

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

INCIDENCIA DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DOCENTE CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS SEPTIEMBRE 2023-
MARZO 2024.



UNPH
Universidad Nacional
Pedro Henríquez

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Diana Ulloa Ramírez

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (metodológico)

Dra. Paola Báez Santana (Clínico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2024

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
Capítulo I. Aspectos Generales.....	9
1.1. Introducción.....	3
Antecedentes	4
Nacionales.....	4
Internacionales	4
Justificación.....	11
1.2. Planteamiento del problema.....	12
1.3. Objetivos	14
1.3.1. General:.....	14
1.3.2. Específicos:	14
1.4. Variables e indicadores	15
1.4.1. Variable Independiente:.....	15
1.4.2. Variable dependiente:.....	15
1.4.3. Operacionalización de las variables	16
Capítulo II. Marco Teórico	19
2.1. Definición y características de la dislipidemia.	20
2.2. Clasificación de la Dislipidemia.	21
2.3. Prevalencia de la dislipidemia en la población general.	22
2.4. Factores de riesgo asociados a la dislipidemia.	23
2.5. Transporte de lípidos en sangre.....	23
2.6. Metabolismo de lipoproteínas.....	24
2.7. Relación entre los factores de riesgo y la Dislipidemia.	26
2.8. Evaluación y diagnóstico de la dislipidemia.....	27
2.9. Estrategias de prevención y manejo de la dislipidemia en atención primaria.	29
2.9.1. Conducta médica	29
2.9.2. Estilos de vida	30

Capítulo III. Marco Metodológico.....	31
3.0. Material y métodos	32
3.1. Tipo de estudio.....	32
3.2. Área de estudio	32
3.3. Universo	32
3.4. Muestra	33
3.5. Criterios	33
3.5.1. De inclusión.....	33
3.5.2. De exclusión	33
3.6. Procedimiento de recolección de datos.....	33
3.7. Instrumento de recolección de datos.....	34
3.8. Tabulación y análisis	34
3.9. Aspectos éticos	34
Capítulo IV. Resultados.....	36
4.1. Presentación de los resultados	37
4.2. Discusión de los resultados.....	53
Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	57
Referencias bibliográficas	58
Anexos	62
1. Cronograma	62
2. Instrumento de recolección de datos.....	63
3. Formulario de recolección de datos	64
4. Costos y recursos.....	65

DEDICATORIA

A DIOS

En primer lugar, doy infinitamente gracias a DIOS, por ser el centro de mi vida, por darme amor incondicional y fortaleza cada día para seguir hacia adelante, siempre estando ahí conmigo en cada etapa de mis estudios, protegiéndome y cuidándome hasta el final. Gracias DIOS por tu infinito amor.

A MI MADRE

Dorys Ramírez, le agradezco por estar siempre ahí para mí, por siempre darme apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida y en esta última etapa tan importante de mi carrera (la residencia). Por siempre ser un apoyo para mí cuidando a mi bebe, gracias por cuidar de tu nieto con el más grande amor, mientras yo estuve ocupada en la especialidad, le doy gracias a DIOS por ser la mejor mami del mundo.

A MI PADRE

José Ulloa, gracias por siempre estar con nosotros, desde que tenía 1 añito, por encargarte de mí y cuidarme, por darme un techo y alimentos, aunque no seas mi padre biológico, por tratarme con una más de tus hijas sin ninguna diferencia, por tus sabios consejos y sobre todo por tu gran esfuerzo con tu trabajo y amor para nosotras. No pude haber tenido un mejor padre.

A MI ESPOSO

Juan Luis Abreu, te agradezco por siempre haber estado ahí, desde el principio de mi carrera, por ser mi apoyo incondicional en todos los sentidos, por ser mi esposo, amigo y el mejor padre cuidando siempre de nosotros y de tu hijo cuando más lo necesitaba, por demostrarnos que el amor existe y hacerlo de la mejor manera. Realmente no me alcanzarían palabras y la vida para agradecerte todo lo que has hecho por mí, siempre tan desinteresadamente, te amo demasiado amor mío, gracias por estar en mi vida.

A MI HIJO

Le agradezco a DIOS por darme a ti, mi hijo hermoso, mi amor bonito, por llenar mi vida de felicidad, con el amor más lindo, inocente y puro. Porque cuando estoy con mi chiquito y me das esos besos tan ricos y esos abrazos tan fuertes todo es posible y saco fuerzas de donde no hay, sólo por tí. Eso lo hace el amor de madre. Te amo un mundo mi cielo.

A MIS HERMANAS

Gracias por darme su apoyo incondicional, por confiar en mí y dejarme ser su mayor ejemplo. Las quiero.

Dra. Diana Ulloa Ramírez

AGRADECIMIENTOS

AL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Gracias por formarme académicamente en esta especialidad, por brindarme las herramientas necesarias para obtener nuestros conocimientos de la mejor manera, por enseñarme que con disciplina y respeto se puede llegar muy lejos y ser mejor, gracias por todo.

A MIS MAESTROS

Gracias por el apoyo incondicional de cada uno de ustedes y por siempre llevarnos de la mano y aportar un granito de arena en cada uno de nuestros conocimientos. Por cada día enseñarnos y demostrarnos el valor de nuestra especialidad, como tratar a nuestros pacientes y, sobre todo, estar orgulloso de lo que elegimos como especialidad.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

Quiero dar un agradecimiento especial a mi amiga y compañera: Yanaira Fermín, que siempre ha estado ahí, desde que estábamos en la universidad, por motivarme siempre a dar lo mejor de mí y por creer en mí, haciendo que estos 3 difíciles años de residencia fueran más llevaderos.

Dra. Diana Ulloa Ramírez

RESUMEN

La dislipidemia es un grupo de enfermedades sin síntomas evidentes y está causada por una mala función metabólica debido al aumento de los niveles de lipoproteínas en la sangre, provocando una serie de cambios químicos entre sí. Objetivo: Determinar la incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas septiembre 2023-marzo 2024. Método: Se realizaron encuestas a los pacientes que acudieron a la consulta de AP en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, llenando un formulario con los datos demográficos, antecedentes personales, antecedentes familiares, perfil lipídico, medidas antropométricas, perfil metabólico y dieta, con los cuales se obtuvieron los datos que se procesaron y analizaron presentándolos en tablas y gráficos. Se obtuvo un universo de 380 pacientes, una población y muestra de 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Conclusión: La causa la alimentación rica en grasas, el sexo más frecuente fue el femenino, el rango de edad fue de 40 a 49 años, el rango de peso (Kg) fue de 65-69 Kg (normo peso), el rango de la talla (cm) fue de 1.70-1.79 cm, el rango de IMC fue de 18.5-24.9 (normo peso), el rango de colesterol total fue de 200-249 (Hipercolesterolemia), el rango de colesterol LDL fue de 100-149 (casi optimo), el rango de colesterol HDL fue de 15-49 (niveles bajos), el rango de los Triglicéridos fue de 50-99 (niveles bajos), el rango de nivel de glucemia fue de 70-110 (normo glucémicos), el rango de la circunferencia abdominal (cm) fue el de ≤ 94 cm, los antecedentes familiares fue ninguno, seguido por la dislipidemia hereditaria, en los antecedentes personales patológicos fue ninguno, seguido por la HTA y la dieta, fue la equilibrada, seguido por la dieta rica en grasa (fritura).

PALABRAS CLAVES: Obesidad, Sobre peso, Dislipidemia.

ABSTRACT

Dyslipidemia is a group of diseases without obvious symptoms and is caused by poor metabolic function due to increased levels of lipoproteins in the blood, causing a series of chemical changes to each other. Objective: Determine the incidence of dyslipidemia in patients who attend the primary care clinic at the Central Teaching University Hospital of the Armed Forces September 2023 -March 2024. Method: Surveys were conducted on patients who attended the PC clinic at the Central Hospital. of the Armed Forces, filling out a form with demographic data, personal history, family history, lipid profile, anthropometric measurements, metabolic profile and diet, with which the data was obtained that was processed and analyzed, presenting them in tables and graphs. A universe of 380 patients was obtained, a population and sample of 60 patients who met the inclusion criteria. Conclusion: The cause was a high-fat diet, the most frequent sex was female, the age range was 40 to 49 years, the weight range (Kg) was 65-69 Kg (normal weight), the range of height (cm) was 1.70-1.79 cm, BMI range was 18.5-24.9 (normal weight), total cholesterol range was 200-249 (Hypercholesterolemia), LDL cholesterol range was 100-149 (almost optimal), HDL cholesterol range was 15-49 (low levels), Triglycerides range was 50-99 (low levels), blood glucose level range was 70-110 (glycemic norm) , the range of abdominal circumference (cm) was ≤ 94 cm, the family history was none, followed by hereditary dyslipidemia, the personal pathological history was none, followed by HBP and diet, it was balanced, followed due to a high-fat diet (frying).

KEY WORDS: Obesity, Overweight, Dyslipidemia.

Capítulo I. Aspectos Generales

1.1. Introducción

La dislipidemia es un trastorno metabólico que afecta a un gran número de pacientes adultos en todo el mundo. Se caracteriza por la presencia de niveles anormales de lípidos en la sangre, como el colesterol y los triglicéridos. Esta condición puede ser causada por una combinación de factores genéticos y ambientales, y puede tener graves consecuencias para la salud si no se trata adecuadamente.

En los últimos años, la dislipidemia ha ganado una atención significativa en el campo de la medicina, ya que se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Además, la dislipidemia también se ha asociado con otras condiciones médicas, como la diabetes tipo 2, la obesidad y la hipertensión arterial.

El objetivo de esta investigación es profundizar en la comprensión de la dislipidemia en pacientes adultos, analizando factores de riesgo, causas subyacentes y posibles estrategias de prevención y tratamiento. Para lograr esto, se llevará a cabo un estudio exhaustivo que incluirá una revisión de la literatura científica existente, así como la recopilación de datos primarios de una muestra representativa de pacientes adultos.

En primer lugar, se examinarán los factores de riesgo asociados con la dislipidemia en pacientes adultos. Esto incluye factores genéticos, como antecedentes familiares de dislipidemia, así como factores de estilo de vida, dieta poco saludable y falta de ejercicio. Comprender estos factores de riesgo nos permitirá identificar aquellos pacientes que tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y así tomar medidas preventivas adecuadas. (1)

Antecedentes

Nacionales

De los Santos, CC; et al. (1994). Realizaron un estudio de tipo observacional, descriptivo en que participaron 105 pacientes con infarto de miocardio agudo en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, Rep. Dom. (1987-1992), 86.7% de los casos fueron de sexo masculino. En el grupo etario los más afectados fueron los de 55-64 años de edad con un 33.3%, siendo raro por debajo de los 35 años con 1.9%. Al momento de hacer el infarto los principales factores de riesgo para la enfermedad coronaria existentes fueron tabaquismo con 72.4%, hipertensión arterial 64.8%, dislipidemia 62.9%, y diabetes mellitus 20.9%. La mortalidad registrada por causa cardiovascular fue de menos de 3%, el 95% se encuentran en la fase III del programa de rehabilitación cardíaca, siendo la principal complicación en fase tardía del infarto la insuficiencia cardíaca con 2.9%, seguida de los ACV con 1.9%. Del grupo de pacientes estudiados el 64.8% presentan pruebas de esfuerzo positivo. (2)

Internacionales

Eguia-Caceres, JC. (2023). Realizó una investigación en el Cercado – Arequipa, Perú, con el objetivo de determinar la frecuencia de dislipidemia y si factores como edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, perímetro abdominal alto, índice de masa alterado, antecedente de hipertensión, diabetes mellitus e hipotiroidismo son factores asociados a dislipidemia en adultos mayores de un centro de salud durante el año 2022. Materiales y métodos: Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 167 pacientes que contaban con perfil lipídico a los cuales se les realizó revisión de historias clínicas para la recolección de factores de riesgo. Resultados: De 167 pacientes el sexo predominante fue el femenino. El intervalo de edad más frecuente de 60-69 años, el estado civil predominante fue el casado con más de 45%, el grado de

instrucción más frecuente fue primaria con más de un 35%, el estado nutricional más frecuente fue el sobrepeso con valores por encima del 39%, más de 83% tuvo perímetro abdominal elevado. Se encontró que la frecuencia de dislipidemia fue de 99.40%, de LDL alto fue 83.23%%, HDL bajo fue de 40.72%%, triglicéridos altos fue 34.73%. El factor edad tuvo un $p > 0.05$, el factor sexo un $p < 0.05$, estado civil un $p > 0.05$, grado de instrucción $p > 0.05$, perímetro abdominal $p > 0.05$, antecedente de hipertensión arterial $p > 0.05$, antecedente de diabetes mellitus $p > 0.05$, antecedente de hipotiroidismo $p < 0.05$. Conclusiones: La frecuencia de dislipidemia fue del 99.40%. La frecuencia de LDL alto fue 83.23%%, HDL bajo fue de 40.72%, triglicéridos altos fue 34.73%, además que el sexo femenino y el antecedente de hipotiroidismo son factores de riesgo asociados a dislipidemia, en cambio factores como edad, estado civil, grado de instrucción, perímetro abdominal elevado, alteración del estado nutricional, antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus no estuvieron asociados a dislipidemia en adultos mayores de un centro de salud de atención primaria durante el año 2022. (3)

Ferrel-Vega, RM. (2020). Realizó una investigación diseño no experimental, descriptivo, correlacional con el objetivo de determinar la relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con la dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica "Euroclinic", Trujillo, en el periodo enero – julio, 2019. Con una población a 174 adultos mayores y la una muestra de 120 pacientes de ambos sexos; la obtención de datos se realizó mediante la técnica revisión documentaria y el instrumento guía de revisión documentaria. Resultados: el 24,2% de la muestra de estudio presenta colesterol en límite alto y el 18.3% colesterol alto. Además, presentan trigliceridemia en limite alto (35.8%); y en el nivel alto (10.8%). A la vez se observó que no hay relación entre género y colesterol; con un 23.3% (masculino) en nivel deseable y un 6.7% (femenino) en un nivel límite alto; así mismo con el grado de instrucción y colesterol, con un máximo de 24.2% (primaria) con nivel deseable y un mínimo de 0.8% (superior) con nivel límite alto; mientras que si hay relación entre edad y colesterol con un 27.5% (64 – 75 años) en nivel deseable y un 6.7% (64-75 años) en nivel limite alto,

así mismo entre estado civil y colesterol, con un 16.7% (casado) con colesterol alto, un 0.8% (soltero) con colesterol alto y a la vez un 0.8% (viudo) en límite alto. A su vez no existe relación entre género, edad, estado civil y triglicéridos. De la misma manera se aprecia que hay una relación significativa entre IMC y colesterol, mientras que no existe relación con hábitos alimentarios. También se aprecia que no hay relación entre IMC, hábitos alimentarios y triglicéridos, concluyendo que existe relación entre los factores sociodemográficos, nutricionales con las dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, en el periodo enero – julio 2019. (4)

