

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

ESCUELA DE POSGRADO



**PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIAS EN EL PROGRAMA DE
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITAL
ESSALUD FÉLIX TORREALVA, ICA-2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR LOS BACHILLERES

AGUADO CERDEÑA, MARIA RITA

SANCHEZ CORDOVA, FANY

LIMA – PERÚ

2023

**PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIAS EN EL PROGRAMA DE
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITAL
ESSALUD FÉLIX TORREALVA, ICA-2017**

ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR

Dra. Isabel Menacho Vargas

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Francisco Antonio Vallenás Pedemonte

Presidente

Dr. Yolvi Javier Ocaña Fernández

Secretario

Mg. Marío Edgar Ríos Barrientos

Vocal

Dedicatoria

Con mucho cariño a nuestros padres, a la familia que siempre nos apoya y está con nosotros.

Agradecimiento

Un agradecimiento a cada uno de nuestros docentes, por el apoyo a cada alumno.

A las autoridades del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez por facilitarnos realizar esta investigación.

ÍNDICE

PORTADA	I
TÍTULO	II
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE	VI
INFORME DE ANTIPLAGIO	VIII
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	N° de Pág.
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.1.1 Formulación del problema	5
1.1.2 Problema general	5
1.1.3 Problemas específicos	6
1.2 Objetivos de la investigación	
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
1.3 Justificación e importancia de la investigación	
1.3.1 Justificación	7
1.3.2 Importancia	8
1.4 Limitaciones en la Investigación	9
1.5 Delimitación del área de Investigación	9
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.2 Bases teóricas	
2.2.1 Enfoque teórico: Conceptos	13
2.2.2 Tamizaje y diagnóstico	15
2.2.3 Riesgos	17
2.3 Marco conceptual	18
2.4 Formulación de la hipótesis	
2.4.1 Hipótesis general	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Diseño metodológico	19
3.1.1 Tipo de investigación	19
3.1.2 Nivel de Investigación	19
3.1.3 Diseño	19
3.2 Variables y operacionalización	19
3.2.1 Definición operacional	20
3.2.2 Operacionalización de variables	21

3.3	Población y muestra	23
3.3.1	Población	23
3.3.2	Muestra	23
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
3.4.1	Técnicas	24
3.4.2	Instrumentos	25
3.5	Procedimientos	25
3.5.1	Técnicas de Análisis e Interpretación de datos	25
3.6	Método de análisis de datos	26
3.7	Aspectos éticos	26
	CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1	Resultados	27
	CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	35
	CAPITULO VI: CONCLUSIONES	38
	CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	39
	Referencias Bibliográficas	40
	ANEXOS	
	ANEXOS N°1 Matriz de consistencia	47
	ANEXO N° 2 Ficha de recolección de datos 1	48
	ANEXO N° 3 Ficha de recolección de datos 2	49



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
ESCUELA DE POSGRADO**

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA: 21/03/2023

NOMBRE DE LOS AUTORES (A) Maria Rita Aguado Cerdeña / Fany Sanchez Cordova / **ASESOR (A):** Isabel Menacho Vargas

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

- PROYECTO ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (X)
- TESIS ()
- TRABAJO ACADÉMICO ()
- ARTICULO CIENTIFICO ()
- OTROS ()

INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO: -----“**PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITAL ESSALUD FÉLIX TORREALVA, ICA-2017**” _____

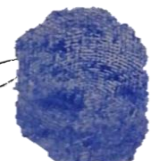
CULMINADA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE PORCENTAJE:
8%

Conformidad Autor:



Nombre: Maria Rita Aguado Cerdeña
DNI: 72176506
Huella:

Conformidad Autor:



Nombre: Fany Sanchez Cordova
DNI: 40248773
Huella:

Nombre: Isabel Menacho Vargas
DNI: 09968395

PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITAL ESSALUD FÉLIX TORREALVA, ICA-2017

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.une.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

aei.pitt.edu

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.utn.edu.ec

Fuente de Internet

2%

RESUMEN

Las Dislipidemias se refiere a las alteraciones de valores normales del perfil lipídico, ya sea col-LDL, col-HDL, colesterol o triglicéridos; este perfil lipídico está asociado a un incremento en el riesgo de desarrollar alguna patología cardiovascular, la aparición de diabetes tipo dos y obesidad. Cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de dislipidemias en adultos mayores pertenecientes al programa del hospital II – 1 Félix Torrealva Gutiérrez adscrito entre mayo y junio de 2017. Estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 136 pacientes. La información fue recopilada a través del libro de registro de datos del servicio de laboratorio acopiando datos generales y datos de laboratorio. Los resultados permiten establecer la prevalencia se consideró la población usuaria atendida durante los meses de mayo a junio. Los resultados evidenciaron que el 62,5%, de la muestra fueron mujeres, el 23,5% tenía valores de colesterol elevados y el 54,4% moderadamente alto, con una prevalencia de colesterolemia del 47,5%; de trigliceridemia del 49,3%; con presencia de prevalencia de dislipidemia mixta del 36,8%; los pacientes también presentaron valores de riesgo de HDL-colesterol de 11,0% y una prevalencia del 6,7%; con valores LDL-colesterol de riesgo de un 23,5%. Se pudo concluir que a prevalencia de dislipidemia en el programa de adultos mayores es relevante, al ser un grupo que necesita cuidados complementarios por las enfermedades que pueden desarrollar y mermar su salud.

Palabras clave: Colesterolemia, Dislipidemia, Trigliceridemia, adulto mayor.

ABSTRACT

Dyslipidemia refers to changes in normal values of the lipid profile, whether LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, cholesterol or triglycerides; this lipid profile is associated with an increased risk of developing some cardiovascular pathology, the appearance of type 2 diabetes and obesity. The objective was to determine the prevalence of dyslipidemia in older adults belonging to the Félix Torrealva Gutiérrez Hospital II - 1 program assigned between May and June 2017.

Descriptive, cross-sectional study, with a sample of 136 patients. The information was collected through the data record book of the laboratory service, collecting general data and laboratory data.

The results allow us to establish the prevalence, considering the user population attended during May and June. The results showed that 62.5% of the sample were women, 23.5% had high cholesterol values and 54.4% moderately high, with a prevalence of cholesterolemia of 47.5%; triglyceridemia 49.3%; with the presence of a prevalence of mixed dyslipidemia of 36.8%; the patients also presented HDLcholesterol risk values of 11.0% and a prevalence of 6.7%; with LDL-cholesterol risk values of 23.5%. It was possible to conclude that the prevalence of dyslipidemia in the program for the older adults is relevant, as it is a group that needs complementary care due to the diseases they can develop and reduce their health.

Key words: Cholesterolemia, Dyslipidemia, Triglyceridemia, older adult.

INTRODUCCIÓN

Las dislipidemias son alteraciones de los valores de lípidos séricos, pueden ser colesterol y/o triglicéridos; analizar estos niveles es importante en la evaluación médica del paciente porque su alteración contribuye al desarrollo de diferentes enfermedades como diabetes mellitus, hipotiroidismo, entre otros. Además de aumentar el riesgo de desarrollar aterosclerosis o pancreatitis, incluso sufrir un episodio cardiovascular agudo.

Al ser un análisis sencillo, práctico y eficaz; es necesario conocer los valores normales de adultos mayores pertenecientes al programa de EsSalud, siendo un grupo evaluado constantemente por un centro de salud, debería mantener sus valores óptimos.

Los adultos mayores representan un grupo de riesgo por la falta de comunicación con sus familiares, quizás no reconocer lo que les está ocurriendo, y sobre todo que el cuerpo humano con el tiempo disminuye su capacidad de recuperación ante diversos sucesos, los adultos mayores, deben tener una calidad de vida óptima, reduciendo al mínimo cualquier factor de riesgo.

Con este trabajo de investigación podemos conocer la realidad dentro de los programas, como el del adulto mayor; en esta investigación analizamos los valores sanguíneos para identificar las dislipidemias presentes.

El trabajo de investigación comprende varios capítulos: en la primera parte se tiene al planteamiento del problema, donde se describe la realidad problemática y se hace evidente la importancia de conocer la prevalencia de dislipidemias en este grupo etario, durante los meses de mayo a junio del 2017. Cuyo objetivo es conocer la prevalencia de dislipidemia en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del hospital II – 1 Félix Torrealva Gutiérrez. En el capítulo II veremos los antecedentes relacionados al estudio, así como bases teóricas y variables. En el capítulo III, la metodología escogida: descriptiva y de corte transversal. La población estudiada son el grupo de adultos mayores pertenecientes al programa del

seguro social de salud, que están constantemente controlados. Se evaluó los instrumentos y las técnicas a utilizar para recopilar datos en los cuales se enmarca la presente investigación. En IV capítulo las tablas y gráficos representan los resultados. La discusión del tema, conclusiones a la que se llega y recomendación teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo.

