



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**PSORIASIS COMO FACTOR DE RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN
ADULTOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.**

AUTOR

Luis Enrique Machado Ríos

ASESOR:

Dr. Miguel Ángel Ibáñez Reluz

TRUJILLO – PERÚ

2019

DR. CARLOS ZAMORA RODRÍGUEZ
PRESIDENTE

DRA. FLOR CHIRA ROMERO
SECRETARIA

DR. ALEJANDRO TIRADO SILVA
VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a Dios por haberme permitido llegar hasta este momento. Por los triunfos y los momentos difíciles en mi vida.

A mi familia, especialmente a mis progenitores por ser el pilar fundamental en todo lo que soy y por su apoyo incondicional, gestores principales en la concretización de mi proyecto, por sus consejos de vida. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su infinita bondad, quién supo darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mis padres por su apoyo, confianza, amor y por los consejos que me han brindado.

A mi tía Miryam, eternamente agradecido por el respaldo y apoyo brindado hacia mi persona.

A mis profesores de mi alma mater Universidad Privada Antenor Orrego, así como mi asesor, por haberme guiado en la culminación de este informe y con ello lograr el título de médico cirujano.

Dr. Luis Enrique Machado Ríos

ÍNDICE

	<i>Página</i>
PÁGINAS PRELIMINARES.....	02
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUCCIÓN.....	08
MATERIAL Y MÉTODO.....	16
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN.....	24
LIMITACIONES.....	26
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	33

RESUMEN

Objetivo: Establecer si la Psoriasis es un factor de riesgo de fibrilación auricular en pacientes adultos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Hospital Belén de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo en el periodo del 2008 al 2018.

Material y Métodos: El presente estudio corresponde al diseño de estudio observacional, analítico, transversal, aplicado en 384 pacientes con psoriasis y 1536 pacientes sin psoriasis, se revisaron historias clínicas.

Resultados: La prevalencia de fibrilación auricular en pacientes con psoriasis alcanzó 1.6% y 0,5% en pacientes sin psoriasis, con diferencias estadísticas con una $p=0.032$ y una PRM= 3.0 con un IC95% 1,04 a 8,59, interpretándose que el tener psoriasis incrementa tres veces la posibilidad de padecer fibrilación auricular, comparado con los que no padecen de psoriasis.

Conclusiones: La prevalencia de fibrilación auricular es 6% en los adultos con psoriasis y 0.5% en los adultos sin psoriasis. La prevalencia de pacientes con fibrilación auricular es tres veces más en los que tienen psoriasis, comparado con los que no tienen psoriasis.

Palabras Clave: Psoriasis, fibrilación auricular

ABSTRACT

Objective: If Psoriasis is a risk factor for atrial fibrillation in adult patients treated at the Hospital Regional Docente de Trujillo, Hospital Belen of Trujillo and Hospital Victor lazarte Echegaray of Trujillo in the period from 2008 to 2018.

Material and methods: This study corresponded to the design of observational, analytical, retrospective transversal, applied in 384 patients with psoriasis and 1536 psoriasis patients, medical records were reviewed.

Results: The proportion of atrial fibrillation in patients with psoriasis reached 1.6% and 0.5% in patients without psoriasis, with statistical differences with $p = 0.032$ and a PRM = 3.0 with a 95% 1.04 to 8.59, interpreted that having psoriasis increases in three times the possibility of suffering from fibrillation atrial, compared with those who do not suffer from psoriasis.

Conclusions: The frequency of atrial fibrillation is 6% in adults with psoriasis and 0.5% in adults without psoriasis. The prevalence of atrial fibrillation patients is three times more in those who have psoriasis, compared with those who do not have psoriasis

Keywords: Psoriasis, atrial fibrillation.

II. INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es definida como una arritmia supraventricular que se activa de forma descoordinada y sin contracción efectiva, en cuya monitorización realizada mediante un electrocardiograma (ECG), se puede apreciar un patrón típico de ésta arritmia, que consta de ausencia de ondas P, con intervalos RR irregulares, así como la longitud del ciclo auricular que es rápida e irregular. (1)

A inicios de la presente década cerca de 33.5 millones de personas sufrieron de fibrilación auricular, de los cuales 21 millones pertenecen al sexo masculino, donde la mayoría ocurrieron en estados altamente desarrollados, reportándose que la prevalencia de la fibrilación auricular aumenta con la edad, siendo prevalente en el 0.6% de individuos entre los 40 y 49 años, al 1% de menores de 60 años, a 6.5% de mujeres mayores de 80 años y a 8% de varones de la misma edad. (2)

En el 2016 se divulgó que, en la población española, la fibrilación auricular representa la arritmia cardíaca sostenida más común, con una prevalencia superior a 4% en mayores de 40 años (3). En Uruguay la prevalencia de fibrilación auricular fue de 2.4% en el sexo masculino y 1.6% en las féminas, siendo menos del 1% en menores de 55 años, hasta 8% a partir de la séptima década de vida (4). En el Perú una de las pocas publicaciones sobre el tema, destaca el estudio multicéntrico SAFIR, aplicado a cerca de medio millar de personas, hallándose que la fibrilación auricular permanente fue la más común con 78% y a edad promedio cercana a la séptima década de vida (5).