Escalda-Torres, LE. (2019). Realizó un estudio transversal en 387 adultos mayores. Mediante encuestas y previa a la obtención del consentimiento informado, se obtuvieron datos demográficos, medidas antropométricas y se extrajo una muestra de sangre venosa realizándose un perfil lipídico a todos los participantes; los datos fueron analizados por medio del programa SPSS v15; se aplicó estadística descriptiva como frecuencia y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, y para asociación OR con IC 95%. Resultados: la prevalencia de dislipidemia fue del 90,2%, hipercolesterolemia 27,1%, híper trigliceridemia 38.8%, niveles de c-HDL bajos en el 53,2%, la dislipidemia mixta fue del 22%, con mayor prevalencia entre los 65 a 74 años (16,5%), en el género femenino (15,0%), en casados (13,2%), en adultos mayores sin estudio (8,3%), sin ocupación (14,5%), con sobrepeso (11,6%), encontrándose asociación significativa entre el IMC y c-HDL bajo. Conclusiones: la dislipidemia es un factor de riesgo que sumado a la edad son determinantes en la presentación de patologías cardiovasculares y cerebrovasculares; por lo tanto, los programas de prevención primaria y secundaria permitirán mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y disminuir estos trastornos metabólicos. (5)

Hidalgo-Villavicencio, GA; Cañarte-Vélez, JC. (2022). Realizaron un estudio descriptivo, analítico, prospectivo, de corte transversal para determinar la asociación entre la dislipidemia y la Diabetes Mellitus en adultos con y sin

sobrepeso de la ciudad de Jipijapa: hicieron una búsqueda de artículos, publicados dentro de los años 2017-2021 en las bases de datos PubMed, Scielo, Medigraphic, Sciencedirect. Se incluyeron los artículos de los últimos 5 años. Metodología: con una muestra de 165 personas entre las edades de 35 a 65 años de edad, la asociación de las medidas antropométricas con niveles de séricos del perfil lipídico. Resultados: Los valores de colesterol alto fue del 17% (n:28), triglicéridos 30% (n:50) alto, la edad más prevalente fue mayores de 60 años. La masa corporal el 50% presentó un peso normal, el 40% presentó sobrepeso y el 9% presentó obesidad. En las personas que presentaron glucosa elevada, entre los valores de colesterol y triglicéridos fueron estadísticamente significativos para el índice de masa corporal. Conclusión: El sobrepeso y obesidad influyen como factor de riesgo para el desarrollo de dislipidemia por lo general estas alteraciones lipídicas también conocidas como dislipidemia aterogénico, suelen preceder al diagnóstico de la diabetes en aquellos sujetos con factores de riesgo como la obesidad central. (6)

Ruiz-López, JC et al. (2020). Realizaron un estudio correlacional, retrospectivo y transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia de dislipidemias en pacientes obesos. Con una muestra de de150 pacientes obesos, quienes acudieron a la consulta externa de la Clínica Medina del Hospital Básico de Guayaquil, desde el 2018 hasta el 2019. Las variables analizadas fueron edad, sexo, índice de masa corporal y resultados de laboratorio, tales como colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL y dislipidemia mixta (colesterol HDL y VLDL). Resultados: En la serie predominaron el sexo masculino (62,6%), los pacientes con más de 65 años de edad (42,0 %), los niveles entre rango crítico y alto riesgo (66 pacientes); 16,0 % se clasificaron de alto riesgo con niveles de colesterol superior a 240 mg/dL. Mostraron resultados anormales en cuanto a los triglicéridos 62 afectados, en un rango mayor de 150 con niveles y limítrofe altos. Conclusiones: Se observó una correspondencia entre las dislipidemias y la obesidad, pues todos los pacientes presentaron algún tipo de alteración en los lípidos (7).

Feijoo-Cerezo, VL; Zambrano-Zambrano, KI. (2019). Realizaron una investigación descriptiva, transversal con enfoque cuantitativo, se analiza la frecuencia de consumo alimentario, valores bioquímicos como el colesterol y triglicéridos. Con el objetivo general de identificar la relación que existe entre el consumo alimentario con la Dislipidemia en el Hospital Nicolás Cotto Infante del cantón Vinces, esta investigación ha permitido determinar que el principal problema que presentan los pacientes con Dislipidemia en una edad de 35 a 50 años, es el inadecuado consumo alimentario. Mediante la aplicación de la frecuencia de consumo se determinó que la mayoría de la población presenta un indicador muy frecuente en grasas saturadas con un 69% y alimentos procesados con un 49%, mientras que aquellos alimentos que son saludables y brindan un aporte nutricional, como frutas frescas, hortalizas, verduras y frutos secos, presentan poca frecuencia. En cuanto a la prevalencia de Dislipidemia de la muestra de 80 pacientes se determinó que la hipercolesterolemia es mayor en el sexo femenino con un 68% mientras que la hipertrigliceridemia es superior en el sexo masculino con un 33%, en cuanto a la Dislipidemia mixta mayor en el sexo femenino con un 28%. Se concluye que se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio (8).

Patishtán-López, A. (2023). Realizó una investigación observacional de tipo descriptiva, transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de sobrepeso/obesidad y su relación con la diabetes mellitus 2 y dislipidemias en población adulta que llega al laboratorio de investigación clínica de la UNICACH para analizar los factores que desencadenan a las enfermedades crónicas no transmisibles. Muestra de 86 pacientes. Resultados: se presentó una prevalencia de sobre peso/obesidad del 83.7%, así como el 90% de obesidad abdominal, 22.1% hiperglucemia, 17.4% de hipercolesterolemia y 44.2% de hipertrigliceridemia, cabe destacar que dichos resultados se ven presentes en la población con sobrepeso/obesidad, por lo tanto, se demuestra una gran asociación con la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemias, siendo enfermedades crónicas no transmisibles que afectan notablemente en la población adulta. Considerando que el sobrepeso/obesidad son factores modificables, se

puede evitar la morbilidad y la mortalidad de diversas patologías relacionadas a esto. Por lo que ha llegado a ser uno de los problemas de salud pública siendo un problema prioritario que requiere énfasis en atención, prevención y acciones inmediatas para mejorar la calidad de vida de la población. A través del diagnóstico realizado con las variables de estilos de vida y pruebas bioquímicas de los adultos se encontraron datos relevantes que permitieron completar con el objetivo de esta investigación. Se determinó el estado nutricional a partir del IMC, y circunferencia de cintura, de acuerdo a los parámetros que recomienda la NOM-043-SSA2-2012 (SSA 2012) predominando el sobrepeso, seguido de la obesidad en sus diferentes grados, así también se identificaron los niveles de hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e hiperglucemia, en donde se detectaron niveles bajos del 50% del estudio. Las pruebas bioquímicas, permitieron llegar a una evaluación del estado nutricional de los adultos, llegando a cumplir con uno de los objetivos de esta investigación, observando una asociación significativa de sobrepeso/obesidad y hipertrigliceridemia, así mismo se encontró una mayor prevalencia de inactividad física. Se observó que los malos hábitos de estilo de vida son uno de los factores que desencadenan a las enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe mencionar que incrementar los esfuerzos en promover un estilo de vida saludable contribuye a tener una mejor calidad de vida (9).

Quimis-Cantos, Y; et al. (2023). Realizaron una investigación con el objetivo de evaluar dislipidemia asociada a aterosclerosis en pacientes adultos de 40 a 60 años. La metodología se basó en realizar una revisión sistemática cualitativa, de revistas científicas mediante la búsqueda en base de datos: New England journal of medicine, American heart association (AHA), PubMed, Scielo, Redalyc, Dialnet, Springer, etc. Se utilizó términos de búsqueda como: “aterosclerosis”, “perfil lipídico”, “factores de riesgo de aterosclerosis” y “alteraciones del perfil lipídico”. Se tomó como criterios de inclusión artículos entre los periodos de 2018-2022, en idiomas inglés, portugués, español. Los estudios comprendieron una población entre 40 a 60 años de edad. Los resultados obtenidos indicaron que los riesgos no modificables que presentaron este grupo de edad son, diabetes mellitus,

hipertensión arterial y tabaquismo, los no modificables son la edad, el sexo y antecedentes familiares, la prevalencia de dislipidemia en el estudio fue mayor del 60% en dependencia del sexo. En conclusión, se pudo constatar que este grupo etario presentó una alta prevalencia en el desarrollo de dislipidemias y enfermedad aterosclerótica en dependencia del sexo, también se mencionó los nuevos métodos de laboratorio e imagen que ayudan al diagnóstico como el cociente entre TG/HDL-C y la angiografía por tomografía computarizada (10).

Duran-Pincay, YE; et al. (2023). Realizaron una investigación con el objetivo de analizar la dislipidemia asociada a factores de riesgos de enfermedades cardiovasculares y hepáticas en adultos. El diseño de la investigación fue cualitativo y el tipo de estudio es de revisión sistemática con estrategia de búsqueda científica con publicaciones de los últimos 10 años. Se escogieron 54 artículos científicos. Se realizaron revisiones bibliográficas de artículos científicos en idioma inglés y castellano en revistas indexadas, en: Pubmed, Scopus, Biomed, Central, Scielo y Science Direct, que sirvieron como base de datos científicos para el modelo PRISMA. Dentro de los resultados se evidencia que la dislipidemia es considerada como un factor de riesgo que conlleva a enfermedades de comorbilidad tales como la obesidad, hipertensión, infarto agudo al miocardio, eventos vasculares cerebrales, cirrosis hepáticas y esteatosis, entre otros, disminuyendo la calidad de vida de los adultos que lleguen a desarrollar alguna enfermedad crónica no transmisibles. Por lo que se debe de intervenir a la población con modelos educativos de prevención en salud, dando a conocer lo importante de seguir un régimen alimenticio adecuado (11).

Justificación

Una investigación sobre la dislipidemia en pacientes adultos es de vital importancia debido a los numerosos problemas de salud asociados con esta condición. La dislipidemia se refiere a niveles anormales de lípidos en la sangre, como el colesterol y los triglicéridos, y puede tener consecuencias graves para la salud si no se trata adecuadamente.

En primer lugar, la dislipidemia en pacientes adultos nos permite identificar los factores de riesgo asociados con esta condición. Esto incluye antecedentes familiares, estilo de vida poco saludable y otras condiciones médicas existentes. Al comprender estos factores de riesgo, podemos tomar medidas preventivas y educativas adecuadas para reducir la incidencia de dislipidemia en la población adulta. Esto incluye cambios en el estilo de vida, como una dieta saludable y ejercicio regular.

Además, una investigación en este campo también nos ayudaría a comprender las causas subyacentes de la dislipidemia en pacientes adultos. Esto incluye la evaluación del metabolismo de los lípidos y otras enfermedades que pueden contribuir al desarrollo de la dislipidemia. Al identificar y comprender estas causas subyacentes, podemos desarrollar estrategias de tratamiento más efectivas y personalizadas para los pacientes afectados.

Otro aspecto importante de investigar la dislipidemia en pacientes adultos es la identificación de posibles complicaciones y enfermedades asociadas. La dislipidemia se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. También se ha asociado con otras condiciones médicas, como la diabetes tipo 2, la obesidad y la hipertensión arterial. Comprender estas asociaciones nos permite implementar medidas de detección temprana y tratamiento adecuado para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes. (12)

Además, una investigación en este campo también nos ayudaría a evaluar la eficacia de diferentes enfoques de tratamiento y estrategias de prevención.

1.2. Planteamiento del problema

La dislipidemia en pacientes adultos es un problema de salud importante que requiere una investigación exhaustiva para comprender mejores sus implicaciones y encontrar soluciones efectivas.

Esta condición se ha convertido en una preocupación de salud pública debido a su alta prevalencia y su asociación con enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Estas enfermedades representan una carga significativa para los sistemas de atención médica y tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes afectados. (13)

Aunque se han realizado avances en el diagnóstico y el tratamiento de la dislipidemia, aún existen desafíos importantes que deben abordarse. Por un lado, es necesario comprender mejor los factores de riesgo asociados con la dislipidemia en pacientes adultos. Esto incluye antecedentes familiares, estilo de vida poco saludable, condiciones médicas concomitantes y el impacto de la edad y el género en el desarrollo de la enfermedad. Comprender estos factores de riesgo es fundamental para identificar a aquellos pacientes que tienen un mayor riesgo de desarrollar dislipidemia y tomar medidas preventivas adecuadas. Es esencial investigar las causas subyacentes de la dislipidemia en pacientes adultos. (14)

Otro aspecto importante a considerar en esta investigación es la evaluación de las estrategias de prevención y tratamiento existentes.

La dislipidemia en pacientes adultos representa un problema de salud importante debido a su alta prevalencia y su asociación con enfermedades cardiovasculares. La investigación en este campo es esencial para comprender los factores de riesgo, las causas subyacentes y las estrategias de prevención y tratamiento más efectivas. Al abordar estos aspectos, se puede mejorar la atención médica y reducir la carga de enfermedades relacionadas con la dislipidemia en pacientes adultos. Motivos por los cuales nos hacemos la siguiente cuestionante:

¿Cuál es la incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas septiembre 2023 -marzo 2024?

1.3. Objetivos

1.3.1. General:

Determinar la incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas septiembre 2023-marzo 2024.

1.3.2. Específicos:

1. Seleccionar el grupo más afectado de acuerdo a: edad, sexo.
2. Clasificar los grupos de acuerdo al peso y la talla.
3. Establecer el: índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal.
4. Evaluar según: el perfil lipídico y niveles de glucosa de los pacientes.
5. Identificar factores de riesgo, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares.
6. Categorizar según la dieta y actividad física.

1.4. Variables e indicadores

1.4.1. Variable Independiente:

Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas.

1.4.2. Variable dependiente:

1. Edad, sexo
2. Índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal.
3. Perfil lipídico y niveles de glucosa.
4. Factores de riesgo, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares.
5. Dieta y actividad física.

