

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON DISLIPIDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD  
MANZANARES, MARZO - DICIEMBRE 2021**

**PRESENTADO POR:**

Ramirez Chavez, Kevin Alexis

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR**

M.C. Cuevas Huari, Edgardo Washington

**HUACHO – PERÚ**

**2022**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON DISLIPIDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD  
MANZANARES, MARZO - DICIEMBRE 2021**

Kevin Alexis Ramirez Chavez

**TESIS DE PREGRADO**

**ASESOR:**

M.C. Cuevas Huari, Edgardo Washington

**JURADOS**

M.C. Nole Delgado, Javier Augusto

M.C. Flores Perez, Edwin Mosiah

M.C. Segami Salazar, Gabriel Hugo

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**HUACHO – PERÚ**

**2022**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mi familia, a mi madre, por haberse esforzado tanto para dejarme el que siempre me dijo sería el mejor regalo en la vida, la educación, a mi padre por mostrarme el orgullo que siente por mí, a mi hermano menor, para quien espero ser un ejemplo a futuro en su camino como profesional, a mis abuelitos que siempre me acompañan desde el cielo, a mis mascotas, por alegrarme cada día con sus travesuras, y a cada paciente que estuvo en algún momento de mi formación profesional, sus agradecimientos me llenaron de fortaleza y me hicieron estar seguro que es la Medicina a lo quería dedicarme.

*Kevin Alexis Ramirez Chavez*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi familia, por ayudarme a superar cada dificultad, por sostenerme en los momentos en los cuales la vida parecía difícil, por aconsejarme y brindarme las oportunidades para salir adelante.

Agradezco al Hospital regional de Huacho y a cada médico que se tomó el tiempo para transmitir sus conocimientos, a los residentes por brindarme su amistad, a mis compañeros internos por levantarme los ánimos en esos momentos de cansancio, en los que muchas veces creímos que no podríamos más, gracias a cada una de las personas que estuvieron en mi camino durante mi carrera profesional, gracias a ellos, me he formado de manera correcta y por ellos es que tengo la motivación de seguir con mi sueño de ser un gran médico.

*Kevin Alexis Ramirez Chavez*

## ÍNDICE

Lista de Tablas .....	viii
Lista de Figuras .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	2
1.2. Formulación del Problema .....	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problema específico .....	5
1.3. Objetivos de la investigación .....	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos .....	6
1.4. Justificación de la investigación.....	7
1.4.1. Conveniencia.....	7
1.4.2. Relevancia Social.....	7
1.4.3. Implicaciones prácticas .....	7
1.4.4. Justificación Teórica .....	7
1.4.5. Justificación Metodológica .....	8
1.5. Delimitación del estudio .....	8
1.5.1. Delimitación espacial.....	8
1.5.2. Delimitación poblacional .....	8
1.5.3. Delimitación temporal.....	8
1.5.4. Delimitación temática .....	8
1.6. Viabilidad del estudio .....	9
1.6.1. Viabilidad temática .....	9
1.6.2. Viabilidad económica.....	9
1.6.3. Viabilidad administrativa .....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. Antecedentes.....	10
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	17
2.2. Bases teóricas.....	21

2.2.1. Dislipidemia .....	21
2.2.2. Características clínicas .....	23
2.2.3. Características epidemiológicas: .....	23
2.2.4. Lipoproteínas .....	24
2.2.5. Aterosclerosis.....	25
2.3. Definición de términos básicos .....	26
2.3.1. Colesterol Total.....	26
2.3.2. Colesterol de baja densidad.....	27
2.3.3. Colesterol de alta densidad.....	28
2.3.4. Triglicéridos.....	28
2.3.5. Edad .....	29
2.3.6. Sexo .....	29
2.3.7. Comorbilidades .....	29
2.4. Bases filosóficas .....	29
2.5. Hipótesis de la investigación.....	31
2.6. Operacionalización de variables.....	32
2.6.1. Manifestaciones clínicas .....	32
2.6.2. Características epidemiológicas .....	33
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....</b>	<b>34</b>
3.1. Diseño metodológico .....	34
3.1.1. Tipo de investigación .....	34
3.1.2. Enfoque de investigación .....	34
3.2. Población y Muestra.....	35
3.2.1. Población .....	35
3.2.2. Muestra. ....	35
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	36
3.3.1. Técnica de recolección de datos .....	36
3.3.2. Descripción de los instrumentos.....	36
3.3.3. Descripción del procedimiento.....	36
3.4. Técnicas para el procesamiento de la información .....	36
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
4.1. Análisis de Resultados .....	38
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....</b>	<b>45</b>
5.1. Discusión de resultados.....	45
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>50</b>

6.1. Conclusiones.....	50
6.2 Recomendaciones .....	51
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS .....	52
Documentales .....	52
Bibliográficas.....	52
Hemerográficas.....	53
Electrónicas .....	54
ANEXOS.....	60
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	60
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	63
Anexo 3: Autorización para la recolección de datos por parte del Hospital Regional de Huacho. ....	64
Anexo 4: Informe de Asesoría Estadística. ....	65

**Lista de Tablas**

Tabla 1. Incidencia de pacientes con Colesterol Total alto.....	38
Tabla 2. Incidencia de pacientes con Colesterol LDL alto.....	39
Tabla 3. Incidencia de pacientes con Colesterol HDL bajo.....	40
Tabla 4. Incidencia de pacientes con Triglicéridos altos.....	41
Tabla 5. Incidencia de los pacientes con dislipidemia según edades.....	42
Tabla 6. Incidencia de pacientes con dislipidemia según sexo.....	43
Tabla 7. Incidencia de comorbilidades de los pacientes con diagnóstico de dislipidemia.....	44

**Lista de Figuras**

Figura 1. Incidencia de pacientes con Colesterol Total alto.....	38
Figura 2. Incidencia de pacientes con Colesterol LDL alto.....	39
Figura 3. Incidencia de pacientes con Colesterol HDL bajo.....	40
Figura 4. Incidencia de pacientes con Triglicéridos altos.....	41
Figura 5. Incidencia de los pacientes con dislipidemia según edades.....	42
Figura 6. Incidencia de pacientes con dislipidemia según sexo.....	43
Figura 7. Incidencia de comorbilidades de los pacientes con diagnóstico de dislipidemia.....	44

## Resumen

**Objetivo:** Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

**Materiales y métodos:** Es una investigación no experimental, descriptiva, observacional, retrospectiva y transeccional. Se revisó las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico de dislipidemia de todas las edades en el Centro de Salud de Manzanares, contando al final con 148 historias que cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente los datos fueron procesados mediante el software estadístico IBM SPSS 24 y Microsoft Office Excel 2016.

**Resultados:** se encontró que la prevalencia de dislipidemia con respecto a los valores de colesterol total fue de 53 (35,81%) pacientes, además que 37 (25%), presentó niveles límite y 58 (39,19%) valores óptimos, con respecto a los valores de colesterol LDL se encontró que 48 (32,4%) presentaron valores altos, 50 (33,78%) valores límite y 50 (33,78%) valores óptimos, en cuanto al HDL se encontró valores bajos de este en 63 (42,56%) de las personas, y 85 (57,44%) presentaron valores óptimos, en el caso de los triglicéridos 99 (66,89%) presentó hipertrigliceridemia, 27 (18,25%) tuvieron valores límite y 22 (14,86%) cursaron con valores óptimos, de acuerdo a la edad se tuvo predominancia en los adultos con un total de 92 (62,26%), seguido por 45 (30,41%) de adultos mayores y en menos medida jóvenes, 6 (4,05%), adolescentes, 3 (2,03%) y 2 (1,35%) fueron niños, con respecto al sexo hubo predominancia del sexo femenino (65,55%) con respecto al masculino (34,45%), y en cuanto a las comorbilidades, se presentaron en con mayor frecuencia el sobrepeso (31,08%), obesidad (57,41%), que se dividió en obesidad tipo I, 20 (13,51%) presentó obesidad tipo II, 21 (14,18%) presentó obesidad

tipo III, 36 (24,32%), además 36 (24,32%) presentaron diabetes mellitus tipo 2, 29 (19,59%) hipertensión arterial, y 14 (9,45%) presentó lumbalgia.

**Conclusión:** La característica clínica que se presentó con mayor frecuencia fue la hipertrigliceridemia, sin embargo, la elevación de colesterol total y LDL también fueron altas, entre las características epidemiológicas, se tuvo predominancia de los adultos, seguido por los adultos mayores, el sexo que se encontró en su mayoría fue el femenino y las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad, sobrepeso y la diabetes mellitus tipo 2.

**Palabras clave:** Dislipidemia, colesterol, triglicéridos, edad, sexo, comorbilidades.

## **Abstract**

**Objective:** To determine the clinical epidemiological characteristics of patients with dyslipidemia in the Manzanares health center, March - December 2021.

**Materials and methods:** non-experimental, descriptive, observational, retrospective and transectional research. The medical records of patients diagnosed with dyslipidemia of all ages at the Manzanares Health Center were reviewed, with 148 records that met the inclusion criteria at the end. Subsequently, the data was processed using the statistical software IBM SPSS 24 and Microsoft Office Excel 2016.

**Results:** the prevalence of dyslipidemia with respect to total cholesterol values was 53 (35.81%) patients, in addition that 37 (25%) presented borderline levels and 58 (39.19%) optimal values. Regarding LDL cholesterol values, it was found that 48 (32.4%) presented high values, 50 (33.78%) borderline values and 50 (33.78%) optimal values, regarding HDL low values were found of this in 63 (42.56%) of the people, and 85 (57.44%) presented optimal values, in the case of triglycerides 99 (66.89%) presented hypertriglyceridemia, 27 (18.25%) had limit values and 22 (14.86%) studied with optimal values, according to age there was a predominance in adults with a total of 92 (62.26%), followed by 45 (30.41%) older adults and to a lesser extent young people, 6 (4.05%), adolescents, 3 (2.03%) and 2 (1.35%) were children, with respect to gender there was a predominance of females (65.55%) with compared to the male (34.45%), and in terms of comorbidities des, presented more frequently overweight (31.08%), obesity (57.41%), which was divided into type I obesity, 20 (13.51%) presented type II obesity, 21 (14.18 %) had

type III obesity, 36 (24.32%) also had type 2 diabetes mellitus, 36 (24.32%), 29 (19.59%) had high blood pressure, and 14 (9.45%) had low back pain.

**Conclusion:** The clinical characteristic that occurred most frequently was hypertriglyceridemia, however, the elevation of total cholesterol and LDL were also high, among the epidemiological characteristics, there was a predominance of adults, followed by older adults, the sex that found was mostly female and the most frequent comorbidities were obesity, overweight and type 2 diabetes mellitus.

**Keywords:** Dyslipidemia, cholesterol, triglycerides, age, sex, comorbidities.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares a lo largo de los años han significado una de las principales causas de mortalidad y costo hospitalario en todo el mundo, uno de los principales factores de riesgo asociados a estas enfermedades, además de ser parte del síndrome metabólico, es la dislipidemia.

En el último trimestre del año 2019 una nueva enfermedad fue reportada, una nueva enfermedad caracterizada por su sintomatología respiratoria, en marzo del 2020 es confirmado el primer caso de COVID 19 en el Perú, y el 15 de marzo es decretada la inamovilidad en todo el territorio peruano, sumiendo a la población a una vida más sedentaria, aumentando así muchos factores de riesgo cardiovasculares, como el sobrepeso, obesidad y las dislipidemias.

La dislipidemia, se refiere al desequilibrio en la concentración de los lípidos a nivel sérico, tanto de los distintos tipos de colesterol como de los triglicéridos, este factor de riesgo cardiovascular es un factor modificable tanto de manera farmacológica como de manera no farmacológica, es por eso que se hace importante su detección temprana, sobretodo en el primer nivel de atención, y además de su promoción y prevención.

La dislipidemia en cuanto a los valores y clasificaciones de sus diferentes formas clínicas ha cambiado a través de los años, es por eso que la presente investigación plantea el estudio de las características tanto clínicas como epidemiológicas en el Centro de Salud de Manzanares en el periodo 2021, con el propósito de tener una visión de la prevalencia de esta enfermedad, además de proveer información actualizada que se pueda replicar y comparar con estudios que se realicen posteriormente.

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

Según las OMS, las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en el mundo, en el 2015 se registraron 17,7 millones de muertes debido a estas patologías, siendo las etiologías más frecuentes la cardiopatía coronaria y los accidentes cerebrovasculares, además una tercera parte de estas muertes ocurre en personas menores de 70 años. (Organización Mundial de la Salud 2017).

La causa más importante de la cardiopatía coronaria y accidentes cerebrovasculares es la obstrucción causada por depósitos de lípidos en los vasos sanguíneos, condicionados en su mayoría por patologías como la hipertensión arterial, obesidad, diabetes, dislipidemia y estilos de vida inadecuados tales como alimentación no saludable, tabaquismo, sedentarismo, inactividad física y consumo de alcohol. (OMS 2017).

La afectación del estado de salud está principalmente relacionada con la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, sobre todo con aquella que se encuentra en el abdomen, considerándose a esta como un factor de riesgo en el desarrollo de intolerancia a los carbohidratos, además de ser una de las características principales del síndrome metabólico, el cuál predispone a padecer enfermedades cardiovasculares. (Solorzano Stalin, 2018).

Una excesiva concentración en la sangre predispone a la formación de aterosclerosis, la cual conlleva un alto riesgo cuando esta se encuentra en vasos tales como las arterias coronarias y arterias cerebrales, significando así una de las principales causas para padecer un infarto o un accidente cerebrovascular, generando así un grave problema para la salud pública, según cifras de las American Heart Association (AHA), solo en Estados Unidos de América existen alrededor

de 100,2 millones de personas que superan una concentración de colesterol sérico de 200 mg/dl, contribuyendo así a un alto índice de comorbilidad y mortalidad en esta población. (Grossman, S. y Mathson Porth, C 2014).

