síndrome Metabólico

En 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS), designó con el nombre de Síndrome Metabólico (SM) a un grupo de trastornos incluyendo la obesidad, dislipidemia, hipertensión e intolerancia a la glucosa que incrementa el Riesgo Cardiovascular y diabetes. (6)

Según los criterios de 2005 del NCEP ATP III, el SM se define como la presencia de cualquiera de los tres de los cinco factores de riesgo siguientes:

- La circunferencia abdominal se considera asociada a una obesidad abdominal (OA) cuando son los hombres de 102 cm o 40 pulgadas y las mujeres de 88 cm o 35 pulgadas.
- Un triglicérido sérico cuando el nivel es ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l) o un triglicérido elevado que necesita tratamiento farmacológico.
- Colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) en sangre < 40 mg/dL (1 mmol/L) en hombres y < 50 mg/dL (1,3 mmol/L) en mujeres, o tratamiento farmacológico para el colesterol HDL bajo
- Tratamiento físico para la presión arterial elevada o presión arterial $\geq 130/85$ mmHg
- Tratamiento físico para la glucemia elevada o glucosa plasmática en ayunas (FPG) ≥ 100 mg/dL (5,6 mmol/L). (21)

En 2009, la Federación Internacional de Diabetes (FID), en colaboración con otras organizaciones: la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA), el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI), la Federación Mundial del Corazón, la Asociación Internacional de Obesidad y la Sociedad Internacional de Aterosclerosis, eliminó el aumento en la circunferencia de la arteria coronaria. Ahora recomiendan utilizar los siguientes cinco criterios, y la presencia de cualquiera de los tres califica para el diagnóstico de SM:

- Obesidad central
- Tratamiento para niveles elevados de colesterol o triglicéridos iguales o superiores a 150 mg/dL (1,7 mmol/L).

- Un nivel de colesterol HDL menor de 40 mg/dL (1,03 mmol/L) o menor de 50 mg/dL (1,29 mmol/L) en hombres y mujeres, respectivamente.
- Estado de sistólica arterial ≥ 130 , o presión arterial diastólica ≥ 85 o tratamiento de hipertensión.
- FPG ≥ 100 mg/dL (5,6 mmol/L) o diabetes tipo 2 previamente diagnosticado. (21)

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2018), la diabetes se diagnostica por glucosa en plasma; FPG igual o mayor de 126 mg/dL (7.0 mmol/L), con un ayuno de 8 horas o glucosa en plasma igual o mayor de 200 mg/dL (11.1 mmol/L después de 2 horas de ingesta de 75 g de glucosa durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT). El diagnóstico requiere dos resultados anormales de la misma muestra o dos pruebas separadas. (22)

Parece que la PSO, que provoca una inflamación generalizada en todo el cuerpo, se asocia con un mayor riesgo de aterosclerosis, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y Síndrome Metabólico(SM). (23)

La asociación entre PSO y SM aún no está clara. Se ha comprobado una asociación genética entre las dos enfermedades, según algunas investigaciones. El sedentarismo, la inhibición social, la depresión y los hábitos alimentarios poco saludables son algunos de los síntomas que algunos autores creen que son causados por la PSO severa. (23)

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECV) puede ser provocada por factores como la resistencia a la insulina, hiperglucemia e hiperinsulinemia asociadas, y las citocinas de adipocitos (adipocinas). Además, los adipocitos pueden causar disfunción endotelial vascular, perfil lipídico anormal, hipertensión e inflamación vascular. Incluso en aquellos que no tienen obesidad en todo el cuerpo, se muestra un riesgo comparable en aquellos que tienen Obesidad central. (21)

Un estudio de la Universidad de California, publicado en la revista PLOS ONE, demuestra que las personas con PSO son más resistentes a los fármacos o tienen niveles más altos de hipertensión, y que mantener una dieta saludable, mantener un

peso adecuado y hacer ejercicio regularmente es insuficiente para lograr la reducción.