I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En las últimas décadas han tomado relevancia las enfermedades no transmisibles, estas no son causadas por algún microorganismo en particular; sino que son patologías que derivan de malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio, y también cierta predisposición genética. Tales como: la diabetes, dislipidemias, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer, y como enfermedades no transmisibles agudas mencionamos los diferentes accidentes cerebro vasculares. Este tipo de enfermedades han provocado la muerte de 41 millones de personas cada año, equivalente al 74% de todas las muertes en el mundo. De ese total, 17 millones de personas mueren antes de los 70 años de edad; y el 86% de dichas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)², la población en el mundo está envejeciendo a un ritmo acelerado y se vislumbra que entre los años 2000 y 2050, las personas cuyas edades sean mayores a 65 años, se van a duplicar del 11% al 22%. Pasando de un total de 605 millones a 2.000 tan solo en medio siglo. La dislipidemia aumenta el riesgo de mortalidad por enfermedades: arteriosclerosis, síndrome metabólico, diabetes tipo 2, enfermedades coronarias y cerebrovasculares, por lo tanto, deben ser consideradas como prioridad en la salud pública.

La organización Mundial de la Salud (OMS)³ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han incluido a las dislipidemias dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles necesarias para monitorizar junto con la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, un estudio a gran escala que incluyó a ocho países demostró que la mayoría de personas que padecen hipercolesterolemia no reciben tratamiento alguno para reducir los riesgos de accidentes cardiovasculares, por otro

lado en la industria alimentaria han aumentado el uso de grasas trans; los cuales aumentan los valores de col-LDL, y reduce los niveles de col-HDL.³

La prevalencia de dislipidemia puede cambiar dependiendo de las poblaciones y países, debido a las variaciones genéticas, étnicas, culturales e incluso por el estilo de vida. A su vez el American College of Cardiology, cerca del 39% de la población mundial presenta hipercolesterolemia. En las recientes décadas, la morbimortalidad referida a la dislipidemia, se incrementó de 26.9 a 28% correspondientemente.⁴

A nivel mundial, la prevalencia de dislipidemias tiende a variar. En 2017, el estudio EURIKA realizado en 12 países europeos (España, Bélgica, Alemania, Francia, Austria, Reino Unido, Suecia, Suiza, Noruega, Rusia y Turquía) identificó en sus participantes una prevalencia de hipertrigliceridemia del 20.8% y de c-HDL bajo del 22.1%.⁵ por otra parte la incidencia de la dislipidemia en Europa, se calculó que el 20,8% hipertrigliceridemia y un similar porcentaje presentan colesterol HDL bajo.⁶

Organización Mundial de la Salud⁷, en 2018 realizó un estudio más amplio realizado a escala mundial, en una muestra representativa de 147 millones de personas, indicó que la mayoría de los pacientes con hipercolesterolemia no reciben el tratamiento que necesitan para reducir el riesgo de afecciones cardiovasculares, tales como infarto agudo de miocardio y ataques apopléticos.⁷

A nivel mundial las dislipidemias afectan a 32% a hombres y 27% mujeres, siendo más frecuente en hombres mayores de 45 años y en mujeres mayores de 55 años. La concentración de lípidos puede cambiar por la edad, fármacos, estilo de vida, los valores elevados de los lípidos pueden originar trastornos como la aterosclerosis, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular.⁸

América Latina presenta características étnicas, socioeconómicas y culturales que la distinguen de otras regiones del mundo; actualmente atraviesa por una transición epidemiológica y de cambios de estilos de vida con aumento en el consumo de productos ultraprocesados y de alta densidad calórica (harinas fritas y bebidas azucaradas, entre otros). Esta vida sedentaria se relaciona con el proceso de migración poblacional a las ciudades, el cual deriva en un aumento significativo en la incidencia de obesidad, sobrepeso y enfermedades cardiometabólicas, superior a los registrados en otras regiones del mundo, factores que se asocian con un aumento de la prevalencia de las dislipidemias.⁹

En Latinoamérica, el estudio de CESCAS, realizada en Argentina, Chile y Uruguay estableció que un porcentaje importante de los pobladores, 58.4%, presentaba algún tipo de dislipidemia.¹⁰ Según la Organización Mundial de la Salud¹¹, en el año 2018 En investigaciones ejecutadas en pacientes sanos de 60 años a más edad, se determinó la presencia del 56.9% de dislipidemias, 57.3% de hipertrigliceridemia y 48.7% para hipercolesterolemia en Cuba.

En el Perú, las enfermedades cardiovasculares vienen a ser el tercer motivo de muerte; los elementos de riesgo cardiovascular incluyen dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, obesidad; y sobrepeso 19.8% en los adultos, y la prevalencia de colesterol del 19.6%, la hipertrigliceridemia del 15% y el LDL-C a nivel elevado de 13% en los adultos.¹² La dislipidemia en el Perú, varía según el tipo de colesterol proporcionado, y asimismo se ha encontrado que la variación en la incidencia está implícita a través de patrones sociodemográficos, ya que registros antiguos sobre la dislipidemia han demostrado variante, y es el departamento de La Libertad que evidencia una mayor prevalencia de dislipidemia.¹³

El Ministerio de Salud¹⁴, en el año 2020 refirió que el más del 60% de los peruanos cuyas edades eran mayor a 15 años tienen sobrepeso u obesidad, y pueden estar afectados por enfermedades crónicas las cuales se han acentuada tras la pandemia por la Covid-19. Según la Encuesta Perú, en el año 2019, la prevalencia de sobrepeso en el grupo referido, el 37.8% y la obesidad de 22.3%. La investigación en Lima Metropolitana, evidenció que el sobrepeso es del 64.7%. Los departamentos con los porcentajes más elevados de sobrepeso son Moquegua 40.9%, Tumbes 40.1%, Arequipa 39.7% y, en obesidad Tacna 36.5%, Ica 31.9%, Moquegua 31.7%.

Las derivaciones de la dislipidemia alcanzan llevar a la persona a mostrar condiciones que deterioren su calidad de vida como son los problemas concernientes con el peso (sobrepeso - obesidad), el cual está determinado por el IMC que es un indicador de la correspondencia entre el peso y la talla, utilizado asiduamente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto individual como poblacionalmente, el IMC aumenta con la edad, llegando a su valor máximo entre los 50 a 59 años para luego decrecer sutilmente después de los 60 años.¹⁵

Es necesario considerar que la obesidad y las enfermedades metabólicas marchan ascendiendo al igual que la población y todo esto a raíz del mal metabolismo de los lípidos, los más afectados recae en la población de adultos mayores, en algunos casos por malos estilos de vida o aumento en el consumo de grasas saturadas; según la encuesta nacional de salud en el 2006 la dislipidemia más habitual es la hipoalfalipoproteinemia con 58.9% en la población total; un estudio elaborado en México en el 2010 fueron más usuales los niveles bajos de HDL colesterol y niveles altos de triglicéridos, con un 48.4% en cantidad menor de 35mg/dl de HDL y un 42.3% con concentraciones sobre los 150mg/dl de triglicéridos, también un 27.3% de niveles altos de colesterol mayor a 200mg/dl.¹⁶

El servicio de endocrinología de Essalud en el año 2010, realizó un estudio en Lambayeque sobre la prevalencia de dislipidemias fue 47,3%, y que diariamente se incrementa el número de los pacientes con Colesterol alto. En Arequipa en la población que vive en la zona alta se encontró hipercolesterolemia en 40,6% en el 2013 en tanto que en Trujillo las dislipidemias en varones con sobrepeso fueron de 78,82% y en mujeres con sobrepeso 86.56% en el 2015.⁴ Concluyeron que la vida sedentaria y la inadecuada alimentación contribuyen a que se diagnostique dislipidemias con mayor frecuencia.¹⁷

1.1.1 Formulación del problema

En Perú se realizó diferentes estudios, algunos de los cuales se mencionan en esta investigación presentan niveles elevados de dislipidemias de algún tipo, hay que tener en cuenta que, con el paso de los años, el ritmo de vida de las personas ha cambiado, aumentando el sedentarismo, la ingesta de comida rápida y la falta de actividad física. Lo que conlleva al incremento de las dislipidemias en la población, los adultos mayores son el grupo etario que presenta mayores riesgos para conservar su salud, las dislipidemias de cualquier tipo representan un problema importante ya que al aumento de estas con lleva el riesgo de aterosclerosis, infarto o derrames cerebrales; un aspecto resaltante también es que los adultos mayores no suelen ser muy comunicativos con respecto a sus síntomas o malestares por lo que es difícil detectar alguna afección oportunamente.

1.1.2 Problema general

¿Cuál es la prevalencia y los valores lipídicos de riesgo de las dislipidemias en pacientes del programa de atención integral del

adulto mayor del hospital II- 1 Félix Torrealva Gutiérrez mayo- junio 2017?

1.1.3 Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de colesterolemia en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del hospital II- 1 Félix Torrealva Gutiérrez mayo- junio 2017?

¿Cuál es la prevalencia de trigliceridemia en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del hospital II- 1 Félix Torrealva Gutiérrez mayo- junio 2017?