1.4.3. Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Indicador	Escala
Incidencia de dislipidemia	Es un trastorno metabólico que se caracteriza por niveles anormales de lípidos en la sangre, como el colesterol y los triglicéridos.	Factores hereditarios Alimentación rica en grasa Falta de ejercicios Hipercolesterolemia	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que diferencia el sexo. Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Femenino Masculino	Nominal
Peso (Kg)	Se refiere a la medida de la masa corporal de una persona. Utilizado como indicador para evaluar el estado nutricional y la salud de un individuo.	38.4 – 135.4	Ordinal
Talla (metro)	En nutrición se refiere a la medida de la estatura de una persona en metros. Es una medida importante para evaluar el estado nutricional y el crecimiento de un individuo.	1.44 – 1.84	Ordinal

IMC (Kg/m ²)	Se refiere al indicador utilizado para evaluar el peso en relación con la estatura de un individuo.	Bajo peso: <18.5 Normal: 18.5-24.9 Sobre peso: 25-29.9 Obesidad I: 30-34.9 Obesidad II: 35-39.9 Obesidad III: ≥40	Ordinal
Perfil Lipídico	Es un análisis de sangre utilizado para evaluar los niveles de lípidos contenidos.	Colesterol total Colesterol LDL Colesterol HDL Triglicéridos	Nominal
Glucemia	Es la concentración de los niveles de glucosa en sangre, de preferencia en ayunas para tener un nivel basar.	Hipoglucemia: <70mg/dL Normo glucemia: 70-110 Hiperglucemia: >110 mg/dL	Nominal
Circunferencia abdominal (cm)	Es la medición de la distancia alrededor del abdomen a nivel de la cicatriz umbilical como indicador del estado nutricional de un individuo.	Hombre: Normal: <95 cm Riesgo elevado: 95-102 cm Riesgo muy elevado: >102 cm Mujer: Normal: <82 cm Riesgo elevado: 82-88 cm Riesgo muy elevado: >88 cm	Ordinal

Antecedentes familiares	Son las enfermedades que han padecidos familiares directos y que se transmiten de manera genética o que aumentan la probabilidad de desarrollar esa enfermedad.	Muerte familiar por dislipidemia Dislipidemia hereditaria Aterosclerosis Enfermedad coronaria Ninguna Otra	Nominal
Antecedentes personales patológicos	Se refiere a las enfermedades que ha padecido o tiene una persona en la actualidad.	Hipotiroidismo Hipertensión arterial Cardiopatía isquémica Enfermedad Renal Crónica Esteatosis hepática Diabetes mellitus Sobre peso Obesidad Ninguna Otra	Nominal
Dieta	Es un patrón de alimentación específico que una persona sigue para lograr ciertos objetivos de salud.	Alimentos procesados y ultra procesados Mediterránea Vegetariana Vegana Equilibrada Baja en Carbohidratos Rica en grasas (Frituras)	Nominal

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Definición y características de la dislipidemia.

La dislipidemia o hiperlipidemia son trastornos lipídicos caracterizados por niveles elevados de colesterol en sangre y un aumento en los valores de los triglicéridos. Estos son fenómenos comunes en la práctica médica que acompañan a muchas enfermedades diferentes, como la diabetes tipo 2 (DM2), la gota, el alcoholismo, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico (EM) y el uso de ciertos medicamentos. Son variantes los casos de la enfermedad. En individuos sanos, la cifra reportada es del 57,3% para la hipertrigliceridemia y del 48,7% para la hipercolesterolemia; valores mayores en pacientes con resistencia a la insulina (RI).¹ En un estudio realizado en Cuba, la dislipidemia se encontró en el 56,9% de los pacientes mayores de 60 años. (15)

Las dislipidemias aumentan el riesgo de desarrollar aterosclerosis porque favorecen el depósito de lípidos en las paredes de las arterias dando lugar a la aparición de placas ateroscleróticas, así como en los párpados (xantomas) y en la piel con la formación de xantomas. Concentraciones excesivas de triglicéridos (TG) superiores a 11,3 mmol/l aumentan la probabilidad de pancreatitis aguda, caracterizada por dolor abdominal intenso acompañado de vómitos, que requiere atención médica inmediata. La dislipidemia, por su alta prevalencia, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad por muy diversas enfermedades, así como su curación, y además se está convirtiendo en un problema de salud en el mundo y en nuestro país por los graves daños que provocan a los pacientes. La conferencia describirá los aspectos básicos de la hiperlipidemia, con especial énfasis en el metabolismo de las lipoproteínas, la clasificación de la dislipidemia y el tratamiento. (16)

2.2. Clasificación de la Dislipidemia.

La clasificación clásica de Fredrickson divide la hiperlipidemia en seis grupos según la naturaleza del aumento de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas: I, IIa, IIb, III, IV y V. Una clasificación más práctica divide la dislipidemia en dos grupos: primaria y secundaria. La dislipidemia primaria responde a mutaciones genéticas (cambios en la secuencia de las bases nitrogenadas del ADN) y se sospecha cuando aparecen síntomas de dislipidemia en niños o aterosclerosis temprana (en humanos menores de 60 años) y niveles de colesterol en sangre superiores a 6,2 mmol. /L.

La dislipidemia secundaria representa la mayoría de los casos de dislipidemia en adultos. La causa más común es un estilo de vida sedentario con alto consumo de grasas saturadas (como grasas animales, de cerdo y otras) y colesterol; Otras causas incluyen diabetes tipo 2, consumo excesivo de alcohol, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo, cirrosis primaria y ciertos medicamentos como tiazidas, betabloqueantes, retinoides, antirretrovirales, estrógenos, progestágenos y glucocorticoides. (17)

El hipercolesterolemia es un aumento de los niveles de colesterol en sangre, a menudo asociado con un aumento de los niveles de LDL circulantes. El hipercolesterolemia idiopático familiar es un trastorno autosómico dominante común asociado con la deficiencia del receptor de LDL o apo C-II, que aumenta los niveles circulantes de LDL, una lipoproteína rica en colesterol, lo que conduce a un aumento del colesterol en sangre. Los niveles elevados de estas partículas en la sangre contribuyen a la acumulación de placa aterosclerótica dentro de las arterias y explican gran parte del riesgo cardiovascular que presentan estos pacientes.

Los niveles elevados de TG en sangre combinados con niveles bajos de colesterol HDL son los trastornos lipídicos más comunes en la práctica médica.⁴ La hipertrigliceridemia se produce debido al aumento de la producción de VLDL en el hígado, especialmente por exceso o deficiencia de grasa visceral. en la eliminación de estas partículas al reducir la actividad de LLP.⁸ Un aumento de TG también se asocia con la síntesis de partículas de LDL pequeñas y densas, que son altamente susceptibles al aterosclerosis. Actualmente se recomiendan niveles inferiores a 1,70 mmol/L como valor de TG deseado. (18)

2.3. Prevalencia de la dislipidemia en la población general.

Las tasas de diagnóstico y tratamiento de dislipidemia en poblaciones con alto riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) son notablemente bajas, especialmente en mujeres. Esto se ha convertido en un problema de salud pública creciente. Actualmente, las enfermedades cardiovasculares representan el 30% de todas las muertes en todo el mundo y reducen los años de vida saludable en un 10%, afectan aproximadamente a 13 millones de estadounidenses y son la principal causa de muerte en los Estados Unidos, con 512,904 mujeres y 455,871 hombres muriendo. En 1999 Al igual que en 2006, sus costos directos e indirectos fueron de 142 mil millones de dólares.

En el Reino Unido, las enfermedades cardiovasculares representan una de cada cuatro muertes en hombres y una de cada cinco muertes en mujeres, la causa más común de muerte prematura, 28% en hombres y 17% en mujeres. En México en 2000, casi 30 millones de adultos (60.5% de la población) tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular, y la enfermedad coronaria era la segunda causa. En 2007, datos del estudio Frimex (Factores de Riesgo en México) mostraron que el 71.9% de 140,017 participantes eran obesos u sobrepeso, el 26.5% padecía hipertensión y el 40% hipercolesterolemia; El 35,5% de los hombres y el 18,1% de las mujeres eran fumadores y el 19,4% padecían diabetes. Todo lo anterior

aumenta el riesgo cardiovascular y la probabilidad de sufrir síndrome metabólico (EM). (19)

2.4. Factores de riesgo asociados a la dislipidemia.

Según la OMS, cualquier característica, característica o nivel de exposición en una persona aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Actualmente se sabe que los principales factores de riesgo para la dislipidemia son los factores sociodemográficos, basados en la edad > 40 años, el nivel económico y el origen rural, los cuales pueden estar asociados con la presencia de dislipidemia, así como los niveles elevados de colesterol con variables asociadas y triglicéridos en sangre. mencionado anteriormente.

Además, tenemos diferentes situaciones en las que podemos intervenir para evitarlas y situaciones inmutables en las que no podemos intervenir. Ejemplos de datos inmutables incluyen género, edad, raza e historia familiar. A su vez, los factores modificables incluyen HDP, síndrome metabólico, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo y dieta poco saludable. (20)

2.5. Transporte de lípidos en sangre

Los lípidos no se disuelven en el plasma por lo que circulan en la sangre unidos a proteínas en forma de lipoproteínas. La albúmina, una proteína plasmática, transporta ácidos grasos (AG). La superficie de las lipoproteínas contiene proteínas llamadas apoproteínas y lípidos quirales (que tienen dos partes: apolar y apolar), con la parte polar mirando hacia afuera de la partícula. Las lipoproteínas se basan en lípidos no polares como el colesterol esterificado (EC) y los TG. La densidad de lipoproteínas está determinada por la proporción relativa de lípidos y proteínas. Las lipoproteínas más ricas en lípidos son los quilomicrones y las lipoproteínas más ricas en proteínas son las lipoproteínas de alta densidad (HDL). La composición de las lipoproteínas varía en función del metabolismo lipídico y lipoproteico al que están sometidas.

Los lípidos de la dieta, principalmente TG, y en menor medida colesterol y otros, se digieren en el tracto gastrointestinal bajo la acción de enzimas como la lipasa, con la ayuda de sales biliares, y se absorben a través de la mucosa del intestino delgado. En el duodeno, la primera parte del intestino delgado, se forman quilomicrones que ingresan a la circulación linfática, lipoproteínas responsables del transporte de TG de origen exógeno o dietético en la sangre.

Otra lipoproteína, la lipoproteína de muy baja densidad o VLDL, que transporta TG, se sintetiza en el hígado, es decir, es de origen endógeno. Un aumento en la sangre de estas dos lipoproteínas, quilomicrón y VLDL, aumenta las concentraciones circulantes de TG después de una comida rica en grasas (hipertrigliceridemia posprandial) o en ayunas.

HDL inicialmente no contiene colesterol; Se sintetizan en el hígado y el intestino delgado y tienen un metabolismo complejo.⁴ El movimiento del colesterol libre fuera de las células está mediado por el casete transportador A1 asociado a ATP (ABCA 1), que se une a la apoproteína A-I para formar HDL. El colesterol HDL se esterifica con ácidos grasos mediante la enzima lecitina colesterol aciltransferasa (LCAT) y se convierte en un compuesto no polar ubicado cerca del núcleo de la lipoproteína, formando HDL maduro. (21)

2.6. Metabolismo de lipoproteínas

Los quilomicrones TG y VLDL se descomponen en los tejidos mediante una enzima que se adhiere a la superficie interna de los vasos sanguíneos o al endotelio: la lipoproteína lipasa (LLP), una enzima dependiente de insulina que convierte estas partículas en desechos o fragmentos. La apoproteína C-II de VLDL y los quilomicrones activan la LLP. El glicerol y los AG liberados por la LLP son absorbidos por tejidos como el tejido adiposo y el tejido muscular, almacenándolos o utilizándolos como energía. Los restos de quilomicrones son absorbidos por el hígado y procesados en otras lipoproteínas y las VLDL o partículas de densidad

intermedia (IDL) restantes pueden tomar dos formas: se convierten en lipoproteínas de baja densidad (LDL) por la lipasa hepática (LH) o se absorben en el hígado. El LDL rico en colesterol se encarga de transportar el colesterol a diversos tejidos, utilizándolo en la síntesis de hormonas esteroideas, vitamina D y sales biliares. Un aumento de los niveles de LDL en sangre provoca un aumento de los niveles de colesterol y aumenta significativamente el riesgo de desarrollar aterosclerosis. (22)

A diferencia del LDL, el HDL participa en el transporte inverso del colesterol desde los tejidos y paredes arteriales hasta el hígado, desde donde se excreta a través de la bilis hacia los intestinos, permitiendo la eliminación del exceso de colesterol en el organismo. Esto explica en parte los efectos beneficiosos de estas lipoproteínas; Esta es la razón por la que el colesterol relacionado con el HDL se denomina "colesterol bueno" y el colesterol relacionado con el LDL, "colesterol malo".

La proteína de transferencia de ésteres de colesterol (CETP) facilita la eliminación de CE de las HDL y, por lo tanto, reduce los niveles de HDL.⁷ Esto facilita el transporte de lípidos a su destino cuando el metabolismo lipídico es normal. Cuando se retrasa el aclaramiento de VLDL, la existencia prolongada de estas partículas en el plasma favorece el metabolismo, provocando varias consecuencias adversas: el LDL se enriquece en TG, convirtiéndolo en un buen sustrato para la LH, hidroliza los TG y forma sustancias espesas y densas. LDL pequeño; Estas LDL penetran fácilmente en las paredes arteriales y son muy sensibles a la oxidación; El HDL pierde colesterol y gana TG, que es hidrolizado por la LH, y el VLDL, que se enriquece en colesterol debido al aumento del metabolismo de los lípidos, también es aterosclerótico porque no es absorbido por los receptores hepáticos sino por los macrófagos de la pared arterial.⁸ Estos cambios justifican la hipertrigliceridemia aterogénica (es decir, su efecto sobre la aterosclerosis), por lo que debe tratarse de manera similar a la hipercolesterolemia para reducir el riesgo cardiovascular.