La mayor parte de personas que presenta dislipidemia, cuentan con una combinación entre una predisposición genética y factores ambientales, y además de los niveles elevados de colesterol total, se asocian bajos niveles de colesterol HDL, estas personas también pueden asociar un alza en las concentraciones de triglicéridos, los cuales en niveles excesivos pueden significar un riesgo de padecer patologías tales como la pancreatitis aguda. (Kasper, D. Fauci, A. Hauser, S. Longo, D. Jameson, L. y Localzo, J. 2016).

En la población de América Latina no existe un estudio con una muestra representativa que nos especifique los factores de riesgo en esta población, por lo cual se debe recurrir a encuestas nacionales de salud e investigaciones de cohortes de cada región, las cuales nos muestran una elevada prevalencia de trastornos de los lípidos, los niveles bajos de HDL se encuentran entre un 34,1 % según el estudio CESCAS I a 53.3% según el estudio LASO, en el caso de los triglicéridos, niveles elevados de los mismos van desde 25,5% a 31,2% según el estudio LASO y la Encuesta Nacional de Salud de Chile respectivamente. Con estas cifras se concluyó que los trastornos de lípidos que conllevan a la dislipidemia poseen una alta prevalencia en América Latina, sin embargo, no existen estudios que nos evidencien la prevalencia de esta misma o los factores de riesgo que conllevan a ella. (Ponte-Negretti, C. Isea, J. Lanas, F. Medina, J. Gómez, J. Morales, E. Acevedo, M. Pirskorz, D. Machado, L. Lozada, A. Bryce, A. Lorenzatti, A. Carrera, C. López, P. Pinto, X. y Wyss, F. 2017).

En el Perú se realizó un estudio de tesis en la ciudad de Piura, en el cuál se contó con una población de 374 personas con un promedio de edad de 55.02 años, todas estas con algún tipo de

enfermedad crónica metabólicas, y de estas se obtuvo que 181 presentó algún tipo de dislipidemia, equivaliendo al 48,3% de la población, además 53 pacientes presentaron diabetes mellitus con dislipidemia, y 35 además de estas dos, presentaron hipertensión arterial. Observándose una alta prevalencia de la dislipidemia durante el periodo de pandemia en esta región. (Echevarría, S. 2021).

A nivel Regional, se realizó un estudio de factores asociados con las enfermedades no transmisibles, el estudio fue realizado al personal administrativo y docente de una universidad de la ciudad de Barranca, obteniendo una muestra de 150 individuos, entre muchos factores estudiados tales como, tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, además de la presencia de comorbilidades como obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus e hipertensión arterial, la dislipidemia se encontró en 131 personas, representando un 87,3% de la población, además 38 personas presentaron colesterol total elevado, 84 colesterol LDL aumentado, 74 colesterol HDL disminuido, y 25 personas presentaron Triglicéridos elevados, demostrando así la alta prevalencia de esta enfermedad en la población estudiada. (Ochoa, K. Alvarado, C. Mendoza, M. y Roca, L. 2021).

Por ende, siendo la dislipidemia una patología considerada como factor de riesgo para el padecimiento futuro de enfermedades cardiovasculares, y observando además su alta prevalencia a nivel mundial, en nuestro país, y en nuestra región, es que se hace necesaria la realización de un estudio dentro de nuestra ciudad, con el fin de obtener conocimiento científico acerca de esta enfermedad, para la posterior creación de políticas eficaces que ayuden a la reducción de su prevalencia.

## **1.2. Formulación del Problema**

Por todo lo expuesto en líneas anteriores y ante la ausencia de estudios sobre el tema a nivel regional, se formula el problema general y específico que a continuación se detalla:

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

### **1.2.2. Problema específico**

1. ¿Cuáles es la incidencia de Colesterol total alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

2. ¿Cuáles es la incidencia de Colesterol LDL alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

3. ¿Cuáles es la incidencia hipocolesterolemia HDL en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

4. ¿Cuáles es la incidencia hipertrigliceridemia en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

5. ¿Cuál es la incidencia según la edad de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

6. ¿Cuál es la incidencia según el sexo de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

7. ¿Cuál es la incidencia de comorbilidades en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Determinar la incidencia de Colesterol total alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

2. Determinar la incidencia de Colesterol LDL alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

3. Determinar la incidencia de hipocolesterolemia HDL en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

4. Determinar la incidencia de hipertrigliceridemia en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

5. Determinar la incidencia según la edad de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

6. Determinar la incidencia según el sexo de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

7. Determinar la incidencia de comorbilidades en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Conveniencia**

El estudio justifica su conveniencia debido a la elevada prevalencia de la dislipidemia que se evidencia en la práctica clínica, y ante la falta de estudios regionales, además que estudios como este permitirán una adecuada intervención en los pacientes que presenten estos trastornos con el fin de disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, es por todo lo expuesto que es importante conocer y estudiar esta enfermedad en nuestra comunidad.

### **1.4.2. Relevancia Social**

A nivel social este estudio permitirá tener a disposición una base científica de conocimiento sobre esta enfermedad, ayudando tanto a la población como a las entidades de salud a tomar conciencia sobre la prevención y tratamiento de la misma.

### **1.4.3. Implicaciones prácticas**

Esta investigación resolverá la necesidad de conocer cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con dislipidemia en el Centro de Salud Manzanares, siendo además por su diseño metodológico y por su instrumento, aplicable en cualquier lugar del territorio peruano.

### **1.4.4. Justificación Teórica**

El presente estudio se basará en publicaciones, revistas confiables y actuales. Teniendo en cuenta además que a nivel nacional y sobre todo regional se han realizado pocos estudios sobre el tema, lo cual motiva el desarrollo del presente trabajo de investigación, pudiendo convertirse en un aporte importante para la literatura científica y servir como referencia para estudios posteriores.

#### **1.4.5. Justificación Metodológica**

Con el fin de conseguir los objetivos del trabajo de investigación, se emplearán técnicas de investigación, tales como la recolección de datos de las historias clínicas y su posterior procesamiento en software. Pretendiendo con ello conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con dislipidemia en el Centro de Salud Manzanares. Además, los resultados de esta investigación se apoyarán en técnicas validas en el medio.

### **1.5. Delimitación del estudio**

#### **1.5.1. Delimitación espacial**

La investigación se realizará en el Centro de Salud Manzanares, Centro de nivel primario con categoría 1-IV, ubicado en el Distrito de Huacho, Provincia de Huaura, Departamento de Lima, en la calle 14 de noviembre N° 399.

#### **1.5.2. Delimitación poblacional**

Todos los pacientes diagnosticados con dislipidemia en el Centro de Salud Manzanares, que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **1.5.3. Delimitación temporal**

Abarcará desde la aparición del primer caso en marzo en el Centro de Salud Manzanares, hasta el último caso diagnosticado el 31 de diciembre del 2021.

#### **1.5.4. Delimitación temática**

La presente investigación estará comprendida en el área de la Ciencia Médica y de la salud, sub área de Medicina Clínica y disciplina de Medicina Interna y Endocrinología.

## **1.6. Viabilidad del estudio**

La viabilidad del estudio está establecida por los siguientes criterios:

### **1.6.1. Viabilidad temática**

El estudio contará con el suficiente acceso de información tanto en internet, revistas, tesis publicadas, etc.

### **1.6.2. Viabilidad económica**

El investigador cuenta con el recurso humano, logístico y económico necesarios para la realización de la presente investigación, los mismos que no significaran un gasto para la institución de estudio, ya que se llevara a cabo con recursos propios.

### **1.6.3. Viabilidad administrativa**

Se solicitarán los permisos correspondientes a la dirección del Centro de Salud Manzanares y a la jefatura del departamento de Epidemiología y Registros. A la vez se contará con la colaboración desinteresada de un médico para esclarecer cualquier duda del investigador.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Pirillo, A. Casula, M., Olmastroni, E. Norata, G. y Catapano, A. (2021) en su estudio “Global epidemiology of dyslipidaemias”; Italia, tuvieron como objetivo recolectar los datos más recientes sobre los niveles séricos de lípidos en las últimas 4 décadas en las microrregiones del mundo, para lo cual realizaron una revisión de la bibliografía disponible para comparar tanto los niveles séricos de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos, obtuvieron como resultado que, en Asia de 1980 a 2018 se ha notado un incremento sustancial en los niveles de colesterol total y disminución en los niveles de HDL tanto en hombres como mujeres, entre el 2013 y 2014 en China se halló una mayor prevalencia en niveles bajos de HDL (20,4%) seguido por hipertrigliceridemia (13,8%), prevalencia que se había visto aumentada en comparación a años anteriores, además se notó un aumento en los niveles de HDL en regiones de ingresos económicos más elevados como por ejemplo la región de Asia Pacífico, áreas de habla inglesa con altos ingresos como por ejemplo, Australia, Canadá, EEUU y Nueva Zelanda, han experimentado una gran reducción de los niveles séricos de colesterol, sin embargo desde el 2010 los niveles de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se han ralentizado o incluso aumentado en algunas regiones, en Europa se ha reportado una reducción significativa en los niveles séricos de colesterol total, sobre todo en Europa Occidental donde esta reducción se relaciona con una disminución en la cantidad de casos de enfermedad cardiovascular, a diferencia de Europa central y oriental donde aún se mantienen una alta tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, a pesar de que también han mostrado una disminución en los niveles de colesterol total, en América Latina y el Caribe, se muestra que desde el 2005 a la

actualidad se da con mayor frecuencia una alteración en los niveles de HDL (48,27%), seguido por la hipertrigliceridemia (43,12%) y por último los niveles elevados de LDL (40,41%), no observándose cambios significativos en los niveles de lípidos en sangre en las últimas 4 décadas, en Sudamérica se reportó una prevalencia global de dislipidemia de un 58,4%, siendo mucho más frecuente en varones (68,3%) que en mujeres (49,6%). Concluyeron que: *“Las diferencias entre los niveles de colesterol entre las diferentes áreas ha disminuido en las últimas 4 décadas, encontrándose una disminución de estas alteraciones sobre todo en países en desarrollo, sin embargo, a pesar de ello las dislipidemias en estas regiones continúan siendo elevadas por lo cual se requiere de un enfoque más agresivo para lograr controlar los niveles séricos de lípidos y por ende reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares”*.

Chao, L. Ya, C. Shih, C. Yueh, L. y Hung, Y. (2018) en su estudio “Epidemiology of Dyslipidemia in the Asia Pacific Region”; Taiwán, tuvieron como objetivo comparar la epidemiología de la dislipidemia a través de los países de la región Asia-Pacífico, incluyendo Australia, China, Indonesia, Japón, Corea, Malasia, Nueva Zelanda, Singapur, Tailandia y Taiwán. Realizaron una revisión sistemática basada en información de acceso público en páginas web, además de revisar las guías de manejo en cada uno de los países. Obtuvieron como resultado que ciertos países poseen características únicas, por ejemplo, las diferencias étnicas sustanciales en Indonesia y Malasia, además de variaciones regionales en reportes de China y Tailandia, una característica común en todos los reportes de los países es que los niveles séricos de lípidos cambian con la edad y además existen diferencias significativas entre los niveles de hombres y mujeres, incluso en el mismo rango de edad. Concluyeron que: *“La prevalencia de la dislipidemia en la región Asia Pacífico varía sustancialmente debido en parte a la diferencia de etnias tanto en los diferentes países, como dentro de un mismo país, además también debido a la*

*tasa de medicamentos hipolipemiantes prescritos en cada región, quedando por mejorar las tasas de concientización, tratamiento y control, por lo cual sugirieron que cada país implemente programas de tratamiento para así reducir la prevalencia de la dislipidemia y el riesgo cardiovascular”.*

Gupta, R. Rao, R. Misra, A. y Sharma, S. (2017) en su estudio “Recent trends in epidemiology of dyslipidemias in India”; India, tuvieron como objetivo determinar las tendencias recientes en la epidemiología de India, para lo cual realizaron una revisión sistemática de estudios desde los años 60s y 90s, además de estudios recientes y de los últimos 20 años donde no se encontró que alguna de estas investigaciones sea representativa a nivel nacional. Obtuvieron como resultado que en hombres y mujeres respectivamente encontraron un colesterol total  $\geq 200$  en un 25.1% y 24,9%, LDL  $\geq 130$  en un 16,3% y 15,1% y  $\geq 100$  en un 49,5% y 49.7%, un HDL  $< 40$  en hombre y  $< 50$  en mujeres en un 33,6% y 52,8%, además de los triglicéridos  $\geq 150$  en un 42,1 y 32,9 %. Concluyeron que: *“Los estudios sobre epidemiología sobre la hipercolesterolemia y otras dislipidemias son limitados en la India, los informa publicados en la segunda mitad del siglo pasado muestran tendencias crecientes en los niveles altos de colesterol total, estudios multicéntricos actuales reportan que la hipercolesterolemia está presente en el 25-30% de personas en el área urbana y en un 15-20% en el área rural, siendo niveles mucho menores que en los países con alto ingreso económico”.*

Carrillo, R. Benites, C. Anza, C. Albitres, L. Sánchez, D. Pacheco. y Bernabe, A. (2020) en su estudio “A systematic review of population-based studied on lipid profiles in Latin America and the Caribbean”; Australia, tuvieron como objetivo estudiar las tendencias en el tiempo de los niveles de colesterol total y medio, fracciones de lípidos y la prevalencia de dislipidemias en América Latina y el Caribe, para lo cual realizaron una revisión sistemática y

metanálisis de estudios basados en la población objetivo, analizándose un total de 83 estudios (168 553 personas) sobre niveles de colesterol total, 84 estudios (121 282 personas) sobre colesterol HDL, 61 estudios (86 854 personas) sobre niveles de colesterol LDL, y 84 estudios (121 009) personas sobre los niveles de triglicéridos. Obtuvieron como resultado que desde el 2005 a la fecha las medidas medias fueron de 193 mg/dl para el Colesterol total, 120 mg/dl para colesterol LDL, 47 mg/dl para colesterol HDL y 139 mg/dl para triglicéridos, en el caso de las prevalencias, encontraron que un 21% de personas posee colesterol total elevado, 20% colesterol LDL elevado, 48% con colesterol HDL bajo, 21% poseen hipertrigliceridemia. Concluyeron que: *“A pesar de que se encontró una disminución marginal en los niveles de los 4 biomarcadores de lípidos con el pasar de los tiempos, estos resultados no respaldan que haya habido un cambio significativo, tampoco observándose diferencias significativas en la prevalencia, siendo consecuentes estos estudios con otros de análisis reciente a nivel global, además pudiendo darnos a entender que ha habido deficientes políticas o intervenciones para mejorar estos niveles de lípidos”*.