¿Cuál es la prevalencia de dislipidemias mixtas en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del hospital II- 1 Félix Torrealva Gutiérrez mayo- junio 2017?

¿Cuál es la prevalencia de col- HDL en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del hospital II- 1 Félix Torrealva Gutiérrez mayo- junio 2017?

¿Cuál es la prevalencia de col- LDL en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del hospital II- 1 Félix Torrealva Gutiérrez mayo- junio 2017?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Describir la prevalencia de dislipidemia en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del hospital II – 1 Félix Torrealva Gutiérrez, mayo-junio 2017.

1.2.2 Objetivos específicos

OE1. Determinar la prevalencia de colesterolemia en pacientes del programa de atención del adulto mayor.

- OE2.** Determinar la prevalencia de trigliceridemia en pacientes del programa de atención del adulto mayor.
- OE3.** Definir la prevalencia dislipidemias mixtas en pacientes del programa de atención del adulto mayor.
- OE4.** Determinar la prevalencia col- HDL en pacientes del programa de atención del adulto mayor.
- OE5.** Determinar la prevalencia col- LDL en pacientes del programa de atención del adulto mayor.

1.3 Justificación e importancia de la investigación

1.3.1 Justificación del Problema

Justificación Práctica o Social

Al realizar este trabajo se contó con el apoyo del Servicio de Enfermería, Nutrición y Laboratorio del hospital II – 1 Félix Torrealva Gutiérrez, cuyo personal de salud realiza un seguimiento adecuado para lograr un adecuado control y tamizaje e identificar los riesgos de forma precoz, de manera que se pueda brindar un tratamiento eficaz.

Justificación Teórica o Científica

En los últimos años se viene observando un aumento de casos de dislipidemias y problemas nutricionales en adultos mayores comprendidos en las edades de 60 a más años, se tiene un conocimiento de la proporción de estos daños, pero no exactamente de la prevalencia y de los factores de riesgo más significativos para desarrollar un cuadro de dislipidemia o problemas nutricionales en los adultos mayores que acuden a ser atendidos en el hospital. Al identificar más claramente la prevalencia y los factores de riesgo de mayor significación en los pacientes con dislipidemia se podrá ofrecer a través de tablas y gráficos estadísticos la identificación de este daño,

para lograr intervenciones acertadas y brindar un tratamiento preventivo, mejorando un progreso correcto del adulto mayor.

Justificación metodológica

Respecto al cumplimiento de los objetivos diseñados en el presente trabajo, se obtuvo con el uso de técnicas estadísticas adecuadas para el análisis que se ajusten a los resultados con su respectivo análisis, se recopiló datos por la técnica de la atención de adultos mayores evaluados en las historias clínicas y registrados en la hoja de atención y digitado en el Sistema de información de la atención del paciente, que servirá para brindar la adecuada información del estudio realizado.

1.3.2 Importancia

La presente investigación buscó conocer los índices de dislipidemias en los pacientes adultos mayores, ya que con el avance de los años y los conocimientos y técnicas que existen se ha observado una mayor esperanza de vida en la población, la cual se ha ido incrementando progresivamente; es importante no solo buscar que el tiempo de vida de la población se pueda ir alargando con toda la información y herramientas que se van consiguiendo, el avance científico y tecnológico; sino que es imperativo que de la mano con la esperanza de vida vaya la calidad de vida; se busca que las personas vivan más pero que indispensablemente vivan bien: esto lo podemos lograr reduciendo todos los factores que representen un riesgo para ellos. Las dislipidemias sin lugar a dudas es uno de los factores que al presentarse en individuos puede elevar el riesgo de cualquier accidente cerebro/cardiovascular y además los valores de lipídicos séricos son de los análisis más sencillos de realizar; entonces porque, aún sigue representando un problema relevante en la población; por

esto creemos que es importante prestar más atención a los controles en adultos mayores y la mejor manera es conociendo y analizando la situación.

1.4 Limitaciones del estudio

- No todos los miembros del programa acuden periódicamente a sus controles, por diferentes causas.
- La comunicación de información con algunos adultos mayores tuvo que ser asistida por sus familiares.
- Al inicio el manejo del programa fue complejo.

1.5 Delimitación del estudio

La presente investigación se realizó en el Hospital II-1 Félix Torrealva Gutiérrez, de la Región Ica, Provincia de Ica. El periodo de estudio corresponde de mayo a junio, 2017.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

La presente investigación ha procurado respaldo teórico consultando estudios a nivel internacional y nacional.

Antecedentes Internacionales

Gebreegiabiher et al.¹⁸, en el año 2021 en su estudio sobre la dislipidemia y factores de riesgo en adultos en Etiopía, tuvieron el objetivo de evaluar la prevalencia de dislipidemia y los factores de riesgo. De tipo básica, descriptivo, la muestra de 321 personas. Los resultados refieren que la dislipidemia es de 66.7%. Se concluyó que la prevalencia de dislipidemia es demasiado alta entre los evaluados, por lo que se requiere estrategias de tamizaje para la detección oportuna y posterior tratamiento.

Caicedo y Pin¹⁹, en el año 2020 en su investigación sobre la relación entre el consumo de alimentos y dislipidemia en pacientes adultos, el objetivo fue identificar la relación entre el consumo de alimentos y dislipidemia. Tipo básica, transversal y observacional, la muestra fueron 217 adultos que concurren constantemente a consulta externa en el servicio de nutrición y dietética. Los resultados evidenciaron que el 26% de mujeres presentan prevalencia de triglicéridos elevados y 22 % en varones, colesterol total alto. Se concluyó, que no existe evidencia estadística que confirme la relación significativa entre la dislipidemia, los hábitos alimenticios y el incremento de colesterol y triglicéridos.

Encalada et al.²⁰, en el año 2019 en su estudio “Dislipidemia y estado nutricional en adultos mayores urbanos de la Sierra Ecuatoriana. Tuvieron por objetivo determinar la prevalencia de dislipidemias, en adultos mayores urbanos y su asociación al estado nutricional. Los resultados muestran, una prevalencia de dislipidemia en un 90.2%, dislipidemia mixta 22%, en especial se encontró en pacientes cuyas edades eran entre los 65 a 74 años 16.5%, con sobrepeso 11.6%. Se concluyó que la dislipidemia es un componente de riesgo, propicia la aparición de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Cardoso ²¹, en el año 2019 en su investigación Prevalencia y factores de riesgo de dislipidemia en personas jubiladas del club de la edad dorada. Hospital IESS Milagro período 2018. Objetivo: analizar la prevalencia de dislipidemias y su relación con los factores de riesgo en los jubilados/as del club de la edad dorada del Hospital IESS milagro período 2018. Resultados: La obesidad fue del 27.1% y el 51.4% con sobrepeso en distintos grados. El 64.5% mantiene nivel de colesterol total alto, el 62.6% de pacientes mostraron el colesterol HDL alto siendo un factor protector, en cuanto a la presión arterial el 57.9% presento un nivel alto. Conclusiones principales: Se concluyó que existe una relación estadísticamente positiva entre la prevalencia de la dislipidemia con los factores de riesgo, demostrando alto riesgo relativo de padecer dislipidemia en adultos mayores que consumen alcohol, tabaco y grasas.

Antecedentes Nacionales

Salazar et al.²², en el año 2017 en su estudio Prevalencia de dislipidemias en pacientes de 40-60 años de edad, atendidos en el Hospital Regional PNP- Chiclayo de julio a diciembre 2017”. Objetivo: determinar la prevalencia de dislipidemias en pacientes de 40- 60 años de edad,

atendidos en el Hospital Regional P.N.P Chiclayo. Método: estudio transversal, no experimental. Resultados: La prevalencia de dislipidemias fue del 62,30%, el sexo masculino fue el más afectado con 65,43%, la frecuencia de dislipidemias mixta fue del 13,59% el 27,16% manifestó antecedentes familiares de dislipidemias.

Espejo y Palomino²³, en el año 2018 en su estudio "Prevalencia de dislipidemias en personas mayores de 40 años que acuden al centro de salud Subtanjalla, Ica. diciembre 2017-mayo 2018". Objetivo: determinar la prevalencia de dislipidemia y su relación con el IMC, perímetro abdominal, sexo y edad en personas mayores de 40 años que acuden al Centro de Salud Subtanjalla, Ica. Resultados: El 74% fueron mujeres y el 26% fueron varones, la prevalencia de dislipidemia mixta fue de un 79,4% siendo mayor en mujeres que en varones, el 29,3% presentó colesterol total alto, el 65,9% colesterol HDL bajo, el 43,9% colesterol LDL alto y el 47,2 % triglicéridos alto, afectando en su mayoría a personas con sobrepeso y obesidad; y los pacientes con un perímetro abdominal elevado presentaron mayor frecuencia niveles elevados de triglicéridos, colesterol HDL-col y LDL-col.

