

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DISLIPIDEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN
CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL
HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERÍODO
ENERO – JUNIO DEL 2018**

PRESENTADO POR LA BACHILLER

PAMELA DARIA VASQUEZ ROSALES

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

Dra. Sonia Indacochea Cáceda

Asesora

LIMA – PERÚ

- 2020 -

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme puesto a maravillosas personas que han aportado tanto a mi crecimiento académico como espiritual a lo largo de este camino.

A mis padres; Sonia y William. Por su amor infinito, por brindarme soporte constante en esta larga carrera.

A mi hermano y familiares, por brindarme confort, por nunca dejar de creer en mí.

A mi hija Luana, por comprender que muchos días y muchas noches tuve que ausentarme para poder cumplir nuestro sueño. Por su amor incomparable y su dulzura que hizo más llevadero este camino.

Al Hospital Sergio Bernales, a su gran equipo de profesionales que me apoyaron y contribuyeron a lo largo de mi internado, así como a la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres; William y Sonia. Por seguir apoyando mis sueños a pesar de mis tropiezos, por enseñarme que rendirse no es una opción.

A mi hermano William por brindarme su tiempo, por esa complicidad que solo los hermanos tenemos.

A mis familiares por demostrarme el valor de la palabra "familia".

A mis "vekitos" que hubiesen querido acompañarme en este importante paso, pero que me miran desde el cielo con orgullo y felicidad.

A mi hija Luana, por las noches que me esperó despierta, por darme la alegría, fortaleza y coraje que me hacía falta.

RESUMEN

Antecedentes: La obesidad es un trastorno multifactorial, y las causas ambientales como el estilo de vida, las dietas poco saludables y la inactividad física. **Objetivo:** Determinar si la obesidad es un factor asociado al desarrollo de dislipidemia en pacientes del Servicio de endocrinología atendidas en el hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018. **Métodos:** Estudio observacional de corte transversal de tipo casos y controles, en 101 casos y 202 controles atendidos en el consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales con diagnóstico de dislipidemia buscando las variables de sexo, edad y obesidad. Se hallaron los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95% **Resultados:** La edad promedio de toda la población fue de $48,2 \pm 15,3$ y la prevaecía del sexo femenino predomino sobre el masculino con un 82,2% sobre un 17,2%. En el análisis bivariable La dislipidemia se asoció estadísticamente con el peso con un ORa de 4,44 (IC 95%:2,66 – 7,41) y la obesidad con un ORa de 4,65 (IC 95%:2,42 - 8,95), sin embargo, no tuvieron asociación significativa con el sobrepeso obteniendo un ORa 1,26 (IC 95%:0,62 - 2,56) **Conclusiones:** Se halló una asociación significativa entre la dislipidemia con el peso y la obesidad.

Palabras clave: Obesidad, dislipidemia, Factores de Riesgo, casos y controles.
(Fuente: DeCs BIREME).

ABSTRACT

Background: Obesity is a multifactorial disorder, and environmental causes such as lifestyle, unhealthy diets and physical inactivity. **Objective:** To determine whether obesity is a factor associated with the development of dyslipidemia in patients of the Endocrinology Service treated at the Sergio Bernales hospital in the period January - June 2018. **Methods:** Observational cross-sectional study of cases and controls type, in 101 cases and 202 controls attended in the external Endocrinology office of the Sergio Bernales National Hospital during the period of January-June 2018 with diagnosis of dyslipidemia. **Results:** Most frequent types of dyslipidemia in the population studied, it is found that the most frequent type of dyslipidemia is high LDL, with 51%; followed by low HDL, with 26%; it is followed by hypercholesterolemia with 14% and, finally, hypertriglyceridemia with 9%. An association was found in the multivariate analysis of overweight with an adjusted OR of 1.05 (95% CI: 0.50 - 2.21), obesity with an adjusted OR of 2.65 (95% CI: 1.05 - 6.74) and the weight with an adjusted OR of 1.02 (95% CI: 1.00 - 1.05). **Conclusions:** A significant association was found between dyslipidemia with weight and obesity.

Keywords: Obesity, dyslipidemia, Risk Factors, cases and controls (Source: MeSH MEDLINE)

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, el crecimiento gradual en la prevalencia de la obesidad se ha producido en muchas áreas del mundo,¹ tanto en países en desarrollo como desarrollados, incluyendo a Perú y Latinoamérica. Más de mil millones de adultos en todo el mundo sufren de exceso de peso.^{2,3} Según los últimos estudios realizados en nuestro país, una gran proporción de personas sufren de sobrepeso y obesidad.² El cambio epidemiológico por el que atraviesa nuestro país está generando una mayor tasa de enfermedades crónicas no transmisibles, sin un detrimento claro de la tasa de enfermedades transmisibles.⁴ La obesidad es un trastorno multifactorial, y las causas ambientales como el estilo de vida, las dietas poco saludables y el sedentarismo, así como las causas genéticas, son factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad que se asocia con varias enfermedades no transmisibles,⁵ como diabetes, artritis, hipertensión, hiperlipidemia y enfermedades cardiovasculares.⁶ La enfermedad cardiovascular es una enfermedad crónica primaria no transmisible que puede ser causa de discapacidad, que es más crítica en edades activas.⁷ Los estudios muestran que las enfermedades crónicas son responsables del 50% de la carga de la enfermedad total en los países de ingresos medios, y el 12% de este porcentaje estaba relacionado con las ECV.⁸ La mortalidad por enfermedad cardiovascular está relacionada con el grado de obesidad, y se ha reportado un riesgo tres veces mayor en hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad en los EE. UU.⁸ Aplicando el índice de masa corporal (kg / m^2) como marcador del exceso de acumulación de grasa corporal, se puede demostrar la asociación existente entre el nivel de obesidad y la presencia o no de dislipidemias, que son las principales causas de la aterosclerosis que conlleva a la enfermedad cardiovascular.⁹

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.5 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	12
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2 BASES TEÓRICAS	21
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	26
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1 HIPÓTESIS GENERAL	27
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	28
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	29
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31

4.5	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	32
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	32
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN		33
5.1	RESULTADOS	33
5.2	DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES		40
RECOMENDACIONES		41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		42
ANEXOS.....		48

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la cantidad de personas obesas constituyen casi el doble de aquellos con peso bajo en estadísticas globales.¹ De mantenerse esta tendencia al crecimiento; algunos estudios refieren que para el año 2030 la población en el mundo con sobre peso será en un 40% las personas obesas constituirá la quinta parte la población mundial.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ,³ refiere que desde 1975, la prevalencia de obesidad en personas mayores de 18 años se ha casi triplicado a nivel mundial, según algunos estudios en el 2016, más de 1900 millones de personas mayores de 18 años presentaban sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, lo que implica una prevalencia en adultos mayores de 18 años del 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.

La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.³

Las estimaciones para el sobrepeso en lactantes e infantes en todo el mundo para 2016 indican que hubo 41 millones de niños en edad preescolar tenían sobrepeso o eran obesos, así mismo había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad.³

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.³

Estudios anteriores realizados por la FAO demuestran que el sobrepeso y la obesidad representan el 6to factor primordial de alto riesgo a nivel mundial. Aproximadamente unos 3,4 millones de pacientes en edad madura mueren a consecuencia de dichas enfermedades.³

Como ya es conocido el tejido graso está encargado de la elaboración y liberación en sangre de diversas hormonas que guardan relación con la regulación de la ingesta de alimentos. Así mismo la obesidad está asociada a diversos factores de riesgo tales como dislipidemia, incremento de presión sanguínea, alteración del metabolismo de la glucosa y condiciona un estado protrombótico. Mejorar las condiciones alimenticias puede servir como factor protector para evitar futuros eventos isquémicos.⁴

A nivel nacional, en la mayoría de poblaciones se observa un alza en la prevalencia, todo ello en relación al tiempo y esto se debe a que los factores condicionantes se mantienen inalterables.⁵

En el Informe de Nutrición Mundial 2017, en nuestro país se observa que más de la mitad (61%) de las mujeres adultas presentan algún grado de sobrepeso y obesidad. Así mismo se observó que las tasas de sobrepeso y obesidad se incrementan a nivel mundial. A nivel nacional el 7 % de los menores de cinco años tiene sobrepeso. Este porcentaje aumenta a 20% en adolescentes y a 53% y 61% en hombres y mujeres adultos respectivamente.⁶

Todos estos factores externos representan una gran traba para el sistema de salud ya que es difícil su control y posterior seguimiento. Por eso es primordial la identificación pronta de esta patología ya que constituye una acción prioritaria para su manejo y así poder frenar el impacto de la obesidad.

Es por esto que este trabajo se enfocará en determinar si la obesidad es un factor de riesgo para desarrollar dislipidemia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es la obesidad un factor asociado al desarrollo de dislipidemia en pacientes de endocrinología atendidas en el Hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ en el 2016 se registró que el 39% de adultos mayores de 18 años estaban con sobrepeso y el 13% eran obesas. Así mismo se estima que cada año perecen alrededor 3,4 millones de personas adultas como resultado del sobrepeso o la obesidad.