Peña, S. Arévalo, C. Vanegas P. y Torres, C. (2017) en su estudio “Prevalencia y factores asociados a la dislipidemia en los adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, 2015-2016”; Ecuador, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a la dislipidemia en la población urbana de la Ciudad de Cuenca entre los años 2015 y 2016, para lo cual realizaron un estudio descriptivo, analítico, de corte transversal, se evaluó el perfil lipídico, presión arterial, estado nutricional y circunferencia abdominal de 399 personas. Obtuvieron como resultado que 26% de la población estudiada tuvo dislipidemia, 11, 3% hipertensión arterial, y 37,1% presentó dislipidemia mixta, además se comprobó una relación entre la dislipidemia mixta con personas de sexo masculino, personas mayores de 40 años, sobrepeso y

obesidad. Concluyeron que: *“La dislipidemia mixta se correlaciona con el estado nutricional de los pacientes, además del sexo masculino”*.

Ponte, C. Isea, J. Lorenzatti, A. Lopez, P. Wyss, F. Pintó, X. Lanas, F. Medina, J. Livia, T. Machado, H. Acevedo, M. Varleta, P. Bryce, A. Carrera, C. Peñaherrera, C. Gómez, J. Lozada, A. Merchan, A. Piskorz, D., ...Arocha, I. (2017) en su estudio “Dislipidemia aterogénica en Latino América: Prevalencia, Causas y Tratamiento”; Venezuela, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia, causas y tratamiento de la dislipidemia aterogénica en América Latina con el fin de otorgar recomendaciones para la práctica en la salud, para lo cual realizaron un estudio con la metodología Delphi, que consistió en la revisión sistemática de literatura relacionada con la dislipidemia, teniendo énfasis en aquellas que poseían implicaciones para América Latina. Obtuvieron como resultado que niveles bajos de colesterol HDL van entre los 34,1% a 53,3%, la hipertrigliceridemia va del 25,5% al 31,2%, presentándose predominantemente en varones, todos estos valores asociados a una excesiva ingesta calórica, ingesta de alimentos con contenido de colesterol, grasas trans, sedentarismo y cambios epigenéticos. Concluyeron que: *“La dislipidemia es una causa importante de riesgo cardiovascular que debe ser diagnosticada y tratada adecuadamente, por ende, se vuelve necesaria la realización de un estudio global que muestre los factores de riesgo en Latinoamérica y la verdadera prevalencia de la dislipidemia”*.

Escobedo, J. Pérez, R. Schargrotsky, H. y Champagne, B. (2014) en su estudio “Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio CARMELA”; México, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de las dislipidemias en la ciudad de México, además de demostrar la relación de estas con otros factores de riesgo cardiovascular, para lo cual realizaron un estudio

transversal en el cual se midieron los niveles de lípidos de las personas, además se tomaron sus medidas antropométricas. Obtuvieron como resultado que de un total 833 varones y 889 mujeres estudiadas, 16,4% presentó un colesterol total  $\geq 240$  mg/dl, 34,1% presentó un colesterol total entre 200 y 239 mg/dl, el 32,5% cursó con hipertrigliceridemia, la cual fue mayor en varones (43,3%), que en las mujeres (23%), además se demostró que los valores elevados de lípidos fueron mayores en las personas que contaban con otro factor de riesgo cardiovascular.

Concluyeron que: *“Los niveles de lípidos séricos en la población de la ciudad de México, son elevados, así como también es elevada la prevalencia de dislipidemia, lo cual dejó en evidencia la necesidad de implementación de políticas de salud que tengan como finalidad disminuir los factores de riesgo cardiovascular y más específicamente las dislipidemias”*.

Sapunar, J. Aguilar, N. Navarro, J. Araneda, G. Chandía, D. Manríquez, V. Brito, R. y Cerda, A. (2018) en su estudio “Alta prevalencia de dislipidemias y riesgo aterogénico en una población infanto-juvenil”; Chile, tuvieron como objetivo evaluar la prevalencia de dislipidemia y riesgo de aterogenicidad en una muestra de niños y adolescentes escolares, para lo que realizaron un estudio transversal obteniendo una muestra de 208 niños (107 mujeres y 101 varones), se evaluó la antropometría y se obtuvieron los niveles en sangre de Colesterol Total, HDL, LDL, triglicéridos, glucosa e insulina. Obtuvieron como resultado que 38% de los participantes tuvo algún tipo de dislipidemia, sin diferencias entre el género, la dislipidemia fue significativamente mayor en niños con obesidad y una circunferencia abdominal sobre el percentil 90. 54% de los niños presentó también un riesgo aterogénico alto, asociado a alteraciones en los parámetros antropométricos y resistencia a la insulina. Concluyeron que: *“Hubo una alta prevalencia de dislipidemia en la población estudiantil, asociado con un*

*incrementado riesgo de riesgo cardiometabólico, el riesgo aterogénico estuvo relacionado con el estado nutricional, obesidad abdominal y resistencia a la insulina”.*

Villa, M. (2018) en su estudio “Prevalencia de Dislipidemia en Adultos de 40 – 64 años, Cuenca-Ecuador, enero a julio 2014”; Ecuador, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de dislipidemias en adultos del área urbana de Cuenca, para lo cual realizó un estudio descriptivo, transversal, con una población inicial de 69 039 personas, a las cuales se les realizó un muestreo teniendo al final una muestra de 384 personas, obtuvo los siguientes resultados, con un promedio de edad de 51 años el 71,9% fueron mujeres y el 28,1% fueron varones, de estos el 38,5 presentó hipercolesterolemia, a predominio del sexo femenino (34,4%) en relación a los varones (28,7%), la prevalencia de hipertrigliceridemia fue de 58,5%. Concluyó que: *“La población de Cuenca presentó una elevada prevalencia de dislipidemias, encontrando elevación del colesterol total como LDL, disminución del colesterol HDL, y además poco más de mitad de la población estudiada cursó con hipertrigliceridemia, este estudio posibilitará plantear medidas oportunas y eficaces para la reducción de las dislipidemias y los factores de riesgo cardiovasculares”.*

Díaz, A. Espeche, W. March, C. Flores, R. Parodi, R. Genesio, M. Sabio, R. y Poppe, S. (2017) en su estudio “Prevalencia del síndrome metabólico en Argentina en los últimos 25 años: revisión sistemática de estudios observacionales poblacionales”; Argentina, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia del síndrome metabólico en la República Argentina en el período 1988-2014, para lo cual realizaron una revisión sistemática de las bases de datos como “National Library of Medicine”, “Scientific Electronic Library Online” y “Latin American and Caribbean Health Sciences Literature”, obtuvieron como resultado un total de 400 publicaciones en la búsqueda inicial, de los cuales 296 fueron excluidos, obteniendo al final estudios que representaban a una población final de 10, 191 personas de los cuales 39,6% fueron varones y

60,4% mujeres, con una edad media de 45,2 años, la prevalencia del síndrome metabólico fue del 27,5% con predominio en varones (29,4%) que en el sexo femenino (27,4%), de los factores que componen el síndrome metabólico estuvieron presentes la dislipidemia (38,3%), la hipertensión arterial (33,4%), obesidad (32,1%) y la diabetes o resistencia a la insulina (7,5%). Concluyeron que: *“A pesar de que la literatura fue limitada se encontró una elevada prevalencia de síndrome metabólico en la República de Argentina, lo cual significa un importante problema para la salud pública, generando la necesidad de la creación de políticas eficaces para la prevención y diagnóstico precoz de los componentes del síndrome metabólico”*.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Gómez, G. y Tarqui, C. (2017) en su estudio “Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario”; Perú, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario, para lo cual realizaron una investigación transversal, en el que se realizó un muestreo aleatorio obteniéndose un total de 163 trabajadores de áreas de la salud, a los se le evaluaron el índice de masa corporal, perímetro abdominal, y niveles séricos de colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos. Obtuvieron como resultado que la prevalencia de hipercolesterolemia fue de un 30,1%, hipertrigliceridemia 40,5%, HDL bajo en un 69,3%, LDL elevado en un 55,2% y dislipidemia global en un 87 %, también se obtuvo una mayor concentración de LDL y triglicéridos fue mayor en varones, además los niveles de LDL aumentaron con la edad, la dislipidemia, sobrepeso y obesidad abdominal fueron predominantes en las mujeres. Concluyeron que: *“La prevalencia de la dislipidemia global fue alta y más del cincuenta por ciento de los trabajadores de salud presentaron sobrepeso u obesidad, así como un tercio de los mismos presentó obesidad abdominal”*.

Moya, J. y Pio, L. (2020) en su estudio “Trastornos lipídicos en pacientes hispanoamericanos en el primer nivel de atención sanitaria de Lima, Perú”; Perú, tuvieron como objetivo evaluar la frecuencia de dislipidemias en pacientes hispanoamericanos en el primer nivel de atención de salud de Lima, para lo cual realizaron un estudio prospectivo entre el periodo 2016-2017, en el Servicio de Laboratorio Clínico del Policlínico La Fe de Lima, teniendo una población de 117 personas. Obtuvieron como resultado que 71% de los pacientes presentó colesterol HDL por debajo de niveles adecuados, 41% cursó con hipertrigliceridemia, 35,9 presentó colesterol total elevado y un 33,3% colesterol LDL elevado, teniendo un total de 99 pacientes con dislipidemia y 5 de estos no presentaron ningún trastorno lipídico. Concluyeron que: *“Se observó una elevada frecuencia de dislipidemias en la población, a predominio de la disminución del colesterol HDL, haciendo necesaria la implementación de medidas para la prevención, diagnóstico precoz y control de esta condición en la población”*.

Barboza, E. (2020) en su estudio “Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú”; Perú, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población entre 18 y 64 años del distrito de Ayacucho, para lo cual realizó un estudio descriptivo, transversal, correlacional, teniendo una población de 412 personas a las que se les realizó exámenes de, glucemia basal, perfil lipídico, además de tomar sus medidas antropométricas y presión arterial. Obtuvo como resultado que 64,8% de la población presentó al menos un factor de riesgo cardiovascular, con frecuencia de 14,6% para la HTA y de 7,8% para la diabetes y 29,9% para las dislipidemias, con un predominio marcado en varones, en los cuales se presentó en un 57,4%. Concluyeron que: *“La prevalencia de HTA, DM2, dislipidemias y obesidad están asociadas a factores de riesgo cardiovasculares, y tienen*

*una prevalencia elevada en la población de Ayacucho, este estudio debe emplearse para la creación de programas de intervención tanto dentro de la región como fuera de ella”.*

Lozada, M. Paes, J. James, J. Blais, F. Gibson, A. Booth, R. Carter, B. Johnson, M. Killin, K. Laubli, D. Sauerbeck, T. Speakman, A. Thomas, M. Montgomery, K. Jensen, L. Díaz, S. Dogbey, G. y Drozek, D. (2017) en su estudio “Enfermedades relacionadas al estilo de vida en Lima, Perú”; Perú, tuvieron como objetivo obtener una base de datos sobre enfermedades no transmisibles en las zonas de pobreza de Lima, Perú, para lo cual realizaron un estudio descriptivo, transversal, en las zonas de Comas y Carabayllo de Lima, incluyendo dentro del estudio a una población de 829 adultos y 770 niños. Obtuvieron como resultado, 50,9% de personas con presión arterial elevada, sistólica o diastólica, 47% con hemoglobina glicosilada elevada, 24% con glucemia basal alterada, se tomó perfil lipídico a un total de 146 personas de los cuales 52,7% mostró al menos una alteración en uno de los valores de lípidos, 7,6% cursó con colesterol total elevado, 16,6% tuvo hipertrigliceridemia, 6,2% tenía niveles elevados de LDL y 17,5% presentó niveles bajos de HDL. Concluyeron que: *“Se demostró una elevada prevalencia de enfermedades relacionadas con el estilo de vida, pudiendo utilizar la información de este estudio para generar estrategias de prevención y tratamiento de las enfermedades que relacionadas con el estilo de vida”.*

Muñoz, L. y Yupanqui, C. (2017) en su tesis “Frecuencia de dislipidemia y síndrome metabólico en pacientes de 30-59 años, atendidos en el Centro Salud Materno Santa Lucía de Moche y Hospital de Apoyo Otuzco, 2017”; Perú, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de dislipidemia y síndrome metabólico en los pacientes adultos entre 30 a 59 años, para cual realizaron un estudio descriptivo, transversal contando con 296 personas atendidas en el Centro Salud Materno Santa Lucía de Moche y 250 personas en el Hospital de Apoyo Otuzco.

Obtuvieron como resultado que de las personas atendidas en el Centro Salud Materno Santa Lucía de Moche la frecuencia de la dislipidemia relacionada a alteraciones en los niveles de colesterol fue de 46%, 31% en varones y 53% en mujeres, cursaron con hipertrigliceridemia el 70% de pacientes, 62% en varones y 73% en mujeres, en el caso del Hospital Apoyo de Otuzco, de 250 pacientes, la frecuencia de alteraciones en los niveles de colesterol fue de 19%, 43% cursaron con hipertrigliceridemia. Concluyeron que: *“La prevalencia de dislipidemias fue elevada tanto en el Centro Salud Materno Santa Lucía de Moche como en el Hospital de Apoyo Otuzco, con predominio de la hipertrigliceridemia, por ende, es necesaria la intervención con medidas eficaces para la prevención, diagnóstico y tratamiento de estas alteraciones que conllevan un alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares”*.