En cuanto a la fisiopatología, se plantea como elementos fisiopatológicos que ocasionan la fibrilación atrial al envejecimiento paulatino, cambio degenerativo de la estructura auricular y del sistema de conducción, el desarrollo progresivo de las enfermedades cardíacas estructurales que incluye patologías valvulares y del músculo cardíaco, también se debe a factores a nivel local como isquemia del miocardio, trastornos del metabolismo e hidroelectrolíticos, inflamación del pericardio o presencia de miopericarditis, además de la carga genética y el sistema nervioso autónomo (6).

Se proponen tres tipos de mecanismos que desempeñan un rol preponderante en el origen de la fibrilación auricular: El primer mecanismo es el factor auricular donde hay disminución de fibras musculares y presencia de fibrosis auricular, desarrollándose una remodelación estructural, apreciándose un acortamiento de periodos refractarios efectivos perpetuando la arritmia. El segundo mecanismo es el electrofisiológico, donde la frecuencia de ondas va a depender del período refractario, velocidad de la conducción en distintas zonas de la aurícula y la misma masa auricular; en este mecanismo se incluye el mecanismo focal, donde la fibrilación se origina en las venas pulmonares (asociado a la fibrilación auricular paroxística), el ligamento de Marshall, venas cavas, el seno coronario y la crista terminalis. El tercer mecanismo se basa en la predisposición genética como los síndromes de intervalo QT corto, QT largo, la miocardiopatía hipertrófica, hipertrofia del Ventrículo izquierdo relacionada a la mutación del gen PRKGA (7).

Diversas investigaciones corroboraron que el 95% de dichos focos iniciadores se ubican en venas pulmonares (ostium proximal); como también se consideran al seno coronario, vena cava superior (porción proximal) y ligamento de Marshall (7). Otros factores que se asocian con el inicio y mantenimiento de la fibrilación auricular son: alteraciones de la funcionalidad del sistema nervioso autónomo, la dilatación e isquemia de la aurícula y modificaciones estructurales relacionados a los años de vida. (8).

La fibrilación auricular puede ser silente y su descubrimiento ocurre tras la exploración electrocardiográfica o física. Los individuos que tienen sintomatología compatible con fibrilación auricular manifiestan palpitaciones, debilidad, fatiga, mareos, estado de confusión, disnea y dolor precordial (9).

En cuanto a la clasificación de fibrilación auricular, se menciona: La fibrilación auricular diagnosticada por primera vez, la cual no ha sido diagnosticada antes, independientemente de la duración de la arritmia y gravedad de los síntomas relacionadas a ella. La fibrilación auricular paroxística, cuya duración mayormente culmina antes de las 48 h, son raros aquellos casos que se prolongan por 7 días. Mientras que la fibrilación auricular persistente supera la semana, incluyendo episodios que culmina mediante la cardioversión con fármacos o eléctrica posterior a la semana de duración después de 7 o más días (10). También se menciona la fibrilación auricular persistente de larga duración que permanece por más de un 1 año tras la aplicación medidas de control y monitoreo del ritmo cardíaco. La fibrilación auricular permanente es cuando la arritmia es aceptada por el cardiólogo y el paciente o cuando la cardioversión no es exitosa y no se intentará (11)

Es importante hacer una historia clínica y examen físico detallado, así mismo usar el ecocardiograma que ayudará a detectar cardiopatías estructurales, así como el uso del Holter de 24 horas que facilitará evaluar si se logró un buen control de la frecuencia cardíaca o hay la presencia de episodios de fibrilación auricular silente (12). Ante la detección de irregularidades en el pulso, se debe sospechar el desarrollo de fibrilación auricular, requiriéndose el uso del electrocardiograma para hallar la presencia de cardiopatía estructural, que incluye la hipertrofia ventricular izquierda, infarto de miocardio, bloqueo de rama, signos de preexcitación del ventrículo, así como otra signología compatible con miocardiopatía (13) (14).

La psoriasis, es considerada una patología sistémica crónica e inflamatoria, poligénica inmunitaria que involucra el tegumento, uñas y mucosa, que a veces afecta estructuras articulares (15), tiene un componente de predisposición genética, basada por una mediación de mecanismos de tipo inmunológico y diversos factores ambientales (16).

La prevalencia va a depender de la región, los estudios señalaron que variaba de 0,09% en Tanzania a 11,4% en Noruega. Se encontró una correlación muy débil entre latitud geográfica y prevalencia de la psoriasis. La psoriasis ocurre más en los grupos humanos al norte de Europa y con escasa frecuencia en grupos humanos situadas al este de Asia. En Estados Unidos la prevalencia de psoriasis en personas de origen caucásicos, negros, hispanos y otros, fue de 3,6%, 1,9%, 1.6% y 1.4%, respectivamente (17).

La psoriasis es diagnosticada a través de la evaluación física, caracterizada por la presencia de placas escamosas, delimitadas, simétricas y eritematosas, frecuentemente con presencia de prurito y el signo de Auspitz, presentándose en cualquier parte del cuerpo, siendo más habitual en rodilla, codo, cuero cabelludo, glúteo, zona umbilical y región del dorso torácico (18). Con un patrón que mayormente se denomina psoriasis vulgar y que ocurre en el 90% de los casos (19).