(24) (25)

Gelfand et al, en un estudio de la Universidad de Pensilvania concluyeron que las personas que viven con PSO no sólo están tienen mayor riesgo de diabetes tipo 2, sino que está relacionado a la gravedad de la enfermedad de la piel. Asimismo, los investigadores sugieren que los hallazgos apoyan la idea de que hay una conexión biológica entre la PSO y la diabetes tipo 2. (26)

Un estudio japonés encontró que la dislipidemia estaba asociada con la PSO. Esto se debe a que la PSO está relacionada con la obesidad y el exceso de tejido adiposo puede contribuir a la dislipidemia. La sobreproducción de adipocitos derivados de citoquinas inflamatorias lipolíticas como TNF-alfa, IL-6 y leptina conduce a dislipidemia.

(6)

2.3 Definiciones conceptuales

- **Psoriasis Vulgar:** el tipo más común de psoriasis, que representa el 90% de los casos, se caracteriza por placas eritematosas bien definidas recubiertas por una placa blanca o fina llamada micácea..
- **Síndrome Metabólico:** presencia de cualquiera de los tres de los cinco factores de RC señalados por el Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol III (NCEP ATP III), 2005.
- **Hipertensión Arterial:** es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida.
- **Diabetes Mellitus:** La diabetes es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no puede regular la cantidad de glucosa o azúcar en el torrente sanguíneo.
- **Dislipidemia:** una concentración alta de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas (HDL).
- **Sobrepeso y Obesidad:** el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

El Síndrome Metabólico está asociado a la PSOV de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HNDAC, en el año 2021

2.4.2 Hipótesis específicas

- La Diabetes Mellitus está asociada a la PSOV de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HNDAC, en el año 2021.
- La Hipertensión arterial está asociada a la PSOV de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HNDAC, en el año 2021.
- La Dislipidemia está asociada a la PSOV de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HNDAC, en el año 2021.
- El sobrepeso y la obesidad están asociadas a la PSOV de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del HNDAC, en el año 2021.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Según intervención del investigador: observacional.

Según alcance: analítico

Según número de mediciones o variables del estudio: transversal.

Según momento de recolección de datos: retrospectivo

3.2 Diseño de investigación

Se realizará un estudio de casos y controles, transversal, retrospectivo, observacional y analítico. Casos y controles; donde se comparará pacientes con diagnóstico de Psoriasis y pacientes sin Psoriasis. Transversal; se hará la medición simultánea, en un momento determinado. Retrospectivo, pues incluirán casos de pacientes atendidos con anterioridad; Observacional, pues no se manipulan los factores del SM estudiados. Analítico, pues se demostrará la asociación entre factores del Síndrome Metabólico (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y sobrepeso y obesidad) y Psoriasis vulgar.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población de estudio

La población de estudio, estará conformada por todos pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología del HNDAC, en el año 2021.

3.3.2 Tamaño de la muestra

El estudio inscribirá pacientes según un muestreo probabilístico simple, con 116 casos y 232 controles, obtenida tomando en cuenta los valores obtenidos por Lara (12), que encuentra asociación entre Diabetes mellitus tipo 2 y PSO Vulgar, con frecuencias de 24.8 % y 9.9 % en pacientes con y sin PSO, con un OR = 2.993 I.C. 95% (1.353 - 6.623) $p < 0.009$

Tamaños de muestra y potencia para estudios de casos y controles independientes

Datos y resultados

Proporción de casos expuestos(%)

Proporción de controles expuestos(%)

OR esperado

Controles por caso

Nivel de confianza (%)

Calcular

Tamaño de muestra

Potencia

Potencia (%)

Mínimo

Máximo

Incremento

Potencia (%)	Ji-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
90.0	Sin corrección	98	196
	Corrección de Yates	108	216
92.0	Sin corrección	106	212
	Corrección de Yates	116	232

3.3.3 Selección de la muestra

Las características de los sujetos deben cumplir los siguientes requisitos:

Criterios de inclusión:

Casos:

- Paciente Mayor o igual a 18 años de edad.
- Diagnóstico de PSO Vulgar.
- Pacientes con historia clínica completa: edad, sexo, antecedentes familiares de PSO, factores de Riesgo Cardiovascular(RC)

Controles:

- Paciente Mayor o igual a 18 años de edad.
- Sin diagnóstico de PSO Vulgar.
- Pacientes con historia clínica completa: edad, sexo, antecedentes familiares de PSO, factores de RC

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no tengan datos completos en la historia clínica
- Enfermedades autoinmunes (Artritis reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, etc.)
- Diagnóstico de VIH.
- Mujeres embarazadas.
- Diagnóstico de cáncer.
- Diagnóstico de edema generalizado
- Diagnóstico de tuberculosis.
- Diagnóstico de depresión y ansiedad.

3.4 Operacionalización de variables**3.4.1 Variables****Variable Independiente:**

Psoriasis vulgar

Covariables:

Características epidemiológicas: edad, sexo y antecedentes familiares

Variables Dependiente:

Síndrome Metabólico: 3 o más factores de RC:

Diabetes mellitus

Hipertensión arterial

Dislipidemia.

Sobrepeso y Obesidad

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizará la información contenida en las historias clínicas de 348 pacientes; 116 con diagnóstico de PSO Vulgar y 232 sin PSO Vulgar, atendidos durante el año 2021 en el Servicio de Dermatología del HNDAC.

Para la extracción de información, se utilizará una ficha de recolección de datos, que constará de: datos personales, antecedentes familiares de PSO Vulgar y factores de RC.

Para realizar la presente investigación se solicitó autorización de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del HNDAC, para acceder a la información estadística y de historias clínicas en la unidad de estadística.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Los datos del formulario de recolección de datos se utilizarán para crear una base de datos en Excel, que luego será procesada utilizando el software estadístico SPSS 24. La integración resumen de datos se realizará a través de tablas de contingencia y de estadística descriptiva. La estimación de factores de riesgos se realizará calculando el OR, con sus respectivos intervalos de confianza; tendrá asociación un $OR > 1$ IC 95 %. Asimismo, se realizará el cálculo del Chi-cuadrado de asociación; considerando asociación significativa con un $p < 0.05$.

3.7 Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación será enviado al Comité Institucional de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la URP para su revisión. Copia ya fue enviada a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del HNDAC para evaluación por el Comité de Ética e Investigación, y cuenta con autorización para su realización. Además, las historias clínicas de los pacientes serán manejadas de forma confidencial y anónima, sin perjuicio para ellos.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.1.1. Humanos

Investigador

Asesor de Especialidad

4.1.2. Equipos y Materiales

Computadora e impresora

Papel bond

Lapiceros

Engrapadora

Perforador

Resaltador

USB – CD, etc.

4.1.3. Financieros

S/. 1,219.00

4.2 Cronograma

ETAPAS	2022											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Elaboración del proyecto	X											
Presentación del proyecto				X								
Revisión bibliográfica	X	X	X									
Trabajo de campo y captación de información			X	X	X	X	X	X				
Procesamiento de datos									X	X		
Análisis e interpretación de datos										X		
Solicitud de Autorización de Proyecto de Investigación al Comité de Ética HNDAC										X		
Elaboración del informe											X	
Presentación del informe												X

4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (\$/)	
			UNITARIO	TOTAL
PERSONAL				
Estadístico	horas	10	50	500
BIENES				
Papel bond A-4	millar	2	15	30
Lapiceros	unidad	12	0.5	06
Corrector	unidad	02	3.5	07
Resaltador	unidad	02	3.5	07
Perforador	unidad	01	8.0	08
Engrapador	Unidad	01	07	07
Grapas	Caja chica	01	5.0	05
CD – USB	unidad	01	30	30
Espiralado	espiralado	03	10	30
Internet	mensualidad	11	85	539
Fotocopias	unidades	500	0.1	50
COSTO TOTAL				1,219