VLDL se forma en el hígado y participa en la exportación del exceso de TG formado a partir de AG plasmáticos y restos de quilomicrones. La síntesis de estas partículas aumenta cuando aumenta el contenido de AG en el hígado debido a una dieta rica en grasas o en situaciones como la obesidad o la diabetes tipo 2 en las que se liberan grandes cantidades de AG a la sangre. LLP también descompone VLDL TG en glicerol y FA. (23)

2.7. Relación entre los factores de riesgo y la Dislipidemia.

La dislipidemia es un grupo de enfermedades sin síntomas evidentes y está causada por una mala función metabólica debido al aumento de los niveles de lipoproteínas en la sangre, provocando una serie de cambios químicos entre sí para detectarlos. Debe hacerse un análisis de lípidos en sangre, los resultados mostrarán niveles anormales de colesterol o triglicéridos. Estos cambios pueden ocurrir debido a cambios genéticos o factores de estilo de vida; También tiene muchos factores de riesgo diferentes, como enfermedades cardiovasculares, hipertensión esencial, varios tipos de cáncer, enfermedades autoinmunes y síndrome de ovario poli quístico.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que el factor de riesgo colesterol alto (>190 mg/dL) fue responsable de 2,6 millones de muertes en 2011 y su prevalencia en la población mundial en 2008 era del 39% (37% a 40% en mujeres). En Europa, esta tasa aumentó un 54% (la más alta), seguida de América con un 48%, mientras que África y Asia tuvieron las tasas más bajas con un 23% y un 30% respectivamente. En Estados Unidos, la prevalencia de colesterol alto en hombres oscila entre el 31,8 y el 56,1%, y en las mujeres de la región norte, la prevalencia oscila entre el 37,5% y el 54,3%. Podemos vincular todos estos factores de riesgo a los malos hábitos que tiene la gente moderna, como la falta de actividad física, la mala alimentación, el estilo de vida, aunque en algunos casos estas enfermedades también son causadas por cambios genéticos. Material

en el que América del Sur se distingue por altos índices de obesidad, sedentarismo, tabaquismo, estrés, hiperlipidemia, hipertensión, abuso de alcohol, enfermedades cardiovasculares; También en América del Norte se informaron resultados similares en edades más avanzadas; En Europa, la enfermedad con mayor prevalencia es la obesidad, mientras que en Asia refleja la obesidad y la diabetes, principalmente por deficiencia de vitamina D y factores de riesgo, provocando millones de casos anuales de muerte en todo el mundo. Por eso la gente está empezando a volverse obesa hoy en día. Se deben de hacer más ejercicio y comer alimentos saludables, evitando los factores de riesgo que conducen a esta enfermedad. (24)

2.8. Evaluación y diagnóstico de la dislipidemia.

El diagnóstico clínico de la dislipidemia se basa en sus concentraciones de lipoproteínas y lípidos en suero o su depósito en piel y tendones (Tabla I). Se deben medir el colesterol total, los triglicéridos y el colesterol HDL en todos los pacientes adultos. La medición no debe realizarse en personas que hayan sufrido estrés físico, incluidas enfermedades agudas subyacentes, cirugía o pérdida de peso en las últimas seis semanas. Respecto a los límites normales de lípidos, se considera su valoración en función del riesgo cardiovascular:

Colesterol HDL: Se considera colesterol HDL bajo por debajo de 40 mg/dL. Sin embargo, se recomienda realizar una evaluación clínica en pacientes cuyo único factor de riesgo de enfermedad cardiovascular es un nivel de colesterol HDL de 35 a 40 mg/dl, o en mujeres con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y que tienen niveles de colesterol HDL. entre 35. y 40 mg/dl 40 a 46 mg/dl. (25)

Triglicéridos: pautas de tratamiento para adultos La clase III reconoce los triglicéridos elevados como un factor de riesgo independiente. Sin embargo, existe mucha controversia en torno a esta afirmación. Se conocen múltiples mecanismos que vinculan la hipertrigliceridemia y la aterosclerosis. La hipertrigliceridemia se asocia con una mayor incidencia de diabetes, obesidad y presión arterial alta. El punto de corte recomendado en las guías de tratamiento del grupo III para adultos es de 150 mg/dl y se basa en las siguientes condiciones:

El predominio del patrón B (provocado por la acumulación de subtipos pequeños y densos) de lipoproteínas de baja densidad es un sesgo a la hora de considerarlo un factor de riesgo cardiovascular.

Las dislipidemias aterogénicas, como la hiperlipidemia familiar combinada o el síndrome metabólico dislipidémico, se asocian con valores de triglicéridos entre 150 y 200 mg/dl. La incidencia de hipoglucemia aumenta exponencialmente por encima de este umbral. En México, 17.9% de los adultos tenían niveles de triglicéridos en ayunas entre 150 y 200 mg/dl.

Tipos de valores anormales de triglicéridos:

- Rango límite, 150 a 199 mg/dl.
- Alta, 200 a 499 mg/dl.
- Muy elevada \geq 500 mg/dl.

Colesterol total y LDL: Las guías de tratamiento del grupo III para adultos consideran normales niveles inferiores a 200 mg/dl, niveles límite entre 200 y 239 mg/dl y niveles elevados \geq 240 mg/dl. Para identificar casos de riesgo, un nivel de 200 mg/dl permite identificar pacientes con hipercolesterolemia. (26)

El colesterol LDL se calcula mediante la fórmula de Friedewald: colesterol total – (colesterol-HDL-triglicéridos/5). Los niveles <100 mg/dL se consideran óptimos, casi óptimos si son de 100 a 129 mg/dL, limítrofes si son de 130 a 159 mg/dL, altos si son de 160 a 189 mg/dL y muy altos si son > 190 mg/dL.

Colesterol no HDL: se utiliza para evaluar el número total de partículas aterogénicas en el plasma (lipoproteínas de muy baja densidad, lipoproteínas de densidad media, lipoproteínas de baja densidad) y se correlaciona muy bien con la concentración de alipoproteína B (apoB). Para cuantificarlo se utiliza la fórmula del colesterol total - colesterol HDL. (27)

2.9. Estrategias de prevención y manejo de la dislipidemia en atención primaria.

2.9.1. Conducta médica

Las alteraciones en los niveles de lípidos en la sangre se pueden tratar mediante cambios en el estilo de vida y el uso de medicamentos. Las personas que tienen problemas de lípidos en la sangre, especialmente aquellas con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico, tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares graves o incluso fallecer. Las pautas actuales de tratamiento se centran en reducir los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL) mediante el uso de estatinas, así como a través de cambios en el estilo de vida y la dieta. (28)

2.9.2. Estilos de vida

La dislipidemia se trata principalmente con cambios en el estilo de vida. Aunque las opiniones varían, existe consenso en que se deben consumir frutas y verduras frescas porque son ricas en nutrientes como vitaminas y minerales, además de fibra, incluidos algunos carbohidratos no digeribles. por lo tanto, son bajos en calorías.¹¹⁻¹³ Una dieta sana y equilibrada contiene alrededor del 50-60% de carbohidratos, especialmente carbohidratos complejos, menos del 30% de grasas y el 15% de proteínas. (29)

La grasa que ingresa al cuerpo debe estar en forma insaturada en forma de aceite vegetal. Los aceites vegetales que no deben consumirse incluyen el aceite de coco y el aceite de palma porque son ricos en ácidos grasos saturados, que aumentan los niveles de colesterol en sangre. Los pacientes con sobrepeso deben perder peso con una dieta baja en calorías y los pacientes hipertensos deben reducir su ingesta de sodio (sal). También debes limitar el consumo de vísceras, especialmente de cerebro e hígado, porque contienen mucho colesterol. Se recomienda consumir leche y sus derivados, especialmente aquellos con bajo contenido en grasas.

Otro cambio significativo en estos pacientes es el aumento de la actividad física, lo que aumenta el gasto energético y por tanto reduce el peso corporal; Por otro lado, aumenta los niveles de HDL en sangre, reduciendo la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares. Se debe alentar a las personas a dejar de fumar, lo que aumenta el riesgo de cáncer y promueve el desarrollo de aterosclerosis. Los pacientes con dislipidemia que fuman tienen un mayor riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular. (30)

Capítulo III. Marco Metodológico

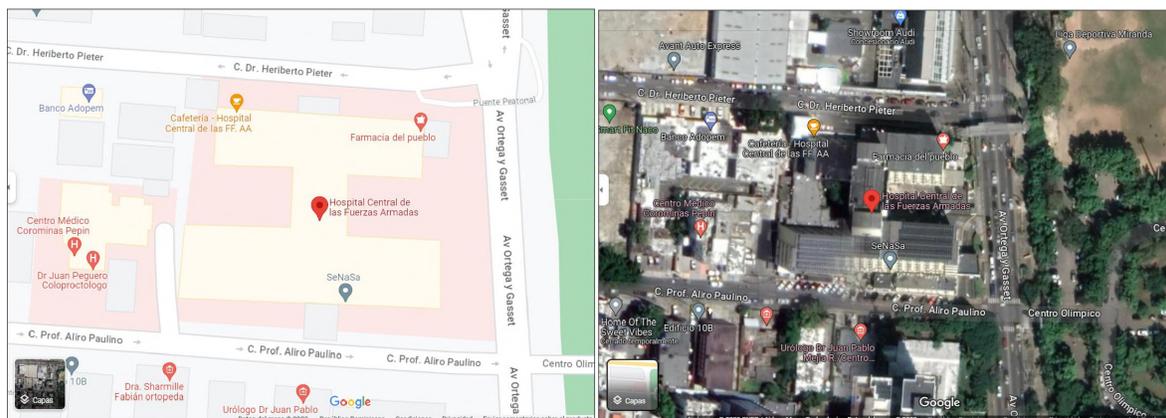
3.0. Material y métodos

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo prospectivo y corte transversal con la finalidad de determinar la incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas septiembre 2023-marzo 2024.

3.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas, el cual se encuentra ubicado en el sector de Naco, Distrito nacional, República Dominicana. Está limitado al Norte, por la calle Dr. Heriberto Pieter; al Sur por la calle Prof. Aliro Paulino; al Este por la Avenida José Ortega y Gasset; y al Oeste calle Del Carmen.



Imágenes satelitales, Hospital Central Fuerzas Armadas, Google Map.

3.3. Universo

El universo estuvo constituido por 380 pacientes que acudieron a la consulta de AP del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas en el período septiembre 2023-marzo 2024.

3.4. Muestra

La población y muestra estuvo comprendidas por 60 pacientes que acudieron a la consulta de AP del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas en el período septiembre 2023-marzo 2024 y cumplían con los criterios de inclusión.

3.5. Criterios

3.5.1. De inclusión

- Pacientes atendidos en la consulta en el periodo de estudio.
- Pacientes en edad adulta que quieran participar en la investigación.
- Pacientes con diagnóstico de dislipidemia.

3.5.2. De exclusión

- Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio.
- Pacientes que no decidan participar en la investigación y se nieguen a llenar el cuestionario.
- Pacientes con limitaciones físicas (en sillas de ruedas, entre otros).

3.6. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que contiene las variables objeto de estudio, el cual fue llenado con los datos obtenidos de los pacientes entrevistados y evaluación física con medición de perímetro abdominal, cálculo de IMC, entre otros.

El procedimiento inició con la aprobación del tema, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, luego se elaboró el instrumento de recolección de datos, el cual fue presentado a la asesora clínica y metodológica. Luego de la aprobación, fue llevado al comité de ética del Hospital, para su revisión y posterior aprobación. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se asistió al Hospital Central de

las Fuerzas Armadas durante el periodo de estudio de lunes a viernes, en horario de 8:00am a 4:00pm. Se les explicó los pacientes los objetivos de la investigación que forman parte de la realización de la misma, luego se procedió a la lectura y entrega del consentimiento informado y la obtención de la firma del mismo. Luego fue llenado el instrumento de recolección de los datos, con los datos de los pacientes entrevistados para luego pasar los datos a los programas de procesamiento de información donde fueron presentados en tablas y gráficos comprensivos.

3.7. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se elaboró un formulario, en el cual se tomaron en cuenta las variables de la investigación, de acuerdo a los parámetros establecidos en la escala entre otros aspectos, el cual fue llenado por la investigadora con los datos de los pacientes participantes en estudio.

3.8. Tabulación y análisis

La tabulación y los análisis se realizarán mediante el uso de aplicaciones de hoja de cálculos electrónica como Microsoft Excel, Epi-Info. Con tablas, cuadros y gráficos tipo diagrama de barras y círculos.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas, cuya

aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por los pacientes de la consulta de AP. Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los pacientes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactados en las etapas subsecuentes del estudio si así se requiere.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as pacientes contenido en los formularios de la encuesta serán protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente proyecto, tomada de otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

Capítulo IV. Resultados

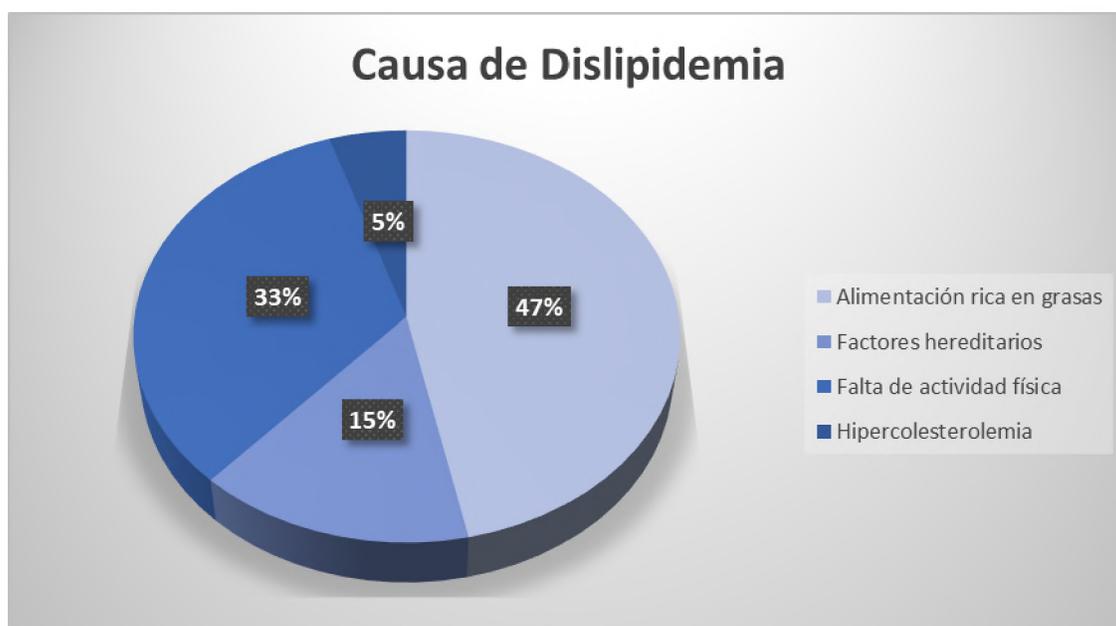
4.1. Presentación de los resultados

Tabla I. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según causa de Dislipidemia.

