



Universidad
Señor de Sipán

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
DISLIPIDEMIA MIXTA EN PACIENTES QUE
ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO,
2021 - 2022
PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

Autor (es):

**Bach. Garcia Diaz Saby Geraldine
ORCID: 0000-0002-5600-7602**

**Bach. Llatas Sempertegui Jesus Abelito
ORCID: 0000-0002-8311-7938**

Asesor:

**Dr. Lopez Lopez Elmer
ORCID: 0000-0002-8414-7805**

**Línea de investigación:
Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana**

Pimentel - Perú

2023

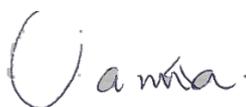
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
DISLIPIDEMIA MIXTA EN PACIENTES QUE
ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO,
2021 - 2022**

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

APROBACION DEL JURADO



Mg. Chirinos Rios Carlos Alberto
Presidente



Mg. Florian Benites Ana Valeska
Secretaria



Dr. Lopez Lopez Elmer
Vocal



Universidad
Señor de Sipán

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscriben la **DECLARACIÓN JURADA**, somos **egresados** Garcia Diaz Saby Geraldine y Llatas Sempertegui Jesús Abelito del Programa de Estudios de **Medicina Humana** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISLIPIDEMIA MIXTA EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO, 2021-2022.

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Garcia Diaz Saby Geraldine	DNI: 74436685	
Llatas Sempertegui Jesus Abelito	DNI: 47727478	

Pimentel, 02 de mayo de 2023.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres por habernos apoyado en cada momento durante toda la carrera, a nuestros abuelos que nos guían desde el cielo y nos inculcaron buenos valores para salir adelante y cumplir nuestros sueños. A nuestros hermanos por estar siempre motivándonos y brindando su apoyo emocional.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, por permitirnos estar aquí con buena salud, concediéndonos uno de los momentos más especiales de nuestras vidas, al culminar la carrera profesional y abrirnos paso a nuevas experiencias.

A nuestro asesor de tesis, el Dr. Elmer López López, y de manera especial a la Med. Ema Moncarro Willis, por ser partícipes en la elaboración del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar la relación entre los factores de riesgo asociados y la aparición de la dislipidemia mixta en pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza en Chiclayo - Perú, 2021 - 2022. Fue un estudio analítico, observacional, de corte transversal, retrospectivo, de tipo casos y controles, con una muestra de 140 casos y 140 controles atendidos en el consultorio externo de Medicina. Se hallaron los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los resultados muestran una relación significativa entre las siguientes variables: edad (OR: 3.92. IC95%:2.85 - 6.76), sedentarismo (OR: 9.80. IC95%:4.98 - 20.1), sobrepeso (OR: 3.04. IC95%: 1.81 - 5.10), HTA (OR: 2.85. IC95%: 1.58 – 5.22), y DM2 (OR: 2.80. IC95%: 1.27 – 6.53) con la dislipidemia mixta. Finalmente se encontró una relación significativa entre los factores de riesgo asociados a la aparición de la dislipidemia mixta con la edad mayor de 60 años a más, sedentarismo, sobrepeso, HTA y DM2.

Palabras Clave: dislipidemias, dislipidemia mixta, factores de riesgo, enfermedades no transmisibles.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the relationship between the associated risk factors and the appearance of mixed dyslipidemia in patients who attend the Cruz de la Esperanza Health Center in Chiclayo - Peru, 2021 - 2022. It was a Analytical, observational, cross-sectional, retrospective, case-control study, with a sample of 140 cases and 140 controls seen in the external medical office. The ORs were found with their respective 95% confidence intervals. The results show a significant relationship between the following variables: age (OR: 3.92. 95% CI: 2.85 - 6.76), sedentary lifestyle (OR: 9.80. 95% CI: 4.98 - 20.1), overweight (OR: 3.04. 95% CI: 1.81 - 5.10), HBP (OR: 2.85. 95% CI: 1.58 - 5.22), and DM2 (OR: 2.80. 95% CI: 1.27 - 6.53) with mixed dyslipidemia. Finally, a significant relationship was found between the risk factors associated with the appearance of mixed dyslipidemia with age over 60 years, sedentary lifestyle, overweight, hypertension and DM2.

Keywords: dyslipidemias, mixed dyslipidemia, risk factors, noncommunicable diseases.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Realidad Problemática	8-9
1.2. Trabajos previos	10-12
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	Error! Bookmark not defined.3-16
1.4. Formulación del problema.....	17
1.5. Justificación e importancia del estudio	Error! Bookmark not defined.
1.6. Hipótesis	Error! Bookmark not defined.8
1.7. Objetivos	Error! Bookmark not defined.9
II. MÉTODO	20
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	20
2.2. Variables, Operacionalización	2Error! Bookmark not defined.
2.3. Población y muestra	Error! Bookmark not defined.
2.3.1 Muestreo.....	Error! Bookmark not defined.
2.4. Criterios de selección.....	23
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	24
2.6. Procedimiento de análisis de datos	24
2.7. Criterios éticos	25
2.8. Criterios de Rigor científico.....	25
III.- RESULTADOS	26
3.1 Resultado en tablas... ..	Error! Bookmark not defined.6-30
3.2 Discusion de resultados	31-32
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
4.1. Conclusiones.....	33
4.2. Recomendaciones.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	35-39
ANEXOS	40-42

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La dislipidemia, se define como un grupo de patologías asintomáticas, donde la concentración de lípidos en sangre se encuentra alteradas, como resultado de lipoproteína de alta densidad (HDL) bajo, Colesterol total (CT) elevado e hipertrigliceridemia (HTG), donde usualmente aparece en el síndrome metabólico, asociado a otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (ECV) convirtiéndose en un factor de riesgo de relevancia mejorable. (1)