Aproximadamente más de 3 millones de personas en América Latina presentan un peso por encima del promedio normal para edad y talla, formando así un 58% de la totalidad de habitantes de la región.⁷

La tasa de obesidad de las mujeres estila por encima al de los hombres en 10 %. Esto en más de 20 países de la región.⁷

En Perú se observa que casi tres cuartas partes (61%) de las mujeres adultas tienen sobrepeso.⁶ Actualmente; en el mundo, la obesidad está catalogada como una epidemia tanto para niños como para adultos. La cual se encuentra relacionada casi directamente con la hipertensión, dislipidemia, hipertrigliceridemia y la diabetes. La condición es llamada síndrome metabólico. Ocasionando un riesgo cardiovascular.⁸

Según la OMS los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares dañan por igual a ambos sexos, y más del 80% ocurren en países de ingresos bajos y medios. La OMS estima que en el 2030 fallecerán alrededor de 23,3 millones

de personas por alteraciones cardiovasculares, en especial por cardiopatías.⁹ Refiere que la prevalencia en personas menores de 40 años con enfermedades cardiovasculares está volviéndose algo común⁸

El presente trabajo se realizó en base a las cifras de prevalencia señaladas, la cual constituye una materia de preocupación tanto a nivel mundial como nacional, que registra una alta prevalencia así como el impacto que ocasiona en la salud de las personas que la aquejan, constituyendo un factor de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles crónicas como es el caso de la dislipidemia la cual conlleva, a su vez a tener un factor de riesgo cardiovascular.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Se estudió los pacientes obesos mayores de 18 años que asistan a consulta externa de Endocrinología del Hospital Sergio Bernales en el periodo de enero-junio del 2018.

1.5 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Es el área de Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Enfermedades Cardiovasculares, basado en las Prioridades Nacionales de Investigación de Salud del 2015-2021.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si la obesidad es un factor asociado al desarrollo de dislipidemia en pacientes del Servicio de endocrinología atendidas en el hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.
- Identificar el grado de obesidad de los pacientes incluidos en el estudio.
- Identificar el tipo de dislipidemia en los pacientes incluidos en el estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En el estudio de **Magallanes y col**, “**Sobrepeso, obesidad y dislipidemias en población universitaria del noreste de México**” Aquí se evaluó a 292 pacientes a quienes se les tomaron diversas muestras de sangre para evaluar el perfil lipídico, además se evaluó peso y talla para el cálculo del IMC. Al final se obtuvo como resultado que los pacientes con IMC por encima de lo normal tienen 2.55 veces el riesgo de presentar alteración en el recuento de Lípidos en sangre, en comparación con los que presentan un peso normal. (IC95:1.46–4.46).¹

En el estudio de **Firmann y col**, “**El estudio CoLaus: un estudio basado en la población para investigar la epidemiología y los determinantes genéticos de los factores de riesgo cardiovascular y el síndrome metabólico.**” realizado en el año 2008, el cual fue de corte transversal se hizo una muestra aleatoria de 6.188 (3.251 mujeres y 2.937 hombres) de 35 a 75 años. Donde se encontró que la obesidad, tabaquismo, hipertensión, dislipidemia y diabetes estuvieron presentes en 947 (15.7%), 1673 (27.0%), 2268 (36.7%), 2113 (34.2%) y 407 (6.6%) de los participantes, respectivamente, y la prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres. En ambos sexos, la prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes aumentó con la edad.²

En el estudio de **Ashton y col**, “**Índice de masa corporal y factores de riesgo metabólico para enfermedad coronaria en mujeres**” realizado en el año 2001, el cual buscó determinar los factores de riesgo cardiovascular en 14 077 mujeres, de 30 a 64 años. Las principales medidas de resultado fueron presión arterial sistólica y diastólica, colesterol total en suero, colesterol HDL, relación colesterol total / colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, apolipoproteína A1,

apolipoproteína B, lipoproteína (a), glucosa en sangre en ayunas y un 10- previsto año puntaje de riesgo coronario. En siete categorías de índice de masa corporal, es decir, <20, 20, 22, 24, 26, 28 y > o = 30 kg. m (-2), hubo aumentos altamente significativos ajustados por edad en los factores de riesgo (todos $P < 0.001$), excepto por una disminución en el colesterol HDL y ApoA1 (todos $P < 0.001$) y ninguna relación con la lipoproteína (a) ($P = 0.05$). Basado en una estimación multifactorial de riesgo de enfermedad coronaria a 10 años.³

En el estudio de **Montiel-Jarolín, “Prevalencia de colesterol HDL-bajo asociado a otros factores de riesgo cardiovascular en una población adulta en la Policlínica del Hospital Central del Instituto de Previsión Central”** realizado en el año 2013, el cual fue descriptivo, observacional de corte transversal; realizada en una población adulta de 110 pacientes, aparentemente sanos, la frecuencia del c-HDL bajo fue del 48%, las mujeres en un (83%), y en su mayoría tuvieron tendencia al HDL normal. Los varones acudieron menos a consulta y presentaron porcentajes más elevados de c-HDL bajo. La mitad de los pacientes presentaban hipercolesterolemia; 95% de los pacientes eran sedentarios. Hubo un bajo porcentaje de intolerantes a la glucosa y elevado de hipertensos no controlados. El c-LDL no fue elevado en promedio y no arrojó diferencias entre los grupos c-HDL normal y bajo.⁴

En el estudio de **Zhang M, et al “Análisis de regresión logística multinivel sobre factores de riesgo relacionados con hipercolesterolemia entre adultos en China”** realizado en el año 2018 se tuvo como resultado que dentro de los factores de riesgo individuales asociados con la hipercolesterolemia incluía el envejecimiento, el nivel de educación superior o el ingreso familiar anual per cápita, el consumo regular de alcohol, la ingesta excesiva de comida roja, la inactividad, el sobrepeso o la obesidad. (todos $P < 0,05$).⁵

En el estudio de **Zhang ZB et al, “Prevalencia de dislipidemia y nivel de lípidos en sangre normales en la población de Uygur en el área de Kashgar de la Región Autónoma Uygur de Xinjiang”** realizado en el año 2017. Se estudiaron un total de 5 078 residentes locales de

edades ≥ 18 años y donde se analizaron 521 pacientes con diabetes, se obtuvo como resultado que la edad ≥ 65 años, el sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal aumentaron el riesgo de dislipidemia en 0.771 veces (IC 95%: 1.015-3.088), 1.132 veces (IC 95%: 1.290-3.523), 1.688 veces (IC 95%: 1.573- 4.592) y 0.801 veces (IC 95%: 1.028-3.155) respectivamente. Así mismo, en comparación con los hombres, las mujeres fueron un factor de protección para la dislipidemia (OR = 0.507, IC 95%: 0.334-0.769). Se obtuvo también como resultado que la tasa normal del nivel de LDL-C disminuyó con el aumento de la edad, el IMC y las circunferencias de cintura (prueba de tendencia $\chi^2(2) = 18.049$, $P < 0.001$; prueba de tendencia $\chi^2(2) = 10.582$, $P = 0.001$; $\chi^2(2) = 19.081$, $P < 0.001$), pero aumentó con el nivel educativo (prueba de tendencia $\chi^2(2) = 9.764$, $P = 0.002$). Por lo que se concluyó que la obesidad fue el factor de riesgo más importante para dislipidemia en esta área.⁶

En el estudio de **Lanas y col**, “**Prevalencia, distribuciones y determinantes de la obesidad y la obesidad central en el Cono Sur de América**” realizado en el año 2016. Se trabajó con un total de 7.524 mujeres y hombres, de entre 35 y 74 años los cuales fueron seleccionados aleatoriamente de 4 ciudades del Cono Sur de América Latina. En dicho estudio se obtuvo como resultado que tanto en hombres como en mujeres, la obesidad se asoció con una mayor prevalencia de dislipidemia (OR 1.83 (IC 95% 1.50 a 2.24) y 1.69 (IC 95% 1.45 a 1.98), respectivamente. Por lo que se concluyó que la obesidad y la obesidad central están fuertemente asociadas con la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.⁷

En el estudio de **Ebrahimi y col**, “**Dislipidemia y sus factores de riesgo entre los iraníes urbanos de mediana edad: un estudio basado en la población**”, realizado en el año 2016. Se evidenció a través de sus resultados que la prevalencia de dislipidemia fue del 66.5% (IC 95%: 64.4-68.6) en los hombres, 61.3% (IC 95%: 59.5-63.2) en las mujeres, y 63.4% (IC 95%: 62.0-64.9%) en ambos sexos. La prevalencia de hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, HDL-C bajo y LDL-C alto, respectivamente, fue de 28.8%, 13.4%, 42.3% y 13.4%,

respectivamente. Así mismo en el modelo de regresión logística multivariante, el aumento de la edad (para las mujeres), la obesidad abdominal, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión y la diabetes se asociaron con un aumento en la dislipidemia.⁸

En el estudio de **Wollner M y col. “Precisión de los puntos de corte del índice de masa corporal de la OMS para medir la obesidad específica de género y edad en adultos de mediana edad que viven en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil”**, realizado en el año 2017. El cual fue un estudio prospectivo de corte transversal realizada en 856 adultos (413 hombres y 443 mujeres), con edades comprendidas entre 30 y 59 años. Los datos se recopilaron durante un período de dos años (2010-2011), y todos los participantes se sometieron a una evaluación antropométrica. Teniendo como resultados los puntos de corte del IMC para predecir el% de BF fueron 29.9 kg / m² en hombres y 24.9 kg / m² en mujeres, concluyéndose que existen puntos de corte para predecir el nivel de grasa corporal.⁹