Causa de Dislipidemia	Frec.	%
Alimentación rica en grasas	28	46.67
Factores hereditarios	9	15.00
Falta de actividad física	20	33.33
Hipercolesterolemia	3	5.00
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica I



Fuente: Tabla I.

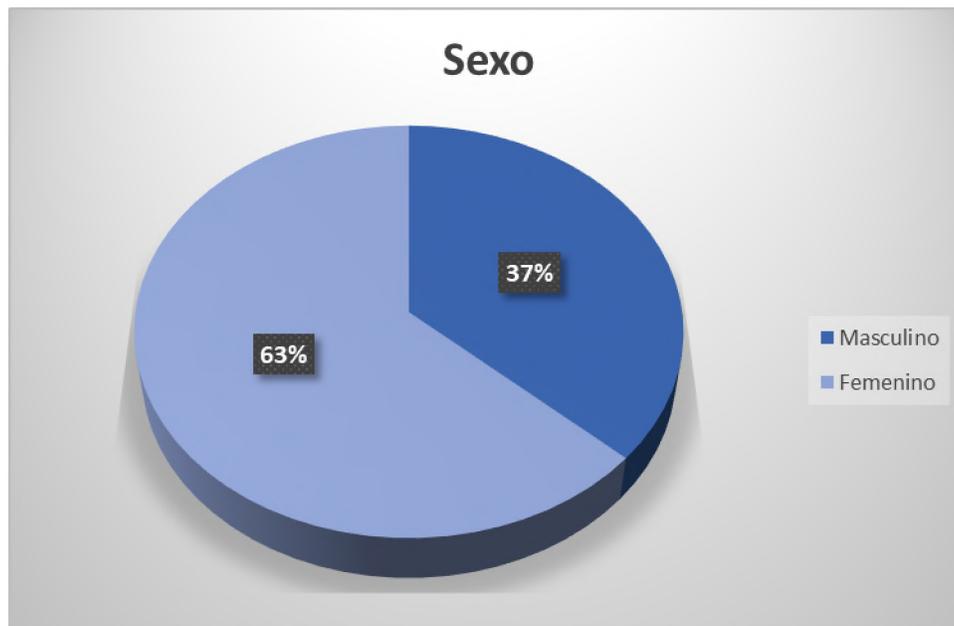
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según su causa la alimentación rica en grasas es la más frecuente con un 46.67% de los casos, seguida por la falta de actividad física con un 33.33% de los casos.

Tabla II. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Sexo.

Sexo	Frec.	%
Masculino	22	36.67
Femenino	38	63.33
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica II



Fuente: Tabla II.

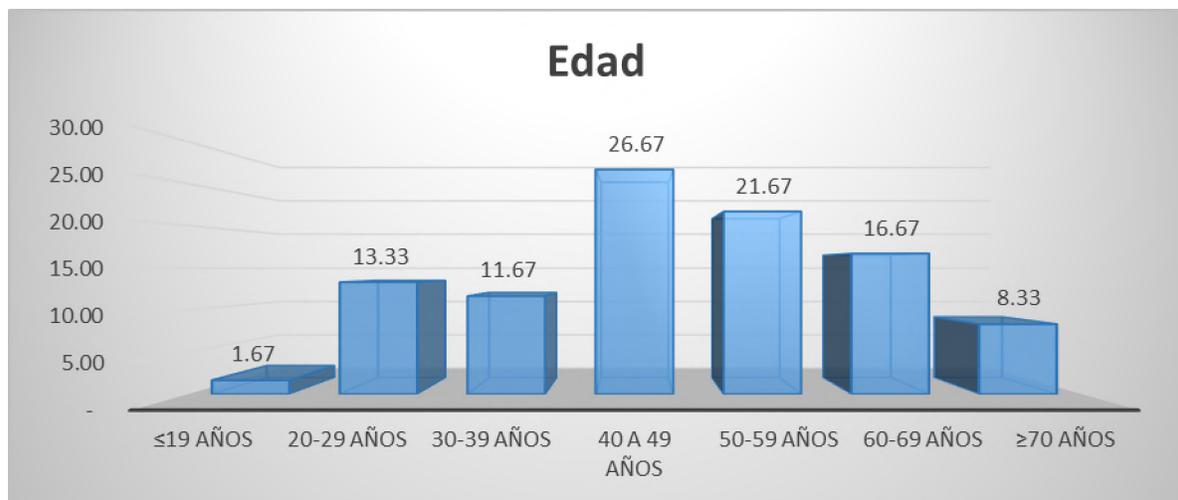
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según el sexo el más frecuente fue el femenino con un 63.33% de los casos, seguida por el masculino con un 36.67% de los casos.

Tabla III. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Edad.

Edad	Frec.	%
≤19 años	1	1.67
20-29 años	8	13.33
30-39 años	7	11.67
40 a 49 años	16	26.67
50-59 años	13	21.67
60-69 años	10	16.67
≥70 años	5	8.33
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica III



Fuente: Tabla III.

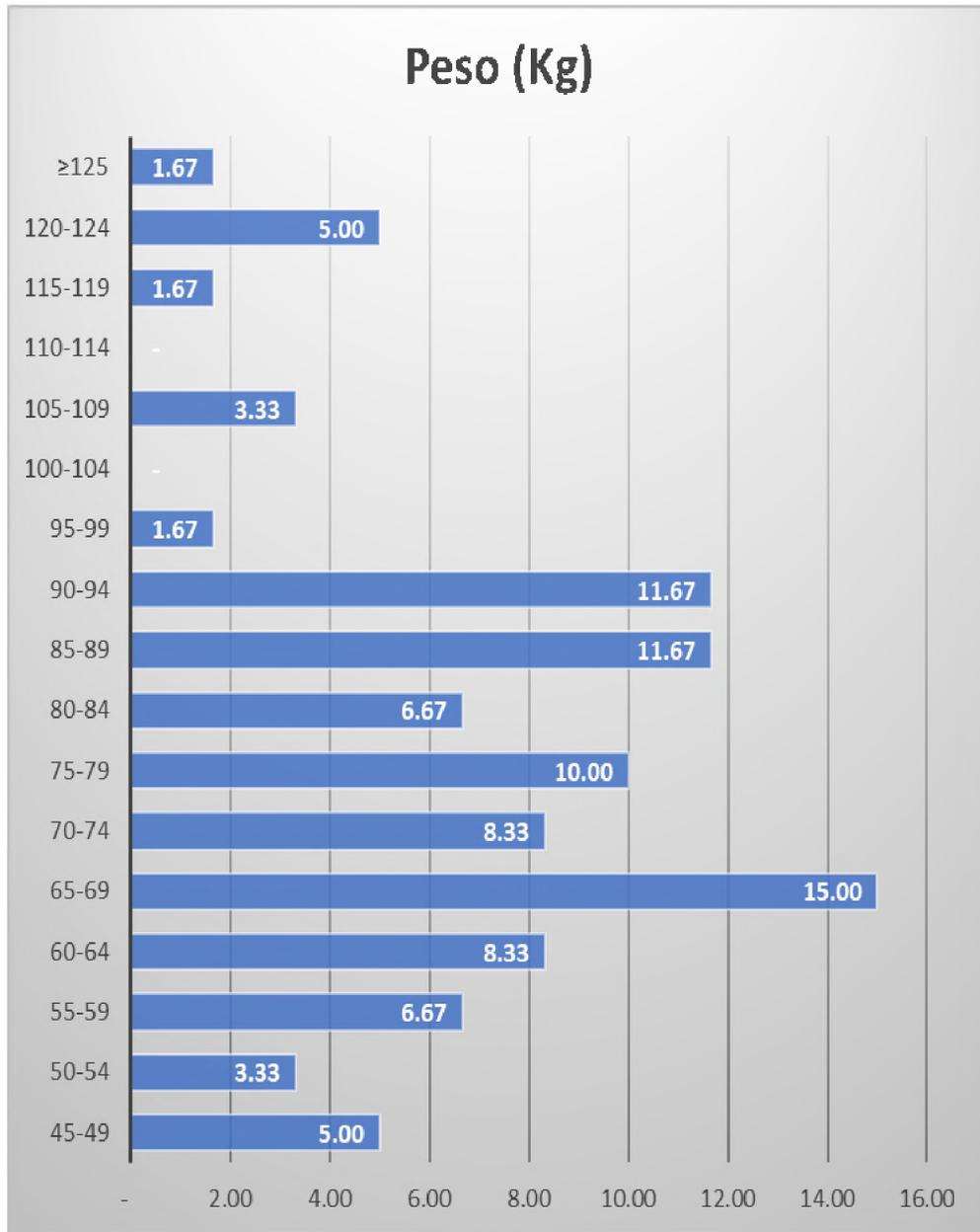
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según la edad el rango más frecuente fue de 40 a 49 años con un 26.67% de los casos, seguida por el rango de 50-59 años con un 21.67% de los casos.

Tabla IV. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Peso (Kg).

Peso (Kg)	Frec.	%
45-49	3	5.00
50-54	2	3.33
55-59	4	6.67
60-64	5	8.33
65-69	9	15.00
70-74	5	8.33
75-79	6	10.00
80-84	4	6.67
85-89	7	11.67
90-94	7	11.67
95-99	1	1.67
100-104	0	-
105-109	2	3.33
110-114		-
115-119	1	1.67
120-124	3	5.00
≥125	1	1.67
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica IV



Fuente: Tabla IV.

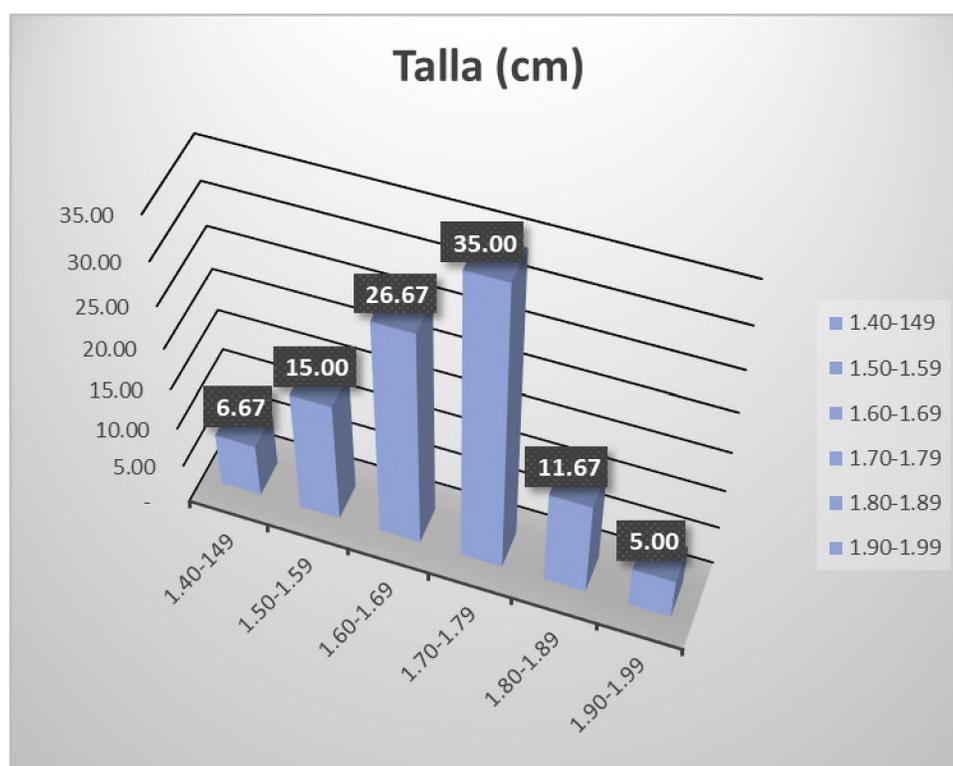
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según el peso (Kg) el más frecuente fue el rango de 65-69 Kg con un 15.00% de los casos, seguida por el rango de 85-89 y 90-94 Kg cada uno con un 11.67% de los casos.

Tabla V. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Talla (cm).

Talla (cm)	Frec.	%
1.40-149	4	6.67
1.50-1.59	9	15.00
1.60-1.69	16	26.67
1.70-1.79	21	35.00
1.80-1.89	7	11.67
1.90-1.99	3	5.00
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica V



Fuente: Tabla V.

Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según la talla (cm) el rango más frecuente fue el de 1.70-1.79 cm con

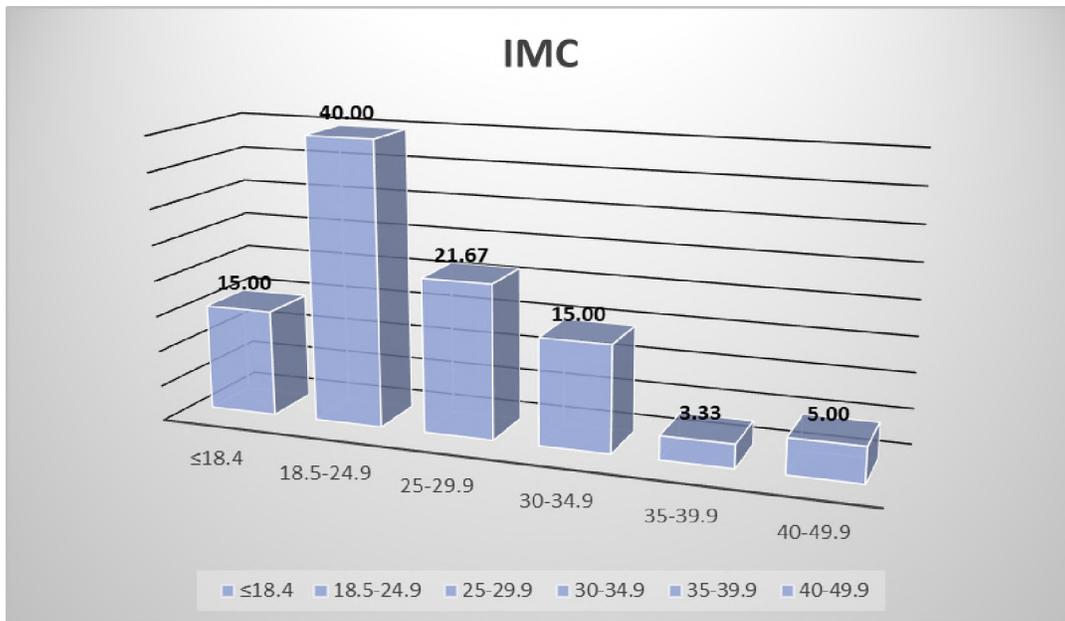
un 35.00% de los casos, seguida por el rango de 1.60-1.69 cm con un 26.67% de los casos.