Asociado a esta patología se encuentra la dislipidemia mixta (DM) que se define como una variación lipídica y lipoproteína que está vinculada a un elevado riesgo cardiovascular, además presenta CT alto e HTG en conjunto, lipoproteínas de muy baja densidad (LDL) unido a colesterol elevado y HDL unido a colesterol. (1)

Esta alteración a su vez es parte del grupo de enfermedades no transmisibles (ENT), que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2021, refirieron que la mortalidad de estas ENT es de 41 millones de individuos por año, equivalente al 71% de defunciones que se desarrollan cada año. Anualmente las defunciones de las personas de 30 años y 69 años de edad por ENT son de 15 millones; y mayor del 85% de estas defunciones "prematuras" se originaron en países de ingresos bajos y medianos. La inactividad física, el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco y uso nocivo del alcohol, y los malos hábitos alimenticios aumentaron el factor de riesgo de fallecer a causa de tener una de las ENT. (2)

A nivel mundial un 32% de varones tuvieron dislipidemia y 27% de mujeres respectivamente; siendo de alta prevalencia en varones de 45 años a más y mayor a 55 años en mujeres, convirtiéndose en causante de muerte de 4

millones de personas anualmente, produciéndose entre un 50% y 60 % en países subdesarrollados. (3)

En Latinoamérica en una investigación de 8 países se analizó los resultados de 11 estudios poblacionales con similares metodologías, donde se obtuvieron un 53.3% predominando niveles disminuidos de HDL < 50 mg/dL en féminas y < 40 mg/dL en los hombres, donde el 25.5% de predominio de triglicéridos (TG) \geq 150 mg/dL. (4)

Según informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el Perú - 2020, las personas de 15 años de edad a más, tuvieron un 39,9% como mínimo una comorbilidad o factor de riesgo de salud, como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), obesidad y dislipidemia. (5)

En Cajamarca, en un estudio poblacional se evidenció la asociación entre dislipidemia y factores de riesgo donde el 78.6% tuvo dislipidemia y el 21.4% no presentó esta alteración. Establecieron que las personas comprendidas en dicha investigación presentaron un 51.4% sobrepeso, 14.3% consumo de tabaco, 14.3% sedentarismo y 30% son consumidores de alcohol. (6)

1.2. Trabajos Previos

Moreira W, López A, et al. 2022. Realizaron un estudio de diseño narrativo documental en Ecuador, se obtuvieron como resultado que la prevalencia de factores de riesgo son la obesidad, sobrepeso, sedentarismo, DM2, cambios hormonales, abuso de alcohol, enfermedad renal, HTA. Y concluyeron que todos estos factores de riesgo los podemos relacionar con los inadecuados hábitos que tiene la gente en la actualidad como la escasa actividad física, inadecuada alimentación, aunque en algunos casos también estas enfermedades son producidas de forma genética causadas por alteraciones en el material genético. (7)

Díaz S, Alemán J, Segura A, Martínez J, Lameiro F, et al. 2020. Hicieron un estudio trasversal en España, y consiguieron como resultado que el predominio de dislipidemia es de 85,3% siendo mayor en hombres con un 52,1% y el análisis bivariado junto con un precedente de enfermedad vascular periférica (EVP), DM2 controlada, HTA con tratamiento, filtrado glomerular (FG), hemoglobina glicosilada (HbA1c) > 7%, grasa corporal estimada en sobrepeso, obesidad, historial de ECV, edad y HbA1c. Concluyeron que uno de los factores de riesgo asociados fue el género femenino y el antecedente personal de ECV. (8)

Ortiz Y. 2020. Ejecutaron un estudio analítico observacional de corte transversal en Ecuador, donde alcanzaron como resultado que el predominio de dislipidemia es de un 65,06% donde la DM la de mayor porcentaje con un 43,4%. El HDL se sostuvo más alto en el sexo femenino, el CT y TG estuvo elevado en féminas, (p 0,026); (p 0,000); (p 0.025) correspondientemente. Los factores asociados hallados fueron en menores de 65 años OR 2.058 (IC 95%: 1.228-3.449); valor p 0.006) y el sexo femenino OR 1.745 (IC 95%: 1.044-2.919; valor p 0.033). Concluyeron que la presión arterial (PA) no se relacionó con los grupos que presentaron y no presentaron dislipidemia, ya que se mantuvieron con presión óptima en la población general al igual que el LDL es más alto en las mujeres y se conservaron en la población con cifras aumentadas. (9)

Peña S, Vanegas P, Arévalo C, Torres C. 2017. Su estudio fue descriptivo, analítico de corte transversal en Venezuela, determinaron que el 26% de adultos tuvieron dislipidemia, 11,3% HTA, de los cuales manifestaron ser fumadores 13,3%, y 37,1% con DM. Ultimaron que la DM estuvo vinculada con el estado nutricional, siendo mayor en el sexo masculino. (10)

Quishpe E. 2022. Llevaron a cabo un estudio epidemiológico observacional, de corte transversal en Ecuador, donde identificaron que los principales factores asociados a dislipidemias fueron la DM2 con un 20.2% (n=286), HTA con 23.9% (n=338), y sobrepeso/obesidad con el 10.1% (n=143). La CT elevado, TG elevados y dislipidemia mixta se asoció notablemente con la DM2 (p: 0.000) Además el CT elevado se relacionó con la hipertensión arterial (p:0.001), así mismo el sobrepeso/obesidad se unieron satisfactoriamente con los HDL bajo (p: 0.000). Y finiquitaron que la asociación estadísticamente significativa entre el CT elevado (Chi2: 68.772; p: 0.000) TG elevados (Chi2: 29.618; p: 0.000). y la DM (Chi2: 26.216; p: 0.000) con el diagnóstico de DM2. Así mismo las variables HTA y CT elevado. (11)

Hernández C. 2017. Efectuaron un estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo y de tipo transversal en Lima. Los resultados fueron que un 64.9% sobre prevalencia de dislipidemia alterando gran parte al género femenino, la prevalencia CT fue del 48.8%, LDL de 40.6%, de TG del 44.6%, de HDL era 25.9% y de los índices aterogénicos CT/cHDL alcanzó 5.9%. Mientras que, para la glucemia, HTA y sobrepeso se consiguieron parámetros elevados del 14.1%, 23.5% y 39.7% proporcionalmente. Y consumaron que la dislipidemia prevalece, teniendo a las mujeres con más exposición a daño cardiovascular (12).