ANTECEDENTES NACIONALES

En el estudio de **Navarreta y Loayzas, “Índice de masa corporal y niveles séricos de lípidos”** realizado en el año 2016 en el Lima, en un estudio observacional, transversal y retrospectivo. En personas que fueron estudiadas en diversos establecimientos de salud de la capital realizadas en el 2014 y 2015. Se usó la prueba del chi cuadrado para hallar la relación entre el índice de masa corporal y niveles séricos de lípidos. Se encontró que del total, los individuos de sexo masculino representaron un 39,7% de la población y la femenina un 60,3% respectivamente. La mediana de la edad fue de 34,2 años. Las personas con sobrepeso y obesidad representaron un 40,7% del total de la población, obteniendo el sexo masculino la mayor cantidad con un 54,6%, y el femenino un 33%.El estudio concluyó en que hubo una asociación estadísticamente significativa entre el IMC y los triglicéridos (p<0.05), colesterol (p<0.05) y cHDL (p<0.05).¹⁰

En el estudio de **Rodriguez y col, “Sobrepeso y dislipidemias en adolescentes”** realizado en el año 2016 en el Lima, en un estudio descriptivo transversal, en el cual colaboraron 372 adolescentes de secundaria de un colegio local. Se realizó medición para poder hallar el índice de masa corporal y la circunferencia abdominal, así como se obtuvo muestras de sangre con previo ayuno. Se realizaron los estudios, se encontró que las personas de sexo masculino obtuvieron mayor peso, talla y de circunferencia abdominal. Además se encontró los valores de la media de lipoproteínas de alta y baja densidad, colesterol total y triglicéridos fueron parecidos en ambos sexos y que no hubo una asociación significativa con un valor p mayor a 0,05. Se encontró que los valores de colesterol total límite alto fue de 18,5%, los triglicéridos límite alto fue de 26,6%, y alto el 7,5%, en donde el predominio fue del sexo femenino. Por lo tanto se halló que los adolescentes representaron la cuarta parte de los que tenían exceso de peso y de grasa abdominal. Además de que la hipertrigliceridemia fue la alteración lipídica que tuvo mayor frecuencia en esta población.¹¹

En el estudio de **Pajuelo y col, “Obesidad, resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2 en adolescentes”**, realizado en el año 2018 en el Lima, en un estudio observacional, descriptivo y transversal. En donde 1206 participantes eran adolescentes de sexo femenino. Se hallaron los valores a través de estudios determinados, en donde se midió el nivel sérico de la glucosa e insulina, también se realizó un perfil lipídico a cada uno de ellos. Además de las adolescentes con obesidad con resistencia a la insulina, se realizó una prueba para determinar la tolerancia oral a la glucosa. Los resultados fueron que del total de las adolescentes, el 25,1% presentaron obesidad, y de este porcentaje de adolescentes obesas el 28,1% presentaron resistencia a la insulina. Se encontró una asociación entre la resistencia a la insulina con la hipertrigliceridemia con un OR de 10,9 (IC 95%: 5,4-26,6), hipercolesterolemia con un OR de 12,1 (IC 95%: 4,9-30,1), y C-LDL con

un OR de 7,6 (IC 95%: 3-19,5). Por lo tanto, las adolescentes con obesidad presentaron una resistencia a la insulina de 28,1%, pero ninguna diabetes mellitus.¹²

En el estudio de **Villena y col**, “**Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú**”, realizado en el año 2017 en el Lima, en un estudio en donde la búsqueda se realizó por medio de una búsqueda de tipo sistemática en PubMed, SciELO, LILACS y las publicaciones del Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud. Se encontró que en el año 2006 el sobrepeso en jóvenes adultos fue de 30,9%, en adultos fue de 42,5% y adultos mayores fue de 21,7%. En donde la obesidad prevalece en un 8,7% en el adulto joven de 20 a 29 años, con 19,8% en el adulto y un 10,6% en adultos mayores de 60 años. Además se halló una asociación con el exceso de peso y sexo femenino, no ser pobre y habitar en una zona urbana. Los niños con sobrepeso que son menores de 5 años fue de 6,4%, en edades de 5 a 9 años fue de 15,5% y adolescentes con un 11%. Los niños con obesidad fue menor, con un 1,8% en menores de 5 años, 8,9% en edades de 5 a 9 años y 3,3% en adolescentes. Los factores que presentaron una asociación con el exceso de peso fueron nivel de educación primaria, no ser pobre y habitar en una zona urbana. Además en la Encuesta Nacional de Salud, realizada en el año 2014, en personas mayores o igual a 15 años, se encontró que los que presentaron sobrepeso fue de 33,8%. Estas cifras fueron mayores en el departamento de Lima con un 35,7% y en la costa con un 36,7%, en la selva con un 33,4% y que en la región andina con un 29,8%. La obesidad fue de 18,3%, se encontró cifras mayores en áreas urbanas con un 21,5%; en cambio en zonas rurales fue de 8,9%.¹³

En el estudio de **Malaga y Zevallos**, “**Elevada frecuencia de dislipidemia y glucemia basal alterada en una población Peruana de altura**”, realizado en el año 2010 en Arequipa, en un estudio transversal que se realizó en altoandina de Lari con 3600 en 74 pobladores con un edad mayor de 18 años. En donde se determinó los valores del índice de masa corporal, los niveles de glucosa y el perfil lipídico. Se encontró que

la mediana de la edad fue de $51,7 \pm 18,0$ años, el sexo femenino fue 62,2%, la mediana del índice de masa corporal fue de $25,6 \pm 3,7$. Se halló que el 40,6% tuvo hipercolesterolemia, el 77% tuvo un HDL anormalmente bajo y el 71,7% tenía los niveles elevados de LDL. Los que presentaron una alteración en los niveles de glucosa fueron un 27% y con niveles de glucosa mayores de 126 fue un 1,3%. Por lo tanto, la población altoandina presento niveles elevados de glucosa basal en ayunas, hipercolesterolemia y valores de HDL relativamente bajo.¹⁴

En el estudio de **Saavedra, “Dislipidemia en adultos de Trujillo según su índice de masa corporal”**, realizado en el año 2014 en Trujillo, en un estudio epidemiológico, observacional, prospectivo, transversal y analítico. En donde el masculino obtuvo unos valores asociados significativamente mayores con el índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, valores de glucosa y concentración de triglicéridos. Por el contrario, el sexo femenino no tuvo una mayor asociación de manera significativa con la concentración de colesterol, HDL y LDL. En los varones con sobrepeso fue de 78.82 % y con obesidad con un 85 %; en las mujeres 86.52% tuvo sobrepeso y el 74.11% obesidad. El sobrepeso y la obesidad en varones con la dislipidemia mixta, la hipertrigliceridemia y la asociación de hipertrigliceridemia con HDL disminuidas, fueron más frecuentes que los adultos con índice de masa corporal normal.¹⁵

En el estudio de Porras “Colesterol HDL bajo como factor de riesgo cardiovascular en migrantes rurales, urbanos y rurales-urbanos: estudio de cohorte PERÚ MIGRANTE” realizado en el año 2016. Se analizaron datos de 988 participantes, migrantes rurales (n = 201), migrantes de zonas rurales a urbanas (n = 589) y urbanas (n = 199). Dentro de los resultados del análisis multivariable, el grupo urbano (en comparación con el rural), el sexo femenino, el sobrepeso y la obesidad se asociaron de forma independiente con el bajo nivel de HDL-c. Solo el sexo femenino, el sobrepeso y la obesidad se asociaron con niveles bajos de HDL-c no aislado. Así mismo los análisis longitudinales mostraron que el

HDL-c bajo no aislado aumentó el riesgo de resultados cardiovasculares negativos (RRR = 3,46; IC del 95%: 1,23-9,74).¹⁶

En el estudio de **Gómez-Avellaneda**, “**Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario**” realizado en el año 2017 en el Perú, encontró que, de 127 trabajadores de salud, se encontró que la prevalencia de colesterol total elevado fue de 30,1 %; mientras que de triglicéridos 40,5% y de HDL bajo fue de 69,3%; el LDL elevado constituyó al 55,2% de la muestra. Así también, la dislipidemia y el exceso de peso fue mayor en el grupo de mujeres; siendo la proporción de sobrepeso en la población total de 41,1%; 25,8% para obesidad y 37,5% para obesidad abdominal.¹⁷

2.2 BASES TEÓRICAS

Definición Obesidad y Dislipidemia

La obesidad y la dislipidemia están surgiendo como grandes desafíos de salud pública en todos los países a nivel mundial. La prevalencia de la obesidad es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, y las mujeres se ven más afectadas que los hombres. Además, la obesidad en la infancia y la adolescencia está aumentando rápidamente.¹⁸

Actualmente la obesidad en los latinoamericanos tiene ciertas características: alta prevalencia de obesidad abdominal, con más adiposidad subcutánea intraabdominal y troncal que los caucásicos blancos. Además, hay una mayor acumulación de grasa en los sitios "ectópicos", a saber, el hígado y los músculos esqueléticos.

El aumento de la obesidad y la dislipidemia se debe principalmente a la nutrición, el estilo de vida y las transiciones demográficas, las dietas cada vez más defectuosas y la inactividad física, en el contexto de la predisposición genética. Las pautas dietéticas para la prevención de la obesidad y la diabetes¹⁹.

La obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede afectar la salud. El índice de masa corporal (IMC), que

es el peso en kilogramos dividido por la altura en metros cuadrados, se utiliza para identificar la obesidad.

Para los adultos, un IMC de 25.0 a 29.9 kg / m² se define como sobrepeso y un IMC de 30 kg / m² o más se define como obeso. El IMC no se usa para niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad; en cambio, se recomienda utilizar una escala de percentiles basada en el sexo y la edad del niño. En esta población, el sobrepeso se define como un IMC en el percentil 85 al 94, y la obesidad es un IMC igual o superior al percentil 95.²⁰

Por cada aumento de 5 unidades en el IMC por encima de 25 kg / m² , la mortalidad general aumenta en un 29%, la mortalidad vascular en un 41% y la mortalidad relacionada con la diabetes en un 210%.²¹

El sistema está destinado a complementar las medidas actuales y se ha encontrado que es un predictor fuerte e independiente del aumento de la mortalidad.