Una de las clasificaciones de la psoriasis, se subdivide en psoriasis juvenil o Tipo I, cuya lesión se ubica en uña y cuero cabelludo, con pústulas y eritrodermia, su inicio acontece cerca de la segunda década de vida, existiendo historia familiar de psoriasis y asociado a la HLA-Cw6, muchas veces con resistencia a la farmacoterapia (20). En cambio, el que sucede en el adulto o Tipo II, aparece tardíamente cerca de los 60 años, tiene poco antecedente familiar y su desarrollo es benigna, aunque con morfología diversa. Las lesiones producidas en la psoriasis se deben a la hiperproliferación de queratinocitos, siendo este proceso mediado por citoquinas proinflamatorias como IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, INF- γ , TGF α (21).

Por lo tanto, la psoriasis es una proliferación no tumoral de queratinocitos genéticamente predispuestos (queratinocitos psoriáticos), que puede ser causada por muchos factores, tales como la acción de agentes físicos (traumas, calor, cambios ambientales), infecciones, reacciones alérgicas, agentes químicos y reacciones neuropsíquicas. Estos cambios tanto en los queratinocitos como en la inflamación, interactúan y se activan recíprocamente. Es importante señalar que la psoriasis es un predictor de la fibrilación auricular el cual mediante el mecanismo de la inflamación activa constituye un catalizador del proceso de remodelación atrial izquierda, acelerando aún más la aparición de fibrilación auricular, que es apoyado por evidencia histológica de infiltrados inflamatorios y daño oxidativo en el tejido auricular registrado en pacientes con fibrilación auricular (22).

Entre los estudios previos se halla el realizado por Tae-Min R, et al (Corea, 2017) quien evaluó si la psoriasis aumenta el riesgo de fibrilación auricular. En este estudio analítico, hallaron que la frecuencia de psoriasis en pacientes con fibrilación auricular fue 4.1% y en pacientes sin psoriasis 0.4%. Encontrándose que la psoriasis severa incrementa las probabilidades de fibrilación auricular RR= 1.44 con IC95% de 1.14 a 1.82, con una p = 0,002. Concluyeron que la psoriasis eleva las probabilidades de sufrir fibrilación auricular (23).

Upala S, et al (Tailandia, 2016) realizó una revisión sistemática y metanálisis para evaluar la asociación entre psoriasis y fibrilación auricular de estudios observacionales. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la base de datos de MEDLINE y EMBASE, de donde extrajeron datos de 4 estudios observacionales. La incidencia de fibrilación auricular fue comprobada por electrocardiogramas examinado por cardiólogo. Hubo un significativo mayor riesgo de fibrilación atrial en pacientes con psoriasis comparado con los controles con una razón de proporciones RP=1,42 (95% CI 1.22-1.65). Demostraron que pacientes con psoriasis aumentaron el riesgo de fibrilación atrial. (24)

Ungprasert P, et al (India, 2016), realizaron un estudio que investigó la asociación entre la psoriasis y la fibrilación auricular, aplicándose una revisión sistemática y metanálisis de estudios de cohorte y casos y controles, aplicando la razón de incidencia, cociente de riesgo y odds ratio, comparando el riesgo de fibrilación auricular en pacientes con psoriasis versus participantes sin psoriasis. Se incluyeron tres estudios retrospectivos con 110.568 casos de psoriasis y 5.352.817 participantes sin psoriasis. Se halló un RR de 1,21 (intervalo de confianza del 95%, 1.14-1.29). El metanálisis demostró un aumento estadísticamente significativo en el riesgo de incidencia de fibrilación auricular en los pacientes con psoriasis (25).

Ahlehoff O, et al (Dinamarca, 2012), investigaron el riesgo de fibrilación auricular en pacientes con psoriasis. Fue un estudio de cohorte de la población danesa de un total de 36,765 pacientes con psoriasis leve y 2,793 con psoriasis severa fueron comparados con los 4 478,926 individuos sin psoriasis. En pacientes con psoriasis leve, la razón ajustada de tasas para fibrilación auricular fue 1.5 (1.2-1,9) y 1.2 (1.1-1.24) en pacientes edad < 50 y ≥50 años, respectivamente. Pacientes con psoriasis severa con edad por debajo de 50 años tuvieron un mayor riesgo de fibrilación auricular de 2,98 (1.80-4.92) en cambio en pacientes edad mayor o igual a 50 años el riesgo fue de 1,29 (1.01-1.65). (26)

Armstrong E, et al (Estados Unidos, 2012), evaluaron si los pacientes con psoriasis pueden tener un mayor riesgo de desarrollar fibrilación auricular. Mediante un estudio de caso control anidado se analizaron las historias de 169 pacientes con psoriasis y sin psoriasis, tras 10 años de seguimiento se revisaron los datos de las historias clínicas, para llevar a cabo el estudio se emparejo los casos y los controles según edad y sexo. La proporción de fibrilación auricular en los pacientes con psoriasis fue 14,7% y en los que no tiene psoriasis 12,8%, estableciéndose que la alteración de la onda P y el segmento QT aumentó en los pacientes de psoriasis y se correlacionó con la duración de la enfermedad. Establecieron que los pacientes de psoriasis de más de 10 años de enfermedad, debería considerarse su referencia a cardiología para ser evaluado por el especialista cardiovascular. (27)

El presente estudio se realizó considerando una temporalidad de 10 años teniendo en cuenta la investigación realizada por Armstrong E, et al (27) y Li D, et al (34), quienes tuvieron en cuenta el método de estudio de score de Framingham, el cual estableció un tiempo mínimo de 10 años de exposición para desarrollar patologías cardíacas.