Palacios M, et al. Llevaron a cabo un estudio analítico y transversal en Ecuador. Los resultados fueron que el sexo femenino tuvo (84,2%) y el masculino (53,1%). Los factores que poseyeron más importancia para dislipidemia en el análisis multivariante fueron: sexo femenino (OR=6,03; IC95%: 2,04 -17,81; p=0,001); DM2 (OR=7,48; IC95%: 1,02-57,46; p=0,045); prehipertensión (OR=4,04; IC95%: 1,12-14,58; p=0,032) e HTA (OR=44,82; IC95%: 3,66-548,00; p=0,00. Finalmente, se concluyó que se deben regular los factores de riesgo modificables y ejercer vigilancia para los no modificables. (13)

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. DISLIPIDEMIA

La dislipidemia se define como un conjunto de patologías asintomáticas, que son ocasionadas por concentraciones anormales de lipoproteínas en sangre. Al ser una condición de tan alto impacto, se realizan esfuerzos por diseñar estrategias de abordaje que contempla desde la prevención hasta la rehabilitación de dicha enfermedad. Estas estrategias contemplan la terapéutica farmacológica y los cambios en el estilo de vida. (14)

La dislipidemia, son alteraciones metabólicas en los lípidos caracterizados por un el incremento de CT, elevación de las concentraciones de TG, y concentraciones anormales de las HDL y LDL siendo las lipoproteínas moléculas esenciales para el transporte de lípidos en forma de TG, fosfolípidos, ésteres de colesterol, colesterol libre, y de vitaminas liposolubles. Al ocasionar una obstrucción en los vasos sanguíneos formando ateromas ocasiona ECV, con alta tasa de mortalidad. (14)

1.3.1.1. CLASIFICACIÓN

- **Hipercolesterolemia:** se denomina a la elevación del CT mayor a 200 mg/dl y lo que concierne el colesterol de LDL por encima de 130mg/dl. (15)
- **Hipertrigliceridemia:** se manifiesta mediante la elevación de los TG en el torrente sanguíneo en ayuna, valores mayores a 150 mg/dl en rango moderado y grave mayor de 1000 mg/dl. (15)
- **Dislipidemia mixta:** refiere a la elevación de CT por encima de valores de 200 mg/dl y triglicéridos mayor del rango de 150mg/dl. (15)

- **Dislipidemia aterogénica:** es aquella relación lipídica y lipoproteica caracterizada por la presencia de colesterol HDL bajo, TG elevados y alta proporción de LDL densas y pequeñas, con presencia de incremento o no de LDL. (16)

1.3.2. FACTORES DE RIESGO

Según la OMS es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Se conoce actualmente que los principales factores de riesgo para la dislipidemia son los sociodemográficos, los cuales se basan en la edad >40 años, el estatus económico y la ruralidad que se pueden asociar con la presencia de dislipidemia la cual concierne a la elevación de colesterol con sus respectivas variables y TG antes mencionadas. (17)

Además, contamos con los modificables donde podemos intervenir para evitarlos y los no modificables convirtiéndose en aquellos no intervenirles. Algunos ejemplos de no modificables son el sexo, edad, raza, antecedentes familiares. Por otro lado, en los modificables tenemos la HTA, síndrome metabólico, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, alimentación no saludable.

1.3.3. ESTILOS DE VIDA

Según la OMS, es la consecuencia de una serie de costumbres como el alimentarse, aseo personal, ocio, formas de relacionarse, sexualidad, relaciones cotidianas y mecanismos de afrontamiento social; las cuales nos generan un equilibrio físicamente, mentalmente y socialmente. La armonía de estos tres ejes es igual a tener una vida sana. (18)

Estudios de experimentación en animales manifestaron que el consumo de una alimentación rica en grasas saturadas y colesterol se acompaña de una elevación de los niveles séricos de CT esencialmente del LDL y por consecuencia el florecimiento de daño en la íntima vascular que avanzan desde la estría grasa hasta la lesión complicada de forma similar a la vista en los individuos. (19)

1.3.4. DIABETES MELLITUS

La DM2, es una enfermedad endocrina metabólica, causada por resistencia a la insulina o deficiencia en la producción de la misma; el páncreas es el órgano responsable de su producción a causa de esto, la glucosa no puede ser llevada a la célula de manera idónea, llevando a cabo una retención de glucosa en la sangre ocasionando hiperglucemia. (20)

Las alteraciones lipídicas son características en los pacientes diabéticos, definiéndose con una elevación plasmática de TG, VLDL, baja concentración de HDL, persistiendo el IDL en sangre y presencias cambiadas (LDL pequeña y densa, LDL oxidada y LDL glicada en otras). (21)

Además, en la DM2 y de acuerdo a la glucemia, se determinan LDL y HDL alteradas por glicolización no enzimática, lo cual aumenta el potencial aterogénico y baja la facilidad de ser ateroprotectora de las lipoproteínas, correspondientemente. (21)

1.3.5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La HTA es una patología que compromete vasos, sistematizada, de larga data causando inflamación sin causa definida en gran parte de los casos; donde se observa el aumento anormal y persistente de la tensión arterial sistólica y/o diastólica. (22)

La relación de la HTA y la DM son factores de riesgo mayores para el desarrollo de una ECV; y la prevalencia de ambas situaciones aumenta a medida que se eleva el grado de adiposidad. Se estimó que el 75 % de la HTA puede ser consecuente a la obesidad. También se ha descrito que la dislipidemia relacionada con obesidad está caracterizada por un alza en los TG, disminución del LDL, y por la presencia de colesterol LDL densas, pequeñas y altamente aterogénicas. (22)

1.3.6. SOBREPESO

La OMS, define en adultos al sobrepeso como al índice de masa corporal (IMC) igual o elevado a 25. (23)

1.3.7. OBESIDAD

La OMS determina que la obesidad en adultos al IMC igual o elevado a 30. (23)

El IMC es la forma más efectiva de determinar el sobrepeso y la obesidad en cada uno de las personas, no habiendo distinción alguna en el sexo y en todos los grupos etarios. (23)

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo asociados y la aparición de dislipidemia mixta en pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza en Chiclayo - Perú, 2021 - 2022?