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. van Kerkhof P.; Nestlé F. Psoriasis. In J. B. Dermatología. 4th ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 138 - 160.
2. Wong G. Características Clínico-epidemiológicas, comorbilidades y tratamiento de la psoriasis de inicio en edad geriátrica Trujillo (Tesis): Universidad Nacional de Trujillo; 2019.
3. Das S. Manual Merck. [Online]. Rahway; EEUU: Merck Company; 2021 [cited 2022 mayo 24. Available from: <https://www.merckmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/psoriasis-and-scaling-diseases/psoriasis?&network>.
4. Hidalgo M.; Viquez K.; Meneses M. Psoriasis: visión general. Revista Médica Sinergia. 2021 noviembre; 6(11).
5. Salzberg S. La Psoriasis ¿puede generar enfermedad cardiovascular? Buenos Aires: Sociedad interamericana de Cardiología; 2022.
6. Rodriguez G. Intramed. [Online]. Buenos Aires: Intramed; 2019 [cited 2022 setiembre 26. Available from: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=73803>.
7. MINSA. Instituto Nacional de Salud. [Online].; 2019 [cited 2023 junio 2. Available from: <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>.
8. Ley-Silva L.; López-Mejía R.; Ramales-Montes E. Prevalencia del Síndrome Metabólico en pacientes con Psoriasis. Revista Mexicana de Dermatología. 2022 julio-agosto; 66(4).
9. Lopez N. Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con psoriasis. MEDISAN. 2019 junio; 23(3). p 435 -446
10. Fernandez J. Psoriasis y factores de riesgo cardiovascular: Estudio poblacional, ateromatosis subclínica y vasa vasorum adventiciales Barcelona (Tesis): Universitat de Lleida; 2019.
11. Wong G.; Valverde J.; Vicuña D.; Rojas P. Características epidemiológicas, clínicas y de tratamiento de pacientes con psoriasis de inicio en edad geriátrica en un hospital regional del norte del Perú. 2010-2018. Dermatología Peruana. 2019 octubre; 29(3).
12. Susan L. Factores de riesgo cardiovascular asociados a psoriasis vulgar en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Nacional PNP Luis Saenz Lima (Tesis): Universidad Ricardo Palma; 2018.
13. Ponce C. Psoriasis, factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico” Quito (Tesis): Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017.