2. Enunciado del problema:

¿Es la Psoriasis un factor de riesgo de fibrilación auricular en pacientes adultos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Hospital Belén de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo del 2008 al 2018?

3. Objetivos:

a. OBJETIVO GENERAL:

Establecer si la Psoriasis es un factor de riesgo de fibrilación auricular en pacientes adultos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Hospital Belén de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo en el periodo del 2008 al 2018.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar la prevalencia de fibrilación auricular en los adultos con psoriasis
2. Estimar la prevalencia de fibrilación auricular en los adultos sin psoriasis
3. comparar la prevalencia de fibrilación auricular en pacientes con y sin psoriasis

4. Hipótesis:

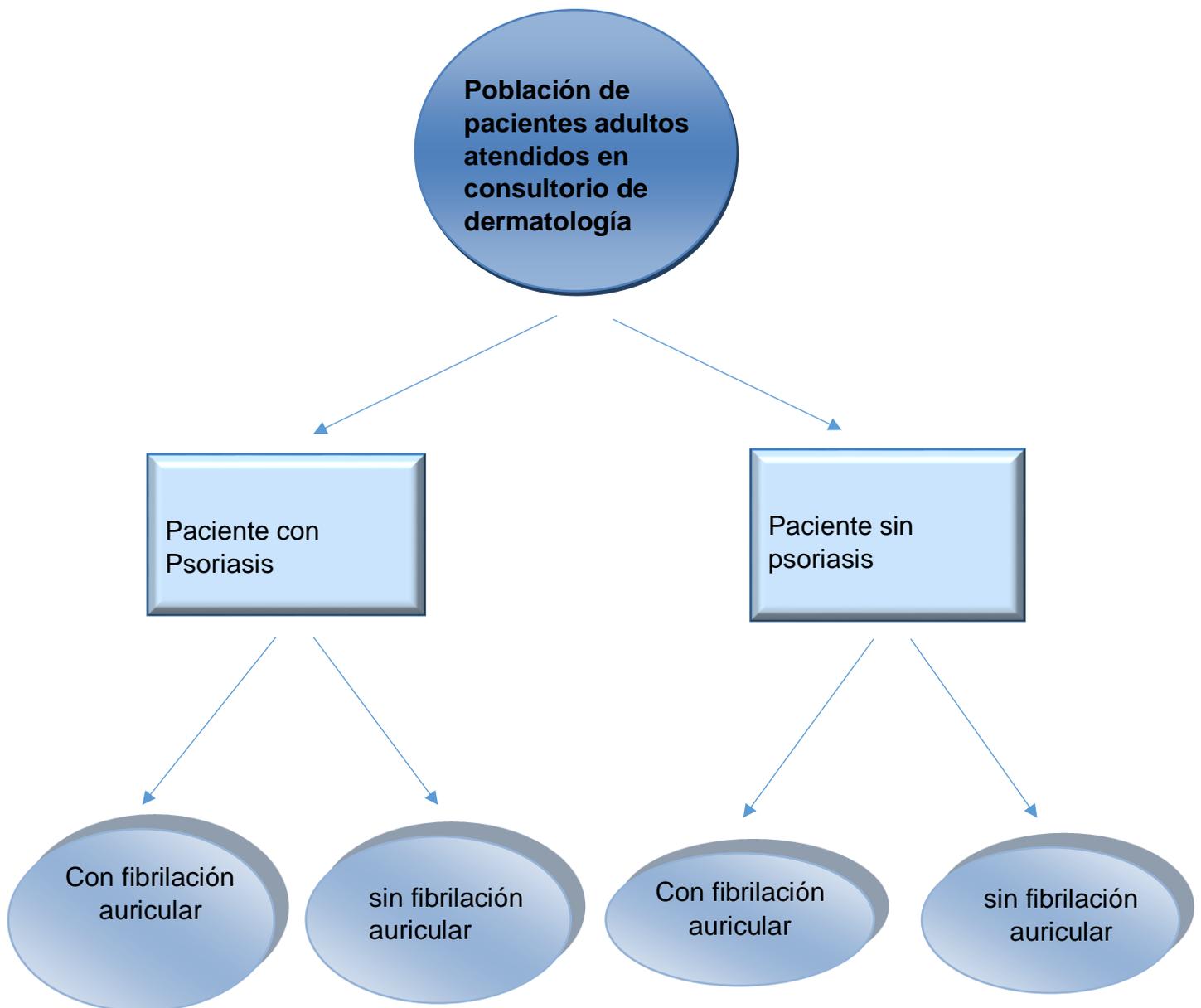
Ho.- La Psoriasis no es un factor de riesgo de fibrilación auricular en pacientes adultos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Hospital Belén de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo del 2008 al 2018

Hi.- La Psoriasis si es un factor de riesgo de fibrilación auricular en pacientes adultos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Hospital Belén de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo del 2008 al 2018.