1.5. Justificación e importancia del estudio

La dislipidemia mixta sigue siendo cada vez más frecuente en los individuos convirtiéndose en una preocupación de salud pública a nivel general, presentándose de manera asintomática a causa de los malos estilos de vida que tiene cada persona, basados en la ingesta de alimentos procesados junto con el sedentarismo ocasionando enfermedad cardiovascular, siendo la dislipidemia mixta la alteración lipídica asociada a un alto riesgo cardíaco generando incapacidad o muerte precoz, conforme el colesterol total se incrementa y disminuye los niveles de colesterol bueno, el índice aterogénico aumenta y el riesgo de sufrir aterosclerosis es más elevado, tal como lo indican los trabajos buscados.

Dentro de la literatura revisada constituye una preocupación a nivel mundial y nacional por el impacto que genera en el riesgo de la salud de las personas que tienen esta patología, se observó que no tenemos muchos trabajos de investigación localmente donde se demuestre cuáles son los factores asociados a la dislipidemia por lo que consideramos factible conocer cuáles serían dichos factores de riesgo asociados a la dislipidemia mixta en este grupo poblacional para lograr una base en investigaciones futuras y de esta manera contribuir con el personal de salud involucrado que pueden usar la información para planes de mejora continua del establecimiento de salud.

1.6. Hipótesis

- **H₀**: No existe relación entre los factores de riesgo y la aparición de la dislipidemia mixta.
- **H₁**: Existe relación entre los factores de riesgo y la aparición de la dislipidemia mixta.

1.7. Objetivos

- Determinar la relación entre los factores de riesgo asociados y la aparición de la dislipidemia mixta en pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza en Chiclayo - Perú, 2021 - 2022.

1.7.1. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la dislipidemia mixta en pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza en Chiclayo - Perú, 2021 - 2022.
- Identificar los factores no modificables de los pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza en Chiclayo - Perú, 2021 - 2022.
- Identificar los factores modificables de los pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza de Chiclayo - Perú, 2021 - 2022.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

La metodología que se utilizó en esta investigación fue un estudio analítico, observacional, de corte transversal, retrospectivo, de tipo casos y controles. Analítico ya que se buscó la causa y efecto de los resultados. Observacional ya que las variables no se manipularon. Transversal porque se obtuvieron los datos de las historias clínicas donde se realizó el diagnóstico por primera vez de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión atendidos durante el periodo 2021 - 2022. Retrospectivo ya que se inició después que se haya producido el efecto y la exposición.

2.2. Variables, Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEM	INSTRUMENTO
Factores de riesgo Sociodemográficos	Son todas las características que aumentan el riesgo de padecer un evento. (17)	Características asignadas a la edad y sexo reportado en la historia clínica del paciente.	EDAD	Nº de años cumplidos	Cantidad de años	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
			SEXO	Sexo del paciente	Masculino Femenino	
Factores Modificables	Son todos los rasgos modificables que aumentan el riesgo de padecer un acontecimiento. (17)	Características modificables que aumentan el riesgo reportado en la historia clínica del paciente.	Estilos de Vida	Sedentarismo Tabaquismo	SI NO	
			IMC	Normal Sobrepeso Obesidad	SI NO	
Factores no Modificables	Son constitutivos de cada individuo, ya que siempre tendrá ese factor de riesgo y no es dable revertirlo o eliminarlo. (17)	Características no modificables que incrementan el riesgo mencionado en la historia clínica del paciente.	HTA	HTA GRADO I HTA GRADO II	SI NO	
			DM2	Glucosa en ayunas mayor igual de 126 mg/dl Glucosa al azar >o = 200mg/dl HbA1c >6.5%	SI NO	
Dislipidemia Mixta	Grupo de alteraciones del metabolismo de lipoproteínas que se asocian con un riesgo cardiovascular alto. (26)	Valores alterados de colesterol y triglicéridos vistos en el historial clínica del paciente.	DM	TG > 150 mg/dl CL > 200mg/dl	SI NO	

2.3. Población y muestra

La población fue conformada por pacientes adultos de 30 años a más atendidos en el consultorio externo de Medicina I y II que acudieron al Centro de Salud Cruz de la Esperanza de Chiclayo durante el periodo de enero 2021 a diciembre del 2022. Para la selección de la población en este estudio de investigación se incluyeron, el análisis de datos del establecimiento del área del SIS, con una población diana que estuvo constituida por 6697 pacientes afiliados de 30 años a más.

2.3.1. Muestreo:

El tamaño muestral se halló usando una fórmula de acuerdo al modelo de casos y controles utilizando la calculadora Epiinfo (ANEXO N°3), obteniéndose una frecuencia de exposición entre los controles del 65%, datos de un antecedente previo, se empleó un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%, alcanzándose una muestra de 140 casos y 140 controles.

Casos: Historias clínicas de los pacientes adultos de 30 años a más que fueron diagnosticados con dislipidemia mixta atendidos en el consultorio externo de Medicina I y II que acudieron al Centro de Salud Cruz de la Esperanza de Chiclayo durante el periodo de Enero de 2021 - Diciembre del 2022.