Málaga, G. Zevallos, C. Lazo, M. y Huayanay, C. (2010) en su estudio “Elevada frecuencia de dislipidemia y glucemia basal alterada en una población peruana de altura”; Perú, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de dislipidemias y glucemia basal alterada en la comunidad de Lari, Arequipa, Perú, a 3600 msnm, para lo cual realizaron un estudio descriptivo transversal en 78 pobladores de la comunidad. Obtuvieron como resultado una media de edad de 51,7 años, 62,2% fueron mujeres y 37,8% varones, tuvieron un IMC promedio de 25,6, el colesterol total elevado se presentó en 40,6% de la población y niveles bajos de HDL en 77%, 71,7% cursaron con niveles elevados de colesterol LDL, además se estudió la glucemia basal alterada, encontrándola alterada en el 27% de las personas además de una glucemia > 126 mg/dl en 1,3%. Concluyeron que: *“La población alto andina de Lari tiene una alta prevalencia de dislipidemias, tanto como elevación de colesterol total y colesterol LDL, como una alta frecuencia de personas con un colesterol HDL bajo, estos hallazgos deberían ser tomados en*

*cuenta para una intervención oportuna no solo en la comunidad de Lari, sino también en todas las comunidades alto andinas del Perú”.*

Ochoa, K. Alvarado, C. Mendoza, M. y Roca, L. (2021) en su estudio “Factores de Riesgo asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria”; Perú, tuvieron como objetivo determinar la asociación entre los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles con algunas variables comportamentales en el personal docente y administrativo de una institución universitaria, para lo cual realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal entre los meses diciembre del 2018 y febrero de 2019, contando con una población de 150 personas elegidas de manera aleatoria, donde se estudió el hábito tabáquico, la presencia de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias, obtuvieron como resultado en lo que respecta a las dislipidemias que de las 150 personas estudiadas 87,3% la padecían, 25,3% tuvieron colesterol total por encima de 200mg/dl, 56% colesterol LDL alto, 48% tuvieron hipocolesterolemia HDL y 16,7% padecieron de hipertrigliceridemia. Concluyeron que: *“Los factores asociados con enfermedades no transmisibles en los trabajadores de la Universidad fueron el sedentarismo, el consumo del alcohol y tabaco, la presencia de comorbilidades como obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias”.*

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Dislipidemia**

Las dislipidemias, son un conjunto de alteraciones en el metabolismo de los lípidos, éstas pueden cursar con un aumento en la concentración de lípidos en sangre tales como el colesterol y triglicéridos, llamándose hiperlipidemias, así como también pueden cursar con disminución en

alguno de estos componentes, llamándose hipolipidemias, estas alteraciones están muy relacionadas con la formación de aterosclerosis en las arterias significando de esta manera una condición que se considera factor de riesgo cardiovascular, sobre todo en algunos grupos etarios y en personas con comorbilidades. (Candás, B. Pocovi, M. Romero, C. Vella, J. Esteban, M. Castro, M. Rodríguez, E. Arrobas, T. Calmarza, P. y Puzo, J., 2019).

Las dislipidemias pueden ser clasificadas clásicamente de acuerdo a la clasificación de Frederickson, que las divide en 6 grupos donde el grupo I, se caracteriza por un aumento en los quilomicrones, lo que se traduce en un aumento de los triglicéridos a nivel sanguíneo, el grupo IIa cursa con aumento del LDL, que se traduce a un aumento del colesterol, grupo IIB, se da por aumento de LDL y VLDL, aumentando con esto el colesterol y triglicéridos, grupo III, aumento de VLDL y residuos de quilomicrones, aumentando triglicéridos y colesterol al igual que el grupo anterior, grupo IV, se da por aumento de VLDL, aumentando predominantemente los triglicéridos, por último el grupo V que se da por aumento de VLDL y Quilomicrones, generando hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. (Miguel, P. 2009).

Otra manera de clasificar estos trastornos y a la vez más práctica, es aquella que divide las dislipidemias en primarias, que son las que se dan por alteraciones en el material genético de las personas, y generalmente se piensa en ellas cuando se da en niños o se producen enfermedades relacionadas a la aterosclerosis a temprana edad. Por el contrario, las dislipidemias secundarias se relacionan con los estilos de vida inadecuados que incluyen la excesiva ingesta de grasas saturadas y colesterol, también incluyen causas como la Diabetes Mellitus tipo 2, consumo excesivo de alcohol, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo, cirrosis hepática, y fármacos, tales como tiazidas, retinoides, estrógenos, glucocorticoides, etc. (Miguel, P. 2009).

### **2.2.2. Características clínicas**

Según la Real Academia de la Lengua Española la clínica se refiere a aquel ejercicio práctico que se da en la medicina, el cual consiste con la observación directa de un paciente con el fin de establecer un diagnóstico, o brindar un tratamiento oportuno. (RAE, 2021).

Las dislipidemias, generalmente no presentan manifestaciones clínicas, entre las que se asocian, pero son muy poco comunes, tenemos a los xantomas eruptivos, que pueden representar un importante factor de riesgo cardiovascular. (Edna, G. y Cirse, M. 2021).

Teniendo en cuenta las características de un perfil lipídico mínimo, y sabiendo que este consta de la medición de Colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos, las principales presentaciones de dislipidemias pueden ser clasificadas en las siguientes formas clínicas, colesterol total elevado, hipercolesterolemia LDL, hipocolesterolemia HDL e hipertrigliceridemia. (Argente, H. y Álvarez, M. 2017).

### **2.2.3. Características epidemiológicas:**

Según la Real Academia de la Lengua Española la epidemiología es aquella ciencia que se encarga del estudio de las epidemias, esta disciplina se dedica al estudio de los agentes causantes, asociaciones, distribución, prevalencia y control de los distintos factores que influyen en la salud de la población, utiliza tanto recursos de las ciencias médicas, como de las ciencias sociales, con el fin de que estos estudios sean utilizados como medicina preventiva y el desarrollo de políticas de salud pública. (RAE, 2021).

La epidemiología de las dislipidemias es muy variable, y cada grupo de estudio puede presentar características diferentes, sin embargo, es conocido que esta patología se presenta más frecuentemente en pacientes con otros tipos de factores de riesgo cardiovascular, edad avanzada,

comorbilidades tales como el sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión, así como también según el sexo de los pacientes. (Argente, H. y Álvarez, M. 2017).

#### **2.2.4. Lipoproteínas**

Se forman en el estado posterior a la absorción de los Quilomicrones, casi la totalidad de los lípidos que quedan en el plasma adoptan la estructura de lipoproteínas, que se caracterizan por tener un tamaño mucho menor que los quilomicrones, pero con componentes similares (colesterol, triglicéridos y fosfolípidos), llegando a tener una concentración en plasma de aproximadamente 70 mg/dl. (Hall, J. y Guyton, A. 2011).

Las lipoproteínas constan de un centro no polar conformado principalmente de triglicéridos y colesterol éster, los cuales están envueltos por moléculas de fosfolípidos y colesterol anfipáticas, orientadas de tal forma que las porciones polares de estas moléculas están orientadas hacia afuera, es decir hacia el medio acuoso, la porción conformada por proteínas de las lipoproteínas se les conoce como apolipoproteínas o apoproteínas, y es lo que le da la característica y ayuda a la clasificación de las lipoproteínas, por ejemplo una molécula de HDL está constituida por aproximadamente 70% de apoproteínas, a diferencia de los quilomicrones que solo tienen 1% de apolipoproteínas.

Se conocen cuatro grupos de lipoproteínas de importancia fisiológica y para el diagnóstico clínico: Los quilomicrones, se forman en el intestino y tienen una densidad  $<0.95$  g/ml con un aproximado de 1-2% de proteínas y de 98 a 99% de lípidos predominantemente triglicéridos, tienen como función el transporte de triglicéridos exógenos hacia el hígado para su metabolismo; lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), se forman en el hígado, con una densidad entre 0.95-1.006 g/ml, formadas en un 7-10% de proteínas y en un 90-93% de lípidos,

en su mayoría triglicéridos, tienen como función el transporte de los triglicéridos sintetizados en el hígado hacia el organismo, especialmente hacia el tejido adiposo; lipoproteínas de baja densidad, representan una etapa final del catabolismo de las VLDL, teniendo una densidad de entre 1.019-1.063 g/ml, conformadas por un 21% de proteínas y un 79% de lípidos, predominando el colesterol; lipoproteínas de alta densidad, formadas por el hígado en su mayoría, también se sintetizan a partir del metabolismo de las LDL y de los quilomicrones, se encargan de llevar fosfolípidos y colesterol desde el organismo hacia el intestino. (Murray, R. et al., 2012).

### **2.2.5. Aterosclerosis**

La aterosclerosis es una enfermedad de las arterias de gran calibre y mediano calibre en las que se forman placas ateromatosas, a diferencia de arteriosclerosis la cual se refiere al engrosamiento y rigidez de los vasos sanguíneos. Una de las maneras para identificar de manera temprana el riesgo de padecer aterosclerosis, es el daño endotelial, esta lesión causa que las células endoteliales pierdan su capacidad para producir óxido nítrico, además de que se expresan sustancias que median la adhesión de macromoléculas, cuando esta lesión está dada se comienzan a acumular monocitos y lípidos plasmáticos, en su mayoría LDL, el aumento de las lipoproteínas de baja densidad es un factor relacionado a la aterosclerosis, debido a su contenido rico en colesterol, que se obtiene en su mayoría debido a la ingesta de grasas saturadas e inadecuados estilos de vida como el sedentarismo y la obesidad que aumentan el LDL aunque en menor medida. (Hall, J. y Guyton, A. 2011).

## **2.3. Definición de términos básicos**

### **2.3.1. Colesterol Total**

El colesterol es un tipo de esteroide, probablemente el más conocido debido a su relación con la aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, aparte de significar un factor de riesgo, también representa gran importancia desde el punto de vista bioquímico, debido a que este es precursor de otras sustancias tales como, sales biliares, hormonas adrenocorticales, hormonas sexuales, vitamina D, etc. El colesterol se encuentra en la mayoría de estructuras del organismo, sin embargo, predomina en el tejido nervioso. (Murray, R. Bender, D. Bothman, K. Kenelly, P. Rodwell, V. y Weil, A., 2012).

El colesterol se encuentra presente en los alimentos que ingieren los humanos, absorbiéndose hacia el sistema linfático desde los intestinos, es muy liposoluble pero muy poco hidrosoluble, el 70% de este se encuentra en forma de ésteres de colesterol dentro de las lipoproteínas, el colesterol absorbido en los alimentos es llamado colesterol exógeno, pero este se sintetiza también en el organismo, a este lo conocemos como colesterol endógeno y se encuentra ligado en su mayoría a las lipoproteínas, por ende se produce en el hígado predominantemente, sin embargo, otras células del organismo también sintetizan colesterol, aunque en menores cantidades. Su estructura se encuentra formada por un núcleo esteróico cíclico, sintetizado a partir de varias moléculas de Acetil CoA. (Hall, J. y Guyton, A. 2011).

A pesar de la utilización de Colesterol total para la clasificación de dislipidemias, no se recomienda el uso de manera aislada para dar el diagnóstico de dislipidemia, debido a que la concentración del mismo puede verse afectada por un aumento del colesterol de alta densidad o

incluso por un aumento de los triglicéridos. (Calvo, L. Ardila, D. García, A. Muñoz, O. y Ruiz, A. 2019).

Para la medición del colesterol total se utiliza los valores dados en el consenso del Adult Treatment Panel III, considerando un valor óptimo de colesterol total, cuando se encuentra por debajo de los 200 mg/dl, un valor en el límite alto cuando este va desde 200 a 239 mg/dl y un valor alto cuando este es mayor de 240 mg/dl. (Argente, H. y Álvarez, M. 2017).

### **2.3.2. Colesterol de baja densidad**

La medición del colesterol de baja densidad o colesterol LDL nos da una referencia de la cantidad de lipoproteínas de baja densidad en la sangre, que son con gran diferencia las que mayor cantidad de apolipoproteínas de tipo B poseen, estas apolipoproteínas pueden atravesar la barrera endotelial, uniéndose a estructuras del medio extracelular, como por ejemplo los proteoglicanos, iniciando así un proceso de adhesión lipídica, concluyendo en la formación del ateroma, además, diversos estudios epidemiológicos concluyen en la existencia de una relación entre el nivel de colesterol LDL y el riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular ateromatosa, inversamente niveles bajos de colesterol LDL durante la vida de una persona se han asociado a la disminución del riesgo cardiovascular. (Mach, F. Baignet, C. Catapano, A. Koskinas, K. Casula, M. Badimon, L. (..) y Wiklund, O. 2019).

Según el Adult Treatment Panel III, se considera un valor óptimo de colesterol LDL cuando este se encuentra por debajo de 130 mg/dl, un valor en el límite cuando se encuentra entre 130 y 159 mg/dl, se considera un valor elevado cuando este supera los 160 mg/dl. (Argente, H. y Álvarez, M. 2017).

### **2.3.3. Colesterol de alta densidad**

Es bien conocida la relación inversa entre la concentración de colesterol de alta densidad o HDL y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares ateromatosas, sin embargo, esta relación se evidencia en diversos estudios epidemiológicos, mas no se ha demostrado una relación causal entre ambas variables, de hecho diversos estudios que han logrado elevar la concentración del colesterol HDL mediante el uso de fármacos, no evidenciaron una reducción del riesgo de padecer un evento cardiovascular a pesar de esta elevación. (Mach, F. Baignet, C. Catapano, A. Koskinas, K. Casula, M. Badimon, L. (..) y Wiklund, O. 2019).

Según el Adult Treatment Panel III, se considera un valor óptimo de colesterol HDL cuando este es mayor a 40 mg/dl. (Argente, H. y Álvarez, M. 2017).