14. Argote A; Mora O; Aponte L. Factores de riesgo cardiovascular y grosor de la íntima media carotídea en una población colombiana con psoriasis. Actas dermo-sifilograficas. 2017 Octubre; 108(8).
15. Aguinaga M. Psoriasis. Enfermedad y tratamientos farmacológicos actuales Madrid (Tesis): Universidad Complutense; 2019.
16. Feldman S. Psoriasis: epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de adultos Delavalle R, editor. Pensilvania: Wolters Kluwer; 2019.
17. (IPC) CIdP. CISION Newswire. [Online]. San Luis, EE.UU: Cision; 2017 [cited 2022 setiembre 20]. Available from: <http://bit.ly/psoriasisatlas>.
18. Rebeca Martinez; Cesar de la Hoz. Manifestaciones estomatológicas de psoriasis en los servicios de dermatología del hospital universitario del caribe y el hospital alemán de buenos aires argentina Cartagena (Tesis): Universidad de Cartagena; 2021.
19. Revista de enfermedades no transmisibles. [Online]. [cited 2022 setiembre 19]. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu>.
20. Clínica Mayo. [Online].; 2022 [cited 2022 Agosto 20]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/>.
21. Meigs J. Wolters Kluwer. [Online]. Pensilvania: UpToDate; Wolters Kluwer; 2021 [cited 2022 setiembre 26]. Available from: <https://www.wolterskluwer.com/es>.
22. American Diabetes Association. fmd diabetes.org. [Online].; 2018 [cited 2022 diciembre 29]. Available from: <http://fmdiabetes.org>.
23. J. R. MAPFRE. [Online]. Lima: MAPFRE; 2021 [cited 2022 setiembre 26]. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/dermatologicas/la-psoriasis-y-su-relacion-con-el-sindrome-metabolico/>.
24. Armstrong A; Lin S; Camaras C; Sockolov M; Chin D. Psoriasis y gravedad de la hipertensión: resultados de un estudio de casos y controles. PLOS ONE. 2011 Marzo; 6(3).
25. Cordero A. Fundación Española del Corazón. [Online].; 2021 [cited 2022 Setiembre 26]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com>.
26. Canal Diabetes. [Online].; 2017 [cited 2022 Setiembre 27]. Available from: <https://canaldiabetes.com>.
27. García J. Síndrome metabólico Navarra: Clínica de la Universidad de Navarra; 2022.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál es la asociación entre psoriasis vulgar y síndrome metabólico en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021?	<p>General: Determinar la correlación entre psoriasis vulgar y síndrome metabólico en pacientes atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021</p> <p>Específicos: -Describir el grupo de estudio en función a sus características epidemiológicas: sexo, edad y antecedentes familiares. -Reconocer la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con psoriasis vulgar en pacientes atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021 - Identificar la asociación entre diabetes mellitus y psoriasis vulgar en pacientes atendidos en el servicio de Dermatología</p>	<p>Hipótesis general El Síndrome Metabólico está asociado a la Psoriasis vulgar de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021.</p> <p>Hipótesis específicas - La Diabetes mellitus está asociada a la Psoriasis vulgar de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021. - La Hipertensión arterial esta asociada a la Psoriasis vulgar de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021. - La Dislipidemia esta asociada a la Psoriasis vulgar de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital</p>	<p>VI: Pacientes con Psoriasis Vulgar</p> <p>Características epidemiológicas: Covariables edad, sexo y antecedentes familiares de psoriasis</p> <p>VD: Síndrome Metabólico</p> <p>Factores de Riesgo Cardiovascular: Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Dislipidemia Sobrepeso y Obesidad</p>	Casos y controles Transversal, Retrospectivo, Observacional y Analítico	Historias Clínicas Ficha de recolección de datos	Los datos obtenidos serán procesados en el programa SPSS 24 y se tomarán en cuenta medidas de asociación y el cálculo del Chi -cuadrado de asociación

	<p>del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la asociación entre hipertensión arterial y psoriasis vulgar en pacientes atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021 - Determinar la asociación entre dislipidemia y psoriasis vulgar en pacientes atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021 -Detallar la asociación entre obesidad abdominal y psoriasis vulgar en pacientes atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021 	<p>Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Psoriasis Vulgar está asociada con una mayor prevalencia de Diabetes Mellitus y Dislipidemia. - El sobrepeso y La obesidad están asociadas a la Psoriasis vulgar de pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021. 				
--	---	--	--	--	--	--

2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Psoriasis Vulgar	Es una enfermedad inmunitaria crónica causada por una disposición poligénica desencadenada por factores ambientales: traumatismos, infecciones, medicamentos o estrés psicológico.	Información obtenida en la historia clínica Diagnóstico de Psoriasis vulgar registrado en la historia clínica	Nominal	Independientes Cualitativa	Si No
Características epidemiológicas: Covariables: Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento.	Joven: 18 a <29 Adulto: 29 a < 60 Adulto mayor: 60 o más	Ordinal	Cuantitativa	Años
Sexo	Concepto social de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que la sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Características sociales determinantes del ser humano como hombre o mujer.	Nominal Dicotómica	Cualitativa	Mujer Hombre
Antecedentes familiares de Psoriasis	Registro de las enfermedades y afecciones que se han dado en su familia	Psoriasis presente en los miembros de su familia	Nominal	Cualitativa	Si No
Síndrome Metabólico	Es un conjunto de signos y síntomas presentes en una persona y que le aumentara el riesgo de sufrir enfermedades	Información obtenida en la historia clínica Presencia de 3 ó más		Dependientes	