Tabla VI. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Índice de Masa Corporal (IMC).

IMC	Frec.	%
≤18.4	9	15.00
18.5-24.9	24	40.00
25-29.9	13	21.67
30-34.9	9	15.00
35-39.9	2	3.33
40-49.9	3	5.00
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica VI



Fuente: Tabla VI.

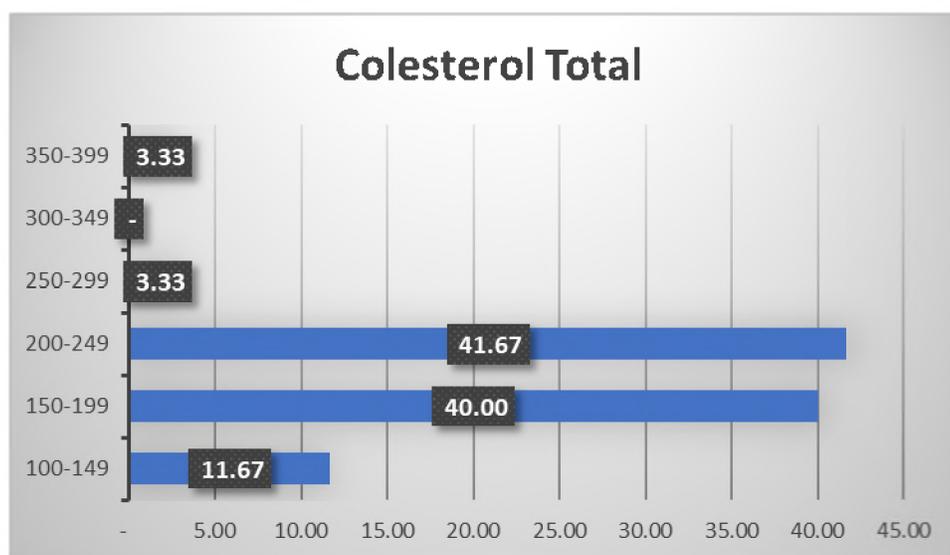
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según el IMC el rango más frecuente fue el de 18.5-24.9 (normo peso) con un 40.00% de los casos, seguida por el rango de 25-29.9 con un 21.67% de los casos.

Tabla VII. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Colesterol Total.

Colesterol Total	Frec.	%
100-149	7	11.67
150-199	24	40.00
200-249	25	41.67
250-299	2	3.33
300-349	0	-
350-399	2	3.33
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica VII



Fuente: Tabla VII.

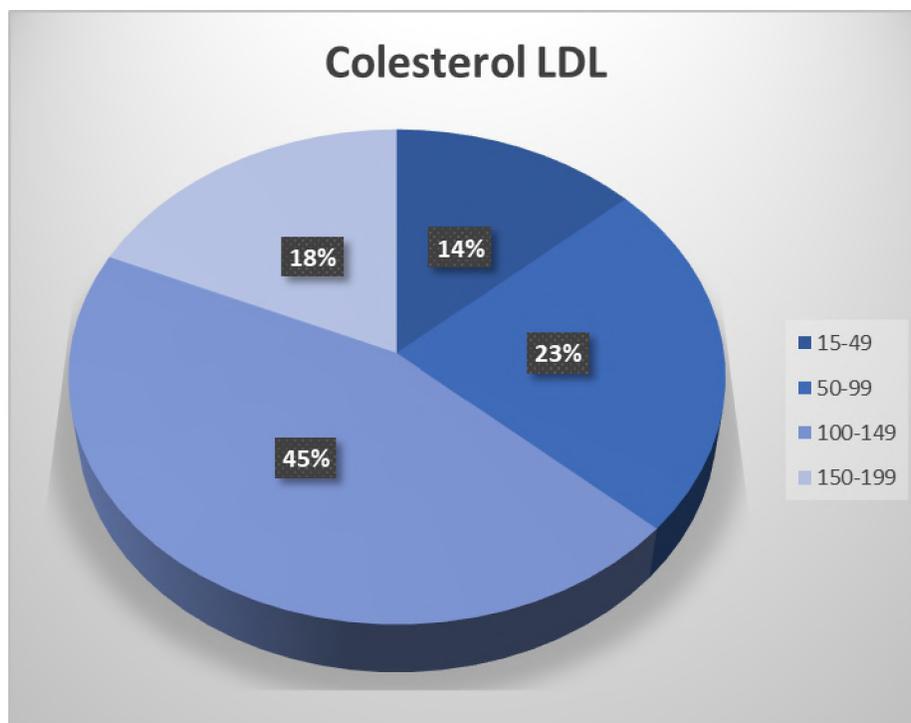
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según el colesterol Total el rango más frecuente fue el de 200-249 con un 41.67% de los casos, seguida por el rango de 150-199 con un 40.00% de los casos.

Tabla VIII. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Colesterol LDL.

Colesterol LDL	Frec.	%
15-49	14	18,33
50-99	23	29,67
100-149	45	58,00
150-199	18	23,00
Total	100	100,00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica VIII



Fuente: Tabla VIII.

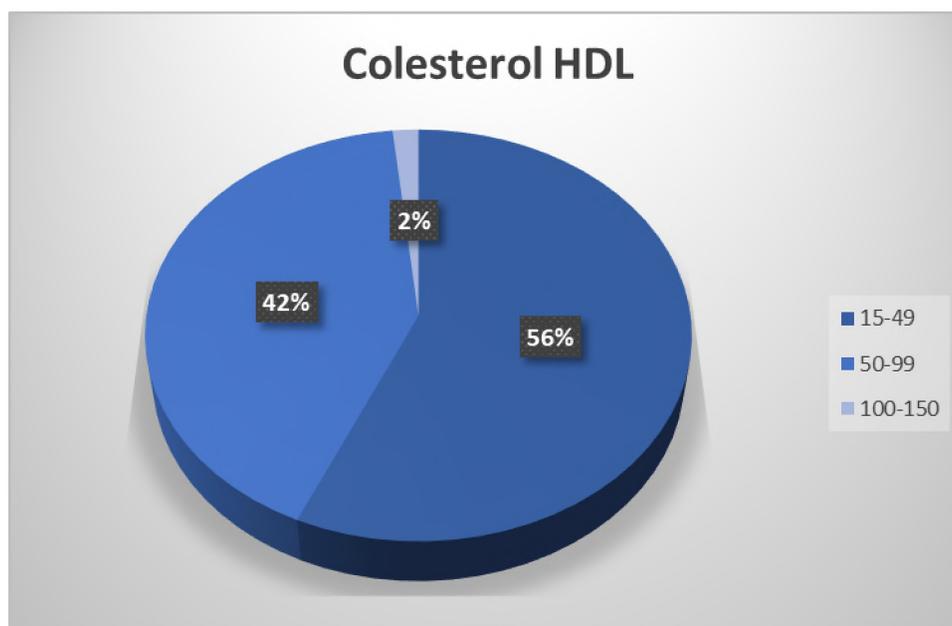
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según el colesterol LDL el rango más frecuente fue el de 100-149 con un 45.00% de los casos, seguida por el rango de 50-99 con un 23.33% de los casos.

Tabla IX. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Colesterol HDL.

Colesterol HDL	Frec.	%
15-49	34	56.67
50-99	25	41.67
100-150	1	1.67
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica IX



Fuente: Tabla IX.

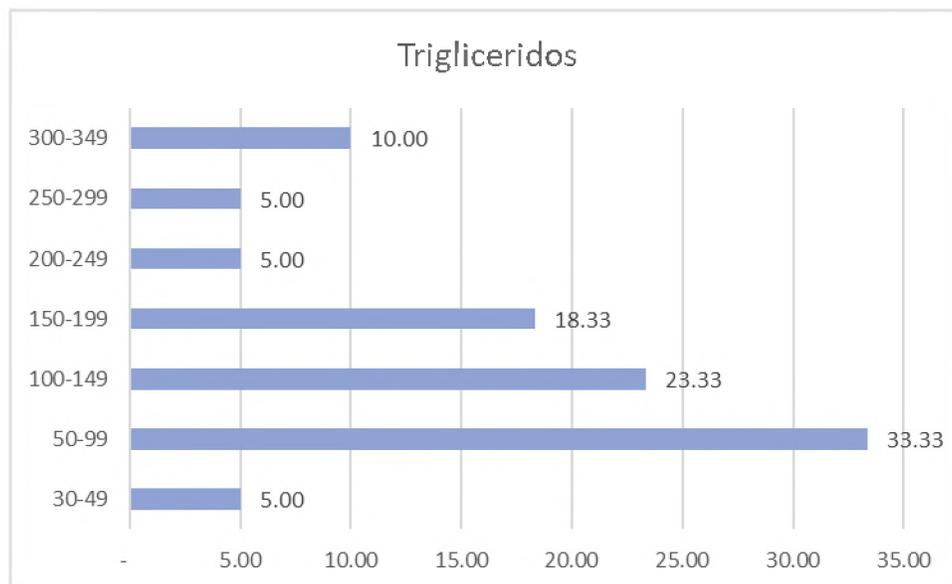
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según el colesterol HDL el rango más frecuente fue el de 15-49 con un 56.67% de los casos, seguido por el rango de 50-99 con un 41.67% de los casos.

Tabla X. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Triglicéridos.

Triglicéridos	Frec.	%
30-49	3	5.00
50-99	20	33.33
100-149	14	23.33
150-199	11	18.33
200-249	3	5.00
250-299	3	5.00
300-349	6	10.00
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica X



Fuente: Tabla X.

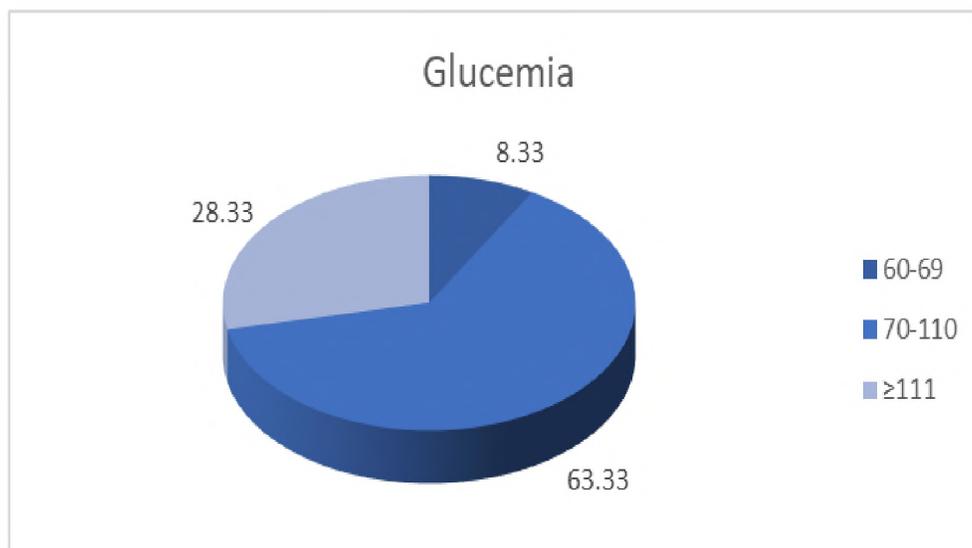
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según los Triglicéridos el rango más frecuente fue el de 50-99 con un 33.33% de los casos, seguido por el rango de 100-149 con un 23.33% de los casos.

Tabla XI. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Glucemia.

Glucemia	Frec.	%
60-69	5	8.33
70-110	38	63.33
≥111	17	28.33
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica XI



Fuente: Tabla XI.

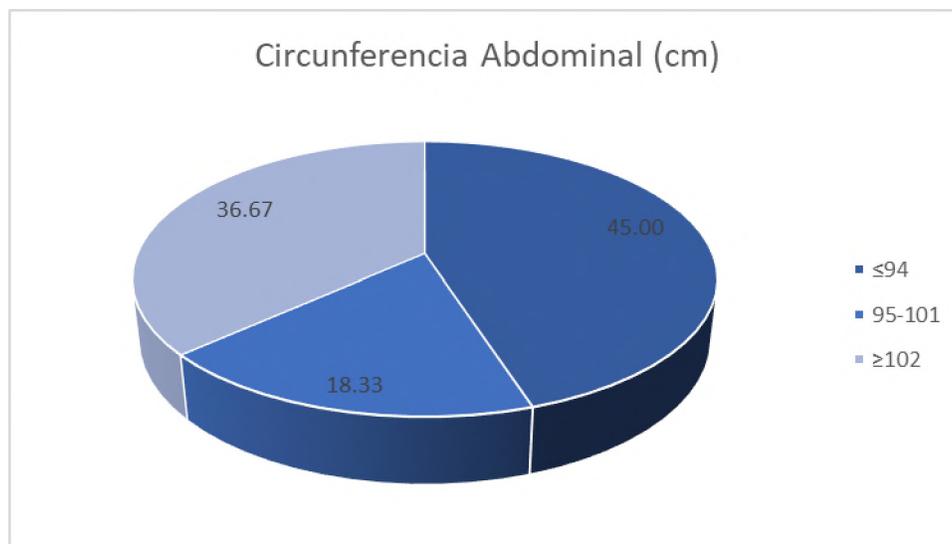
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según el nivel de glucemia rango más frecuente fue el de 70-110 con un 63.33% de los casos, seguido por el rango de ≥111 con un 28.33% de los casos.

Tabla XII. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Circunferencia Abdominal.

Circunferencia Abdominal (cm)	Frec.	%
≤94	27	45.00
95-101	11	18.33
≥102	22	36.67
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica XII



Fuente: Tabla XII.