Controles: Historias clínicas de los pacientes adultos de 30 años a más que no fueron diagnosticados con dislipidemia mixta atendidos en el consultorio externo de Medicina I y II que asistieron al Centro de Salud Cruz de la Esperanza de Chiclayo durante el periodo de Enero de 2021 - Diciembre del 2022.

2.4. Criterios de selección:

2.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes de edad mayor o igual de 30 años a más que pertenecen al programa de daños no transmisibles (DNT), para el grupo de casos.

- Pacientes de edad mayor o igual de 30 años a más que no pertenecen al programa de DNT, para el grupo control.

- Pacientes con historia clínica completa atendidos en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza con diagnóstico de dislipidemia mixta, para el grupo de casos.

- Pacientes con historia clínica completa atendidos en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza sin diagnóstico de dislipidemia mixta, para el grupo control.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes de edad menor a 30 años para ambos grupos.

- Pacientes con diagnóstico de otro tipo de dislipidemia para el grupo de casos.

- Pacientes con historia clínica incompleta atendidos en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza, para ambos grupos.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica usada en el proyecto de investigación fue el análisis documental de las historias clínicas; previa coordinación con la encargada del programa de Daños no Trasmisibles y el área de archivo para la identificación de las historias clínicas de los usuarios del grupo caso y grupo control. El instrumento fue la ficha de recolección de datos (Anexo 01) que, en relación a la teoría estudiada de Moreno D, Calderón M. se detalló la edad, sexo, estilos de vida, HTA y DM2 como factores asociados a dislipidemia mixta, estos datos fueron recolectados de las atenciones del año 2021 y 2022, que fue sugerido en coordinación con el asesor de tesis.

Después de haber aprobado el proyecto de investigación revisado por el comité de investigación y comité de ética de la Universidad Señor de Sipán. Se solicitó el permiso correspondiente para su ejecución, a la jefatura del Centro de Salud Cruz de la Esperanza. Aprobándose la autorización de ejecución, se revisaron las historias clínicas de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión para formar el grupo casos y grupo controles, luego de haber llenado la ficha de recolección de datos se procedió al análisis de datos.

2.6. Procedimiento de análisis de datos

Para el análisis de la información, se realizó una base de datos en el programa de Microsoft Excel ver. 2022, la cual fue revisada identificando los grupos de casos y controles, luego se ejecutó para su análisis en el programa estadístico SPSS ver. 28.0.115 en español, en donde se evidenció los factores de riesgo sociodemográficos, modificables y no modificables asociados a dislipidemia mixta. Se aplicó mediante la estadística descriptiva, y se calculó el valor Odds Ratio (OR) 2.1 con un intervalo de confianza del 95%, las variables cuantitativas y cualitativas, fueron descritas mediante porcentajes y frecuencias.

2.7. Criterios éticos

Los criterios éticos que se aplicaron en nuestra investigación fueron:

- **Respeto a la dignidad humana:** En este trabajo se aplicó el respeto a cada una de las personas y el derecho a salvaguardar sus datos.

- **Beneficencia:** Gracias a este principio se evitó en todo momento minimizar daños, donde la información obtenida fue usada adecuadamente en cada uno de los participantes y en posibles investigaciones futuras.

- **Justicia:** Este principio garantizó un trato justo y equitativo con cada uno de los participantes sin discriminación, sobre todo respetando la confidencialidad y privacidad en la recolección de datos.

2.8. Criterios de Rigor científico

- **Credibilidad:** La información fue obtenida de los participantes del presente estudio: personas de 30 años a más del Centro de Salud Cruz de la esperanza. Dicha recolección de información en base a historias clínicas será en honor a la verdad.

- **Confiabilidad:** De acuerdo a la información encontrada no se expuso cualquier información personal de cada participante, sin ser nombrados en los resultados o exposición final. Además, dejando de lado los prejuicios de los investigadores.

- **Cientificidad:** De acuerdo a este principio se adoptó procedimientos de medición que garantice la fiabilidad y mayor relevancia de los resultados.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas y Figuras

TABLA N°1. Tabla de frecuencias de factores de riesgo sociodemográficos asociados a dislipidemia mixta en pacientes que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo, 2021 - 2022.

FACTOR DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
30a - 59a	168	60%
Mayor a 60 años	112	40%
SEXO		
Masculino	80	28,6%
Femenino	200	71,4%

En la tabla n°1 se mostró que, del total de 280 participantes, el 60% presentó un rango de edad entre 30 - 59 años, y el 71.4% son de sexo femenino.

TABLA N°2. Tabla de frecuencias de factores de riesgo modificables asociados a dislipidemia mixta en pacientes en pacientes que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo, 2021 - 2022.

FACTOR DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje
IMC		
Normal	58	20,7 %
Sobrepeso	140	50,0 %
Obesidad	82	29,3 %
ESTILOS DE VIDA		
Sedentarismo	193	69 %
Tabaquismo	23	8.2 %
Ninguno	64	22.8 %

Se evidenció en la tabla n°2, del estudio de 280 entre casos y controles, en el IMC el 50% fueron con sobrepeso, el 29.3% con obesidad, y normal un 20.7%. Con respecto a los estilos de vida el sedentarismo tuvo 69% siendo el porcentaje más alto comparado con el 8.2% del tabaquismo.

TABLA N°3. Tabla de frecuencias de comorbilidades asociados a dislipidemia mixta en pacientes que acuden a un Centro de Salud de Chiclayo, 2021 - 2022.

FACTOR DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
Presente	75	26,8 %
Ausente	205	73,2 %
DIABETES MELLITUS TIPO 2		
Presente	37	13,2 %
Ausente	243	86,8 %
AMBOS (HTA - DM2)		
Presente	65	23,2 %
Ausente	215	76,8 %
DISLIPIDEMIA MIXTA		
Presente	140	50,0 %
Ausente	140	50,0 %

En la tabla 3, se determinó que la HTA estuvo presente en un 26.8% de la población, siendo esta la más alta comorbilidad, seguida de la DM2 con un 13.2%, y con un 23.2% ambas enfermedades.