II- MATERIAL Y MÉTODOS:

a. DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio corresponde al diseño de estudio observacional, analítico, transversal. (28)



5.1. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población de Estudio:

Pacientes adultos entre 30 a 50 años que se atendieron en la consulta ambulatoria de dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo, Hospital Belén de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Los cuales fueron diagnosticados de psoriasis entre los años 2008 Y 2009.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN (EXPUESTOS):

- Pacientes diagnosticados de psoriasis, con edad entre 30 a 50 años al momento de su inclusión en el estudio, que tuvo por lo menos una evaluación por cardiología.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN (NO EXPUESTOS):

- Pacientes sin psoriasis, con edad entre 30 a 50 años al momento su de inclusión en el estudio, que tuvo por lo menos una evaluación por cardiología.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con tumor cardíaco, estenosis mitral, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, esclerosis sistémica, hipertensión arterial, valvulopatías, infarto agudo de miocardio.

MUESTRA Y MUESTREO:

UNIDAD DE ANÁLISIS

Lo conformó el paciente atendido en el servicio de dermatología del Hospital Belén de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Essalud, que cumplió con los criterios de selección.

UNIDAD DE MUESTREO

Fue la historia clínica del paciente considerado como unidad de análisis.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Se calculó el tamaño muestra requerido utilizando la fórmula que a continuación se describe (29).

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1) p(1-p)} - Z_{1-\beta} \sqrt{r p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{r (p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z\alpha$ = se consideró valor de 1.96 como nivel de significancia

$Z\beta$ = se consideró 0.84 como valor de la potencia

p_1 = Proporción de pacientes con psoriasis que tuvieron fibrilación auricular.

p_2 = Proporción de pacientes sin psoriasis que tuvieron fibrilación auricular.

$P = (p_1 + p_2)/2$

r = número de no expuestos por cada expuesto

n = Número de pacientes

Reemplazando los valores

$Z\alpha = 1.96$

$Z\beta = 0.84$

$p_1 = 0.041$ Tae-Min R, et al (23)

$p_2 = 0.016$ Tae-Min R, et al (23)

$P = (p_1 + p_2)/2 = 0.1$

$r = 4$

$n = 384$

Se incluyeron a 384 pacientes con psoriasis y 1536 pacientes sin psoriasis que fueron atendidos en el servicio de dermatología en el Hospital Belén de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Essalud.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Psoriasis.	Patología sistémica crónica e inflamatoria, poligénica inmunitaria que involucra el tegumento, uñas y mucosa, que a veces afecta estructuras articulares (15),	Se valorará el examen físico y de pruebas de ayuda diagnóstica, llevada a cabo por el médico Tratante dermatólogo o internista.	1. Con Psoriasis 2. Sin Psoriasis	Cualitativo Nominal
Fibrilación auricular	Es una taquiarritmia de localización supra ventricular debido a la activación eléctrica de la aurícula no coordinada que induce al menoscabo de la actividad mecánica del corazón (1)	Se considerará los datos descritos en la historia clínica, confirmado mediante el electrocardiograma, holter de 24 horas.	1. Con fibrilación auricular 2. Sin fibrilación auricular	Cualitativo Nominal

Covariable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Edad	En el tiempo lapso de vida desde el momento de nacer (30)	Se valorará le edad en años cumplidos al momento de la inclusión en el estudio	Edad en años	Cuantitativo continuo
Sexo	Características morfológicas y genéticas que tiene cada persona (30)	Se considera el dato descrito en el historial clínico	Masculino Femenino	Cualitativo nominal

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

1. Se solicitaron las historias clínicas correspondiente a los pacientes con y sin psoriasis atendidos en el consultorio de dermatología para los cuales se pidió el reporte del his en el departamento de estadística de cada hospital, calificándolos según estén o no expuestos al factor de riesgo que es la psoriasis.
2. Se consideraron las historias clínicas que cumplen con los criterios de selección (inclusión y exclusión).
3. Para disminuir los sesgos de selección, se consideró el de temporalidad, en los que no tienen psoriasis, estos se incluirán al estudio considerando el mismo mes en que ingresaron los que tienen psoriasis. Para disminuir el sesgo de persona, en la selección deberá tener la misma o cercana edad (no mayor de dos años entre los que tienen y no presenta psoriasis). Finalmente, para eliminar el sesgo de lugar, se tomará en cuenta el lugar de estudio, tanto el expuesto como no expuesto serán del mismo hospital. Toda la data se introdujo en la ficha de recolección confeccionada para el presente estudio (Anexo 1).
4. El seguimiento comprende diez años desde que fue diagnosticado tomándose como referencia los años del 2008 al 2009, concluyéndose dicho seguimiento en el 2017 y 2018 respectivamente

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

El registro de la data recolectada en las fichas antes mencionadas, se ingresó al sistema SPSS-IBM en su versión número 25.0. La información extraída se agregó en las tablas, considerando los objetivos secundarios pre-establecidos.