En los países desarrollados, se consideró que más hombres tenían sobrepeso u obesidad que las mujeres; Lo contrario se observó en los países en desarrollo.

Factores asociados con el desarrollo de la obesidad

Se desconoce la causa exacta de la obesidad; sin embargo, parece haber una relación compleja entre factores biológicos, psicosociales y de comportamiento, que incluyen la composición genética, el estado socioeconómico y las influencias culturales.²²

La obesidad se ha relacionado con el aumento de la edad materna, mayor fecundidad, falta de sueño, disruptores endocrinos, iatrogenesis farmacéutica y efectos intrauterinos y sobre todo la mala alimentación que últimamente ha ido en aumento.²³

Alimentación.

Las elecciones de alimentos, que están influenciadas por el hogar, el cuidado infantil, la escuela, el lugar de trabajo y los entornos comunitarios, afectan directamente el tipo y la cantidad de ingesta calórica. En los últimos 100 años, debido a los avances tecnológicos en el procesamiento de alimentos, los tipos de alimentos consumidos han cambiado. Los alimentos con disminución de fibra y aumento de grasa, azúcar simple, sal y aumento de calorías están más disponibles, y generalmente son más baratos que las alternativas más saludables. El consumo de estos alimentos ultraprocesados ha llevado a un aumento de 205 calorías en la ingesta calórica diaria promedio de un individuo desde la década de 1960.²⁴

Un estudio realizado en estudiantes informó que dos tercios de los estudiantes de secundaria bebieron algún tipo de bebida azucarada (por ejemplo, gaseosas, ponche hawaiano, limonada, Kool-Aid, otras bebidas de frutas azucaradas, té helado) al menos una vez al día, y aproximadamente el 22% los bebió al menos 3 veces al día. Los estudiantes de raza negra varones y no hispanos comían en un restaurante de comida rápida al menos 1 día a la semana, veían televisión más de 2 horas al día y tenían una mayor probabilidad de consumir bebidas azucaradas al menos 3 veces al día. El consumo de bebidas azucaradas se asocia con un aumento en el riesgo de obesidad; el riesgo aumenta 1.6 veces (IC 95%, 1.14-2.24; P = .02) por cada porción adicional de bebida azucarada consumida diariamente.²⁵

El consumo de alimentos ricos en energía se asocia positivamente con un aumento en la circunferencia de la cintura, un estudio longitudinal de 6 años demostró que las mujeres que consumían una dieta compuesta de alimentos con mayor densidad energética, que consistía en más porciones de los grupos de granos, carnes y grasas tuvieron un aumento en el IMC de 2.5 unidades, mientras que las mujeres que consumieron dietas bajas en energía, que contenían más porciones de vegetales y frutas, tuvieron un aumento en el IMC de 0.9 unidades.²⁶

Entorno y actividad física

La composición racial o cultural del entorno de vida probablemente influye en el peso de una persona. En otro informe, la segregación racial en las áreas metropolitanas no se asoció con la obesidad entre los hombres; sin embargo, la segregación pareció afectar las tasas de obesidad entre algunas mujeres.²⁷

El entorno urbano de una persona afecta la cantidad y el tipo de actividad física. Un estudio examinó la proximidad de las instalaciones de actividad física a las ubicaciones residenciales.²⁸

Las áreas socioeconómicas más altas tenían un mayor número de instalaciones de actividad física, que, a su vez, se asociaron con mayores probabilidades relativas de adolescentes que participaban en al menos 5 sesiones de actividad física a la semana y menores tasas de sobrepeso en adolescentes. El aumento de la actividad física es importante en el manejo del exceso de peso; Las pautas clínicas recomiendan que todos los programas de manejo de la obesidad consistan en una dieta baja en calorías, mayor actividad física y modificación del comportamiento.²⁸

Fisiopatología de Obesidad y dislipidemia

El aumento de peso, como respuesta a la sobrenutrición y la reducción del gasto energético, conduce al sobrepeso y la obesidad, condiciones asociadas con procesos intensivos de hiperplasia e hipertrofia de adipocitos.²⁹ Además, la obesidad se acompaña de infiltración de macrófagos en el tejido adiposo, seguida de un cambio de su fenotipo de M2 antiinflamatorio a M1 proinflamatorio.³⁰ Todos estos cambios en la composición del tejido adiposo están asociados con la secreción alterada de adipocinas y el desarrollo de la disfunción del tejido adiposo (adiposopatía) que es responsable de las enfermedades metabólicas relacionadas con la obesidad.³¹ La resistencia a la insulina / hiperinsulinemia es el trastorno metabólico más común en la obesidad y es la principal fuerza impulsora detrás del desarrollo de la dislipidemia.

En los últimos años, la forma de dislipidemia que surge de la acción concertada de la resistencia a la insulina y la obesidad se reconoce como "dislipidemia metabólica".³² Las altas concentraciones de triglicéridos (TG) acompañadas por la disminución de las concentraciones de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) son sus características principales. Las concentraciones de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) podrían ser óptimas o ligeramente aumentadas, aunque el número de partículas de LDL (LDL-P) puede aumentarse.³³ La dislipidemia es un vínculo importante entre la obesidad y el desarrollo de muchas patologías más tales como la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular (ECV) y ciertos tipos de cáncer.³⁴

El comprender que la obesidad y la dislipidemia son problemas de salud pública que ultimadamente ha ido en aumento. Con suerte, esto nos motivará nosotros los profesionales de la salud a ser proactivos e intervenir antes cuando las personas se identifiquen en riesgo o cumplan con la definición de obesidad. Es importante conocer los factores de riesgo de la obesidad, especialmente los que se pueden prevenir, para que así podamos aconsejar a los pacientes sobre cómo evitarlos o minimizarlos.

La obesidad es una interacción compleja entre múltiples factores genéticos, socioeconómicos y culturales que también están asociados con las comorbilidades existentes o resultantes y sus tratamientos. La prevalencia de obesidad sigue siendo alta, al igual que las comorbilidades asociadas y los costos de atención médica. La intervención temprana y el tratamiento efectivo de la obesidad son necesarios para reducir los costos y mejorar los resultados para estos pacientes.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa.

La dislipidemia se define como la variación cuantitativa o cualitativa en el metabolismo de las lipoproteínas que alteran los niveles de colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos en la sangre.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

La obesidad es factor de riesgo para dislipidemia en pacientes obesos.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

La variable dependiente es:

- Dislipidemia

Las variables independientes fueron:

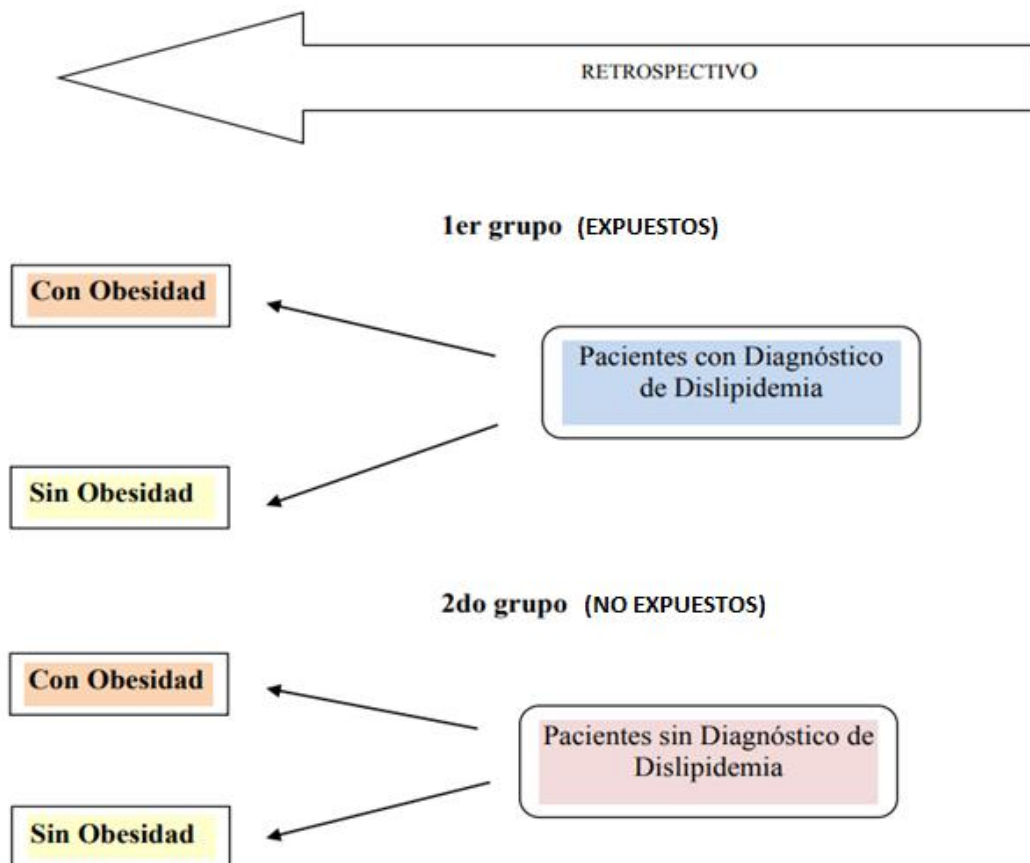
- Obesidad
- Edad
- Sexo

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, de tipo casos y controles. Observacional porque no se manipulo las variables. Transversal porque presento la medición de la exposición anticipada en un solo momento. Analítico porque analizo y expreso los resultados. Retrospectivo por direccionalidad. La investigación respeto los criterios de ajuste del principio de comparabilidad.