### **2.3.4. Triglicéridos**

Los triglicéridos son ésteres de glicerol trihídrico y ácidos grasos, son moléculas no polares, por lo tanto, no son hidrosolubles, pueden obtenerse tanto de la dieta como también pueden formarse endógenamente en el hígado, se almacenan especialmente en el tejido adiposo, donde cumplen funciones como reserva de energía, aislante térmico en los tejidos subcutáneos y como envoltura en algunos órganos. (Carvajal, C., 2019).

Se consideran como valores óptimos de triglicéridos en la sangre cuando estos se encuentran en valores menores a 150 mg/dl, en valores límites entre 150 y 199 mg/dl, y en valores altos cuando superan los 200 mg/dl. (Argente, H. y Álvarez, M. 2017).

### **2.3.5. Edad**

Según la Real Academia de la Lengua Española, se define a la edad como el periodo de tiempo transcurrido para una persona, a partir de su nacimiento, que se expresa en años. (RAE, 2021).

Según la norma técnica de Salud para la atención integral de la Niña y el Niño, se considera niño a la persona cuya edad está comprendida desde el momento del nacimiento hasta los 11 años 11 meses y 29 días. (MINSAL, 2008). En el caso de la adolescencia, esta va comprendida entre los 12 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. (MINSAL, 2019). La juventud abarca el periodo comprendido entre los 18 años y los 23 años, 11 meses y 29 días, y la adultez hasta los 59 años, 11 meses y 29 días. (MINSAL, 2010). Por último, se considera a una persona adulta mayor a toda aquella que tenga 60 años en adelante. (MINSAL, 2010).

### **2.3.6. Sexo**

Según la Real Academia de la Lengua Española el sexo se define como el conjunto de características biológicas que van a distinguir y diferenciar, en los seres vivos a los individuos masculinos y femeninos. (RAE, 2021).

### **2.3.7. Comorbilidades**

El término comorbilidad se refiere a la existencia de dos enfermedades en una misma persona que se encuentran frecuentemente relacionadas. (RAE, 2021).

## **2.4. Bases filosóficas**

Según la OMS la salud se define como un estado de completo bienestar, tanto mental, como social y físico, descartando la idea de que la salud solo corresponde a la ausencia de la

enfermedad, la salud es un derecho fundamental de la totalidad de seres humanos sin distinción alguna, siendo una condición fundamental para conseguir la paz y la seguridad en los pueblos, significando así la armonía del ser humano que lo lleva a la felicidad. (OMS, 2014).

La práctica médica por ende se refiere a la conservación y restablecimiento de este equilibrio, regida por principios éticos sustentados desde tiempos antiguos, incluso si nos remontamos al juramento hipocrático donde tenemos el principio de beneficencia, con el concepto filosófico *primum non nocere*, que se traduce como “primero no hacer daño” o *bunum facere*, que significa “hacer el bien”, o a la declaración de Nuremberg en 1947 que establecía las condiciones éticas para la investigación científica en humanos, o la declaración de Helsinki, es gracias a estas norma éticas que han permitido a traes del tiempo se construya una adecuada relación entre el médico y el paciente, incluso con los cambios en la práctica médica que suponen el uso de nuevas tecnologías las cuales no deben afectar la ética tanto del lado del paciente como del médico. (Aguirre, H., 2004).

Podemos considerar que la Salud pública es en esencia una ética social, y por ende va a ser la forma en cómo vamos a evidenciar la función de la medicina en la sociedad, siendo que esta debe estar al servicio de todos los seres humanos, y de todas las comunidades, sin exclusión de nadie ni privilegiando a los que cuentan con los medios para acceder a ella, es por ello que la ética de la ciencia médica debe ponerse en acción para aplicar así la ciencia y la disciplina de lo que llamamos, salud pública. Es importante también el aplicar la epidemiología ya no como un fenómeno individual, si no como un fenómeno social, para así demostrar la eficiencia de la salud pública, que ya se viene dando por ejemplo en el caso de la vacunación, primeros auxilios, saneamiento ambiental, y es necesaria aplicarla en la prevención de las enfermedades no

transmisibles que se encuentran generando altos índices de morbilidad y mortalidad en las comunidades. (Gómez, H. 2007).

## **2.5. Hipótesis de la investigación**

Esta investigación al ser descriptiva, no requiere de la realización de hipótesis.

## 2.6. Operacionalización de variables

### 2.6.1. Manifestaciones clínicas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Colesterol Total	Lípido en forma de esteroide que se encuentra presente en la sangre y está relacionado con la aterosclerosis.	Datos que se encuentran registrados en la historia clínica.	Cuantitativa	Continua	Óptimo < 200 mg/dl Límite 200-239 mg/dl Alto $\geq$ 240 mg/dl
Colesterol LDL	Colesterol de baja densidad que es transportado del hígado hacia el organismo mediante lipoproteínas.	Datos que se encuentran registrados en la historia clínica.	Cuantitativa	Continua	Óptimo < 130 mg/dl Límite 130-159 mg/dl Alto $\geq$ 160 mg/dl
Colesterol HDL	Colesterol de alta densidad que transporta lípidos desde el organismo hacia el hígado mediante lipoproteínas.	Datos que se encuentran registrados en la historia clínica.	Cuantitativa	Continua	Bajo < 40 mg/dl
Triglicéridos	Ésteres de glicerol trihídrico y ácidos grasos almacenados normalmente en el tejido adiposo, cumplen función energética.	Datos que se encuentran registrados en la historia clínica.	Cuantitativa	Continua	Óptimo < 150 mg/dl Límite 150-199 mg/dl Alto $\geq$ 200 mg/dl

### 2.6.2. Características epidemiológicas

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicador</b>
Edad	Número de años desde el nacimiento hasta la realización del diagnóstico.	Datos registrados en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Niño Adolescente Joven Adulto Adulto mayor
Sexo	Conjunto de características fenotípicas y genotípicas que diferencian a las mujeres y varones.	Definido por el sexo biológico del paciente.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Comorbilidades	Conjunto de enfermedades que se encuentran en el mismo tiempo en una misma persona y/o están relacionadas.	Datos que se encuentran registrados en la historia clínica y evolución.	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño metodológico**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

Este trabajo de investigación es un estudio observacional, debido a que no existe intervención del investigador y los datos que se encuentren van a reflejar la evolución de la enfermedad, independiente de la voluntad del investigador. (Ruiz, A. y Morillo, L. 2017).

En cuanto al nivel de investigación, se trata de un estudio descriptivo ya que se estudiaron solo los datos obtenidos a partir de las historias clínicas, además es retrospectivo, ya que se realiza posterior a los acontecimientos estudiados, teniendo entonces que las características clínico epidemiológicas se obtuvieron de las historias clínicas, es también de corte transversal ya que los datos se obtuvieron solo una vez en el periodo de tiempo marzo – diciembre del año 2021. (Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. 2016).

#### **3.1.2. Enfoque de investigación**

El enfoque de esta investigación es cuantitativo ya que se van a demostrar mediante expresiones matemáticas lo que se observa mediante la recolección de datos de las historias clínicas. (Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. 2016).

## **3.2. Población y Muestra**

### **3.2.1. Población**

La población se encuentra conformada por todos los pacientes diagnosticados con algún tipo de dislipidemia que hayan sido atendidos por consultorio externo del Centro de Salud de Manzanares durante el periodo comprendido entre marzo y diciembre del 2021.

### **3.2.2. Muestra.**

La muestra estuvo comprendida por todos los pacientes diagnosticados con algún tipo de dislipidemia que hayan sido atendidos por consultorio externo del Centro de Salud de Manzanares durante el periodo comprendido entre marzo y diciembre del 2021.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Se incluirán a los pacientes diagnosticados con algún tipo de dislipidemia en el Centro de Salud de Manzanares, en el periodo marzo – diciembre del 2021.
- Se incluirán a los pacientes en su primer diagnóstico de dislipidemia, independientemente de la edad.
- Se incluirá a pacientes que cuenten con la información completa en las historias clínicas de acuerdo a las variables a estudiar.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico previo de dislipidemia que acudan por control y tratamiento.

- Pacientes que no cuenten con una historia clínica completa de acuerdo a las variables a estudiar.
- Pacientes que, a pesar de tener perfil lipídico, este no se encuentra completo y no se incluyen todas las variables a estudiar.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.3.1. Técnica de recolección de datos**

La técnica para la recolección de datos consistió en la observación y revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con dislipidemia, de acuerdo a los datos que han sido considerados en la ficha de recolección de datos.

#### **3.3.2. Descripción de los instrumentos**

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos acorde con los objetivos y variables planteadas en la investigación.

#### **3.3.3. Descripción del procedimiento**

Se estudiaron los expedientes de los pacientes que cumplieron tanto con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron recogidos en la ficha de recolección de datos de acuerdo a las variables de estudio, posteriormente estas se incorporaron a una base de datos con el fin de realizar el informe final y resultados de la investigación.

### **3.4. Técnicas para el procesamiento de la información**

Concluido el proceso de recolección de datos se procesarán los datos mediante Microsoft Excel y luego se realizará un análisis mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics

versión 24 y Microsoft Office Excel 2016, con la finalidad de obtener gráficos, frecuencias y otras medidas de tendencia central.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1. Análisis de Resultados

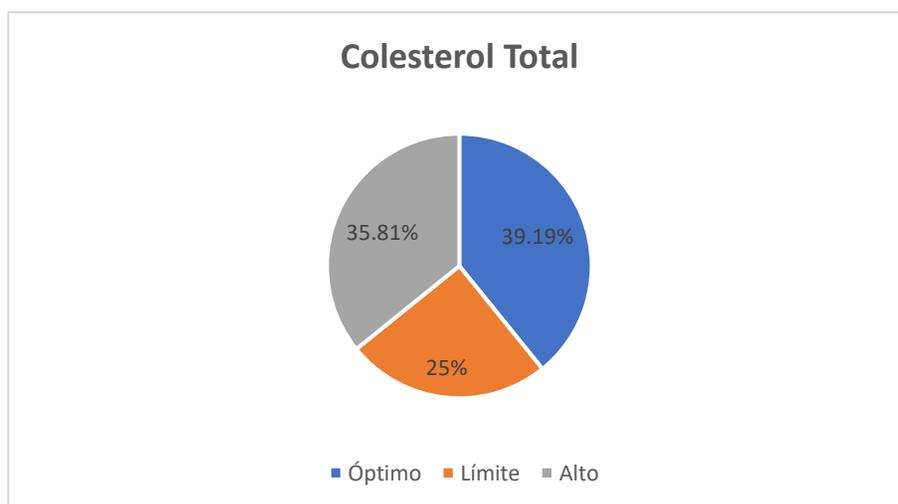
De los 148 pacientes que fueron diagnosticados con dislipidemia, encontramos que 53 (35,81%) de ellos presentaron valores de colesterol total altos, es decir con un valor mayor o igual a 240, además 37 (25%) de ellos presentaron valores dentro de los valores límite, y 58 (39,19%) presentaron valores de colesterol total óptimos, como se muestra en la tabla y figura 1.

Tabla 1

*Incidencia de pacientes con Colesterol Total alto.*

Colesterol Total	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	58	39,19
Límite	37	25
Alto	53	35,81
Total	148	100

*Fuente.* Datos obtenidos de las Historias Clínicas del Centro de Salud de Manzanares.



*Figura 1.* Incidencia de los pacientes con colesterol total alto. Datos obtenidos del Centro de Salud Manzanares.

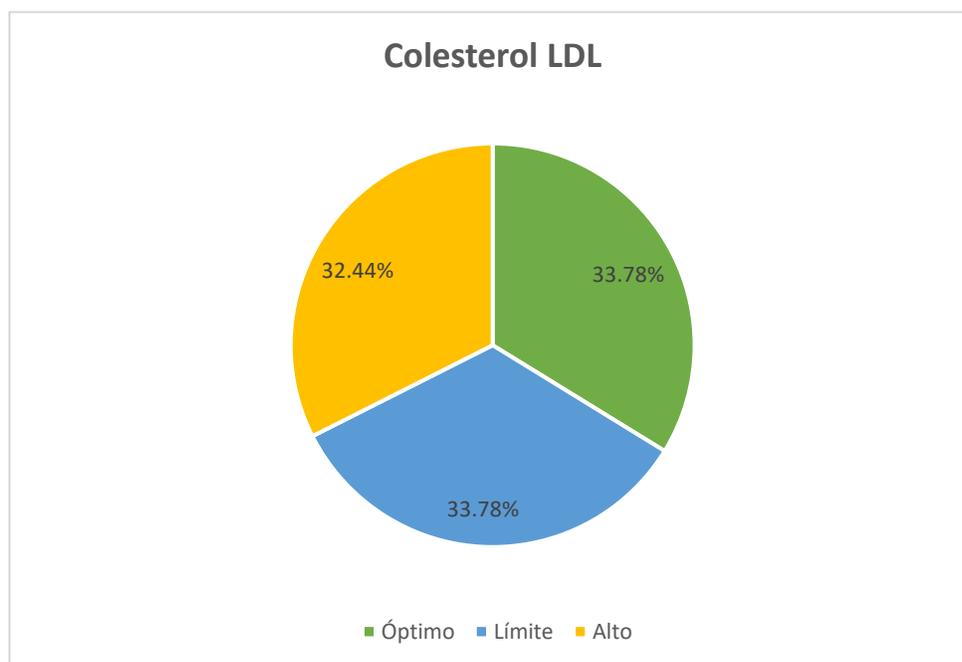
En lo que respecta al colesterol LDL, de la totalidad de pacientes, 48 (32,44%) presentaron valores altos, 50 (33,78%) de ellos un valor límite, y los otros 50 (33,78%) presentaron valores óptimos de colesterol LDL, como se muestra en la tabla y figura 2.

Tabla 2

*Incidencia de pacientes con Colesterol LDL alto.*

Colesterol LDL	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	50	33,78
Límite	50	33,78
Alto	48	32,44
Total	148	100

*Fuente.* Datos obtenidos de las Historias Clínicas del Centro de Salud de Manzanares.