5.5.1. Estadística Descriptiva:

Se estimó la frecuencia relativa en el caso de las variables cualitativas, así como covariables, mientras que para la edad se usó el promedio y desviación estándar.

5.5.2 Estadística Analítica:

Para estimar la existencia de diferencias de las frecuencias esperadas y observadas entre las variables a estudiar se hizo uso del Chi cuadrado agregándosele su nivel de significancia. (31) Referente al riesgo se utilizó la prevalencia en estudios transversales analíticos porque recolecta información acerca de la exposición y la enfermedad con el objetivo de comparar diferencias en las condiciones de la enfermedad entre quienes estuvieron o no, expuestos al factor de riesgo, agregándosele el intervalo de confianza al 95%. (32)

5.6. ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación contendrá las autorizaciones dictaminadas por las autoridades respectivas mencionadas anteriormente, considerando el diseño estudio transversal y teniendo en cuenta la declaración de Helsinki II específicamente los numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23, (33).

III.-RESULTADOS

TABLA N°1.- ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE LA PSORIASIS EN EL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

PSORIASIS	FIBRILACIÓN AURICULAR				Total	
	SI		NO		PRM	Nivel de significancia
	n	%	n	%		
SI	6	1.6%	378	98.4%	PRM= 3.0	X ² =4.605 p=0.032
NO	8	0.5%	1528	99.5%	IC95% 1.04 a 8.59	
TOTAL	14		1906			

Fuente: Historias clínicas HRDT, HBT, HVLE

TABLA N°2 COVARIABLES PRESENTES EN LA ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE LA PSORIASIS EN EL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR. ESTUDIO. MULTICÉNTRICO

FIBRILACIÓN AURICULAR				
Covariables	Si = 14	No=1906	PRM	Nivel de Significancia
Sexo:				
Masculino	10 (71.4%)	1119 (58.7%)	1.76 (IC 95% 0.549-5.63)	p=0.248
	4 (28.6%)	787 (41.3%)		
Femenino				
Edad	43.6 ± 5.9 años	41.02 + 5.8 años	NA	p=0.09

Fuente: Historias clínicas HRDT, HBT, HVLE

IV.- DISCUSIÓN

Este estudio se desarrolló en tres hospitales del III nivel de atención como son: el Hospital Regional Docente de Trujillo, el Hospital Belén y el Hospital Essalud Víctor Lazarte Echegaray, establecimientos que cuentan con los especialistas y equipamiento para el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis como también de la fibrilación auricular. A continuación, los resultados del presente estudio.

En la Tabla N°1 se puede apreciar que, tras un tiempo de exposición de 10 años, la prevalencia de la fibrilación auricular en los pacientes con psoriasis alcanzó el 1.6% en los pacientes que tuvieron de 30 a 50 años. Esta cifra es cercana a lo descrito por Gómez J, et al³ quien informó que la frecuencia de fibrilación auricular alcanzó el 1%; en cambio Tae-Min R, et al²⁴ describió una frecuencia mayor que fue de 4.1%. En cambio Armstrong E, et al (27), halló que la proporción de fibrilación auricular en los pacientes con psoriasis fue 14,7% y en los que no tiene psoriasis 12,8%,

Como se aprecia hay grandes diferencias entre los estudios mencionados, esto se circunscribe principalmente a tres características: la primera es el grado de severidad, estableciéndose que a mayor severidad de la psoriasis mayor el riesgo de fibrilación auricular. La otra característica es la edad, en pacientes cuya enfermedad se inicia antes de los 50 años la incidencia de fibrilación auricular aumenta. Uno de esos hallazgos lo menciona Ahlehoff O et al (26), et al señalar que en pacientes con psoriasis la tasa de incidencia de fibrilación auricular aumenta en pacientes menores de 50 años, la tasa de incidencia de fibrilación auricular fue 1.5% la cual se reduce a partir de los cincuenta años de edad. Esto quiere decir que, si la psoriasis aparece antes de los cincuenta años, tiene mayor probabilidad de ocasionar fibrilación auricular, que la psoriasis que se presenta después de los cincuenta años. El tercer elemento es la capacidad resolutiva del establecimiento donde se realiza el estudio, el cual cuenta con tecnología y profesionales que realicen un estudio integral del paciente.

También en la Tabla N°1 al establecer la prevalencia se halló un PRM= 3.0 con un IC95% 1,04 a 8.57, interpretándose que la prevalencia de pacientes con fibrilación auricular es tres veces mayor si padece de psoriasis comparado con los que no padecen de psoriasis.