Palacios²⁴, en el año 2020 en su investigación del perfil lipídico en pacientes mayores de 50 años. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del perfil lipídico en pacientes mayores de 50 años. De tipo básico, la población fueron 310 pacientes. Los resultados evidencian que, respecto a los pacientes, los varones correspondían al 54.8%, el promedio de la edad fue 65.46. Y la incidencia de dislipidemia presenta variación entre el 18% a 39.7%. Se concluyó que la prevalencia del perfil lipídico puede variar según la presencia de dislipidemias específicas. La lipemia prevalece en pacientes de 50 a 60 años, y los pacientes masculinos son los más afectados.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Enfoque teórico

Conceptos:

Según la Organización Mundial de la Salud³, en el año 2015 las dislipidemias son un elemento de riesgo reconocido para la aparición de enfermedades cardiovasculares y representan un problema de salud pública. Según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), las enfermedades cardiovasculares son el motivo principal de decesos por ENT a nivel mundial (48%), seguidas del cáncer (21%) y las enfermedades respiratorias crónicas (12%)³.

Las dislipidemias son las variaciones en la concentración de lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circundantes, a un nivel que expresa un riesgo para la salud. Los lípidos forman parte de los macronutrientes de los seres vivos junto con las proteínas y carbohidratos, los lípidos están compuestos por ácidos grasos con heterogeneidad química que tienen en común su escasa afinidad con el agua y, es decir tienen la repelen a diferencia de los solventes orgánicos como éter y cloroformo, entre otros. Por eso para ser transportados en nuestra sangre deben estar asociados a proteínas (LDL-HDL), precisamente entre estas dos evitan que se acumulen lípidos como el colesterol dentro de nuestros vasos sanguíneos, cuando se rompe este equilibrio dentro de nuestro cuerpo vamos a encontrar dislipidemias.²⁵

Moya y Pio²⁶, en el año 2017 refirieron que las dislipidemias generalmente son asintomáticas; por lo que suelen pasar desapercibidas, pero en cualquiera de sus variantes son un importante factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular, principalmente la dislipidemia aislada son frecuentes en adultos mayores” ⁽¹²⁾, Espejo y Palomino “se ha demostrado

además que los niveles de colesterol tiene una relación estrecha con el riesgo de enfermedad coronaria” (13), pesar de esto no se cuenta con datos oficiales acerca del número de pacientes que presentan dislipidemias en el programa, lo cual es importante para frenar el ciclo de dislipidemia-riesgo cardiovascular que representa de manera rápida y efectiva.

La dislipidemia viene a ser un grupo de variaciones en las concentraciones de lípidos circulantes dentro del sistema sanguíneo y es un componente de riesgo que puede modificarse en el comienzo de enfermedades cardiovasculares y ateroscleróticas.²⁷ La dislipidemia es concebida como el incremento de los niveles de colesterol total, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos, baja concentración de lipoproteínas de alta densidad, es la primordial condición metabólica con mayor incidencia en los trastornos cardiovasculares.²⁸

Etiología: Según Ibarretxe y Masana²⁹ en el año 2021 sostuvieron que el origen de las dislipidemias se puede dividir en primario y secundario; de causa primaria nos referimos alteraciones genéticas que pueden derivar en hiperlipidemia familiar, hipertrigliceridemia familiar, hipercolesterolemia familiar, hipoalfalipoproteinemia familiar, disbetalipoproteinemia y las dislipidemias poligénicas. Las de origen secundario son las que se originan por una patología previa o consumo de fármacos; por ejemplo, la diabetes mellitus, lupus, mieloma, patología biliar o hepática, exceso de alcohol, enfermedad renal crónica, anticonceptivos orales, antipsicóticos, esteroides, inmunosupresores, etc.²⁹

Otra forma de clasificación es según el perfil lipídico del paciente, así tenemos: hipercolesterolemia aislado (cuando solo aumenta el colesterol total si afectar el LDL-col), algo similar ocurre con hipertrigliceridemia aislada (aumentan los niveles de triglicéridos sin

afectar a las otras lipoproteínas), hiperlipemia mixta (cuando existe un aumento tanto de colesterol total como de triglicéridos), hipoalfaproteína (bajos valores de HDL-col).²⁹

Si bien la prevalencia de las dislipidemias es variable en cada región del mundo y depende de factores genéticos, culturales, socioeconómicos y ambientales, se ha calculado que en promedio a nivel mundial más del 50% de la población, evidencia variación metabólica, que suele ser infradiagnosticada y tratada parcialmente, lo que hace que la mayor parte de las personas que se ven afectadas conozcan su condición y tengan acceso a una buena valoración médica y tratamiento.³⁰

Entre los principales factores asociados a dislipidemias encontramos a comorbilidades como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, hipertensión e hipotiroidismo, mismas que si coexisten con inadecuados estilos de vida como el sedentarismo, alto consumo de alcohol, tabaco, dietas mal sanas con sobrecarga de grasas saturadas y azúcares, e incluso ciertos medicamentos, promueven el desarrollo de aterosclerosis con subsecuentes enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, elevando así los índices de morbimortalidad.³¹

2.2.2 Tamizaje y diagnóstico: Se realiza mediante una punción venosa periférica del paciente en ayunas, para realizar los análisis correspondientes al perfil lipídico: colesterol total, triglicéridos, HDL-col y LDL-col con equipo estandarizado y calibrado; en el caso que los triglicéridos sean menores de 400, se aplica la fórmula de Friedewald para hallar LDL; si es mayor de 400 se debe hacer la medición directa. Existe una dislipidemia cuando hay una alteración en el valor cuantitativo de lípidos en sangre, colesterol, triglicérido y LDL-col fuera del rango normal, y HDL-col en un rango bajo.³²

El perfil lipídico es la medición de un conjunto de lípidos que se trasladan en el sistema sanguíneo por lipoproteínas plasmáticas. Se determina basándose principalmente en un procedimiento de bioquímica analítica y son beneficiosas para el análisis de enfermedades metabólicas, que se pueden expresar a través del aumento de los diversos tipos de colesterol y el colesterol HDL en la sangre. Los cambios metabólicos de las lipoproteínas originan hiperlipidemia o dislipidemía.³³

En la identificación de los lípidos, se utilizan los estándares establecidos para la adquisición y procesamiento de muestras de sangre con el uso de estrategias adecuadas; para ratificar el pronóstico y determinar el tratamiento se tienen en cuenta los lípidos; Col-Total, Col-HDL y TG. Para efectuar el análisis de dislipidemia, en base a los niveles de lípidos y RCG.³⁴

Perfil lipídico y dislipemía

PERFIL LIPÍDICO	DISLIPIDEMIA
Colesterol	>200 mg/dl
Triglicéridos	>150 mg/dl
LDL-col	>130 mg/dl
HDL-col	Varones < 40 mg/dl Mujeres < 50 mg-dl

Criterios del National Cholesterol Education Program en 1992.

El nivel de lípidos varía según el nivel de riesgo CV del individuo; si es de bajo riesgo es anormal una cifra de Col-LDL ≥ 160 mg/dL, mientras que el nivel considerado patológico en un paciente clasificado en riesgo máximo es muy inferior, ≥ 100 mg/dL; estos valores se usan para el diagnóstico de dislipidemia y para definir el tratamiento de los pacientes.³⁵

2.2.3 Riesgos que representan las dislipidemias: La importancia de reducir la dislipidemia radica en ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades cerebrovasculares, por cada enfermedad cardiovascular existen dos eventos mayores previos no fatales. Las consecuencias de la dislipidemia (perfil lipídico), son las enfermedades cardiovasculares que implica mortalidad de más de 17 millones de personas en todo el mundo por año, adicionalmente, la dislipidemia causa más de 4 millones de muertes prematuras por año, siendo de mayor incidencia de muerte en los pacientes desarrollados.³⁶

Acciones a tomar en cuenta: según Ibarretxe y Masana³² sostuvieron que si no se logra controlar con dieta balanceada y ejercicio; existe el tratamiento farmacológico que está compuesto principalmente por estatinas (inhibidor de hidrox-metil-glutaril coenzima A reductasa), por su rápido mecanismo de acción, logrando una disminución constante del colesterol total, triglicéridos y LDL-col, y un aumento de HDL-col. Se debe informar al paciente sobre la enfermedad, riesgos, perjuicios y de todos los beneficios al cambiar el estilo de vida, este es fundamental como estrategia primaria y secundaria. Introducir un cambio de hábito a través de intervenciones estructuradas, usando lenguaje cotidiano para su mayor entendimiento, dentro de la conversación se debe

mencionar el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y como será su vida en los próximos años.

2.3 Marco conceptual

Dislipidemias: Conjunto de condiciones patológicas cuyo elemento común es una variación del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.

Colesterolemia: La elevación de la tasa de colesterol unido al incremento del valor de las lipoproteínas

Triglicéridemia: La elevación de la tasa de triglicérido en sangre.

Obesidad abdominal: El aumento del perímetro abdominal mayor o igual a 88cm. en la mujer y 102cm. en el hombre, según los criterios del III Panel de Tratamiento del Adulto del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los EE. UU. (NCEP/ATP III)

Prevalencia: Es una parte de individuos de una población que presentan características determinadas en un tiempo dado.