El presente trabajo fue realizado en el V Curso Taller de Titulación por Tesis, según metodología publicada.¹⁸



4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Pacientes adultos atendidos en el consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de enero-junio del 2018.

Muestra:

Para hallar el tamaño muestral se calculó usando una fórmula para un diseño de casos y controles, teniendo como una frecuencia de exposición entre los controles del 65% y un OR previsto de 2,16; datos obtenidos de un antecedentes previo¹⁹. Asimismo se usó un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%. Obteniéndose una muestra de 101 casos y 202 controles.

NÚMERO DE CASOS Y CONTROLES DIFERENTES	
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0,65
ODSS RATIO PREVISTO	2,16
NIVEL DE CONFIANZA	0,95
PODER ESTADÍSTICO	0,8
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ESTIMADA ENTRE LOS CASOS	0,80
NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
VALLOR Z PARA ALFA	1,96
VALOR Z PARA BETA	0,84
VALOR P	0,73
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	101
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	202

Unidad de análisis:

Casos: adultos atendidos en el consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de Enero-Junio del 2018 con diagnóstico de dislipidemia.

Controles: adultos atendidos en el consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de Enero-Junio del 2018 sin diagnóstico de dislipidemia.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron a todos los pacientes adultos atendidos en el consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo de Enero-Junio del 2018. Se excluyeron a todos los pacientes cuyas historias clínicas estaban incompletas o eran ilegibles, y aquellos que tuvieron alguna dislipidemia de origen genético.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Natural eza	Indicador	Definición operacional	Definición conceptual
Dislipidemia	Dependiente	Cualitativa	Diagnóstico en historia clínica	0: No 1: Si	presencia de elevación anormal de concentración de grasas en la sangre (colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL)
Obesidad	Independiente	cualitativa	IMC >30	0: No	Índice de masa

	diente	va	kg/m ² consignado en la historia clínica	1: Si	corporal (IMC, cociente entre el peso y la estatura de un individuo al cuadrado) igual o superior a 30 kg/m ²
Edad	Independiente	Cuantitativa	Registro de años cumplidos en historia clínica	1: 60 años o más 0: Menor de 60 años	Número de años del paciente al momento de su consulta
Sexo	Independiente	Cualitativa	Registro de sexo en historia clínica	1: Hombre 0: Mujer	Género orgánico

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Aprobado el proyecto de investigación se solicitó el permiso correspondiente para su ejecución a la dirección del Hospital Sergio Bernales; se coordinó con la oficina de estadística e informática - área de archivo para la identificación de las historias clínicas integrantes del grupo casos y las historias clínicas de los integrantes del grupo control y se procedió con técnicas de muestreo. Las historias clínicas del grupo casos y grupo controles debieron cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, y fueron apareadas según género, edad y procedencia.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Usando estadística descriptiva, las variables cuantitativas fueron descritas según su normalidad en medidas de tendencia central y dispersión. Las variables cualitativas, mediante frecuencias y porcentajes.

Usando la estadística inferencial, teniendo en cuenta los parámetros de un nivel de confianza del 95%, se calcularon los OR usando regresión logística, considerando un valor de p significativo si era menor a 0,05.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Stata ver. 15 con licencia de la Universidad Ricardo Palma.

.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cuenta con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Nacional Sergio Bernales y de la Universidad Privada Ricardo Palma.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que la mediana de la edad fue 48 años, la mayoría de pacientes fueron del sexo femenino con 82,2 %. Asimismo, la mediana del peso fue 66 Kg, la mediana de la talla fue 1,56 m. Además, los pacientes con un índice de masa corporal normal fue un 27,4%, con sobrepeso fue un 34,3% y con obesidad fue un 38,3%. Con respecto a los valores, la mediana de LDL fue de 111, la mediana de la HDL fue de 47, la mediana del colesterol total fue de 170, la mediana de los triglicéridos fue de 139. Con respecto a la presencia de pacientes con dislipidemia fue de 66,7% y con ausencia de dislipidemia fue de 33,3%.

Tabla 1. Características generales de los pacientes de este estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Edad*		48,2 ± 15,3
Sexo		
Masculino	54	17,8%
Femenino	249	82,2%
Peso**		66 (58 – 80)
Talla*		1,5 ± 0,1
IMC		
Normal	83	27,4%
Sobrepeso	104	34,3%
Obesidad	116	38,3%
LDL**		111 (99 – 125)
HDL*		47,3 ± 8,9
Colesterol		178,2 ± 32,8

Total*		
Triglicéridos**		139 (118 – 168)
Dislipidemia		
Presente	202	66,7%
Ausente	101	33,3%

*Media y desviación estándar **Mediana y rango intercuartílico

En la tabla 2 se puede observar una asociación significativa entre peso mayor de 70 Kg (OR: 4,44 IC95%:2,66 – 7,41) con dislipidemia y entre obesidad (OR: 4,65 IC95%:2,42 - 8,95) con dislipidemia.

Tabla 2. Análisis bivariado de factores de riesgo para dislipidemia en pacientes atendidos en consultorio externo de endocrinología del Hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018

DISLIPIDEMIAS				
	Caso (n=101)	Controles (n=202)	Valor p	OR (IC 95%)
EDAD				
60 AÑOS O MÁS	24 (23,7%)	50 (24,8%)	0,850	0,94 (0,54 – 1,65)
MENOR DE 60 AÑOS	77 (76,3%)	152 (75,2%)		
SEXO				
MASCULINO	22 (21,8%)	32 (15,8%)	0,204	1,48 (0,81 - 2,71)
FEMENINO	79 (78,2%)	170 (84,2%)		
PESO				
70KG O MÁS	68 (67,3%)	64(31,7%)	<0,001	4,44 (2,66 – 7,41)
MENOR DE 70KG	33 (32,7%)	138 (68,3%)		

TALLA				
1,6 M O MÁS	32 (31,7%)	58 (28,7%)	0,594	1,15 (0,68 – 1,93)
MENOR DE 1,6M	69 (68,3%)	144 (71,3%)		
ESTADO NUTRICIONAL				
NORMAL	16 (15,8%)	67 (33,2%)	-	Ref.
SOBREPESO	24 (24,8%)	80 (40,6%)	0,529	1,26 (0,62 - 2,56)
OBESIDAD	61 (60,4%)	55 (27,2%)	<0,001	4,65 (2,42 - 8,95)

En la figura 1 se puede observar los Tipos de dislipidemia más frecuentes en la población estudiada, se encuentra que el tipo de dislipidemia más frecuente es el LDL elevado, con 51 %; seguido del HDL bajo, con 26%; le sigue la hipercolesterolemia con 14% y, por último, la hipertrigliceridemia con 9%.

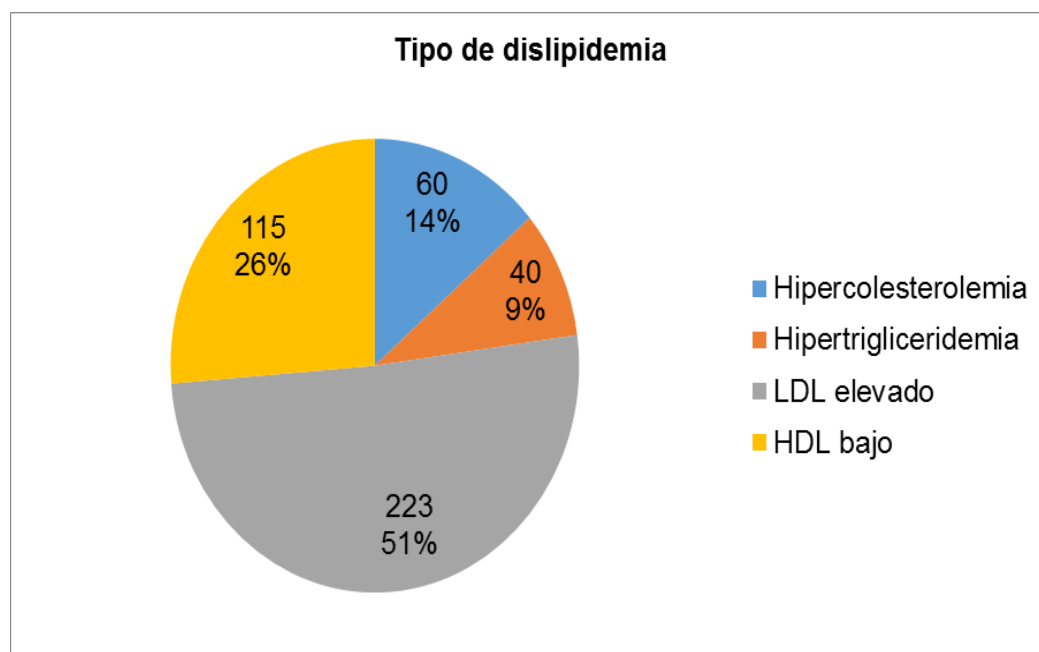


Figura 1. Tipos de dislipidemia más frecuentes en pacientes atendidos en consultorio externo de endocrinología del Hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018

En la figura 2 se puede observar los tipos de obesidad más frecuentes en la población estudiada, se encuentra que el tipo de obesidad más frecuente es el sobrepeso, con 35 %; seguido de la obesidad tipo I, con 21%; le sigue la obesidad tipo II con 9% y por último un 7% con obesidad mórbida o tipo II.