*Figura 2.* Incidencia de los pacientes con colesterol LDL alto. Datos obtenidos del Centro de Salud Manzanares.

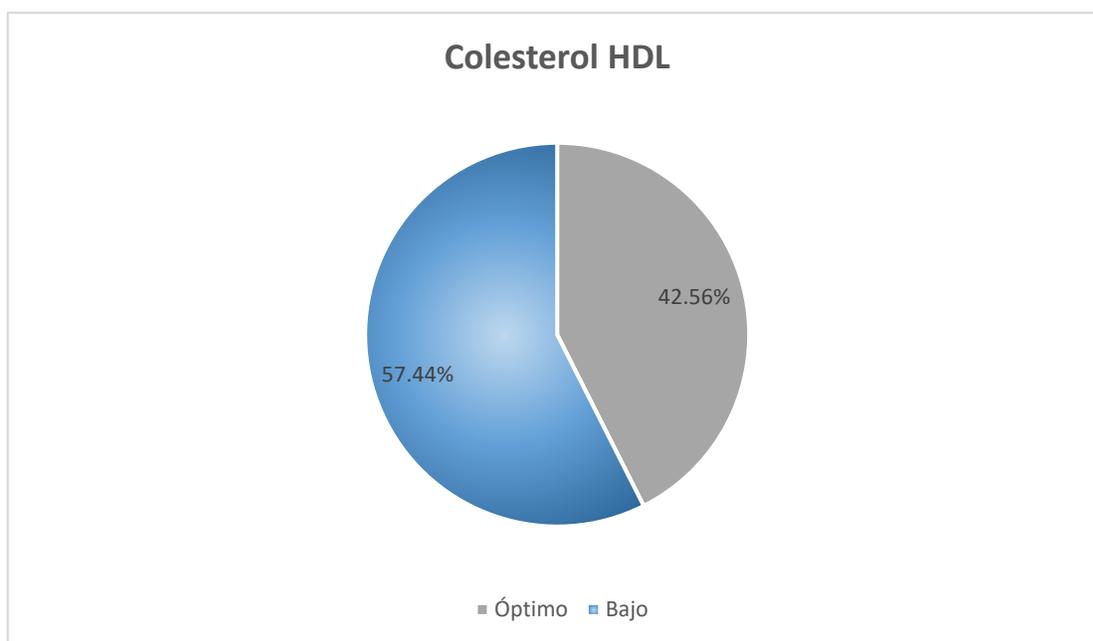
En el caso del colesterol HDL de los 148 pacientes 63 (42,56%) presentaron valores por debajo de 40 y 85 (57,44%) de ellos presentó valores óptimos, como se muestra en la tabla y figura 3.

Tabla 3

*Incidencia de pacientes con Colesterol HDL bajo.*

Colesterol HDL	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	63	42,56
Bajo	85	57,44
Total	148	100

*Fuente.* Datos obtenidos de las Historias Clínicas del Centro de Salud de Manzanares.



*Figura 3.* Incidencia de los pacientes con colesterol HDL bajo. Datos obtenidos del Centro de Salud Manzanares.

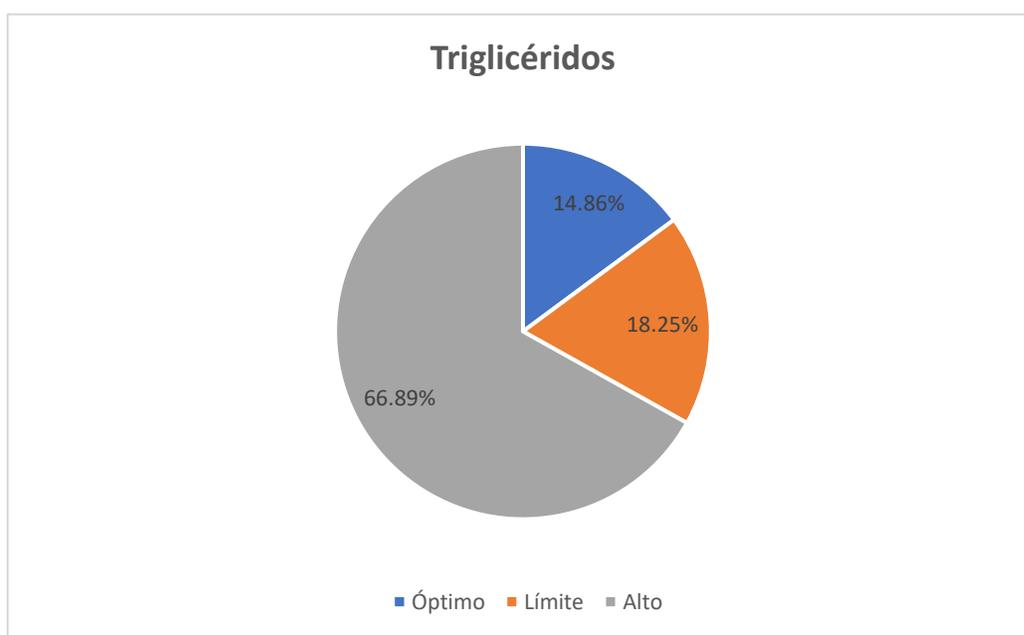
En lo que respecta a los triglicéridos, del total de pacientes, 99 (66,89%) presenta hipertrigliceridemia, 27 (18,25%) tuvieron valores límite y 22 (14,86%) tuvieron valores óptimos de triglicéridos, como se muestra en la tabla y figura 4.

Tabla 4

*Incidencia de pacientes con Triglicéridos altos.*

Triglicéridos	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	22	14,86
Límite	27	18,25
Alto	99	66,89
Total	148	100

*Fuente.* Datos obtenidos de las Historias Clínicas del Centro de Salud de Manzanares.



*Figura 4.* Incidencia de los pacientes con Triglicéridos altos. Datos obtenidos del Centro de Salud Manzanares.

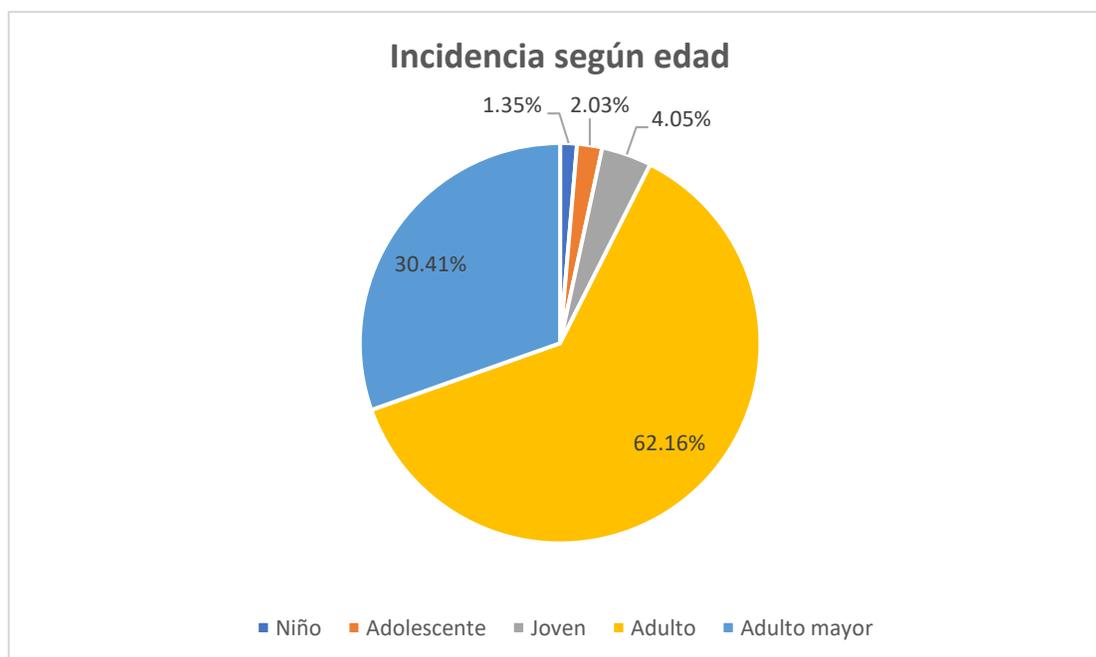
Según la edad del paciente, del total, se obtuvo que 2 (1,35%) fueron niños, 3 (2,03%) eran adolescentes, 6 (4,05%) fueron jóvenes, 92 (62,16%) fueron adultos y 45 (30,41%) eran adultos mayores, como se muestra en la tabla y figura 5.

Tabla 5

*Incidencia de los pacientes con dislipidemia según edades.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Niño	2	1,35
Adolescente	3	2,03
Joven	6	4,05
Adulto	92	62,16
Adulto mayor	45	30,41
Total	148	100

*Fuente.* Datos obtenidos de las Historias Clínicas del Centro de Salud de Manzanares.



*Figura 5.* Incidencia de los pacientes con dislipidemia según edades. Datos obtenidos del Centro de Salud Manzanares.

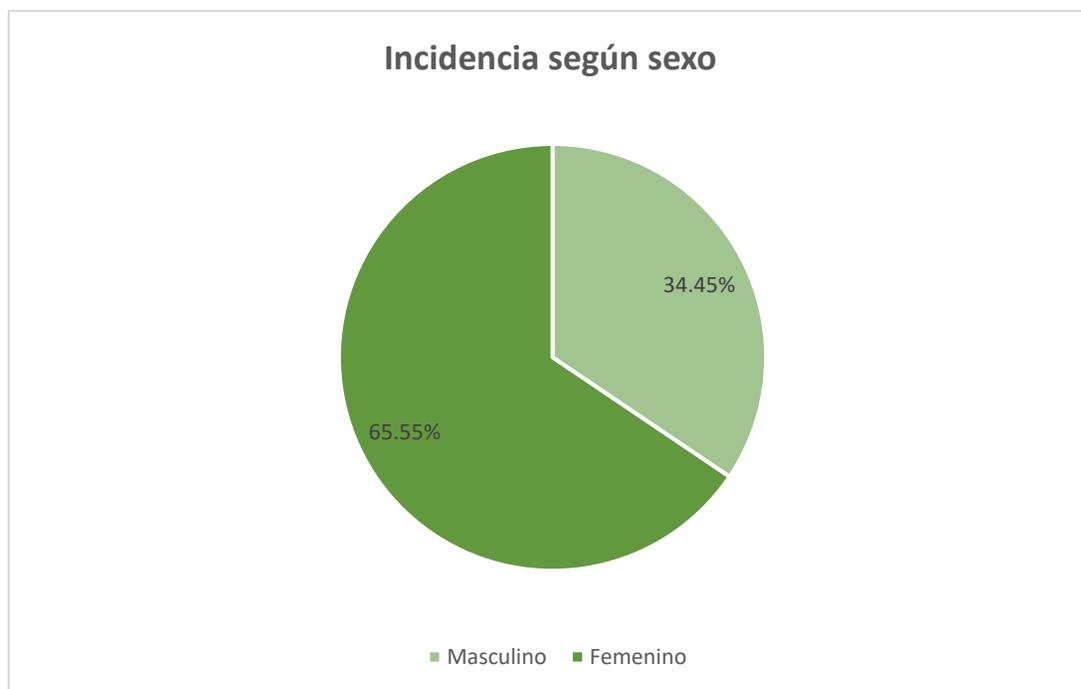
En cuanto al sexo, de los 148 pacientes con diagnóstico de dislipidemia, 51 de ellos pertenecieron al sexo masculino (34,45%) y pertenecientes al sexo femenino se encontraron 97 pacientes (65,55%), como se señala en la tabla y figura 6.

Tabla 6

*Incidencia de pacientes con dislipidemia según sexo.*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	51	34,45
Femenino	97	65,55
Total	148	100

*Fuente.* Datos obtenidos de las Historias Clínicas del Centro de Salud de Manzanares.



*Figura 6.* Incidencia de los pacientes con dislipidemia según sexo. Datos obtenidos del Centro de Salud Manzanares.

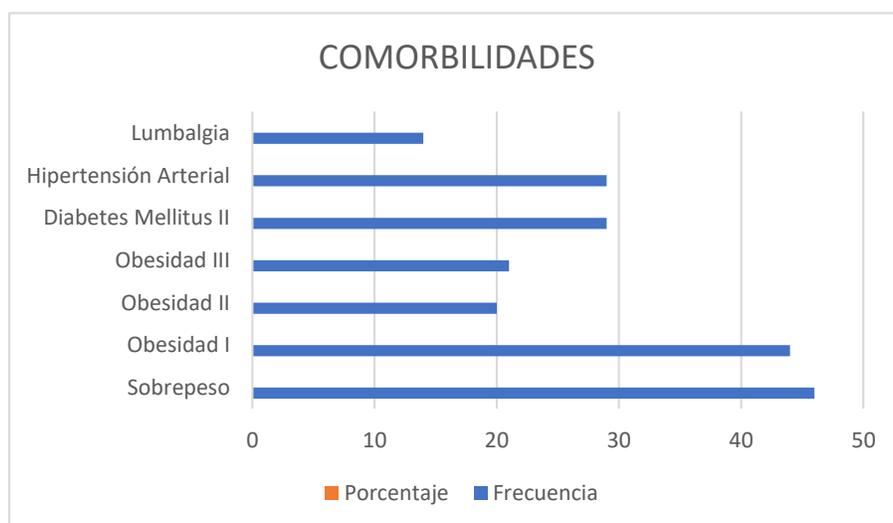
En lo que respecta a las comorbilidades que presentaron los pacientes con dislipidemia, se obtuvo que, de la totalidad, 46 (31,08%) presentó sobrepeso, 44 (29,72%) tuvo obesidad tipo I, 20 (13,51%) presentó obesidad tipo II, 21 (14,18%) presentó obesidad tipo III, 36 (24,32%) tienen Diabetes Mellitus tipo 2, 29 (19,59%) cursaron con Hipertensión arterial, y 14 (9,45%) tenían lumbalgia, como se muestra en las tabla y figura 7.