En los estudios previos se mencionan resultados con menor riesgo de fibrilación auricular como el de Tae-Min R, et al (23), encontrándose que la psoriasis severa incrementa las probabilidades de fibrilación auricular como RR= 1.44 con IC95% de 1.14 a 1.82, con una p = 0,002. Ungprasert P, et al²⁵ con un RR de 1,21 (intervalo de confianza del 95%, 1.14-1.29) y Ahlehoff O, et al ²⁶ con un RR de 2,98 (1.80-4.92) y Upala S, et al con una RP=1,42 (95% CI 1.22-1.65). Como puede apreciarse el presente estudio se asemeja técnicamente con los mencionados como antecedentes, puesto que los riesgos puntuales se hallan dentro del intervalo de confianza de 1.04 a 8.59. Las pequeñas diferencias de riesgo pueden depender de las características de la población, donde la edad, el grado de psoriasis y presencia de comorbilidades modificarían el riesgo de padecer de fibrilación auricular.

La explicación acerca del mecanismo de cómo se desencadena la fibrilación auricular tras un seguimiento de 10 años en pacientes con psoriasis se da porque dicha psoriasis activa un proceso de inflamación continuo, que promueve la remodelación atrial izquierda, siendo un catalizador de la aparición de fibrilación auricular, el cual se confirma por el infiltrado histológico inflamatorios y la lesión oxidativa del tejido auricular registrado en dichos pacientes ²²

En la Tabla N° 2 se incluye covariables en las que se buscó relación con la psoriasis y la fibrilación auricular, sin embargo, tanto la edad como el sexo se comportan como covariables que no tienen relación con la psoriasis. El promedio de edad entre los pacientes con fibrilación auricular y psoriasis fue 43.6 años, mientras que en los que no tenían fibrilación auricular fue 41.02 años, sin diferencias estadísticas significativas ($p=0.09$). Mientras que el sexo masculino prevaleció en los pacientes con fibrilación auricular y sin fibrilación auricular con 71.4% y 58.7% respectivamente, con una $p=0.248$.

V. LIMITACIONES.

- Falta de datos disponibles en las historias clínicas al momento del abordaje, como por ejemplo especificar qué tipo de psoriasis presenta el paciente y la severidad de ésta.
- Se descartaron muchas historias clínicas por no presentar una evaluación cardiológica.
- Se excluyeron un total de 212 historias clínicas de pacientes con psoriasis, por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio.
- No se tomó en cuenta si se recibió tratamiento biológico, sistémico o tópico en los pacientes con psoriasis.

VI.-CONCLUSIONES

1. La prevalencia de fibrilación auricular es 6% en los adultos con psoriasis.
2. La prevalencia de fibrilación auricular es 0.5% en los adultos sin psoriasis.
3. La prevalencia de pacientes con fibrilación auricular es tres veces mayor si padece de psoriasis comparado con los que no padecen de psoriasis.

VII.-RECOMENDACIONES

- Incluir otras variables o factores de riesgo de la fibrilación auricular, así como aplicar un estudio de supervivencia con la finalidad de conocer en cuanto tiempo se presenta la fibrilación auricular.
- Difundir los resultados en los servicios que atienden a los pacientes con psoriasis de manera que los profesionales de la salud puedan realizar la consejería y atención correspondiente tamizándolo en la detección de la fibrilación auricular, aunque su incidencia es baja, no deja de ser un problema que puede comprometer la vida del paciente.
- Optimizar el registro de las historias clínicas, con un mayor detalle de las patologías en cuanto a su tipología, así mismo propiciar una atención y seguimiento de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de fibrilación auricular. Buenos Aires. Área de Consensos y Normas. Revista Argentina De Cardiología 2015; 83(1):2-23
2. Colilla S, Singer D, Crow A, Simon T, Petkun W, Liu X. Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. Am J Cardiol. 2013;112:1142–7.
3. Gómez J, López M, Esteve I, Barón G. Epidemiología de la fibrilación. Rev Esp Cardiol Supl. 2016;16(A):2-7
4. Davis R, Hobbs R, Kenkre J, Roalfe A, Iles R, Lip G, Davies M, Prevalencia de la fibrilación auricular en la población general y en grupos de alto riesgo: estudio ECHOES. Rev Urug Cardiol 2013; 28: 99-109
5. Medina F. Epidemiología de la fibrilación auricular y el Registro SAPHIR en Perú. Rev Per Cardiol 2012; XXXVIII (2):64-68.
6. Ramírez J, Agudelo J, Correa R, González E. Fisiopatología de la fibrilación auricular. Rev Colomb Cardiol. 2016; 23(S5):9-14
7. Forero JE, Moreno JM, Agudelo CA, Rodríguez EA, Sánchez PA. Fibrilación auricular: enfoque para el médico no cardiólogo. Iatreia. 2017 Oct a Dic;30(4):404-422.
8. Merino J, Mecanismos electrofisiológicos y diagnóstico de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol Supl. 2016;16(A):12-9
9. Sociedad Europea de Cardiología. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. 2016;70(1):43.e1-e84
10. Davis D. Interpretación del ECG: su dominio rápido y exacto. 4ª edición. México DF. Editorial medica panamericana. 2010. pp 131
11. Saturno G. Cardiología. Ciudad de México. Editorial el Manual Moderno. 2017. pp 73
12. Camm A, Kirchhof P, Lip G, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol 2010;63: 1483.e1-e83.
13. Federación Mundial del Corazón. Fibrilación auricular en atención primaria (AFIP). Ginebra. Federación Mundial del Corazón. 2014.