TABLA N°4. Análisis bivariado de factores de riesgo asociados a dislipidemia mixta en pacientes que acuden a un centro de salud de Chiclayo, 2021 – 2022

DISLIPIDEMIA MIXTA				
ITEM	Casos	Controles	OR (IC 95%)	Valor p
EDAD				
>60^a	78	34	3.92 (2.85 - 6.76)	0.00
30 - 59^a	62	106		
SEXO				
FEMENINO	104	95	1.36 (0.78 - 2.38)	0.14
MASCULINO	36	45		
SEDENTARISMO				
SI	126	67	9.80 (4.98 – 20.1)	0.00
NO	14	73		
TABAQUISMO				
SI	14	9	1.61 (0.62 - 4.38)	0.19
NO	126	131		
SOBREPESO				
SI	89	51	3.04 (1.81 - 5.10)	0.00
NO	51	89		
OBESIDAD				
SI	43	38	1.18 (0.68 – 2.06)	0.29
NO	97	102		
HTA				
SI	52	24	2.85 (1.58 – 5.22)	0.00
NO	88	116		
DM2				
SI	27	11	2.80 (1.27 - 6.53)	0.00
NO	113	129		

Para concluir en la tabla 4, podemos observar 78 casos y 34 controles respecto a la edad mayor a 60 años y 62 casos y 106 controles de los participantes de 30 - 59 años, para la variable edad se obtuvo un OR de 3.92 con un intervalo de confianza (IC) de 2.85 - 6.76, por lo que se puede decir que la edad mayor a 60 años es un factor de riesgo para presentar DM, corroborándose con el valor de $p < 0.05$ que indica una significancia estadística.

Para la variable sexo, observamos 104 casos y 95 controles para el sexo femenino, a comparación de 36 para el grupo de casos y 45 al grupo control del sexo masculino, obteniendo un OR de 1.36 con un IC de 0.78 - 2.38 pero por la disparidad del IC que incluye la unidad, no se puede concluir que el sexo sea un factor de riesgo o un factor de protección, a su vez en relación al valor de p de 0.14 este no es estadísticamente significativo ya que es superior a 0.05.

En relación a la variable sedentarismo, 126 de los casos, y 67 de los controles presentaron sedentarismo, a comparación de los que no presentaron sedentarismo con 14 y 73 para el grupo caso y control respectivamente. El OR fue de 9.80 con un IC 4.98 - 20.1 mayor a la unidad, siendo un factor desencadenante para presentar DM, comprobándose con el valor de $p < 0.05$ indicando que es estadísticamente significativa.

Con respecto a la variable tabaquismo, 14 de los casos y 9 controles de los consumen tabaco y de los que no consumen tenemos en el grupo de casos 126 y 131 para los controles. El OR fue de 1.61 con un IC 0.62- 4.38 sin embargo al tener una disparidad que incluye la unidad se vuelve no concluyente para determinar si es un factor de riesgo para manifestar DM. Además, guarda relación con el valor de p de 0.19 siendo mayor a 0.05, por lo que no tiene significancia estadística.

En la variable sobrepeso, 89 de los casos, y 51 de los controles presentaron sobrepeso, a comparación del grupo control 51 y 89 personas no tuvieron sobrepeso de acuerdo al grupo casos y control comparativamente. El OR fue de 3.04 con un IC 1.81 - 5.10 al ser mayor a la unidad se concluye que es un factor predisponente para contraer DM, verificándose con el valor de $p < 0.05$ mostrando que es estadísticamente significativa.

Con respecto a la variable obesidad en el grupo casos fueron 43 y en el grupo control 38 de los que tuvieron dicha patología, y se encontró un total de 97 casos y 102 controles que no tuvieron obesidad. El OR fue de 1.18 con un IC 0.68 - 2.06 discrepa implicando a la unidad, por lo tanto, se

resuelve que no es un factor desencadenante para presentar DM, igualmente el valor p de 0.29 es mayor a 0.05 descartando significancia alguna.

Para la variable de HTA, 52 de los casos y 24 controles si presentaron HTA, comparado con los que no presentaron HTA fueron 88 y 116 personas del grupo casos y controles respectivamente. El OR fue de 2.85 con un IC 1.58 - 5.22 mayor a la unidad, siendo así un factor de riesgo para contraer DM, demostrándose con el valor p menor a 0,05 una significancia estadística.

En relación a la variable de DM2, 27 casos y 11 controles presentaron DM2, y 113 casos y 129 controles no la manifestaron. El OR fue de 2.80 con un IC 1.27 - 6.53, estando dentro del rango mayor a uno, convirtiéndose en factor de riesgo para presentar DM, a su vez el valor p <0.05 indica que es estadísticamente significativa.

3.2. Discusión de resultados

La dislipidemia mixta se define como una variación lipídica y lipoproteína que está vinculada a un importante factor de riesgo cardiovascular que guarda relación con las características modificables y no modificables que son potenciales para desarrollar dicha patología.

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre los factores de riesgo asociados y la aparición de la dislipidemia mixta en pacientes que acuden al Centro de Salud Cruz de la Esperanza en Chiclayo - Perú, 2021 - 2022.

Dentro de los factores sociodemográficos que determinan la correlación de los factores de riesgo y la dislipidemia mixta en una muestra de 140 casos y 140 controles; donde la edad de 60 años a más, obtuvo un OR de 3.92 veces más probabilidad de tener esta enfermedad. No obstante, en un trabajo de investigación Ortiz Y. reportó en menores de 65 años un OR 2,058 con un IC95%: 1,228 - 3,449; convirtiéndose en una mayor probabilidad de presentar dislipidemia mixta (9).