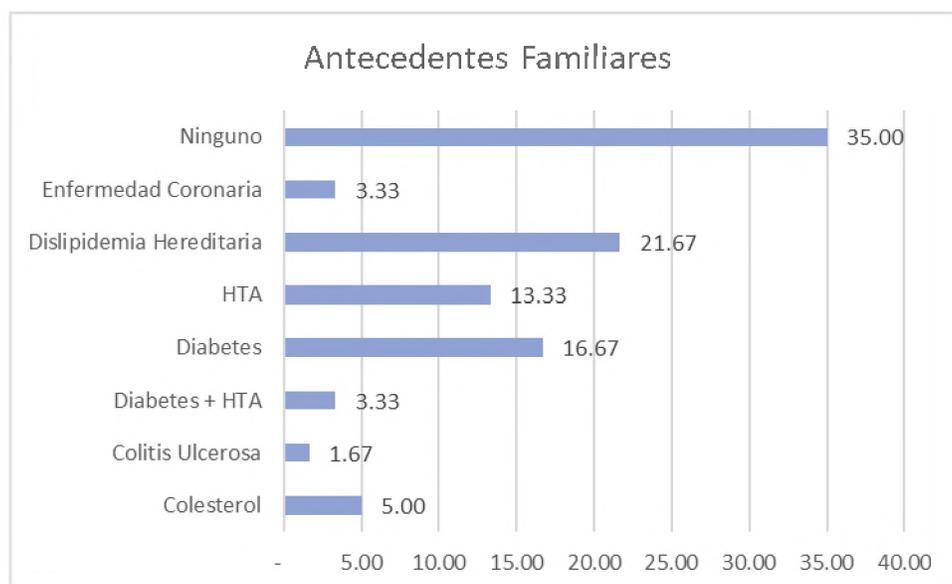
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según la circunferencia abdominal (cm) el rango más frecuente fue el de ≤94 cm con un 45.00% de los casos, seguido por el rango de ≥102 cm con un 36.67% de los casos.

Tabla XIII. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Antecedentes Familiares.

Antecedentes Familiares	Frec.	%
Colesterol	3	5.00
Colitis Ulcerosa	1	1.67
Diabetes + HTA	2	3.33
Diabetes	10	16.67
HTA	8	13.33
Dislipidemia Hereditaria	13	21.67
Enfermedad Coronaria	2	3.33
Ninguno	21	35.00
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica XIII



Fuente: Tabla XIII.

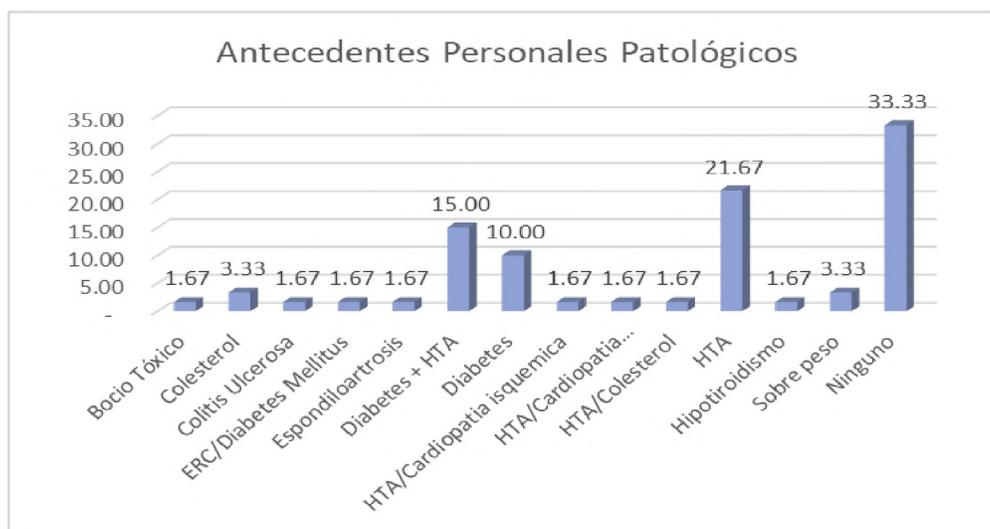
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según los antecedentes familiares el más frecuente fue ninguno con un 35.00% de los casos, seguido por la dislipidemia hereditaria con un 21.67% de los casos.

Tabla XIV. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Antecedentes Personales Patológicos.

Antecedentes Personales Patológicos	Frec.	%
Bocio Tóxico	1	1.67
Colesterol	2	3.33
Colitis Ulcerosa	1	1.67
ERC/Diabetes Mellitus	1	1.67
Espondiloartrosis	1	1.67
Diabetes + HTA	9	15.00
Diabetes	6	10.00
HTA/Cardiopatía isquémica	1	1.67
HTA/Cardiopatía isquémica/Obesidad	1	1.67
HTA/Colesterol	1	1.67
HTA	13	21.67
Hipotiroidismo	1	1.67
Sobre peso	2	3.33
Ninguno	20	33.33
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica XIV



Fuente: Tabla XIV.

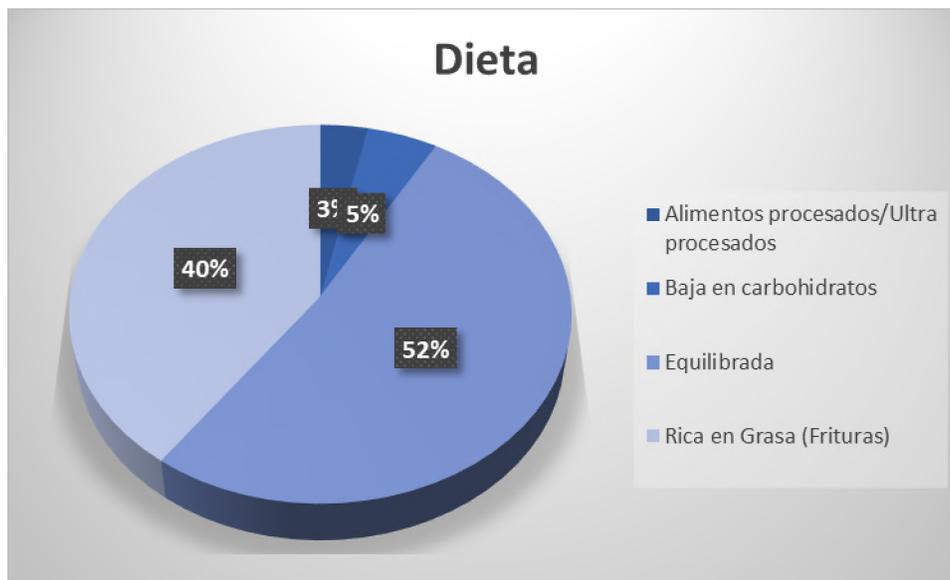
Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según los antecedentes personales patológicos el más frecuente fue ninguno con un 33.33% de los casos, seguido por la HTA con un 21.67% de los casos.

Tabla XV. Incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. Según Dieta.

Dieta	Frec.	%
Alimentos procesados/Ultra procesados	2	3.33
Baja en carbohidratos	3	5.00
Equilibrada	31	51.67
Rica en Grasa (Frituras)	24	40.00
Total	60	100.00

Fuente: Resultados de la ficha elaborada por la sustentante.

Gráfica XV



Fuente: Tabla XV.

Interpretación: según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según la dieta, donde la más frecuente fue la equilibrada con un 51.67% de los casos, seguido por la dieta rica en grasa (fritura) con un 40.00% de los casos.

4.2. Discusión de los resultados

Según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según su causa la alimentación rica en grasas es la más frecuente con un (46.67%) de los casos, seguida por la falta de actividad física con un (33.33%) de los casos. Muy similar a lo reportado por Patishtán-López, A. (2023), donde se observó que los malos hábitos de estilo de vida son uno de los factores que desencadenan a las enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe mencionar que incrementar los esfuerzos en promover un estilo de vida saludable contribuye a tener una mejor calidad de vida.

De acuerdo al sexo el más frecuente fue el femenino. Similar a lo reportado por Eguia-Caceres, JC. (2023), donde de 167 pacientes el sexo predominante fue el femenino.

Según la edad el rango más frecuente fue de 40 a 49 años con un (26.67%) de los casos, seguida por el rango de 50-59 años con un (21.67%) de los casos. Muy diferente a lo reportado por Ruiz-López, JC et al. (2020). Donde en la serie presentada dominaron los pacientes con más de 65 años de edad (42,0%),

Según el peso (Kg) el más frecuente fue el rango de 65-69 Kg con un (15.00%) de los casos (normo peso para la talla y la edad), seguida por el rango de 85-89 y 90-94 Kg cada uno con un (11.67%) de los casos. Muy diferente a lo reportado por Patishtán-López, A. (2023), donde se presentó un nivel elevado de obesidad del (83.7%).

Según la talla (cm) el rango más frecuente fue el de 1.70-1.79 cm con un (35.00%) de los casos, seguida por el rango de 1.60-1.69 cm con un 26.67% de los casos.

Según el IMC el rango más frecuente fue el de 18.5-24.9 (normo peso) con un (40.00%) de los casos, seguida por el rango de 25-29.9 con un (21.67%) de los

casos. Muy diferente a lo reportado por Patishtán-López, A. (2023), donde se presentó el predominio el sobrepeso, seguido de la obesidad en sus diferentes grados.

Según el colesterol total el rango más frecuente fue el de 200-249 con un (41.67%) de los casos, seguida por el rango de 150-199 con un (40.00%) de los casos. Contrario a lo reportado por Patishtán-López, A. (2023), donde se encontraba un (17.4%) de hipercolesterolemia.

Según el colesterol LDL el rango más frecuente fue alto de 100-149 con un (45.00%) de los casos. Muy similar a lo reportado por Eguia-Caceres, JC. (2023), donde se encontró que la frecuencia de LDL alto fue (83.23%).

Según el colesterol HDL el rango más frecuente fue el de 15-49 con un (56.67%) de los casos, seguido por el rango de 50-99 con un (41.67%) de los casos. Muy contrario a lo reportado por Eguia-Caceres, JC. (2023), donde se encontró que HDL bajo fue de (40.72%).

Según los Triglicéridos el rango más frecuente fue el de 50-99 con un (33.33%) de los casos, seguido por el rango de 100-149 con un (23.33%) de los casos. Muy diferente a lo reportado por Patishtán-López, A. (2023), donde se encontró un (44.2%) de los casos con hipertrigliceridemia,

Según el nivel de glucemia rango más frecuente fue el de 70-110 con un (63.33%) de los casos, seguido por el rango de ≥ 111 con un (28.33%) de los casos. Similar a lo reportado por Patishtán-López, A. (2023), donde se reportó un (22.1%) de hiperglucemia.

Según la circunferencia abdominal (cm) el rango más frecuente fue el de ≤ 94 cm con un (45.00%) de los casos, seguido por el rango de ≥ 102 cm con un (36.67%)

de los casos. Muy diferente a lo reportado por Patishtán-López, A. (2023), donde el (90%) tenía de obesidad abdominal.

Según los antecedentes familiares el más frecuente fue ninguno con un (35.00%) de los casos, seguido por la dislipidemia hereditaria con un (21.67%) de los casos. Muy contrario a lo reportado por Eguia-Caceres, JC. (2023), donde los antecedentes de familiares no estuvieron asociados a dislipidemia en adultos mayores.

Según los antecedentes personales patológicos el más frecuente fue ninguno con un (33.33%) de los casos, seguido por la HTA con un (21.67%) de los casos. Muy contrario a lo reportado por Eguia-Caceres, JC. (2023), donde los antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus no estuvieron asociados a dislipidemia en adultos mayores.

Según la dieta, donde la más frecuente fue la equilibrada con un (51.67%) de los casos, seguido por la dieta rica en grasa (fritura) con un 40.00% de los casos. Muy similar a lo reportado por Feijoo-Cerezo, VL; Zambrano-Zambrano, KI. (2019). Donde se determinó que el principal problema que presentan los pacientes con Dislipidemia en una edad de 35 a 50 años, es el inadecuado consumo alimentario. La mayoría de la población presenta un indicador muy frecuente en grasas saturadas con un (69%) y alimentos procesados con un (49%), mientras que aquellos alimentos que son saludables y brindan un aporte nutricional, como frutas frescas, hortalizas, verduras y frutos secos, presentan poca frecuencia.

Conclusiones

Según los resultados de los pacientes participantes. La dislipidemia según:

- La causa la alimentación rica en grasas es la más frecuente.
- De acuerdo al sexo el más frecuente fue el femenino.
- La edad el rango más frecuente fue de 40 a 49 años.
- El peso (Kg) el más frecuente fue el rango de 65-69 Kg (normo peso).
- La talla (cm) el rango más frecuente fue el de 1.70-1.79 cm.
- El IMC el rango más frecuente fue el de 18.5-24.9 (normo peso).
- El colesterol total el rango más frecuente fue el de 200-249 mg/dl (Hipercolesterolemia).
- El colesterol LDL el rango más frecuente fue el de 100-149 mg/dl.
- El colesterol HDL el rango más frecuente fue el de 15-49 mg/dl (niveles bajos).
- Los Triglicéridos el rango más frecuente fue el de 50-99 mg/dl (niveles bajos).
- El nivel de glucemia rango más frecuente fue el de 70-110 mg/dl.
- La circunferencia abdominal (cm) el rango más frecuente fue el de ≤ 94 cm.
- La mayoría de los pacientes no tuvieron antecedentes familiares de enfermedad, seguido por la dislipidemia hereditaria.
- La mayoría de los pacientes no tuvieron antecedentes personales patológicos, seguido por la hipertensión arterial (HTA).
- La dieta, la más frecuente fue la equilibrada, seguido por la dieta rica en grasas (fritura).

Recomendaciones

Es importante considerar los factores genéticos al investigar la presencia de dislipidemia en pacientes con normo peso y una dieta rica en grasas. Los estudios genéticos han demostrado que los factores genéticos pueden influir significativamente en la predisposición a enfermedades metabólicas, incluida la dislipidemia.

Integrar un análisis genético en una futura investigación podría proporcionar una comprensión más completa de los mecanismos subyacentes de la dislipidemia en pacientes con normo peso y dieta rica en grasas, lo que a su vez podría contribuir al desarrollo de enfoques más personalizados para los pacientes.

Evaluar periódicamente los parámetros que miden el perfil lipídico y en caso de haber una alteración en algunos de ellos, realizar un plan terapéutico personalizado en cada paciente, de acuerdo a sus necesidades.

Orientar al paciente sobre la importancia de los cambios en la alimentación y en el estilo de vida, haciendo especial énfasis en los alimentos ricos en proteínas, frutas y vegetales en la dieta diaria, limitando así el consumo de carbohidratos y de grasas saturadas.