14. Anguita M, Worner F, Domenech P, Marín F, Ortigosa J, Pérez J, et al. Nuevas evidencias, nuevas controversias: análisis crítico de la guía de práctica clínica sobre fibrilación auricular 2010 de la Sociedad Europea de Cardiología. Rev Esp Cardiol 2012;65:7-13.
15. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 4ª edición. Madrid. Elsevier España. 2018. Pp 138
16. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso nacional de psoriasis. Guías de tratamiento. Buenos Aires. Sociedad Argentina de Dermatología. 2010
17. World Health Organization. Global report on psoriasis. Geneva; World Health Organization. Global. 2016.
18. Wolff K, Paller A, Goldsmith L, Gilchrist B, Leffell D, Fitzpatrick, et al Dermatología en Medicina General, 8ª edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2014
19. Suárez R. Guía dermatológica para atención primaria. Barcelona. Marge Medical Books. 2013. (Citado 15 de Noviembre del 2018) Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=6i7JAqAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=dermatologia+y+psoriasis&hl=es&sa=X&ei=dhv2U6OwNI fsAT0woLgAw&ved=0CCMQ6AEwAige#v=onepage&q=dermatologia%20y%20psoriasis&f=false>
20. Gianetti A. Tratado de dermatología. Barcelona. (Libro en internet) Nuova Libreria, 2011, (Citado 12 de octubre del 2018) Disponible en; <http://books.google.com.pe/books?id=EsvN7RHREsC&dq=tratado+de+dermatologia&hl=es&sa=X&ei=zyL2U97jIMHnsAT1rICoCQ&ved=0CBkQ6AEwAA>
21. Ausiello A, Goldman L. Cecil Tratado de medicina interna. 25ª ed. Madrid Elsevier España SL. 2014.
22. Armstrong AW, et al. Psoriasis, electrocardiographic characteristics, and incidence of atrial fibrillation. Arch Dermatol Res. 2013;305:891–897
23. Tae-Min R, Ji Hyun L, Eue-Keun C, Kyung-Do H, HyunJung L, Chan Soon P, et al. Increased Risk of Atrial Fibrillation and Thromboembolism in Patients with Severe Psoriasis: a Nationwide Population-based Study. SCIENTIFIC REPORTS 2017; 7: 9973. DOI:10.1038/s41598-017-10556-y

24. Upala S, Shahnawaz A, Sanguankeo A, Psoriasis increases risk of new-onset atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Journal of Dermatological Treatment* October 2016; 28(5):1-20
25. Ungprasert P, Srivali N, Kittanamongkolchai W. Psoriasis and risk of incident atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2016;82:489-97
26. Ahlehoff O, Gislason G, Jorgensen C, Lindhardsen J, Charlot M, Olesen J, et al. Psoriasis and risk of atrial fibrillation and ischaemic stroke: a Danish Nationwide Cohort Study. *Eur Heart J*. 2012 Aug;33(16):2054-64.
27. Armstrong E, Azizi S, Farrow J, Klem K, Anderson, Rogers D. Psoriasis and the risk of developing atrial fibrillation among patients referred for cardiac catheterization. *Journal of the American College of Cardiology* Mar 2012, 59 (13 Supplement) E669.
28. Hernández H. *Epidemiología: diseño y análisis de estudios*, México DF. Editorial medica panamericana. 2009.
29. Pértegas S., Pita S. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Cad Aten Primaria* 2002; 9:148-150 Fitz F, De Tomasso M. *Fibrilación auricular en la práctica clínica. Buenos Aires. Editorial Inter- Médica. 2016.*
30. Mosby. *Diccionario Mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la Salud. 6ª edición. Barcelona. Elsevier España. 2011.*
31. Hernández R, Fernández P Baptista C. *Metodología de la investigación 5ª ed. Editorial Mac Graw Hill. 2014.*
32. Álvarez G, Delgado J. *Diseño de Estudios Epidemiológicos. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2015; 32(1): 26-34
33. Asociación Médica Mundial (AMM), *Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013 (Citado 9 de marzo del 2018). Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf*

34. Li D, Quispe R, Madan N, Zhang L, Taub C. A risk score for predicting atrial fibrillation in individuals with preclinical diastolic dysfunction: a retrospective study in a single large urban center in the United States. *BMC Cardiovascular Disorders* (2019) 19:47

ANEXO 1

Instrumento: Ficha De Recolección De Datos

Psoriasis como factor de riesgo de fibrilación auricular en adultos. Estudio multicéntrico.

I.- DATOS GENERALES

1. HISTORIA CLINICA N°
2. EDAD.....AÑOS CUMPLIDOS
3. SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()
4. HOSPITAL HBT () HRDT () HVLE ()

II.- DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

PSORIASIS

A) SI () B) NO ()

En los pacientes con Psoriasis colocar los criterios diagnósticos:

CRITERIO CLINICO: Patrón clínico de Psoriasis:.....

RASPADO METÓDICO: positivo () negativo ()

HISTOPATOLOGÍA:

III.- DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

FIBRILACIÓN AURICULAR

A) SI () B) NO ()