Dentro de los estilos de vida, el sedentarismo y sobrepeso se asocian como factor de riesgo para desarrollar dislipidemia mixta en la población de estudio obteniendo un OR: 9.80 y 3.04 respectivamente. En el estudio de Hernández C. se evidenció parámetros elevados de un 39.7% en pacientes con sobrepeso que desarrollaron dislipidemia (12). Asimismo, como describe Moreira W. y colaboradores tanto el sedentarismo y sobrepeso son factores riesgo que prevalecen en los pacientes con dislipidemias (7).

La DM2 se manifestó como un factor predisponente para la dislipidemia mixta dentro del análisis, con un OR de 2.80 corroborándose con el valor de p menor a 0.05, al igual que Quishpe E. mostró en su estudio una asociación significativa marcada con la DM2 (p:0.00). (11) La DM2, al ser una enfermedad metabólica continúa representando un potencial aterogénico gracias a la hiperglucemia junto a la alteración de LDL y HDL (22). Por ello, es importante un control lipídico y de glicemia para detectar precozmente estas alteraciones.

Así mismo, la HTA presentó un OR de 2.85 convirtiéndose en un factor de riesgo al compararse con los pertenecientes al grupo normotenso; la relación de la HTA y la DM aumenta a medida del grado de adiposidad siendo consecuente a su vez de la obesidad (22). Algunos autores le asumen como termino de “lipitensión” para asociar dichas patologías (13).

Según los resultados conseguidos y la revisión bibliográfica de diferentes autores, determinamos que los factores de riesgo asociados a dislipidemia mixta en este estudio son la edad mayor de 60 años a más, el sedentarismo, sobrepeso, HTA y la DM2, siendo estos estadísticamente significativos con un valor $p < 0.05$. En relación a las otras variables estudiadas como el tabaquismo, sexo y obesidad, no tuvieron significancia estadística en relación a la DM.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- La edad mayor de 60 años a más, el sedentarismo, sobrepeso, HTA y la DM2 son estadísticamente significativos con un valor $p < 0.05$, convirtiéndose en factores de riesgo asociados para desarrollar dislipidemia mixta en los pacientes atendidos en el consultorio externo de medicina del Centro de Salud Cruz de la Esperanza 2021 - 2022.
- Dentro de los factores sociodemográficos, encontramos que la edad de 60 años a más representa un 40 % de la población estudiada mostrando un OR de 3.92 veces más probable de presentar dislipidemia mixta en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Cruz de la Esperanza 2021-2022.
- Los factores no modificables encontrados fueron: La HTA, presente con un 21.8% y la DM2 con un 13.2% y ambas 23.2% de la población estudiada, de las cuales se evidenció relación significativa con la dislipidemia mixta, mostrando un OR 2.85 y OR 2.80 respectivamente.
- Los factores modificables que guardan asociación significativa con la dislipidemia mixta son el sobrepeso con un 49.6% y el sedentarismo con 69% de la población estudiada, presentando un OR 3.04 y OR 9.80 veces más riesgoso para desarrollar dicha patología.

4.2. RECOMENDACIONES

- Es necesario incidir en la formación de la población acerca de los hábitos alimenticios adecuados y a su vez beneficiosos, sobre todo en pacientes mayores de 60 años, ya que se encuentran con mayor predisposición para presentar dicha enfermedad.
- Enseñar a los pobladores sobre como realizar actividad física de acuerdo sus posibilidades y necesidades, puesto que de manera general se está mostrando cada vez más sobrepeso.
- Se deben realizar estudios de esta naturaleza con una mayor cantidad de población y en diferentes grupos de edad con el objetivo de tener resultados más representativos sobre los factores asociados ya que de esta forma se crearía políticas de prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estas enfermedades metabólicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ojeda I., Expósito A. Nuevos enfoques terapéuticos de las dislipidemias. CCM [Internet]. 2020 [Consultado 08 Jul 2022]; 24(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm202r.pdf>
2. OMS. 2021. Enfermedades no transmisibles. Disponible en : <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/noncommunicablediseases>
3. Díaz A., Abellán J. et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la dislipidemia en pacientes diabéticos tipo 2 de la Comunidad de Cantabria.[Internet]. 2019. [Consultado 08 Jul 2022]; 24(2). Disponible en: DOI: 10.1016/j.endinu.2019.04.010
4. Ignacio C. Dislipidemia Aterogénica en Latinoamérica [Internet]. Disponible en: <https://www.siacardio.com/editoriales/prevencioncardiovascular/dislipidemia-aterogena-en-latino-america-prevalencia-causas-y-tratamiento/>
5. INEI. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad. 2021. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-almenounacomorbilidad12903/#:~:text=Durante%20el%20a%C3%B1o%202020%2C%20de,presentar%20los%20resultados%20de%20la>
6. Mestanza L, Ramirez A. Relación entre dislipidemias y factores de riesgo en la población del caserío de puente unión-cutervo -Cajamarca. [Internet]. 2019. [Consultado 08 Jul 2022]. Disponible en:https://repositorio.unj.edu.pe/bitstream/UNJ/358/1/Mestanza_RL_Ram%C3%ADrez_GAM.pdf

7. Moreira Cevallos, W. J., López Bailón, A. N., Moreira Loor, C. S., & Castro Jalca, J. E. (2022). Prevalencia y factores de riesgo de dislipidemias: un estudio de la situación actual. *Revista Científica Higía De La Salud*, 6(1). Disponible en: <https://doi.org/10.37117/higia.v6i1.64>
8. Díaz Vera AS, Abellán Alemán J, Segura Fragoso A, Martínez de Esteban JP, Lameiro Couso FJ, Golac Rabanal MDS, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la dislipidemia en pacientes diabéticos tipo 2 de la Comunidad de Cantabria. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* [Internet]. 2020 [citado el 10 de julio de 2022];67(2):102–12. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-prevalencia-factores-riesgoasociadosdislipidemiaS2530016419301387>
9. Ortiz L. Prevalencia y factores asociados a dislipidemia en pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo. Mayo 2018 - marzo 2019. Universidad Católica de Cuenca.[Internet]. 2020. [citado el 10 de julio de 2022] Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8382>
10. Peña S, Torres M, Vanegas P. Arévalo C. Prevalencia y factores asociados a la dislipidemia en los adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, 2015-2016. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* [Internet]. 2017;36(4):101-105. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55952806002>
11. Gisella E. Prevalencia y factores asociados a dislipidemia en pacientes entre 18 y 65 años en el Hospital Básico Cayambe durante el periodo abril 2020 – marzo 2021. [Internet]. 2020 [citado el 20 noviembre 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/27199>