Referencias bibliográficas

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. Guía ESC/EAS 2019 para el tratamiento de las dislipidemias: modificación de lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. *Eur Corazón J.* 2020;41(1):111-188.
2. De los santos, CC; Severino-Cruz, FM; Fermín, LY; Severino-Ramírez, M; Rodríguez, EA; Almonte-Cabrera, P. Rehabilitación cardíaca en una población de pacientes con infarto agudo del miocardio. *Revista Médica Dominicana.* 55(3/4): 199-201, jul-dic. 1994. Biblioteca Virtual en salud UASD. [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-170327>
3. Eguia-Caceres, JC. Frecuencia y factores asociados a dislipidemia en adultos mayores de un centro de salud, Arequipa 2022. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Perú. 2023. [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/3968bf55-5190-45dd-938d-90e9dd16b897>
4. Ferrel-Vega, RM. Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con la dislipidemia en adultos mayores que acuden a la clínica “Euroclinic”, Trujillo, 2019. Universidad César Vallejo. Repositorio Digital Institucional. Perú. 2020. [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/44582>
5. Encalada-Torres, LE; Arias-Maldonado, AC; Yupa-Tenelema, MC; Paute-Matute, PC; Wong, S. Dislipidemia y estado nutricional en adultos mayores urbanos de la sierra ecuatoriana. *Ateneo,* 21(1), 13-30. Ecuador. 2019. [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en: <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/89>
6. Hidalgo-Villavicencio, GA; Cañarte-Vélez, JC. Dislipidemia asociado a Diabetes mellitus en adultos con y sin sobrepeso de la ciudad de Jipijapa. Universidad Estatal del Sur de Manabí. *Polo del conocimiento: Revista científico-profesional.* Vol. 7, No. 3, 2022. Dialnet [Internet].

- [citado 2023 Nov 11]; Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8399899>
7. Ruiz-López, JC; Letamendi-Velasco, JA; Calderón-León, RA. Prevalencia de dislipidemia en pacientes obesos. MEDISAN [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Nov 12]; 24(2): 211-222. [Internet]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192020000200211&script=sci_arttext&tlng=en
 8. Feijoo-Cerezo, VL; Zambrano-Zambrano, KI. Consumo alimentario y su relación con dislipidemia en adultos entre 30-50 años de edad del Hospital Nicolás Cotto Infante De Vinces, Los Ríos, mayo-septiembre 2019. Universidad Técnica de Babahoyo. Ecuador, 2020. [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en:
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7003>
 9. Patishtán-López, A. Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su relación con diabetes y dislipidemias en adultos. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. México. 2023. Tesis profesional [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en:
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7003>
 10. Quimis-Cantos, Y; Delgado-Vélez, KD; Pin-Guerra, AI. Dislipidemias asociadas a aterosclerosis en pacientes adultos de 40 a 60 años. Universidad Estatal Del Sur de Manabí. Ecuador. 2023. [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en:
<https://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4903>
 11. Duran-Pincay, YE; Bermúdez-Ramírez, LE; Solis-Muñoz, BJ. Dislipidemia como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y hepáticas en adultos. Universidad Estatal Del Sur de Manabí. Ecuador. 2023. [Internet]. [citado 2023 Nov 11]; Disponible en:
<https://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4886>
 12. Panel de expertos del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (NCEP) sobre detección, evaluación y tratamiento de niveles altos de colesterol en sangre en adultos (Panel de tratamiento de adultos III). Tercer

- informe final del Panel de expertos sobre detección, evaluación y tratamiento de niveles altos de colesterol en sangre en adultos del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (NCEP) (Panel de Tratamiento de Adultos III). *Circulación*. 2002;106(25):3143-3421.
13. Ford ES, Li C, Zhao G, Pearson WS, Mokdad AH. Prevalencia del síndrome metabólico entre adolescentes estadounidenses utilizando la definición de la Federación Internacional de Diabetes. *Cuidado de la diabetes*. 2009
 14. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Actualización de estadísticas de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares de 2016: informe de la Asociación Estadounidense del Corazón. *Circulación*. 2016;133(4):e38
 15. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome metabólico: declaración científica de la Asociación Estadounidense del Corazón/Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. *Circulación*. 2005;112(17):2735-2752.
 16. Reiner Ž. Hiperlipidemia y prevención cardiovascular: una revisión de la evidencia. *Práctica Int J Clin*.
 17. Assmann G, Cullen P, Schulte H. Esquema de puntuación simple para calcular el riesgo de eventos coronarios agudos basado en el seguimiento de 10 años del estudio cardiovascular prospectivo de Münster (PROCAM). *Circulación*. 2002;105(3):310-315.
 18. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, et al. El síndrome metabólico y la mortalidad total y por enfermedades cardiovasculares en hombres de mediana edad. *JAMA*. 2002;288(21):2709-2716.
 19. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Efecto de los factores de riesgo potencialmente modificables asociados con el infarto de miocardio en 52 países (el estudio INTERHEART): estudio de casos y controles. *Lanceta*. 2004;364(9438):937
 20. Castelli WP. Colesterol y lípidos en el riesgo de enfermedad de las arterias coronarias: el estudio del corazón de Framingham. *Can J Cardiol*. 2019;4
 21. Lloyd-Jones DM, Wilson PW, Larson MG, et al. Riesgo de por vida de enfermedad coronaria. 2020.

22. Stamler J, Daviglius ML, Garside DB y col. Relación de los niveles basales de colesterol sérico en 3 grandes cohortes de hombres más jóvenes con la mortalidad coronaria, cardiovascular y por todas las causas a largo plazo y con la longevidad. JAMA. 2000;284(3):
23. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Índice de masa corporal y mortalidad por causas específicas en 900.000 adultos: análisis colaborativos de 57 estudios prospectivos. Lanceta. 2009;373(9669):108
24. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. Una revisión sistemática de la evidencia que respalda un vínculo causal entre los factores dietéticos y la enfermedad coronaria. Médico Interno del Arco. 2009;169(7):659-669.
25. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Predicción de enfermedad coronaria mediante categorías de factores de riesgo. Circulación. 1998;97(18):1837-1847
26. Eberly LE, Stamler J, Neaton JD. Relación de los niveles de triglicéridos, en ayunas y sin ayuno, con la enfermedad coronaria fatal y no fatal. Médico Interno del Arco. 2003;163(9):1077-1083.
27. Jacobson TA, Ito MK, Maki KC, et al. Recomendaciones de la Asociación Nacional de Lípidos para el tratamiento de la dislipidemia centrado en el paciente: parte 1: resumen ejecutivo. J Clin Lípido. 2023.
28. Wong ND, Wilson PW, Kannel WB. El colesterol sérico como factor pronóstico después de un infarto de miocardio: el estudio de Framingham. Ann Intern Med. 1991;
29. Groenlandia P, Knoll MD, Stamler J, et al. Principales factores de riesgo como antecedentes de eventos de enfermedad coronaria fatales y no fatales. JAMA. 2003;290(7):891-897.
30. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. Guía AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA de 2018 sobre el manejo del colesterol en sangre. Circulación. 2019;139(25):e1082-e1143.

Anexos

1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2023-2024	
Selección del tema	2023	Septiembre
Aprobación del tema		Octubre
Búsqueda de referencias		Noviembre
Elaboración del anteproyecto		Diciembre
Sometimiento y aprobación	2024	Enero
Ejecución de encuesta-entrevista		Febrero
Tabulación y análisis de la información		Marzo
Redacción del informe		Abril
Revisión del informe		Mayo
Presentación		Junio
Empastes		Junio

2. Instrumento de recolección de datos

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participar en la Investigación titulada “**Determinar la incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas septiembre 2023-marzo 2024**”.

Investigadora Principal: Dra. Diana Ulloa Ramírez

Doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio, el cual tiene como objetivo investigar la dislipidemia y su impacto en la salud cardiovascular. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin penalización alguna. Antes de tomar la decisión de participar, se me ha proporcionado información detallada sobre el estudio, incluyendo los siguientes aspectos:

- **Objetivo del estudio:** Se me ha explicado claramente el propósito y los objetivos de la investigación sobre la dislipidemia, así como la relevancia de mi participación en la misma.
- **Procedimientos y métodos:** Se me ha informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo durante el estudio, incluyendo pruebas de laboratorio para medir los niveles de lípidos, evaluaciones médicas y cuestionarios relacionados con mi historial médico y estilo de vida.
- **Beneficios y riesgos:** Se me ha explicado los posibles beneficios que podrían derivarse de mi participación en la investigación, así como los riesgos y molestias potenciales, como la extracción de sangre y cualquier efecto secundario asociado con los medicamentos utilizados en el estudio.
- **Confidencialidad y protección de datos:** Se me ha informado sobre las medidas tomadas para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y los resultados de la investigación, así como los procedimientos para proteger mi privacidad.
- **Consentimiento de uso de datos:** Se me ha explicado que los datos recopilados durante el estudio pueden ser utilizados para publicaciones científicas o presentaciones, pero que mi identidad será mantenida en el anonimato y protegida.
- **Derechos del participante:** Se me ha informado sobre mis derechos como participante en la investigación, incluyendo el acceso a la información relevante sobre el estudio y la posibilidad de hacer preguntas o solicitar aclaraciones en cualquier momento.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias negativas.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

3. Formulario de recolección de datos

Caso: _____

Causa de dislipidemia

- a) Factores hereditarios c) Alimentación rica en grasa
b) Falta de actividad física d) Hipercolesterolemia

Edad:

- a) 16-19 años b) 20 a 24 años c) 25 a 29 años d) 30 a 34 años
e) 35 a 39 años f) 40 a 44 años g) 45 a 49 años h) 50 a 54 años
i) 55 a 59 años j) 60 a 64 años k) 65 a 69 años l) 70 y más años

Sexo:

- a) Masculino b) Femenino

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Perfil Lipídico: Colesterol total: _____ Colesterol LDL: _____

Colesterol HDL: _____ Triglicéridos: _____

Glucemia: _____

Circunferencia abdominal: _____

Antecedentes familiares:

- a) Muerte familiar por Dislipidemia b) Dislipidemia hereditaria
c) Aterosclerosis d) Enfermedad coronaria
e) Ninguna f) Otra: _____

Antecedentes personales patológicos:

- a) Hipotiroidismo b) Hipertensión arterial c) Cardiopatía isquémica
d) Enfermedad renal crónica e) Diabetes mellitus f) Sobre peso
g) Obesidad h) Ninguna i) Otra: _____

Dieta:

- a) Alimentos procesados y ultra procesados b) Mediterránea c) Vegetariana
d) Vegana e) Equilibrada f) Baja en carbohidratos
g) Rica en grasas (Frituras)

4. Costos y recursos

IX.4.1. Humanos			
1 sustentante			
2 asesores (metodológico y clínico)			
Personal médico calificado en número de cuatro			
Personas que participaron en el estudio			
IX.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	500.00	500.00
Lápices	2 unidades	25.00	50.00
Borras	2 unidades	25.00	50.00
Bolígrafos	2 unidades	50.00	100.00
Sacapuntas	2 unidades	30.00	60.00
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	1600.00	3,200.00
Calculadoras	2 unidades	975.00	1,950.00
IX.4.3. Información			
Adquisición de libros	1 libro	5750,00	5,750.00
Revistas			
Otros documentos			
Referencias			
IX.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación	12 informes	280.00	3,360.00
Alimentación			5,200.00
Transporte			15,000.00
Inscripción al curso			10,000.00
Inscripción de anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Subtotal			
Imprevistos 10%			
Total			\$47,620.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

Plagiarism Result

Republica Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

INCIDENCIA DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCENTE CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS SEPTIEMBRE 2023-MARZO 2024.

Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dr. Diana Ulloa Ramírez

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (metodológico)

Dra. Paola Báez Santana (Clínico)

RESUMEN

La dislipidemia es un grupo de enfermedades sin síntomas evidentes y está causada por una mala función metabólica debido al aumento de los niveles de lipoproteínas en la sangre, provocando una serie de cambios químicos entre sí. Objetivo: Determinar la incidencia de dislipidemia en pacientes que acuden a la consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas septiembre 2023-



0%

Plagiarized Content

100%

Unique Content

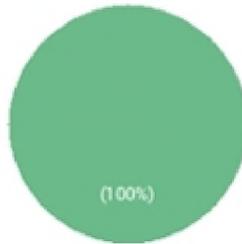
Check Grammar

Remove Plagiarism

Download report

0 Matches

[+] Show All Matches



PLAGIARISM SCAN REPORT

Date	July 15, 2024
Exclude URL:	NO
Unique Content	100%
Plagiarized Content	0%
Paraphrased Plagiarism	0
Records Found	0

CONTENT CHECKED FOR PLAGIARISM:

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria
INCIDENCIA DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE
ATENCIÓN PRIMARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCENTE CENTRAL DE LAS
FUERZAS ARMADAS SEPTIEMBRE 2023-MARZO 2024.

Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Sustentante:

Dr. Diana Ulloa Ramirez
Asesores:
Dra. Claridania Rodriguez (nutrióloga)
Dra. Paola Báez Santana (Clínico)

RESUMEN

La dislipidemia es un grupo de enfermedades sin síntomas evidentes y está causada por una mala función

Evaluación

Sustentante:

Diana Ulloa Ramírez
Dra. Diana Ulloa Ramírez (21-9714)

Asesores:

[Signature]
Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)
Dra. Maridoly Tapia
Medicina Familiar y Comunitaria
Exq. 671-10 - CMQ

Dra. Paola Báez
Dra. Paola Báez Santána
(Clínica)
Dra. Rosilys Rodríguez
Médico Familiar y Comunitario
Exq.: 2071-J6

Jurado:

Dra. Yuly Quevedo
Dra. Yuly Quevedo
Médico Familiar y comunitario
Exequátur: 163-13

Dra. Rosilys Rodríguez
Dra. Rosilys Rodríguez

Autoridades del hospital:

[Signature]
Dr. Juan De Jesús Fernández Lajara
Director General de Residencias Médicas
Y Posgrado del MDE

[Signature]
Denisse Herrera Hernández
Jefe de enseñanza y posgrado
HUDCFF.AA

Dra. Rossy Molina Cuevas
Dra. Rossy Molina Cuevas
Coordinadora de Residencia de MFyC

Autoridades de la Universidad:

[Signature]
Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de Unidad de Posgrado
Y residencias médicas

[Signature]
Dr. Willian Duke
Decano de Facultad Ciencias
De la salud

Evaluación: 100

Fecha: 11/6/24