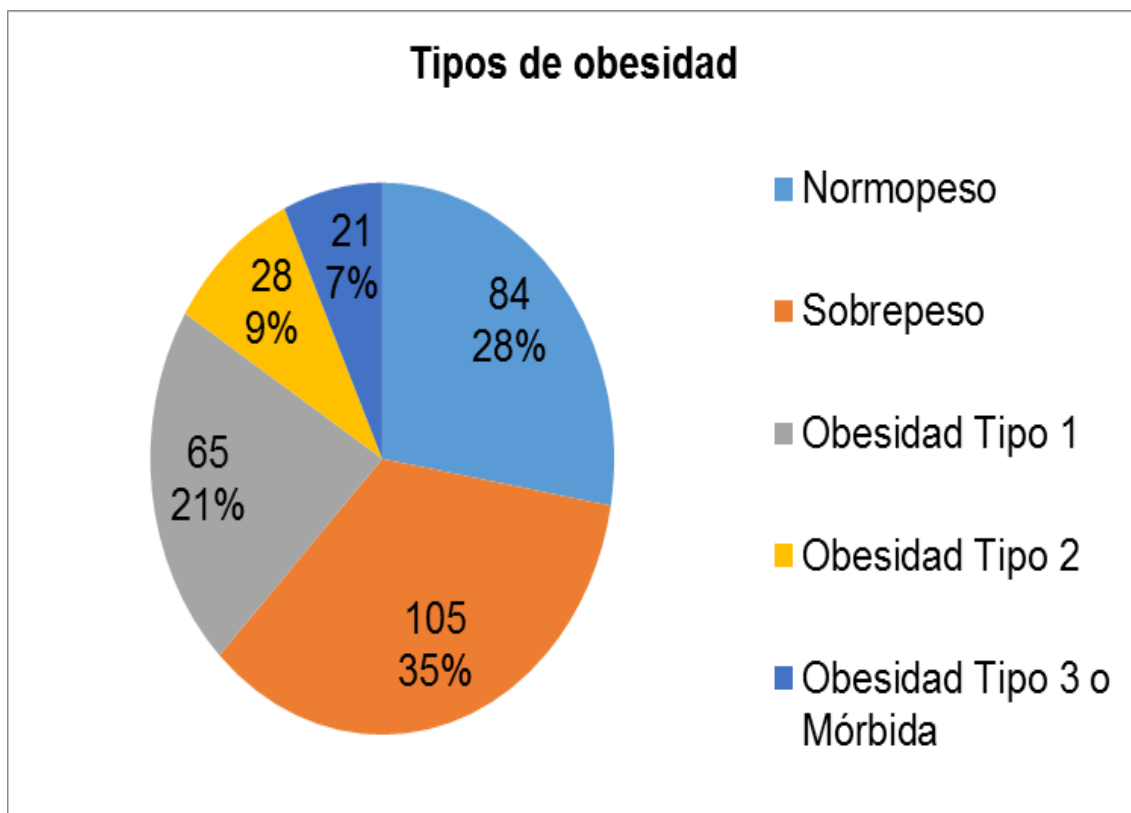


Figura 2. Tipos de obesidad más frecuentes en pacientes atendidos en consultorio externo de endocrinología del Hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018

5.2 DISCUSIÓN

La importancia de este estudio radica en que existe muy poca evidencia en nuestro país sobre la evaluación del sobrepeso y obesidad con respecto a la presencia de las diversas dislipidemias existentes siendo otros, los países como EE.UU. quien presenta más estudios sobre este tema.

La prevalencia de obesidad se duplicó en adultos y se triplicó en niños y adolescentes en estos últimos años. Con base en los números actuales de obesidad infantil en los Estados Unidos, se especula que para 2035 la

prevalencia de enfermedad cardíaca aumentará en un rango de 5% a 16%. Y este incremento no solo se dará en los Estados Unidos sino también en países con niveles socioeconómico bajo.¹⁶

En Estados Unidos la prevalencia ahora supera el 30% presentando así la tasa más alta en todo el mundo, lo que hace que la obesidad sea un problema de salud pública importante. Con la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad se sabe que es la segunda causa principal de muerte prevenible en los Estados Unidos y pronto podría incluso superar al consumo de cigarrillos como la principal causa de muerte prevenible.

En la presente investigación se ha encontrado que la dislipidemia presenta una asociación estadísticamente significativa a la obesidad ya que presentaron 4.64 veces más riesgo para desarrollar dislipidemia. Este resultado concuerda con lo encontrado en algunos estudios anteriores donde se observa asociaciones entre el peso corporal y las lipoproteínas plasmáticas. Otros estudios han encontrado que los cambios en el peso corporal están asociados con cambios en las concentraciones de lípidos.^{25,26} En el Framingham Heart Study, el aumento de peso durante un período de seguimiento de 26 años se asoció con perfiles lipídicos adversos, mientras que la pérdida de peso se asoció con mejoras en el colesterol y demás dislipidemias²⁴. Estos hallazgos fueron confirmados también por un estudio que demostró que los adultos con un peso corporal superior al normal (Obesidad) tienen mayores probabilidades de adquirir todas las dislipidemia. Y particularmente se ha observado, y han demostrado que la obesidad podría estar relacionados con un bajo nivel de HDL o “colesterol bueno” y LDL, Triglicéridos (TG) elevado.²⁵ al igual con los resultados encontrados en nuestro estudio.

Una de las principales dislipidemias encontradas en nuestro estudio fue la LDL elevada con un 51% representado así la mitad con respecto a las otras dislipidemia lo cual es similar a lo encontrado en el estudio realizado por Malaga y Zevallos¹⁴ donde se encontró un 71,7% que tenían los niveles elevados de LDL y 55,2% de LDL elevado que fue reportado por el estudio de Gómez-Avellaneda¹⁷

En el presente estudio se encontró también una prevalencia de HDL bajo en un 26% resultados similares a los realizados por Malaga y Zevallos¹⁴ y Gómez-Avellaneda¹⁷ cuyos resultados fueron de 77% y 69,3% con la diferencia que en el caso de ambos estudios la prevalecía mayor incluso que el de LDL alto fue el presentar un HDL anormalmente bajo^{14,15}.

Con respecto a la hipercolesterolemia en nuestro estudio la prevalencia fue de 14% un resultado mucho menor que el resultado encontrado en el estudio de Gómez-Avellaneda¹⁷ que fue de un 40.6% al igual que en el estudio de Malaga y Zevallos¹⁴ donde se encontró que la prevalencia de colesterol total elevado fue de 30,1 %

La prevalencia de hipertrigliceridemia en el presente estudio fue de un 9% este resultado que encontramos fue menor con respecto al estudio realizado por Rodriguez¹¹ cuyo resultado fue de 26,6% pese a presentar una población de estudio similar al estudio actual.

Los resultados de la cohorte de Framingham proporcionan evidencia adicional de que el IMC tiene una asociación lineal significativa con el colesterol total, el colesterol LDL y las concentraciones de triglicéridos, y está inversamente asociado con el colesterol HDL en hombres y mujeres. La última observación es consistente con otros estudios^{21,22,26,27}. En contraste con el aumento de peso, la pérdida de peso y el ejercicio pueden reducir los niveles de colesterol LDL y triglicéridos, disminuir la relación colesterol total con el colesterol HDL y aumentar los niveles de colesterol HDL^{28,29}.

El aumento en el riesgo cardiovascular depende en gran medida de los cambios en el perfil lipídico como se observa en la obesidad. Estos cambios son disminución de la lipoproteína de alta densidad (HDL) o llamado “colesterol bueno” y aumento de los niveles de la lipoproteínas de baja densidad (LDL) o llamado también “colesterol malo” porque un nivel alto de LDL lleva a una acumulación de colesterol en las arterias nuestro estudio confirma que el LDL posee una frecuencia más elevada que la presencia de HDL.¹⁵

Y es lo que se encontró en este estudio realizado, una asociación de la obesidad como factor de riesgo más frecuente para la dislipidemia y se observó que existe una relación directamente proporcional entre la obesidad y la

presencia de lipoproteínas de baja densidad principalmente con un LDL elevado, mientras con la lipoproteína de alta densidad (HDL) la relación que se observó fue inversamente proporcional evidenciada en nuestro estudio.

Las limitaciones del presente trabajo radican en que se realizó un muestreo por conveniencia, lo cual implica una merma en la validez externa del trabajo, siendo dificultosa la extrapolación de estos resultados a una población general. Además, de que los datos fueron obtenidos de historias clínicas, lo que podría llevar a un riesgo de sesgo de información, al no ser los investigadores los que recogieron directamente estos datos.