Adulto mayor: Personas que tiene 60 años de edad a más.

LDL-Col: Lipoproteínas de baja densidad su elevada concentración lleva a una acumulación de colesterol en las arterias.

HDL-Col: Lipoproteínas de alta densidad, es el responsable de trasladar el colesterol a otras partes del cuerpo como al hígado donde se puede eliminar, evitando que se acumulen en las arterias.³²

2.4 Formulación de la hipótesis

El trabajo de investigación es un estudio descriptivo, por lo que prescinde de la Hipótesis.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

El enfoque del presente estudio fue de tipo cuantitativo, estudio basado en una secuencia lineal, basado en la medición numérica y el proceso analítico y estadístico, para identificar patrones de conducta.³⁷ A su vez se considera de tipo básica, ya que busca aportar conocimientos y no produce exclusivamente resultados prácticos y busca aportar la información lógica.³⁸

3.1.2 Nivel de investigación

El estudio fue de nivel descriptivo debido a que la investigación que profundiza más en el conocimiento de la realidad, explicando la razón, el motivo de las cosas, y en consecuencia es más delicado y complejo.³⁷

3.1.3 Diseño

El diseño de investigación fue no experimental, según Hernández et al.³⁸ se observan fenómenos ya realizados, el investigador no los provoca intencionalmente; es transversal, porque se han recogido datos en una sola medición. En estas investigaciones las variables independientes solo suceden y no hay forma de manipularlas, porque ya acontecieron, al igual que sus resultados. Y es transversal según su corte de tiempo, debido a que se valoran los factores y se recoge los datos en un tiempo determinado.³⁸

3.2 Variables y operacionalización

Variable principal: perfil lipídico

Variable secundaria: características de la población.

- Edad

- Genero
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Con quien vive
- Condición laboral
- Nivel de ingresos
- Realiza labores en el hogar
- Realiza actividades físicas

3.2.1 Definición operacional

Dislipidemia: Es todo valor anormal de valores de lípidos en sangre. Nos referimos a colesterol alto, triglicéridos alto, col-LDL alto y HDL bajo.

Colesterolemia: Valores de colesterol en sangre elevados por encima de del rango normal.

Trigliceridemia: Valores de triglicéridos en sangre elevados por encima de del rango normal.

Adulto mayor: Personas de 60 años a más de edad.

3.2.2 Operacionalización de variables
Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Dislipidemia	Las dislipidemias son asintomáticas causadas por concentraciones anormalmente elevadas de las lipoproteínas sanguíneas; incluye la sobreproducción (colesterol LDL y triglicéridos) y la deficiencia de colesterol HDL, aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad.	Historia Clínica de la persona, observación de registros	Cualitativo	Nominal	Presenta: Si No presenta: No
		Colesterol	Cuantitativo	Ordinal	Deseable: <200 mg/dL Límite alto :200-239 mg/dL Alto: ≥ 240 mg/dL
		HDL-Colesterol	Cualitativo	Ordinal	Bajo: < 40 mg/dL Deseable: 40-60 mg/dL Alto: ≥ 60 mg/dL Optimo: < 100 mg/dL Casi óptimo :100-129 mg/dL
		LDL-Colesterol			Límite alto :130-159 mg/dL Alto :160-189 mg/dL

		Cualitativo	Ordinal	Muy alto: ≥ 190 mg/dL
				Normal: <150 mg/dL
				Límite: 150-199 mg/dL
	Triglicéridos	Cualitativo	Ordinal	T. altos: 200-499 mg/dL
				T. muy alto: ≥ 500 mg/dL

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población viene a ser el conjunto de personas o cosas que tienen características en común, y están presentes en un espacio y pueden variar en el tiempo.³⁹ La población estuvo constituida por adultos mayores que se atienden en los meses de mayo y junio de ambos sexos pertenecientes al programa del Adulto Mayor del Hospital II – 1 Félix Torrealva Gutiérrez. Se utilizará como nuestra población atendida: 223

3.3.2 Muestra

La muestra, es una parte representativa de la población, de la cual se pueden generalizar los resultados.³⁹

Como criterio de inclusión:

Paciente adulto mayor que dio su consentimiento para participar de la investigación.

Paciente que tenga registros de análisis serológicos en el periodo que comprende la investigación.

Como criterio de exclusión:

Todo paciente adulto mayor que no dio su consentimiento para participar en la investigación.

La muestra se encontró con la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P \cdot Q \cdot N}{\epsilon^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

n= tamaño de la muestra

Z= nivel de confianza

p= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

E= error muestral

N= Población o Universo.

Nivel de confianza del 95%	$Z = (1.96)^2 = 3,8416$
Se asume valores del	$P = 0,35 = 0,35$
Se asume valores del	$Q = 0,65 = 0,65$
Error muestral= 5%	$E = (0.05)^2 = 0,0025$
N-1	$N = 224-1 = 223$

$$n = \frac{223 \times 3,8416 \times 0,35 \times 0,65}{(223-1)0,0064 + 3,8416 (0,5 \times 0,5)}$$

$$n = \frac{194.894}{1.431464}$$

$$n = 136.15$$

$$n = 136.15$$

$$\eta = 136 \text{ pacientes}$$

Se obtuvo como resultado 136.15, indicando que el instrumento debía ser aplicado a 136 personas atendidas en el Hospital II – 1 Félix Torrealva Gutiérrez del Distrito de Ica-Provincia de Ica.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnicas

La investigación empleó la técnica observacional de análisis de datos prospectivos de fuentes secundarias, como búsqueda de datos se realizó en el programa EsSalud sistema inteligente (ESSI) del seguro social de salud, donde con el DNI del paciente se tiene acceso a toda su información como citas y resultados de análisis de laboratorio. También se usó la técnica descriptiva y observacional de los valores de colesterol para categorizar como dislipidemia o perfil lipídico normal. Los datos se recolectaron en una ficha auxiliar previamente elaborada y validada por un juicio de expertos de una investigación anterior.

Confiabilidad. Se realizó mediante el alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,892	13

Según alfa de Cronbach, el instrumento tiene alta confiabilidad (0,892 = 89,2 %).

3.4.2 Instrumentos

El instrumento de la investigación fue el cuestionario, previo consentimiento de las autoridades del Programa del adulto mayor de Ica, se procedió a la toma de datos del registro ESSI, en una ficha estructurada para la recolección de información, esta contiene datos generales del paciente y datos clínicos del mismo.

3.5 Procedimientos

Luego de la autorización correspondiente se identificó los pacientes que se realizaron análisis serológicos en los meses de investigación. Una vez identificados se procedió a solicitarles permiso a través de un consentimiento informado, para realizarles posteriormente una entrevista sobre sus hábitos.

3.5.1 Técnicas de Análisis e Interpretación de Datos

Obtenida la información relacionada a la variable (dislipidemia) de pacientes del programa integral de adulto mayor del Hospital II -1 Félix Torrealva Gutiérrez, se realizó los análisis estadísticos de los datos obtenidos, para lo cual se procederá de la manera convencional:

1. Se ordenó la información a través de una data estadística, para codificarla y hacerla disponible para su tratamiento estadístico.
2. Se procedió a tabular los resultados. Expresando de manera gráfica en tablas los resultados recogidos en la fase de recolección de datos. Estos datos obtenidos han sido analizados tomando como sustento el marco teórico de la investigación.
3. Para el procesamiento y análisis de datos, se utilizaron los estadígrafos pertinentes y las medidas estadísticas correspondientes. En la investigación que presentamos, las medidas de los datos recogidos en el trabajo de campo se expresan en tablas de frecuencia con valoraciones absolutas y porcentuales que expresan las percepciones de los trabajadores y usuarios en relación a la variable en la que fueron requeridos.

3.6 Método de análisis de datos

Los datos compilados a través de la ficha de recolección de datos y de la encuesta, será codificados y posteriormente se elaborará una base de datos en excel y luego en SPSS.

Para el análisis descriptivo de los datos serán procesados y presentados en tablas de frecuencias absolutas y relativas; y gráficos estadísticos, según corresponda; también se hallarán medidas estadísticas de tendencia central.

3.7 Aspectos éticos

Fue aprobado el trabajo por el Comité de Ética de la UPSJB. Los registros fueron identificados a través de una numeración a fin de mantener la reserva del caso, además los resultados se analizaron en forma global y fueron de utilidad exclusiva para la investigación, respetando los principios de: autonomía, beneficencia, maleficencia y justicia.

Se encuentra enmarcado dentro de la Legislación Peruana así:

Como lo presenta la Constitución en el Art. 139, inc. 22

La Ley General de Salud, Ley N°26848, Artículo 76

IV. RESULTADOS

Tras realizar la recolección de datos y el procesamiento respectivo se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 1. Características de pacientes del Programa de Atención Integral Adulto Mayor - Hospital Félix Torrealva Gutiérrez Periodo: Mayo- junio 2017

Sexo	Nº	%
Masculino	51	37,5
Femenino	85	62,5
Grado de Instrucción		
Iletrado	1	0,7
Primaria	44	32,4
Secundaria	56	41,2
Técnico	9	6,6
Superior	26	19,1
Estado Civil		
Soltero(a)	10	7,4
Casado(a)	89	65,4
Viudo(a)	23	16,9
Separado(a)	13	9,6
Conviviente	1	0,7
Con quien vive		
Esposo(a)	75	55,1
Solo(a)	14	10,3
Hijo(a)	36	26,5

Hermano(a)	6	4,4
Sobrinos	2	1,5
Nietos(as)	3	2,2
Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: la población estuvo conformada por 136 adultos mayores, que pertenecen a el programa del adulto mayor del Hospital Feliz Torrealva Gutiérrez; de los cuales el 37,5% son varones, y el 62,5% mujeres; según su grado de instrucción 0,7% iletrado, el 32,4% cuenta con educación primaria, 41,2% con educación secundaria, 6,6% educación técnica, 19,1% cuenta con educación superior; según su estado civil el 7,4% manifiesta estar soltero, 65,4% casado, 16,9% viudo, 9,6% separado, 0,7% conviviente; al consultarles por el o los familiares con quien conviven el 55,1% refirieron que con su esposo(a), 10,3% solos, 26,5% hijo(a), 4,4% con alguna hermano, 1,5% con su sobrino, 2,2% con sus nietos.

**Tabla 2. Características socioeconómicas de pacientes
Programa de Atención Integral Adulto Mayor - Hospital Félix Torrealva
Gutiérrez Periodo: Mayo- junio 2017**

Condición Laboral	Nº	%
Empleado(a)	34	25,0
Desempleado(a)	22	16,2
Cesante/Jubilado	80	58,8
Nivel socio-económico		
< 800	62	45,6
800-1200	61	44,9

1201- a mas	13	9,6
Realiza quehaceres en el hogar		
Si	111	81,6
No	25	18,4
Realiza actividades físicas		
Si	69	50,7
No	67	49,3
Si realiza, como:		
Diaria	19	14,0
Inter diario	15	11,0
Una vez a la semana	11	8,1
Algunas veces	24	17,6
Total	136	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: al ser consultados por sus actividades, respondieron ser empleados en algún sector el 25,0%, 16,2% están desempleados, y el 58,8% son cesantes. Según su nivel socioeconómico el 45,6% perciben ingresos por debajo de 800 soles, un 44,9% entre 800-1200 soles y el 9,6% un ingreso mayor a 1200 soles.

Además, el 81,6% manifestaron que realizan alguna tarea en su hogar, mientras que el 18,4% no. El 50,7% de los adultos mayores participantes realizan actividades físicas, mientras que el otro 49,3% no realizan. Dentro de los adultos que, si realizan alguna actividad física, 14,0% lo hacen a diario, 11,0% realizan actividades físicas Inter diario, 8,1% una vez a la semana y 17,6% algunas veces.

A continuación, se presentan los datos obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos planteado en el estudio.

Tabla 3. Pacientes atendidos - Según Colesterolemia
Programa de Atención Integral Adulto Mayor - Hospital Félix Torrealva
Gutiérrez Periodo: Mayo- junio 2017

Colesterolemia	Total		Prevalencia	
	Nº	%		
Deseable	30	22,1%	Población	223
Moderadamente alto	74	54,4%	Casos	106
Elevado	32	23,5%	Prevalencia	47,5%
Total	136	100%		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: de los participantes, según sus valores de colesterol, el 54,4% (74) presentan colesterol moderadamente alto, y 23,5% (32) tienen niveles con valores elevados de colesterol; donde el 77,9% (106) presentan riesgo. La prevalencia es del 47,5%; es decir que por cada 100 pacientes aproximadamente 48 de ellos presentan riesgo por colesterolemia.

Tabla 4. Pacientes atendidos - Según Trigliceridemia
Programa de Atención Integral Adulto Mayor - Hospital Félix Torrealva
Gutiérrez Período: Mayo- junio 2017

Valores de los Triglicéridos	Total		Prevalencia	
	Nº	%		
Deseable	26	19,1%	Población	223
Riesgo Moderado	46	33,8%	Casos	110
Alto Riesgo	63	46,3%	Prevalencia	49,3%
Muy Elevado	1	0,7%		
Total	136	100%		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: de los participantes el 33,8% (46) de participantes presentan triglicéridos de riesgo moderado, el 46,3% (63) tienen niveles de alto riesgo, también se encontró un escaso 0,7% con niveles muy elevado de triglicéridos. La prevalencia es del 49,3%; es decir que por cada 100 pacientes aproximadamente 49 de ellos presenta trigliceridemia.

Tabla 5. Pacientes atendidos - Según Dislipidemia mixta
Programa de Atención Integral Adulto Mayor - Hospital Félix Torrealva
Gutiérrez Periodo: Mayo- junio 2017

Dislipidemia Mixta	Total		Prevalencia	
	Nº	%		
SI	82	60,3%	Población	223
NO	54	39,7%	Casos	82
Total	136	100%	Prevalencia	36,8%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: presentaron dislipidemias mixtas el 60,3% (82) de adultos mayores participantes; el otro 39,7% no presentaron dislipidemias mixtas. La prevalencia es del 36,8%; es decir que por cada 100 pacientes aproximadamente 37 de ellos presenta dislipidemia mixta.

Tabla 6. Pacientes atendidos - Según COL-HDL
Programa de Atención Integral Adulto Mayor - Hospital Félix Torrealva
Gutiérrez Periodo: Mayo- junio 2017

Valores del HDL	Total		Prevalencia	
	Nº	%		
Riesgo	15	11,0%	Población	223
Deseable	121	89,0%	Casos	15
Total	136	100,0%	Prevalencia	6,7%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: el 11,0% (15) de los pacientes presento valores de colesterol-HDL con riesgo; y el 89,0% (121) presentaron valores deseables. La prevalencia es del 6,7%; es decir que, por cada 100 pacientes, aproximadamente se llega a 7 personas con la presencia de colesterol-HDL.

Tabla 7. Pacientes atendidos - Según COL-LDL
Programa de Atención Integral Adulto Mayor - Hospital Félix Torrealva
Gutiérrez Periodo: Mayo- junio 2017

Valores del LDL	Total		Prevalencia	
	Nº	%		
Sin Riesgo	7	5,1%	Población	223
Riesgo Moderado	97	71,3%	Casos	129
Con Riesgo	32	23,5%	Prevalencia	57,8%
Total	136	100%		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: el 23,5% (32) de los pacientes presentaron valores de colesterol-HDL con riesgo, el 71,3% (97) mostraron valores de riesgo moderado; y el 5,1% de pacientes presentaron valores sin riesgo. La prevalencia es del 57,8%; es decir que, por cada 100 pacientes, aproximadamente 58 personas presentan colesterol-LDL.

V. DISCUSIÓN

Del análisis de los resultados de este estudio permite afirmar que el 23.5% de los pacientes que asisten al programa de atención integral del adulto mayor Hospital EsSalud Félix Torrealva, del departamento de Ica, presentó colesterol elevado, y colesterol moderadamente alto el 54.4%, colesterol-HDL elevado el 11%, colesterol-LDL con riesgo el 23,5%, y con riesgo moderado el 71.3%, los triglicéridos elevados el 47%, la dislipidemia mixta se presentó en el 60.3% de los pacientes.

Dichos resultados son similares con los hallazgos de Gebreegziabiher et al., en el año 2021 en su estudio sobre la dislipidemia y factores de riesgo en adultos en Etiopia, Los resultados refieren que el 66.7% de los adultos evaluados presentaron dislipidemia, siendo una prevalencia demasiado alta. Por su parte Encalada et al., en el año 2019 los resultados de su estudio de dislipidemia y estado nutricional en adultos mayores, muestran un 90.2% prevalencia de dislipidemia, dislipidemia mixta 22%, en especial en pacientes cuyas edades eran de 65 a 74 años 16.5%, y pacientes con sobrepeso 11.6%. Se concluyó que la dislipidemia es un componente de riesgo según la edad, propicia la aparición de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

A su vez Cardoso en el año 2018 quien realizó su estudio en personas jubiladas donde se presentó colesterol elevado el 64.5%, y un 62.6% presentaron HDL-c elevado. Al igual que estudios realizados en pacientes adultos por Salazar et al., en el año 2017 encontró que la prevalencia de la dislipidemia fue del 62.3%. y finalmente en la investigación de Espejo y Palomino, en el año 2019 que estuvo conformado por pacientes mayores de 40 años, la prevalencia de dislipidemia mixta fue de un 79,4% el 29.3% presentó colesterol total alto, el 65,9% colesterol HDL bajo, el 43.9% colesterol LDL alto y el 47.2 % triglicéridos alto.

Así mismo existe otros cuyos resultados se relacionan con los de la presente investigación, Caicedo y Pin, en el año 2020 cuyos resultados demostraron que el 26% de mujeres muestran prevalencia de triglicéridos elevados y 22% en varones, colesterol total alto. Concluyendo que no existe evidencia estadística que confirme la relación significativa entre la dislipidemia, los hábitos

alimenticios y el incremento de colesterol y triglicéridos. Y Palacios, en el año 2020 cuyos resultados demuestran la incidencia de dislipidemia presenta variación entre el 18% a 39.7%. Se concluyó que la prevalencia del perfil lipídico puede variar según la presencia de dislipidemias específicas. La lipemia prevalece en pacientes de 50 a 60 años, y los pacientes masculinos son los más afectados.

La dislipidemia es la variación de las grasas en la sangre: colesterol, colesterol-lipoproteínas de alta densidad (HDL) y colesterol-lipoproteínas de baja densidad (LDL), triglicéridos y es un inconveniente de salud pública, debido a que se toma en consideración como uno de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Las causas más resaltantes que originan la dislipidemia son los problemas de sobrepeso, la hipertensión, el hipotiroidismo y también la diabetes. El diagnóstico acertado y su posterior tratamiento y en especial el pronóstico depende de la edad, debido a que mientras más joven sea el paciente, mayor será la repercusión en su salud y posterior estilo y esperanza de vida.⁴²

Las dislipidemias pueden clasificarse en primarias y secundarias. Los primarios o genéticos son originadas por mutaciones que dan como resultado un déficit en la eliminación del colesterol y los triglicéridos, en consecuencia, provoca hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia; los secundarios se relacionan principalmente al sedentarismo, dietas hipercalóricas con ingesta desmedida de grasas saturadas y trans y colesterol, así como enfermedades como la DM2, la enfermedad renal crónica, el hipotiroidismo, las enfermedades por fármacos y el alcoholismo. Ambos tipos hacen que los pacientes tiendan a tener una mezcla aterogénico de concentraciones altas de triglicéridos y LDL y bajas concentraciones de HDL.⁴³

Respecto a los datos sociodemográficos, presentó las siguientes características generales, nos muestra que en su mayoría los participantes, fueron mujeres con el 62,5%. Este resultado fue similar a lo encontrado por Espejo y Palomino, quienes refirieron que los pacientes que asisten al centro de salud, en mayoría son mujeres, correspondiéndole un 74%. Así mismo existen también estudios que contrastan con los hallazgos obtenidos, como

Salazar et al., en el año 2017 evidenció que el sexo masculino fue el más afectado con 65,43%. Y Palacios, en el año 2020 cuyos resultados demuestran que los pacientes varones correspondían al 54.8%. y son los más afectados.

Según la edad, Palacios, en el año 2020 cuyos resultados demuestran que los pacientes varones correspondían al 54.8%, el promedio de la edad fue 65.46. La lipemia prevalece en pacientes de 50 a 60 años, y los pacientes masculinos son los más afectados. Por su parte Encalada et al., en el año 2019 encontró que el 16.5% de pacientes tenían entre 65 a 74 años.

Considerando que en el adulto mayor se producen cambios, primero a nivel celular (cambios en proteínas y otras macromoléculas), luego en tejidos y órganos de todo el cuerpo humano; además, de los cambios producidos por los medicamentos y factores ambientales; y sumado a que los radicales libres producen cambios en la estructura y función de las proteínas de las membranas; los lípidos serán los más afectados al presentar dobles enlaces en sus moléculas, las mismas que en combinación con los estilos de vida inadecuados tales como: el cigarrillo, alcohol, drogas, y tratamientos farmacológicos conducirán a un incremento en la producción de radicales. ⁴⁴

Otros datos sociodemográficos del estudio, evidencian que el 41.2% de los pacientes alcanza con nivel secundario respecto a su instrucción. Según su estado civil, el 65.4% son casado, Según su condición laboral, el 58.8% se encuentra como cesante/jubilado, y respecto a su situación socioeconómico, el 45.6% gana menos de 800 soles.

VI. CONCLUSIONES

Según los resultados y objetivos planteados, se llegó:

1. Que la prevalencia de colesterolemia fue del 47,5% en pacientes del programa de atención del adulto mayor, entre mayo y junio del 2017.
2. La prevalencia de trigliceridemia fue del 49,3% en pacientes del programa de atención del adulto mayor, de los rangos evaluados para triglicéridos como valores deseables, con riesgo moderado, alto riesgo y muy elevado; la que encontramos predominante fue alto riesgo.
3. La prevalencia de dislipidemias mixtas fue del 36,8% en pacientes del programa de atención del adulto mayor.
4. La prevalencia de Colesterol-HDL, que es un factor protector porque se le considera popularmente colesterol bueno fue del 6,7% en pacientes del programa de atención del adulto mayor.
5. La prevalencia de Colesterol-LDL fue del 57,8% en pacientes del programa de atención del adulto mayor, representando un riesgo para su salud.

VII. RECOMENDACIONES

Los resultados hallados del estudio y de las conclusiones emanadas en la actual investigación admiten proponer lo siguiente:

1. Se recomienda que el programa debe de incidir en el área de prevención y promoción para reducir el alto nivel de colesterol ya que este es perjudicial para el paciente
2. Se recomienda al responsable del programa de atención del adulto mayor, cumplir en realizar sesiones educativas sobre las complicaciones que conlleva tener un colesterol alto ya que son una población vulnerable.
3. Efectuar controles permanentes del perfil lipídico y trabajar estrechamente con un profesional nutricionista para que lleve a cabo la evaluación periódica, respecto al estado nutricional de los pacientes del programa del adulto mayor y bajar los altos porcentaje de dislipidemias mixtas.
4. Concientizar a los pacientes adultos mayores, tener un porcentaje alto de col HDL es de beneficioso para su salud, orientándolos con actividades educativas y demostrativas, respecto a los beneficios de una correcta alimentación, para el sostenimiento y la rehabilitación de la salud.
5. Realizar una charlas y controles periódicos col LDL, ya que como se ha observado este analito tiene un alto porcentaje en esta población y este analito es muy perjudicial para la salud a esta edad.

VIII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Dislipidemias. who.int/es. 2015. Available from: <https://www.who.int/es>
4. Feria-Díaz G, Leyva-Proenza C, Rodríguez-Reyes E, Rodríguez-Moldón Y, Rodríguez-Duque R. Dislipidemia en estados de resistencia a la insulina. *Correo Científico Médico*. 2019; 23 (4) Disponible en: <http://www.revcoocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3133>
5. Halcox JP, et al. Prevalencia y tratamiento de la dislipidemia aterogénica en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en Europa: EURIKA, un estudio observacional transversal. *Trastorno cardiovascular de BMC*. 2017: p. 17: 160.
6. Halcox JP, et al. Prevalence and treatment of atherogenic dyslipidemia in the primary prevention of cardiovascular disease in Europe: EURIKA, a cross-sectional observational study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2017;17(160). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0591-5>
7. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
8. Cardoso J. Prevalencia y factores de riesgo de Dislipidemia en personas jubiladas del Club de la edad dorada. Hospital IESS Milagro periodo-2018. Universidad estatal de milagro, departamento de investigación y postgrado trabajo de titulación de grado previo a la obtención del título de magíster en salud pública; 2018. Disponible en: [http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/5258/TESIS JOSUE CARDOSO CASTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/5258/TESIS%20JOSUE%20CARDOSO%20CASTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

9. Ponte CI, IseaPerez JE, Lorenzatti AJ, Lopez Jaramillo P, Wyss FS, Pintó X, et al. Dislipidemia aterogénica en Latinoamérica: prevalencia, causas y tratamiento. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2017; 15 (2): 106-29. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102017000200006&lng=es
10. 10 Gonzáles Soriano LS, Lozano Espinosa DA, Bornachera Pinto da. Caracterización de pacientes con dislipidemia en un Hospital Regional de Colombia. Portal de Revistas UANL. 2020;19(4):27–36. Disponible en: <https://doi.org/10.29105/respyn19.4-4>
11. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS.2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicablediseases>.
12. Ministerio de Salud- Perú. Condiciones de riesgo cardiovascular. 2018. Perú. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap02.pdf
13. Caicedo Toaza M, y Pin Aguilar S. Relación entre el consumo de alimentos y dislipidemia en pacientes adultos del hospital general Babahoyo (iess), octubre 2019 –marzo 2020. Los ríos (tesis licenciatura). Babahoyo, los ríos –ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020.
14. Diario el Peruano. Más del 60% de peruanos mayores de 15 años sufre de sobrepeso u obesidad.2020. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/105312-mas-del-60-de-peruanos-mayores-de-15-anos-sufre-de-sobrepeso-u-obesidad>
15. 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 [Internet]. Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” De Ica Facultad De Ciencias Biológicas; 2018. Disponible en: [https://repositorio.unica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13028/3160/Prevalencia de dislipidemias en personas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13028/3160/Prevalencia%20de%20dislipidemias%20en%20personas.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Arias, Yupa M, Paute P. Frecuencia de dislipidemia en la población adulta mayor de las parroquias urbanas del cantón cuenca, 2015 [Internet]. Universidad De Cuenca, Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Medicina;

2015. Available from: <https://1library.co/document/qornx90q-frecuencia-dislipidemia-poblacion-adulta-parroquias-urbanas-canton-cuenca.html>
17. Cardoso J. Prevalencia y factores de riesgo de Dislipidemia en personas jubiladas del Club de la edad dorada. Hospital IESS Milagro periodo-2018. Universidad estatal de Milagro, departamento de investigación y postgrado trabajo de titulación de grado previo a la obtención del título de magíster en salud pública; 2018. Disponible en: [http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/5258/TESIS JOSUE CARDOSO CASTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/5258/TESIS_JOSUE_CARDOSO_CASTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 18. Gebreegziabihier G, Belachew T, Mehari K, Tamiru D. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among adult residents of Mekelle City, Northern Ethiopia. PLOS ONE.2021;16(2): p.1-18.
 19. Ruís JC, Letamendi JA, Calderón RA. Prevalencia de dislipidemias en pacientes obesos. MEDISAN 2020; 24(2):211-222
 20. Equise Colque AA, Laimé Huanaco S. Factores de riesgo asociados a la prevalencia de dislipidemias en Pacientes mayores de 20 años, Centro de salud San Miguel. Rev. Bio Scientia. 2019; 2(3): p41-50.
 21. 21 Cardoso J. Prevalencia y factores de riesgo de Dislipidemia en personas jubiladas del Club de la edad dorada. Hospital IESS Milagro periodo-2018 [Internet]. Universidad estatal de milagro, departamento de investigación y postgrado trabajo de titulación de grado previo a la obtención del título de magíster en salud pública; 2018. Disponible en: [http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/5258/TESIS JOSUE CARDOSO CASTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/5258/TESIS_JOSUE_CARDOSO_CASTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 22. Salazar M, Tesen M, Gutiérrez C. Prevalencia de dislipidemias en pacientes de 40-60 años de edad, atendidos en el Hospital Regional PNP-Chiclayo. julio-diciembre 2017. Universidad Particular de Chiclayo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/255>
 23. 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. Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" De Ica Facultad De Ciencias Biológicas; 2018. Disponible en:

- [https://repositorio.unica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13028/3160/Prevalencia de dislipidemias en personas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13028/3160/Prevalencia%20de%20dislipidemias%20en%20personas.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Palacios Sedano, J. Palacios Sedano Prevalencia del perfil lipídico en pacientes mayores de 50 años atendidos en el Área de Bioquímica del Policlínico Metropolitano Huancayo. Universidad Continental.2020. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10590/2/IV_FCS_508_TE_Palacios_Sedano_2021.pdf
 25. Rondan P, Flores O, Doria N, Valencia G, Chávez V, Soria J. Elevada frecuencia de dislipidemia en pacientes infectados por VIH en un hospital público peruano. Rev Perú med exp salud pública. 2017;34. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200011#:~:text=La frecuencia de dislipidemia que,en pacientes peruanos.
 26. Moya J, Pio L. Trastornos lipídicos en pacientes hispanoamericanos en el primer nivel de atención sanitaria de Lima, Perú. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017;46 no.1. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000100005
 27. Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology guidelines for management o dyslipemia and prevention of cardiovascular disease. Endocr Pract. 2017; 23(2):1–87.
 28. Hedayatnia M, Asadi Z, Zare-Feyzabadi R, Yaghooti-Khorasani M, Ghazizadeh H, Ghaffarian-Zirak R, et al. Dyslipidemia and cardiovascular disease risk among the MASHAD study population. Lipids in Health and Disease. 2020;19(42):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12944-020-01204-y>
 29. Ibarretxe D, Masana L. Metabolismo de los triglicéridos y clasificación de las hipertrigliceridemias. ELSEVIER. 2021; Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-pdf-S0214916821000371>
 30. Rivas-Gomez B, Almeda-Valdés P, Tusié-Luna MT, Aguilar-Salinas CA. Dyslipidemia in Mexico, a call for action. Rev Invest Clin [Internet]. 2018;70(5):211–6. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/RIC.18002573>

31. Borrayo-Sánchez G. Epidemiology and burden of morbidity and mortality in dyslipidemias and atherosclerosis. *Cardiovasc Metab Sci* [Internet]. 2021;32(s3):s143-146. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/100785>
32. Ibarretxe D, Masana L. Metabolismo de los triglicéridos y clasificación de las hipertrigliceridemias. ELSEVIER. 2021; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-pdf-S0214916821000371>
33. Beers MH, Berkow R. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. 10ma. edición. Madrid: Ediciones Harcourt; 2007, p.1414-1430.
34. Cedeño, R. (2018). Hipertensión arterial relacionado con dislipidemias y tabaquismo en pacientes de 40 a 60 años. (Tesis de Grado). Repositorio de la Universidad de Guayaquil.
35. Organización Mundial de Salud. (2019). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Consultado en Julio 2021. Obtenido en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/.
36. Solorzano SL. Dislipidemias. Estudio de dislipidemias en pacientes adultos en el Hospital de machal. 2018 p. 6:61.
37. Valderrama, G. Metodología de la investigación en las organizaciones (1.a ed.). Perú: Summit.2013.
38. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación (6ª ed.). México: McGrwall Hill Education. 2014.
39. Tapia, M. Un enfoque cuantitativo de la investigación. 2020. Recuperado en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3267/LIBRO-2020-TAPIA%20CAMARGO-UN%20ENFOQUE%20CUANTITATIVO%20DE%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20EL%20SERVIDOR%20POLICIAL%20DE%20TRUJILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Méndez C. Metodología Guía para elaborar Diseños de Investigación en Ciencias Económicas, Contables y Administrativas. 2da. 2da. Ed. Interamericana EMGH, editor. Santafé de Bogotá; 1999.
41. Vargas Z. La Investigación Aplicada: Una Forma de Conocer las Realidades con Evidencia Científica. vol. 33. n. Revista Educación. 2009. 155–165 p.
42. Zanabria, P. Factores de riesgo relacionados a la diabetes mellitus tipo 2 en el personal policial que acude al Policlínico de la Policía Nacional del Perú Trujillo

2017. Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública. Escuela Profesional de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2018. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5596/FACTORES_RIESGO_ZANABRIA_ACOSTA_PATRICIA_MARIA_DEL_ROSA_RIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

43. Feria-Díaz G, Leyva-Proenza C, Rodríguez-Reyes E, Rodríguez-Moldón Y, Rodríguez-Duque R. Dislipidemia en estados de resistencia a la insulina. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2019 [citado 19 Nov 2022]; 23 (4) Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3133>
44. Arce Coronado, IA, Ayala Gutierrez A. Fisiología del Envejecimiento. *Rev. Act. Clin. Med.* 2012, vol.17, pp. 813-818. Disponible en: ISSN 2304-3768.

ANEXOS



ANEXO Nº1 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSION	INDICADORES
¿Cuál es la prevalencia de las dislipidemias en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del Hospital II- 1 Félix Torrealva Gutiérrez mayo-junio 2017?	Conocer la prevalencia de dislipidemia en pacientes del programa de atención integral del adulto mayor del Hospital II – 1 Félix Torrealva Gutiérrez, mayo-junio 2017.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prevalencia de colesterolemia en pacientes del programa de atención del adulto mayor. • Identificar la prevalencia de Triglicéridemia en pacientes del programa de atención del adulto mayor. • Identificar la prevalencia dislipidemias mixtas en pacientes del programa de atención del adulto mayor. • Identificar la prevalencia col- HDL en pacientes del programa de atención del adulto mayor. • Identificar la prevalencia col- LDL en pacientes del programa de atención del adulto mayor. 	Por ser un estudio descriptivo se prescinde de la hipótesis	Prevalencia de dislipidemias	COL TG HDL-Col LDL-Col	SI NO



**UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA**

ANEXO N°2 Ficha de recolección de datos 1

- 1.- N° de ficha.....
- 2.- Edad.....años
- 3.- Género
Masculino () Femenino ()
- 4.- Grado de instrucción
Iletrado () Primaria () Secundaria () Técnico () Superior ()
- 5.- Estado Civil
Soltero () Casado () Viudo () Separado () Conviviente ()
- 6.- Con quien vive
Espos(a) () Solo () Hijo () Hermano () Sobrinos ()
Nietos () ()
- 7.- Condición laboral
Empleado () Desempleado () Cesante ()
- 8.- Nivel de ingresos(soles)
<800 () 800-1200 () >1201 ()
- 9.- Realiza labores en el hogar
Si () No ()
- 10.-Realiza actividades físicas
Si () No ()
- 11.- Si realiza actividad, con qué frecuencia:
Diario () Inter diario () Una vez a la semana () Algunas veces ()



**UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA**

ANEXO N°3 Ficha de recolección de datos 2

N° de ficha	PERFIL LIPIDICO			
	Colesterol Total	HDL-col	LDL-col	Triglicéridos
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
1				
11				
12				