12. Hernández C. Dislipidemia como factor de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios de la Clínica Provida – 2017. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4761>
- 13.. Palacios et al. Prevalencia de dislipidemia y factores asociados en individuos adultos. Hospital básico de Paute, provincia de Azuay-Ecuador [Internet]. Ecuador. Universidad Católica de Cuenca; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unj.edu.pe/handle/UNJ/358>
14. Espejo, A., Palomino, M. Prevalencia de dislipidemias en personas mayores de 40 años que acuden al centro de salud Subtanjalla, Ica. diciembre 2017 - mayo 2018 [Tesis]. : Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/3160>
15. Carrero Gonzalez CM, Navarro Quiroz EA, Lastre-Amell G, Oróstegui-Santander MA, González GE, Sucerquia A, et al. Dislipidemia como factor de riesgo cardiovascular: uso de probióticos en la terapéutica nutricional. AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2020;39(1): pag. 126-139. Disponible en: <https://zenodo.org/record/4068226#.Ys3sB3bMLrc>
16. Guía ESC/EAS 2019 para el manejo de las dislipidemias - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Soc. Cardiología. 2019 [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/prevencionriesgo-cardiovascular/10887-2019-esc-eas-guidelines-for-the-management-ofdyslipidaemias>
17. Definición de Factores de riesgo [Internet]. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. [citado el 11 de julio de 2022]. Disponible en: <http://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/>

18. Estilo de vida: Un consumo más saludable. [Internet]. 2021 [citado el 10 de julio de 2022]. Disponible en: <https://rolleat.com/es/estilo-de-vida/>
19. Millán J, Díaz A. Blasco M, Pérez F, Rodríguez L, Lago F. Mantilla T. Guía Clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia aterogénica en atención primaria. 2017. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.semfyec.es/wpcontent/uploads/2016/05/Guia_Dislipemia_version_extendida.pdf
20. Calderón M. Hábitos alimentarios, estado nutricional y obesidad central en pacientes adultos mayores hipertensos y diabéticos de un centro de salud, Junín, Perú 2020. Repositorio institucional-WIENER [Internet]. 2021 [citado el 08 de agosto del 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4974>
21. Solórzano S. Estudio de dislipidemias en pacientes adultos en el hospital de machala. Edit.Esp. 2018 [8 de agosto del 2022]. Disponible en: https://www.ifcc.org/media/477409/2018_dislipidemias_solorzano.f
22. Moreno D, Carvajal C, Villamar L. Dislipidemia y su relación con la hipertensión arterial en adultos de 30 a 60 años que habitan en la Parroquia Pedro Pablo Gómez del Cantón Jipijapa. RECIAMUC [Internet]. 2018;2(1):655–68. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/48/46>
23. OMS. Obesidad Y Sobrepeso [Internet]. Organización mundial de la salud ; 2020 [citado el 30 de octubre 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1

ANEXOS

ANEXO N°1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO DEL ESTUDIO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISLIPIDEMIA MIXTA EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN PUESTO DE SALUD DE CHICLAYO, 2021 - 2022.

PASO 1: Identificación de pacientes mayores de 30 años a más que cumplan los criterios de exclusión e inclusión.

PASO 2: Revisión de historias clínicas.

I. DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos completos:

N° HCL:

Fecha:

PACIENTE CON DISLIPIDEMIA MIXTA: SI (), NO ().

II. DATOS RELACIONADOS CON LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DISLIPIDEMIA MIXTA:

2.1. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE:

- Edad: años.
- Sexo: Masculino (), Femenino ()

2.2. FACTORES MODIFICABLES DEL PACIENTE:

- Estilos de vida: Tabaquismo: SI () NO (), Sedentarismo: SI () NO ()
- IMC: Normal: SI () NO (), Sobrepeso: SI () NO (), Obesidad: SI () NO ()

2.3. FACTORES NO MODIFICABLES DEL PACIENTE:

- Hipertensión Arterial: SI () NO ()
- Diabetes Mellitus: SI () NO ()

ANEXO N°2

CLASIFICACION DE LAS DISLIPIDEMIAS Y SUS VALORES

	Colesterol total (mg/dL)	HDL (mg/dL)	LDL (mg/dL)	Triglicéridos
Hipercolesterolemia	<ul style="list-style-type: none"> Normal: <200 Borderline: 200-249 Alto: >250 		<ul style="list-style-type: none"> Normal: <110 Borderline: 110-129 Alto: >130 	
Hipertrigliceridemia				<ul style="list-style-type: none"> Normal: <150 Borderline: 150-199 Alto: >200
Dislipemia mixta	<ul style="list-style-type: none"> >200 			<ul style="list-style-type: none"> >150
Dislipemia aterogénica	<ul style="list-style-type: none"> Hombres: CT/cHDL >5 Mujeres: CT/cHDL >4,5 	<ul style="list-style-type: none"> Hombres: <40 Mujeres: <45 	<ul style="list-style-type: none"> >100 	<ul style="list-style-type: none"> >150

CT: colesterol total; HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad.

Fuente: Cordero I, et al. Dislipidemia en ancianos.2018.

ANEXO N°3

CALCULADORA EPIINFO