Tabla 7

*Incidencia de comorbilidades de los pacientes con diagnóstico de dislipidemia.*

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	46	31,08
Obesidad I	44	29,72
Obesidad II	20	13,51
Obesidad III	21	14,18
Diabetes Mellitus II	29	24,32
Hipertensión Arterial	29	19,59
Lumbalgia	14	9,45

*Fuente.* Datos obtenidos de las Historias Clínicas del Centro de Salud de Manzanares.



*Figura 7.* Incidencia de comorbilidades de los pacientes con diagnóstico de dislipidemia. Datos obtenidos del Centro de Salud Manzanares.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

### 5.1. Discusión de resultados

De los 148 pacientes que fueron diagnosticados con dislipidemia, encontramos que 53 (35,81%) de ellos presentaron valores de colesterol total altos, 37 (25%) de ellos presentaron valores dentro de los valores límite, y 58 (39,19%) valores de colesterol total óptimos, obteniendo resultados similares con estudios como el realizado por Villa, M (2018) en Chile, donde se encontró una prevalencia de 38,5% de colesterol total alto, o en el estudio de Gomes, G & Tarqui, C (2017) en Perú obteniendo una prevalencia de colesterol total elevado de 30,1%, además también con el estudio de Moya, J & Pio, L (2020) realizado en Lima donde se obtuvo una prevalencia de hipercolesterolemia total de 35,9%, y difiriendo del estudio de Gupta & Misra (2017) en India, donde se encontró una incidencia de 25,1% de hipercolesterolemia, Carrillo et al. (2020) en su estudio realizado en Australia tuvo como prevalencia de colesterol total elevado un 21%, Escobedo, Pérez & Champagne (2014) en México obtuvieron que un 16,4% de las personas estudiadas poseía valores de colesterol total elevado y 34,1% dentro de los valores límites,

En lo que respecta a los valores de colesterol LDL, de la totalidad de pacientes, 48 (32,44%) presentaron valores altos y 50 (33,78%) de ellos un valor límite, teniendo resultados similares a los de Gupta y Misra (2017) en India obtuvieron una prevalencia de hipercolesterolemia LDL de 31,4%, Moya y Pio (2020) obtuvieron una prevalencia de colesterol LDL elevado de un 33,3%, y difiriendo del estudio de Pirillo et al. (2021) en Italia, donde se analizó las prevalencias a nivel mundial obteniendo para América Latina una prevalencia de pacientes con colesterol LDL elevado de 40,41%, Carrillo et al. (2020) en su estudio obtuvo una prevalencia del 20% de pacientes con colesterol LDL elevado, Gómez y Tarqui (2017) en Perú,

hallaron una prevalencia de colesterol LDL elevado en un 55,2%, Lozada et al. (2017) en Lima Perú obtuvo una prevalencia de 11,7% y Ochoa y Alvarado (2021) en Barranca Perú obtuvieron una prevalencia de colesterol LDL elevado de 56%.

En el caso del colesterol HDL de los 148 pacientes 63 (42,56%) presentaron valores por debajo de 40, cifras similares a las encontradas por, similares a las que encontraron Pirillo et al. (2021) en Italia con una prevalencia de hipocolesterolemia HDL de 48,27%, Ochoa & Alvarado (2020) en Barranca Perú, encontraron una prevalencia de valores alterados de HDL en el 48% de los pacientes estudiados, Carrillo et al. (2020) en Australia obtuvo una prevalencia del 48%, en el estudio de Ponte et al. (2017) encontramos que se halló una prevalencia de colesterol HDL disminuido entre el 34,1% y 53,3%, y difiriendo de lo que encontraron Gupta y Misra (2017) en India donde obtuvieron una prevalencia de hipocolesterolemia HDL de 86,4%, Gomez y Tarqui (2017) Perú, encontraron valores disminuidos de HDL en un 69,3% de la población, Moya y Pio (2020), Perú se encontró valores alterados en un 71% de los pacientes, Lozada et al. (2017), en Carabayllo Lima encontraron una prevalencia de hipocolesterolemia HDL en 33,2% de todos los pacientes diagnosticados con dislipidemia.

En lo que respecta a los triglicéridos, del total de pacientes, 99 (66,89%) presenta hipertrigliceridemia, 27 (18,25%) tuvieron valores límite, similar a lo encontrado por Villa (2018) Ecuador, donde encontró una prevalencia de hipertrigliceridemia de 58,5%, Muñoz y Yupanqui (2017) en Cajamarca, Perú, obtuvieron una prevalencia de hipertrigliceridemia del 70%, y difiere de los estudios tales como el de Pirillo et al. (2021) en Italia, donde se encontró una prevalencia de hipertrigliceridemia de 43,12%, Gupta y Misra (2017), en India obtuvieron una prevalencia de valores alterados de triglicéridos de 75%, Carrillo et al. (2020) en Australia, tuvo una prevalencia de 21%, Ponte et al. (2017) en Venezuela, obtuvo como resultado que la

prevalencia de hipertrigliceridemia en América Latina, va desde el 25,5% al 31,2%, Escobedo (2014) en su estudio realizado en México obtuvo una prevalencia de hipertrigliceridemia del 32,5%, Gomez y Tarqui (2017) en Perú, encontraron una prevalencia de 40,5%, Moya y Pío (2020) Perú, obtuvieron que el 41% de su población cursaba con hipertrigliceridemia, Lozada et al. (2017) en Lima Perú, obtuvo una prevalencia de 33,2%, por último en el estudio de Ochoa & Alvarado (2021) en Barranca Perú, se encontró que el 16,7% de la población estudiada cursó con hipertrigliceridemia.

Según la edad del paciente, del total, se obtuvo que 2 (1,35%) fueron niños, 3 (2,03%) eran adolescentes, 6 (4,05%) fueron jóvenes, 92 (62,16%) fueron adultos y 45 (30,41%) eran adultos mayores, similar a lo encontrado en el estudio de Villa (2018), Ecuador, donde de toda la población estudiada la edad media fue de 51 años, siendo así predominantemente adulta, Díaz et al. (2017) en su estudio realizado en Argentina obtuvo que de toda la población estudiada la edad media fue de 45,2 años, adultos en su mayoría, Gómez & Tarqui (2017) en su estudio en Perú concluyeron que la prevalencia de dislipidemia aumentaba de acuerdo a la edad siendo predominante en adultos y adultos mayores, Málaga & Zevallos (2010) realizaron su estudio en Perú en obteniendo una media de edad entre toda su población de 51,7 años, y difiriendo de estudios como el de Sapunar et al. (2028) Chile, donde de toda una población entre niños y adolescentes se obtuvo una prevalencia de 38%.

En cuanto al sexo, de los 148 pacientes con diagnóstico de dislipidemia, 51 de ellos pertenecieron al sexo masculino (34,45%) y pertenecientes al sexo femenino se encontraron 97 pacientes (65,55%), siendo similar a lo encontrado por Villa (2018) en su estudio realizado en Ecuador, donde se encontró una prevalencia de dislipidemia de acuerdo al sexo de 71,9% en mujeres y 28,1% en varones, Díaz et al. (2017) en su estudio en Argentina encontró una

prevalencia de 39,6% de varones y 60,4% de mujeres, Gómez & Tarqui (2017) en Perú obtuvieron como resultado que la prevalencia de dislipidemia se encontró en predominio del sexo femenino, Málaga y Zevallos (2010) en Arequipa Perú encontraron una prevalencia de dislipidemia predominante en el sexo femenino con 62,3% y 37,8% en el sexo masculino, y difiriendo de lo encontrado por Pirillo et al. (2021) en su estudio realizado en Italia, donde obtuvieron luego de una revisión sistemática que en América Latina la prevalencia de dislipidemia de acuerdo al sexo fue de 68,3% en varones y 49,6% en mujeres, Escobedo & Pérez (2014) en México obtuvieron que 43,3% de las personas con dislipidemia fueron varones, y solo el 23% mujeres, Sapunar et al. (2018) en Chile, obtuvieron al evaluar a una población de niños y adolescentes no hubo diferencia significativa entre ambos sexos de los que fueron diagnosticados con dislipidemia.

En lo que respecta a las comorbilidades que presentaron los pacientes con dislipidemia, se obtuvo que, de la totalidad, 46 (31,08%) presentó sobrepeso, 44 (29,72%) tuvo obesidad tipo I, 20 (13,51%) presentó obesidad tipo II, 21 (14,18%) presentó obesidad tipo III, 36 (24,32%) tienen Diabetes Mellitus tipo 2, 29 (19,59%) cursaron con Hipertensión arterial, y 14 (9,45%) tenían lumbalgia, siendo similar con lo encontrado por Peña y Arévalo (2017) en Ecuador, donde encontraron una prevalencia de sobrepeso de 38,1%, difiriendo en la obesidad ya que esta solo se halló en el 18,5% de los pacientes, además de la hipertensión que se encontró en el 11,3%, Sapunar et al. (2018), en su estudio en Chile encontraron que el 38% de los pacientes presentó sobrepeso, 33% obesidad, además de esto estar fuertemente relacionado con la prevalencia de dislipidemia, Gómez y Tarqui (2017) en Perú encontraron una prevalencia de 41% en lo que respecta al sobrepeso y de 25,8% de obesidad, y difiere del estudio Díaz et al. (2017), en Argentina donde se encontró 33,4% de hipertensión arterial, 32,1% de obesidad, y 7,5% de

prevalencia de diabetes mellitus 2, Ochoa & Alvarado (2021) en Barranca, Perú, encontraron que 10,7% presentaron hipertensión arterial, 46,7% presentó sobrepeso y 27,3% presentó obesidad, factores fuertemente asociados a la presencia de dislipidemia.

## CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. Conclusiones

De acuerdo a los objetivos y a los resultados encontrados en la siguiente investigación se concluye lo siguiente:

1. En cuanto a las características clínicas el tipo de dislipidemia que se presentó con mayor frecuencia fue la hipertrigliceridemia.
2. La prevalencia de la hipercolesterolemia LDL (32,4%) y la hipocolesterolemia HDL (57,44%), fueron muy elevadas.
3. Aunque no se recomienda el uso aislado de colesterol total para el diagnóstico la dislipidemia, la incidencia de valores altos del mismo también fueron considerables (35,81%).
4. El grupo etario predominante en la investigación, fueron los adultos, seguidos de los adultos mayores, y en menor medida se encontraron los jóvenes, adolescentes y niños.
5. Los pacientes con dislipidemia fueron predominantemente del sexo femenino.
6. La comorbilidad más prevalente fue la obesidad, seguida del sobrepeso, la diabetes, hipertensión arterial y la lumbalgia.

## 6.2 Recomendaciones

1. Se recomienda realizar campañas de promoción y prevención de la salud con respecto a la dislipidemia y a otras enfermedades que puedan producir riesgo cardiovascular, sobre todo si no presentan clínica y pueden pasar desapercibidas como en el caso de la patología estudiada.
2. Se recomienda realizar campañas de detección temprana de dislipidemia sobre todo en la población adulta, para así reducir la prevalencia de esta enfermedad tanto con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
3. Se recomienda enfatizar en realizar consejería nutricional para toda la población estudiada debido a la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso encontrada en el estudio, y su asociación con la dislipidemia.
4. Se recomienda hacer seguimiento a los casos de dislipidemia y evitar la poca adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico además del control de las comorbilidades más frecuentes.
5. Se debe utilizar este estudio para la realización de estudios de la misma característica o incluso con la inclusión de más variables en el futuro para evaluar la tendencia de la enfermedad, para así tomar las medidas y acciones del caso.

## CAPÍTULO VII: REFERENCIAS

### Documentales

Muñoz, L. y Yupanqui, C. (2017) *Frecuencia de dislipidemia y síndrome metabólico en pacientes de 30-59 años, atendidos en el Centro Salud Materno Santa Lucía de Moche y Hospital de Apoyo Otuzco, 2017*. [Tesis de segunda especialidad. Universidad Nacional de Trujillo].

[https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14975/Mu%  
c3%b1oz%20Torres%2c%20Luis%20Daniel%20y%20Yupanqui%20D%  
c3%adaz%2c%20Cinthia%20Melissa.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14975/Mu%c3%b1oz%20Torres%2c%20Luis%20Daniel%20y%20Yupanqui%20D%c3%adaz%2c%20Cinthia%20Melissa.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Echevarría, S. (2021) *Conducta fatalista asociada a enfermedades crónicas metabólicas durante pandemia por coronavirus en población piurana 2020*. [Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano. Universidad privada Antenor Orrego].

<http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/7970>

### Bibliográficas

Argente, H. y Álvarez, M. (2017). *Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica*. Editorial Médica Panamericana.

Grossman, S. y Mathson Porth, C. (2014). *Fisiopatología: alteraciones de la salud, conceptos básicos*. Wolters Kluwer Heart España.

Hall, J. y Guyton, A. (2011). *Tratado de Fisiología Médica*. Elsevier.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2016). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill

Kasper, D. Fauci, A. Hauser, S. Longo, D. Jameson, L. y Localzo, J. (2016). *Principios de Medicina Interna*. McGraw-Hill.

Ministerio de Salud del Perú. (2008). *Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y del Niño*.

Ministerio de Salud del Perú. (2010). *Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón*.

Ministerio de Salud del Perú. (2019). *Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud del Adolescente*.

Ministerio de Salud del Perú. (2010). *Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*.

Murray, R. Bender, D. Bothman, K. Kenelly, P. Rodwell, V. y Weil, A. (2012). *Harper. Bioquímica Ilustrada*. McGraw-Hill

Ruiz, A. y Morillo, L. (2017). Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada. Bogotá, Colombia: Médica Internacional LTDA.

## **Hemerográficas**

Aguirre, H. (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Academia Mexicana de Cirugía*. 72, 503-510.

Málaga, G. Zevallos, C. Lazo, M. y Huayanay, C. (2010). Elevada frecuencia de dislipidemia y glucemia basal alterada en una población peruana de altura. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27(4), 557-561.