CONCLUSIONES

- La obesidad es un factor de riesgo para desarrollar dislipidemia en pacientes atendidos en consultorio externo de endocrinología del Hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018
- El tipo de obesidad más frecuente fue la obesidad tipo 1 en pacientes atendidos en consultorio externo de endocrinología del Hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018-
- El tipo de dislipidemia más frecuente fue el LDL alto en pacientes atendidos en consultorio externo de endocrinología del Hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018-

RECOMENDACIONES

- Se recomienda capacitar en acciones preventivas con respecto al sobrepeso y obesidad; como el desarrollo de estilos de vida saludables, con énfasis en la actividad física y en la alimentación saludable. Con el fin de evitar el desarrollo de la dislipidemia, evitando así eventos como el infarto agudo de miocardio o accidente cerebro vascular, las cuales son complicaciones de gran morbi-mortalidad en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magallanes Monrreal M, Gallegos Cabriales EC, Carrillo Cervantes AL, Sifuentes Leura D, Olvera Blanco MA. Overweight, obesity, and dyslipidemias at a mexican northeastern university population. *Investig Educ En Enferm.* marzo de 2010;28(1):101-7.
2. Firmann M, Mayor V, Vidal PM, Bochud M, Pécoud A, Hayoz D, et al. The CoLaus study: a population-based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. *BMC Cardiovasc Disord.* 17 de marzo de 2008;8:6.
3. Ashton WD, Nanchahal K, Wood DA. Body mass index and metabolic risk factors for coronary heart disease in women. *Eur Heart J.* enero de 2001;22(1):46-55.
4. Montiel-Jarolín D, Aveiro A, Torres Boggino E, Barrios Marsa A, López A. Prevalence of low HDL cholesterol associated with other cardiovascular risks factors in an adult population in the IPS Polyclinic of the Central Hospital from the Central Previtonal Institut. *Rev Nac Itauguá.* diciembre de 2013;5(2):17-20.
5. Zhang M, Wang LM, Chen ZH, Zhao ZP, Li YC, Deng Q, et al. [Multilevel logistic regression analysis on hypercholesterolemia related risk factors among adults in China]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.* 6 de febrero de 2018;52(2):151-7.
6. Zhang ZB, Xue ZX, Wu XJ, Wang TM, Li YH, Song XL, et al. [Prevalence of dyslipidemia and normal blood lipids level in Uygur population in Kashgar area of Xinjiang Uygur Autonomous Region]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi.* 10 de junio de 2017;38(6):702-8.
7. Lanas F, Bazzano L, Rubinstein A, Calandrelli M, Chen C-S, Elorriaga N, et al. Prevalence, Distributions and Determinants of Obesity and Central

- Obesity in the Southern Cone of America. PLoS ONE [Internet]. 14 de octubre de 2016 [citado 24 de febrero de 2020];11(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5065193/>
8. Ebrahimi H, Emamian MH, Hashemi H, Fotouhi A. Dyslipidemia and its risk factors among urban middle-aged Iranians: A population-based study. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 1 de julio de 2016;10(3):149-56.
 9. Wollner M, Paulo Roberto B-B, Alysson Roncally SC, Jurandir N, Edil LS. Accuracy of the WHO's body mass index cut-off points to measure gender- and age-specific obesity in middle-aged adults living in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *J Public Health Res*. 21 de septiembre de 2017;6(2):904.
 10. Navarrete Mejía PJ, Loayza Alarico MJ, Velasco Guerrero JC, Huatuco Collantes ZA, Abregú Meza RA. Índice de masa corporal y niveles séricos de lípidos. *Horiz Méd Lima*. abril de 2016;16(2):13-8.
 11. Rodríguez Domínguez L, Fernández-Britto JE, Díaz Sánchez ME, Ruiz Álvarez V, Hernández Hernández H, Herrera Gómez V, et al. Sobrepeso y dislipidemias en adolescentes. *Rev Cuba Pediatría*. diciembre de 2014;86(4):433-44.
 12. Pajuelo Ramírez J, Bernui Leo I, Sánchez González J, Arbañil Huamán H, Miranda Cuadros M, Cochachin Henostroza O, et al. Obesidad, resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2 en adolescentes. *An Fac Med*. julio de 2018;79(3):200-5.
 13. Villena Chávez JE. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. *Scielo*. 2017;63(4):593-8.
 14. Málaga G, Zevallos-Palacios C, Lazo M de los Á, Huayanay C. Elevada frecuencia de dislipidemia y glucemia basal alterada en una población Peruana de altura. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. diciembre de 2010;27:557-61.
 15. Saavedra DJH. DISLIPIDEMIA EN ADULTOS DE TRUJILLO SEGÚN SU INDICE DE MASA CORPORAL. *Rev Médica Trujillo [Internet]*. 11 de

octubre de 2014 [citado 2 de marzo de 2020];10(2). Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/688>

16. Porrás L, Angeles M de los. HDL colesterol bajo como factor de riesgo cardiovascular en población rural, urbana y rural urbana migrante: Peru migrant. Univ Peru Cayetano Heredia [Internet]. 2016 [citado 24 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/929>
17. Gómez-Avellaneda G, Tarqui-Mamani C. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y dislipidemia en trabajadores de salud del nivel primario. Duazary. 1 de julio de 2017;14(2):141-8.
18. De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatrística Guitierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C. Leo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de medicina y elevando la producción científica en las universidades: Experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica [Internet] 2 de agosto de 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>.
19. Ghazizadeh H, Mirinezhad SMR, Asadi Z, Parizadeh SM, Zare-Feyzabadi R, Shabani N, et al. Association between obesity categories with cardiovascular disease and its related risk factors in the MASHAD cohort study population. J Clin Lab Anal. 13 de diciembre de 2019;e23160.
20. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C, American Heart Association, et al. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. Circulation. 27 de enero de 2004;109(3):433-8.
21. Brown CD, Higgins M, Donato KA, Rohde FC, Garrison R, Obarzanek E, et al. Body mass index and the prevalence of hypertension and dyslipidemia. Obes Res. diciembre de 2000;8(9):605-19.

22. Lamon-Fava S, Wilson PW, Schaefer EJ. Impact of body mass index on coronary heart disease risk factors in men and women. The Framingham Offspring Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* diciembre de 1996;16(12):1509-15.
23. Gardner CD, Kiazand A, Alhassan S, Kim S, Stafford RS, Balise RR, et al. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the A TO Z Weight Loss Study: a randomized trial. *JAMA.* 7 de marzo de 2007;297(9):969-77.
24. Kannel WB, D'Agostino RB, Cobb JL. Effect of weight on cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr.* 1996;63(3 Suppl):419S-422S.
25. Dvoráková-Lorenzová A, Suchánek P, Havel PJ, Stávek P, Karasová L, Valenta Z, et al. The decrease in C-reactive protein concentration after diet and physical activity induced weight reduction is associated with changes in plasma lipids, but not interleukin-6 or adiponectin. *Metabolism.* marzo de 2006;55(3):359-65.
26. Ziaee V, Razaei M, Ahmadinejad Z, Shaikh H, Yousefi R, Yarmohammadi L, et al. The changes of metabolic profile and weight during Ramadan fasting. *Singapore Med J.* mayo de 2006;47(5):409-14.
27. Jousilahti Pekka, Tuomilehto Jaakko, Vartiainen Erkki, Pekkanen Juha, Puska Pekka. Body Weight, Cardiovascular Risk Factors, and Coronary Mortality. *Circulation.* 1 de abril de 1996;93(7):1372-9.
28. Gower BA, Weinsier RL, Jordan JM, Hunter GR, Desmond R. Effects of weight loss on changes in insulin sensitivity and lipid concentrations in premenopausal African American and white women. *Am J Clin Nutr.* 1 de noviembre de 2002;76(5):923-7.
29. Welty FK, Stuart E, O'Meara M, Huddleston J. Effect of addition of exercise to therapeutic lifestyle changes diet in enabling women and men with coronary heart disease to reach Adult Treatment Panel III low-density

- lipoprotein cholesterol goal without lowering high-density lipoprotein cholesterol. *Am J Cardiol*. 15 de mayo de 2002;89(10):1201-4.
30. Gregg EW, Cheng YJ, Cadwell BL, Imperatore G, Williams DE, Flegal KM, et al. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *JAMA*. 20 de abril de 2005;293(15):1868-74.
 31. Ridker PM, Rifai N, Cook NR, Bradwin G, Buring JE. Non-HDL cholesterol, apolipoproteins A-I and B100, standard lipid measures, lipid ratios, and CRP as risk factors for cardiovascular disease in women. *JAMA*. 20 de julio de 2005;294(3):326-33.
 32. Koba S, Hirano T, Kondo T, Shibata M, Suzuki H, Murakami M, et al. Significance of small dense low-density lipoproteins and other risk factors in patients with various types of coronary heart disease. *Am Heart J*. diciembre de 2002;144(6):1026-35.
 33. Manninen V, Tenkanen L, Koskinen P, Huttunen JK, Mänttari M, Heinonen OP, et al. Joint effects of serum triglyceride and LDL cholesterol and HDL cholesterol concentrations on coronary heart disease risk in the Helsinki Heart Study. Implications for treatment. *Circulation*. enero de 1992;85(1):37-45.
 34. Ginsberg HN, MacCallum PR. The obesity, metabolic syndrome, and type 2 diabetes mellitus pandemic: Part I. Increased cardiovascular disease risk and the importance of atherogenic dyslipidemia in persons with the metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus. *J Cardiometab Syndr*. 2009;4(2):113-9.
 35. Jeppesen Jørgen, Hein Hans Ole, Suadicani Poul, Gyntelberg Finn. Relation of High TG–Low HDL Cholesterol and LDL Cholesterol to the Incidence of Ischemic Heart Disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1 de junio de 1997;17(6):1114-20.