Factores de riesgo cardiovascular	cardiovasculares: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad abdominal.	factores según NCEP ATP III Obesidad Abdominal: Circunferencia de cintura Hombres ≥ 102 cm Mujeres ≥ 88 cm - Triglicéridos séricos ≥ 150 mg/dL o tratamiento farmacológico para triglicéridos elevados - Colesterol HDL en suero < 40 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres o tratamiento farmacológico para el colesterol HDL bajo - Presión arterial $\geq 130/85$ mmHg o tratamiento farmacológico para la presión arterial elevada - Glucosa plasmática en ayunas (FPG) ≥ 100 mg/dL o tratamiento farmacológico para la glucemia elevada	Nominal	Cualitativas	Si No
	Hipertensión arterial: cuando las arterias tienen una tensión persistentemente alta	Diagnóstico de hipertensión arterial registrado en la historia clínica	Nominal	Cualitativas	Si No
	Diabetes mellitus: enfermedad metabólica crónica caracterizada por aumento de la concentración de glucosa en sangre	Diagnóstico de diabetes mellitus registrado en la historia clínica.			
	Dislipidemia; Aumento de la concentración plasmática de colesterol y otros lípidos en sangre.				

	<p>Sobrepeso y Obesidad: acumulación excesiva de grasa en la superficie corporal</p>	<p>Perfil lipídico anormal registrado en la historia clínica: Colesterol Total (CT) > 200 mg/ dL, HDL < 50 mg/dL para mujeres y HDL < 40 mg/dL para varones Triglicéridos (TCG) >150 mg/ dL</p> <p>Índice de masa Corporal (IMC): Kg/m² Sobrepeso > 25 OB I 30 – 34.9 OB II 35 – 39.9 OB III 40 – a más</p>			
--	--	--	--	--	--

3. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº:

1. Nombres y Apellidos:

2. DNI:

3. N° de Historia Clínica:

4. Sexo: (M) (F)

5. Edad: años

18 – 28 ()

29 – 59 ()

>60 ()

6. Antecedentes familiares de Psoriasis: (Si) (No)

7. Psoriasis Vulgar: (Si) (No)

8. Síndrome Metabólico: 3 a más factores. (Si) (No)

Factor cardiovascular asociado:

Hipertensión Arterial: (Si) (No)

Diabetes Mellitus: (Si) (No)

Dislipidemia: (Si) (No)

TGC: mg/dL Referencia 10 - 150 mg/dL

Colesterol total: mg/dL Referencia: < 200 mg/dL HDL:mg/dL

Referencia: HDL > 50 mg/dL para mujeres y HDL > 40 mg/dL para varones

Sobrepeso y Obesidad: (Si) (No) Kg/m²

4. Solicitud de Autorización institucional de Proyecto de Investigación

SOLICITO: Autorización de Proyecto de Investigación por el
Comité de Ética e Investigación HNDAC

JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (OADI) HOSPITAL NACIONAL “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” - CALLAO

Yo, **ROBERTO BLADIMIRO LOZADA CASTRO**, Identificado con DNI 10433797, Médico Residente de Dermatología de la Universidad Ricardo Palma, CMP 078414, domiciliado en la Mz. K´ Lote 28 Los Sauces, Puente Piedra.

Me presento ante usted respetuosamente y expongo:

Que deseando realizar mi Proyecto de Investigación titulado: “Psoriasis Vulgar y Síndrome Metabólico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021”; el cual es un estudio Transversal, retrospectivo, observacional y analítico, para lo cual se recolectará información en fichas de registro de datos de las historias clínicas; los datos obtenidos se manejarán confidencialmente y podrá ser utilizado para nuevas investigaciones.

Motivo por el cual recorro a su digno despacho para solicitarle tenga a bien derivar este proyecto de investigación, al Comité de Ética e Investigación del HNDAC para su evaluación y autorización.

Agradezco de antemano su gentil atención y apoyo.

Bellavista, 03 de Octubre del 2022.

ROBERTO BLADIMIRO LOZADA CASTRO

DNI 10433797

CMP 078414