Peña, S. Arévalo, C. Vanegas P. y Torres, C. (2017). Prevalencia y factores asociados a la dislipidemia en los adultos de parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, 2015-2016. *Archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica*. 36 (4), 101-105.

Sapunar, J. Aguilar, N. Navarro, J. Araneda, G. Chandía, D. Manríquez, V. Brito, R. y Cerda, A. (2018). Alta prevalencia de dislipidemias y riesgo aterogénico en una población infanto-juvenil. *Revista Médica de Chile*. 146, 1112-1122.

### **Electrónicas**

Barboza, E. (2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Revista Cuidarte*. 11 (2). <http://orcid.org/0000-0002-7554-3363>

Calvo, L. Ardila, D. García, A. Muñoz, O. y Ruiz, A. (2019). Colesterol total en dislipidemias ¿Útil medirlo? *Acta médica colombiana*. 44(4), 1 - 4.  
<http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1320/629>

Candás, B. Pocovi, M. Romero, C. Vella, J. Esteban, M. Castro, M. Rodríguez, E. Arrobas, T. Calmarza, P. y Puzo, J. (2019). Estrategia para el diagnóstico de las dislipidemias. Recomendación 2018. *Revista del Laboratorio Clínico*. 12(4), 21-33.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-estrategia-el-diagnostico-dislipidemias-recomendacion-S1888400819300479>

- Carrillo, R. Benites, C. Anza, C. Albitres, L. Sánchez, D. Pacheco. y Bernabe, A. (2020). A systematic review of population-based studies on lipid profiles in Latin America and the Caribbean. *ELife research article*. 1-13. <https://doi.org/10.7554/eLife.57980>
- Carvajal, C. (2019). *Lípidos, lipoproteínas y aterogénesis*. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.  
<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/721/lipidos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chao, L. Ya, C. Shih, C. Yueh, L. y Hung, Y. (2018). Epidemiology of Dyslipidemia in the Asia Pacific Region. *International Journal of Gerontology*. 12, 2-6.  
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1873959818300656?token=3BF07B5F6984A6E2F920403F77772A870406641C882CE31632E23CE64A5D71236F00C28B4D0E9556ADF01ED2491267F6&originRegion=us-east-1&originCreation=20220407162841>
- Díaz, A. Espeche, W. March, C. Flores, R. Parodi, R. Genesio, M. Sabio, R. y Poppe, S. (2017). Prevalencia del síndrome metabólico en Argentina en los últimos 25 años: revisión sistemática de estudios observacionales poblacionales. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 35(2), 64-69. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183717300612>
- Escobedo, J. Pérez, R. Schargrotsky, H. y Champagne, B. (2014). Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultado del estudio CARMELA. *Gaceta Médica de México*. 150, 128-136.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gm142c.pdf>

- Gaxiola, E. y Magdaleno, C. (2021). Xantomas eruptivos como manifestación inicial de la dislipidemia. Presentación de un caso. *Revista médica Universidad Autónoma de Sinaloa*. 11(1), 56-60. <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v11/n1/xantomas.pdf>
- Gómez, G. y Tarqui, C. (2017). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario. *Revista internacional de Ciencias de la Salud*. 14(2), 141-148. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1972>
- Gómez, H. (2007). Filosofía de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 25(2), 8-12. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2007000200002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200002)
- Gupta, R. Rao, R. Misra, A. y Sharma, S. (2017). Recent trends in epidemiology of dyslipidemias in India, *Indian Heart Journal*. 69, 382-392. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0019483216308999?token=4CA2DCD9531502476AD08AC50FA5FE866108A69397B9F6C4EB1C957E6A0536D55790C04A5C89D5E6EC43FC54EBC309AD&originRegion=us-east-1&originCreation=20220407171314>
- Lozada, M. Paes, J. James, J. Blais, F. Gibson, A. Booth, R. Carter, B. Johnson, M. Killin, K. Laubli, D. Sauerbeck, T. Speakman, A. Thomas, M. Montgomery, K. Jensen, L. Díaz, S. Dogbey, G. y Drozek, D. (2017). Enfermedades relacionadas all estilo de vida en Lima, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 17(2), 32-44. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n2.830>

Mach, F. Baignet, C. Catapano, A. Koskinas, K. Casula, M. Badimon, L. Chapman, M. de Backer, G. Delgado, V. Farence, B. Graham, I. Halliday, A. Landmesser, U. Mihaylova. B, Pedersen, T. Ricardi, G. Richter, D. Sabatine, M. Taskinen, M. Tokgozoglu, L. y Wiklund, O. (2019). Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipidemias. *Revista Española de Cardiología*. 75(5). <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893220300403>

Miguel, P. (2009). Dislipidemias. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. 20(6), 265-273. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1024-94352009001200012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1024-94352009001200012)

Moya, J. y Pio, L. (2020). Trastornos lipídicos en pacientes hispanoamericanos en el primer nivel de atención sanitaria de Lima, Perú. *Revista cubana de salud pública*. 46(1), 1-22. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n1/e1161/>

Ochoa, K. Alvarado, C. Mendoza, M. y Roca, L. (2021). Factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria. *Revista médica Herediana*. 32, 224 – 233. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2021000400224](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000400224)

Organización Mundial de la Salud. (17 de mayo de 2017). *Enfermedades Cardiovasculares*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (31 de diciembre de 2014). *Documentos básicos*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Pirillo, A. Casula, M., Olmastroni, E. Norata, G. y Catapano, A. (2021). Global epidemiology of dyslipidaemias. *Nature Reviews Cardiology*. 18, 689–700.

<https://doi.org/10.1038/s41569-021-00541-4>

Ponte, C. Isea, J. Lorenzatti, A. Lopez, P. Wyss, F. Pintó, X. Lanas, F. Medina, J. Livia, T. Machado, H. Acevedo, M. Varleta, P. Bryce, A. Carrera, C. Peñaherrera, C. Gómez, J. Lozada, A. Merchan, A. Piskorz, D., ...Arocha, I. (2017). Dislipidemia aterogénica en Latino América: Prevalencia, Causas y Tratamiento. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. 15(2), 106-129.

<https://www.redalyc.org/pdf/3755/375552816006.pdf>

Ponte-Negretti, C. Isea, J. Lanas, F. Medina, J. Gómez, J. Morales, E. Acevedo, M. Piskorz, D. Machado, L. Lozada, A. Bryce, A. Lorenzatti, A. Carrera, C. López, P. Pinto, X. y Wyss, F. (2017). Atherogenic dislipidemia in Latin America: prevalence, causes and treatment. Consensus. *Revista Mexicana de Cardiología*. 38(2), 54-85.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmc/v28n2/0188-2198-rmc-28-02-00057.pdf>

Real Academia Española (RAE): *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. Recuperado el 14 de Julio del 2021 de <https://dle.rae.es/incidencia>

Solorzano Solorzano, S. (2018). Dislipidemias: Estudio de dislipidemias en pacientes adultos en el Hospital de Machal. *Editorial académica Española*.

[https://www.ifcc.org/media/477409/2018\\_dislipidemias\\_solorzano.pdf](https://www.ifcc.org/media/477409/2018_dislipidemias_solorzano.pdf)

Vera, O. y Vera, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista cuerpo médico*. 6(1), 41-45.

<file:///C:/Users/asus/Downloads/Dialnet->

[EvaluacionDelNivelSocioeconomicoPresentacionDeUnaE-4262712.pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/Dialnet-EvaluacionDelNivelSocioeconomicoPresentacionDeUnaE-4262712.pdf)

Villa, M. (2018). Prevalencia de Dislipidemia en Adultos de 40 – 64 años, Cuenca-Ecuador, enero a julio 2014. *Revista Médica Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga*. 10(3), 204-208.

<https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/148>

## ANEXOS

## Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<b>Características clínico epidemiológicas de pacientes diagnosticados con dislipidemia en el centro de salud manzanares, marzo - diciembre 2021</b>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>¿Cuáles es la incidencia de Colesterol total alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>Determinar la incidencia de Colesterol total alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p>	<p>Debido a que el presente trabajo de investigación es descriptivo, no requiere de la formulación de hipótesis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características clínicas</li> <li>- Características laboratoriales</li> <li>- Edad</li> <li>- Género</li> <li>- Raza</li> <li>- Nivel socioeconómico</li> <li>- Comorbilidades</li> </ul>	<p><b>TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observacional</li> <li>- Descriptivo</li> <li>- Retrospectivo</li> <li>- Transversal</li> </ul> <p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b></p> <p>La población y muestra está conformada por todos los pacientes diagnosticados con dislipidemia en el</p>

	<p>¿Cuáles es la incidencia de Colesterol LDL alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p> <p>¿Cuáles es la incidencia hipocolesterolemia HDL en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p> <p>¿Cuáles es la incidencia hipertrigliceridemia en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p> <p>¿Cuál es la incidencia según la edad de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p>	<p>Determinar la incidencia de Colesterol LDL alto en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p> <p>Determinar la incidencia hipocolesterolemia HDL en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p> <p>Determinar la incidencia hipertrigliceridemia en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p> <p>Determinar la incidencia según la edad de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p>			<p>Centro de Salud de Manzanares en el periodo marzo – diciembre 2021</p> <p><b>INSTRUMENTO</b></p> <p>Ficha de recolección de datos.</p> <p><b>PROCESAMIENTO</b></p> <p>Se utilizarán los programas Microsoft Excel y el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v25.</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>¿Cuál es la incidencia según el sexo de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p> <p>¿Cuál es la incidencia según la raza de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p> <p>¿Cuál es la incidencia de comorbilidades en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021?</p>	<p>Determinar la incidencia según el sexo de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p> <p>Determinar la incidencia según la raza de los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p> <p>Determinar la incidencia de comorbilidades en los pacientes con dislipidemia en el centro de salud Manzanares, marzo - diciembre 2021.</p>			
--	---	---	--	--	--

**Anexo 2: Ficha de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES**  
**DIAGNOSTICADOS CON DISLIPIDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD**  
**MANZANARES, MARZO - DICIEMBRE 2021**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nº Historia Clínica:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** F  M

1. ¿Cuáles son los niveles de Colesterol total?
  - Colesterol total: ....
2. ¿Cuáles son los niveles de Colesterol LDL?
  - LDL: ....
3. ¿Cuáles son los niveles de colesterol HDL?
  - HDL: ....
4. ¿Cuáles son los niveles de triglicéridos?
  - Triglicéridos: ....
5. ¿A qué raza pertenece?
  - a) Mestizo
  - b) Negro
  - c) Aria
  - d) Asiática
6. ¿Presentó comorbilidades? En caso de que la respuesta sea afirmativa, nombrar cuales.
  - a) Sí
    - a. ¿Qué comorbilidades?:
  - b) No

### Anexo 3: Autorización para la recolección de datos por parte del Hospital Regional de Huacho.



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	
DOC.	3597375
EXP.	2254411

Huacho, 19 de Mayo del 2022.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHA OYCHA  
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

19 MAYO 2022

SECRETARÍA

Recepcionado por: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

**OFICIO N° 271-2022-GRL-DIRESA-HHHO-SBS/UDEI**

**DRA. BURGA UGARTE INDIRA GIOVANNA**  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION  
**Presente.-**

**ASUNTO : AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICAS**

**REF. : DOC N° 3570279 - EXP. 2254411**

De nuestra consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a su vez remitirle la opinión favorable en la revisión de las Historias Clínicas del Proyecto de Investigación del estudiante **RAMIREZ CHAVEZ KEVIN ALEXIS**, identificado con **DNI N° 72709244** para la realización de Tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con el interesado sobre los días viables para la revisión de Historias Clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a Usted para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO MAURA OYCHA S.B.S.

**Dra. INDIRA G. BURGA UGARTE**  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHA OYCHA S.B.S.

**Ing. Sisl. Milton Saavedra Chafalote**  
C.I.P. N° 86553  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

MCHCH /jmca  
cc. Archivo

---

**Unidad de Estadística e Informática**

informaticahosh@gmail.com

**Anexo 4: Informe de Asesoría Estadística.**

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

**INFORME ESTADÍSTICO**

**De** : Lic. EDWIN EDUARDO JARA AGÜERO

**Estadístico e Informático**

**Asunto** : ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS

**Fecha** : Huacho, 04 de octubre del 2022

---

Por medio de la presente, hago mención que he brindado asesoría estadística a el tesista don: **RAMIREZ CHAVEZ KEVIN ALEXIS**, identificado con DNI **72709244**, sobre el trabajo de investigación titulado: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISLIPIDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD MANZANARES, MARZO - DICIEMBRE 2021”**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.

COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU  
  
L.C. EN ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
EDWIN EDUARDO JARA AGÜERO  
COESPE N. 1480



Dr. EDGARDO W. CUEVAS HUARI  
MEDICO CIRUJANO  
CMP 28006

---

Dr. CUEVAS HUARI, EDGARDO WASHINGTON

**ASESOR**

**JURADO EVALUADOR**



NOLE DELGADO JAVIER AUGUSTO  
N° CMP 015804 RNE 006628

---

M.C. NOLE DELGADO, JAVIER AUGUSTO

**PRESIDENTE**

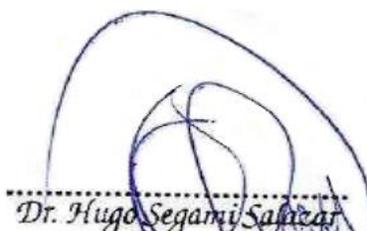


HOSPITAL REGIONAL DE HUANO  
EDWIN MOSIAH FLORES PEREZ  
RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA  
CMP 41308

---

M.C. FLORES PEREZ, EDWIN MOSIAH

**SECRETARIO**



Dr. Hugo Segami Salazar  
PATOLOGO CLINICO  
CMP. 19825 RNE. 13224

---

M.C. SEGAMI SALAZAR, GABRIEL HUGO

**VOCAL**