36. Ghandehari H, Kamal-Bahl S, Wong ND. Prevalence and extent of dyslipidemia and recommended lipid levels in US adults with and without cardiovascular comorbidities: the National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2004. *Am Heart J.* julio de 2008;156(1):112-9.
37. Brunzell JD, Davidson M, Furberg CD, Goldberg RB, Howard BV, Stein JH, et al. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: consensus statement from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. *Diabetes Care.* abril de 2008;31(4):811-22.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS A

1. Matriz de Consistencia.
2. Operacionalización de variables.
3. Ficha de Colección de Datos.

ANEXO 1: Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
Obesidad como factor de riesgo para dislipidemia en pacientes atendidos en Consultorio Externo de Endocrin	¿Es la obesidad un factor asociado al desarrollo de dislipidemia en pacientes endocrinológicos atendidas en el Hospital	Determinar si la obesidad es un factor asociado al desarrollo de dislipidemia en pacientes del Servicio de endocrin	La obesidad es un factor de riesgo para dislipidemia en pacientes obesos.	Estudio observacional de corte transversal de tipo casos y controles.	La población a estudiar estuvo representada por pacientes adultos atendidos en el consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales	Se tomarán los datos según la ficha de recolección de datos

<p>ología del Hospital Sergio Bernales en el período enero – junio del 2018</p>	<p>Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018?</p>	<p>ología atendida s en el hospital Sergio Bernales en el período Enero – Junio del 2018.</p>			<p>durante el periodo de enero-junio del 2018.</p> <p>Los datos fueron tabulados en una matriz de datos de Microsoft Excel para posteriormente ser analizados en el programa Stata ver. 15 usando regresión logística para hallar los OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%, se usó un valor de p como significativo si era menor a 0,05.</p>	
---	--	---	--	--	---	--

ANEXO 2: Operacionalización de variables

Vari able	Tipo	Natural eza	Indicador	Definición operacional	Definición conceptual
Dislipidemi a	Depend iente	Cualita tiva	Diagnóstic o en historia clínica	0: No 1: Si	presencia de elevación anormal de concentración de grasas en la sangre (colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL)
Obesidad	Indepen diente	Cualita tiva	IMC >30 kg/m ² consignad o en la historia clínica	0: No 1: Si	Índice de masa corporal (IMC, cociente entre el peso y la estatura de un individuo al cuadrado) igual o superior a 30 kg/m ²
Edad	Indepen diente	Cuantit ativa	Registro de años cumplidos en historia clínica	1: 60 años o más 0: Menor de 60 años	Número de años del paciente al momento de su consulta
Sexo	Indepen diente	Cualita tiva	Registro de sexo en historia clínica	1: Hombre 0: Mujer	Género orgánico

ANEXO 3: Ficha de colección de datos

Numero de ficha:

Fecha:.....

I. Datos generales del paciente:

Edad:.....años

Sexo: masculino () femenino ()

II. Datos relacionados con Obesidad

1. Peso:.....Kg

2. Talla:.....cm

3. IMC:.....kg/m²

Normal () Sobrepeso () Obesidad ()

III. Datos relacionados con la dislipidemia

Diagnóstico de Dislipidemia: Si () No ()

Hipertrigliceridemia () H

ipercolesterolemia ()

Dislipidemia Mixta ()

LISTA DE ANEXOS B

- 1. Acta de Aprobación del Proyecto de Tesis.**
- 2. Carta de compromiso del Asesor de Tesis.**
- 3. Carta de aprobación del Proyecto de Tesis.**
- 4. Carta de aceptación de ejecución de la tesis por la sede hospitalaria**
- 5. Acta de aprobación del Borrador de tesis**
- 6. Impresión del Índice de Similitud TURNITÍN.**
- 7. Certificado de asistencia al Curso Taller**

ANEXO 1: Acta de Aprobación del Proyecto de Tesis.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISLIPIDEMIA EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERÍODO ENERO - JUNIO DEL 2018", que presenta el(la) Sr(Srta.) PAMELA DARIA VASQUEZ ROSALES, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
ASESOR(A)

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 5 de Julio de 2018

pág. 36

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR

Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: Pamela Daria Vasquez Rosales

Me comprometo a:


1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamiento
- 3.
4. s y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
5. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
6. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando a l estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
7. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
8. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis .brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
9. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
10. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
11. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE


.....
C.B. SONIA INDACOCHEA CACERA
Médico Asistente de Medicina Interna IHC
C.M.P. 15463 R.N.E. 8566
.....
DR. SALUD RED ASISTENCIAL REBAQUATI
.....
DR. Sonia Indacochea Cáceres
.....

Lima, 10 de Juliode 2018

ANEXO 4: Carta de aceptación de ejecución de la tesis por la sede hospitalaria

	PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL SERGIO E. BERNALES	OFICINA EJECUTIVA A LA INVESTIGACIÓN	COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
---	---------------------------------	------------------------------------	---	---

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

MEMORANDO N° 025 - CIEI -HSEB-2020

A : Srta. Pamela Vásquez Rosales


ASUNTO : Autorización para aplicar instrumento de Tesis

FECHA : Comas, 22 de enero de 2020

Mediante el presente me dirijo a usted, para comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del HSEB, luego de revisar su trabajo de investigación titulado: "OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISLIPIDEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE ENDÓCRINOLOGÍA DEL HSEB, DE ENERO A JUNIO 2018"; se le brinda la autorización para la aplicación del instrumento de investigación.

Es todo cuanto comunico a usted según lo solicitado.

Atentamente


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES
MG. ALEJANDRO A. PÉREZ VALLE
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación -HSEB
CHP 22526 RNE 9502

Cc.
archivo
APV/ABC

ANEXO 5: Acta de aprobación del Borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

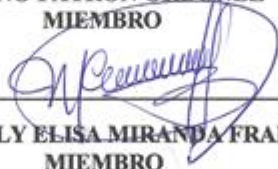
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISLIPIDEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERÍODO ENERO – JUNIO DEL 2018", que presenta la Señorita PAMELA DARIA VASQUEZ ROSALES para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

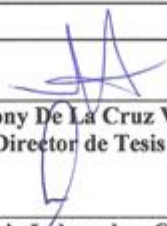
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

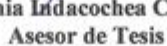
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dra. MARÍA ALBA RODRÍGUEZ
PRESIDENTE


Dr. GINO PATRÓN ORDÓÑEZ
MIEMBRO


Dra. MAGALY ELISA MIRANDA FRANCIA
MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis


Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Asesor de Tesis

Lima, 06 de marzo de 2020

ANEXO 6: Impresión del Índice de Similitud TURNITÍN.

Turnitin Informe de Originalidad					
Procesado el: 10-mar-2020 15:05 -05 Identificador: 1258161488 Número de palabras: 8277 Entregado: 9	<table border="1"> <tr> <td>Índice de similitud</td> <td>Similitud según fuente</td> </tr> <tr> <td>23%</td> <td> Internet Sources: 15% Publicaciones: 3% Trabajos del estudiante: 19% </td> </tr> </table>	Índice de similitud	Similitud según fuente	23%	Internet Sources: 15% Publicaciones: 3% Trabajos del estudiante: 19%
Índice de similitud	Similitud según fuente				
23%	Internet Sources: 15% Publicaciones: 3% Trabajos del estudiante: 19%				
OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISLIPIDEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERÍODO ENERO – JUNIO DEL 2018 Por PAMELA DARIA VASQUEZ ROSALES	1% match (trabajos de los estudiantes desde 24-feb.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-02-24				
http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1594	1% match ()				
1% match (trabajos de los estudiantes desde 02-feb.-2020) Submitted to Universidad de las Islas Baleares on 2020-02-02					
1% match (trabajos de los estudiantes desde 18-feb.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-02-18					
1% match (trabajos de los estudiantes desde 28-may.-2019) Submitted to Universidad de Granada on 2019-05-28					
1% match (trabajos de los estudiantes desde 07-feb.-2019) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2019-02-07					
< 1% match (Internet desde 05-feb.-2017) http://r.ues.edu.sv/10227/1/50106173.pdf					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 21-feb.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-02-21					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 11-feb.-2020) Submitted to Universidad de las Islas Baleares on 2020-02-11					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 27-may.-2017) Submitted to Universidad Cesar Vallejo on 2017-05-27					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 29-feb.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-02-29					
< 1% match (Internet desde 19-dic.-2017) http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/delnacional/article/view/73					
< 1% match (Internet desde 03-dic.-2016) http://agricola-www.redalyc.org/BusquedaAutorPorNombre.ca?n=%22Juan+Carlos++VELASCO%22					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 10-mar.-2016) Submitted to Universidad del Rosario on 2016-03-10					
< 1% match (Internet desde 26-dic.-2019) https://www.buenastareas.com/ensayos/Obesidad/2108790.html					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 20-ene.-2019) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2019-01-20					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 23-feb.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-02-23					
< 1% match (Internet desde 23-nov.-2006) http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/cb04-03.pdf					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 20-feb.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-02-20					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 06-mar.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-03-06					
< 1% match (Internet desde 04-nov.-2017) http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/304/TG0156.pdf?isAllowed=y&sequence=1					
< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 02-mar.-2020) Submitted to Universidad Ricardo Palma on 2020-03-02					
< 1% match (Internet desde 17-abr.-2018) http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2583/1/RE_MED.HUMA_ANA.CHAVEZ_FEMUR.CORTO.EN.LA.ECOGRAFIA.FETAL.COMO.FACTOR.P					
< 1% match (Internet desde 19-feb.-2020) http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1396/KFIGUERQA.pdf?s=					

ANEXO 7: Certificado de asistencia al Curso Taller



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IV CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

VASQUEZ ROSALES PAMELA DARIA

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Setiembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

“OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISLIPIDEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES EN EL PERÍODO ENERO -JUNIO DEL 2018”

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 04 de octubre de 2018



Dra. Johanna De La Cruz Vargas
Directora del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alvarado Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana